KBV
KASSENÄRZTLICHE
BUNDESVEREINIGUNG
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM)

Stand: 4. Quartal 2026

KBV Kassenärztliche Bundesvereinigung, Berlin 2026

Inhaltsverzeichnis

I	Allgemeine Bestimmungen	18
1	Berechnungsfähige Leistungen, Gliederung und Struktur	18
1.1	Bezug der Allgemeinen Bestimmungen	18
1.2	Zuordnung der Gebührenordnungspositionen in Bereiche	18
1.2.1	Zuordnung von Gebührenordnungspositionen zu Versorgungsbereichen	19
1.2.2	Berechnungsfähige Gebührenordnungspositionen einer Arztgruppe	19
1.3	Qualifikationsvoraussetzungen	19
1.4	Arztgruppenübergreifende allgemeine Gebührenordnungspositionen	19
1.5	Arztgruppenspezifische Gebührenordnungspositionen	19
1.6	Arztgruppenübergreifende spezielle Gebührenordnungspositionen	20
1.7	Zeitbezogene Plausibilitätsprüfung	20
1.8	Berechnungsfähige Kostenpauschalen bei Versendung von Berichten und Briefen	20
1.9	Arztgruppen, Schwerpunkte und Zusatzbezeichnungen	20
2	Erbringung der Leistungen	20
2.1	Vollständigkeit der Leistungserbringung	20
2.1.1	Fakultative Leistungsinhalte	21
2.1.2	Unvollständige Leistungserbringung	21
2.1.3	Inhaltsgleiche Gebührenordnungspositionen	22
2.1.4	Berichtspflicht	22
2.1.5	Ausnahme von der Berichtspflicht	23
2.1.6	Beauftragung zur Erbringung von in Pauschalen enthaltenen Teilleistungen	23
2.2	Persönliche Leistungserbringung	24
2.3	Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit durch ermächtigte Ärzte, Krankenhäuser bzw. Institute	24
3	Definition der Abrechnungsbestimmungen	24
3.1	Behandlungsfall	24
3.2	Krankheitsfall	24
3.3	Betriebsstättenfall	24
3.4	Arztfall	25
3.5	Arztgruppenfall	25
3.6	Zyklusfall	25
3.7	Reproduktionsfall	25
3.8	Zeiträume/Definitionen	25
3.8.1	Kalenderjahr	25
3.8.2	Im Zeitraum von 3 Tagen beginnend mit dem Operationstag	25
3.8.3	Im Zeitraum von X Tagen	25
3.8.4	Im Zeitraum von X Wochen	25
3.8.5	Behandlungstag	26
3.8.6	Quartal	26
3.8.7	Der letzten vier Quartale	26
3.9	Weitere Abrechnungsbestimmungen	26
3.9.1	Je vollendete nn Minuten	26

3.9.2	Je Bein, je Sitzung	26
3.9.3	Je Extremität, je Sitzung	26
3.9.4	Gebührenordnungspositionen mit "bis" verknüpft	26
4	Berechnung der Gebührenordnungspositionen	27
4.1	Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale	27
4.2	Diagnostische bzw. therapeutische Gebührenordnungspositionen	28
4.2.1	Abrechnung spezifischer Gebührenordnungspositionen bei Intersexualität oder Transsexualität	28
4.3	Spezifische Voraussetzungen zur Berechnung	29
4.3.1	Arzt-Patienten-Kontakt	29
4.3.2	Räumliche und persönliche Voraussetzungen	31
4.3.3	Mindestkontakte	31
4.3.4	Arztpraxisübergreifende Tätigkeit	31
4.3.5	Altersgruppen	31
4.3.5.1	Für Altersangaben gilt:	32
4.3.6	Labor	32
4.3.7	Operative Eingriffe	32
4.3.8	Fachärztliche Grundversorgung	32
4.3.9	Ärztliche Zweitmeinung	33
4.3.9.1	Einleitung der Zweitmeinung	33
4.3.9.2	Berechnung der Zweitmeinung	33
4.3.9.3	Ergänzende Untersuchungen im Rahmen des Zweitmeinungsverfahrens	34
4.3.10	Terminvermittlung durch die Terminservicestelle oder Hausärzte	34
4.3.10.1	Terminservicestellen-Terminfall	34
4.3.10.2	Terminservicestellen-Akutfall	35
4.3.10.3	Hausarztvermittlungsfall	36
4.4	Abrechnungsausschlüsse	37
4.4.1	Nicht neben/nicht nebeneinander	37
4.4.2	Zuschlag	37
5	Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinische Versorgungszentren und angestellte Ärzte	37
5.1	Berechnungsfähige Gebührenordnungspositionen	37
5.2	Kennzeichnungspflicht	38
5.3	Aufhebung von Nebeneinanderberechnungsausschlüssen	38
6	Vertragsärzte, die ihre Tätigkeit unter mehreren Gebietsbezeichnungen ausüben	38
6.1	Höhe der Versicherten-, Grund- bzw. Konsiliarpauschale	38
6.2	Berechnungsfähige Gebührenordnungspositionen	39
6.2.1	Nebeneinanderberechnung von Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 4.4, 4.5 und/oder 13.3	39
6.3	Gleichzeitige Teilnahme an der vertragszahnärztlichen Versorgung	39
7	Kosten	39
7.1	Enthaltene Kosten	39
7.2	Nicht berechnungsfähige Kosten	40
7.3	Nicht enthaltene Kosten	40
7.4	Berechnung von nicht enthaltenen Kosten	40

II	Arztgruppenübergreifende allgemeine Gebührenordnungspositionen.	40
1	Allgemeine Gebührenordnungspositionen.	40
1.1	Aufwandserstattung für die besondere Inanspruchnahme des Vertragsarztes durch einen Patienten.	41
1.2	Gebührenordnungspositionen für die Versorgung im Notfall und im organisierten ärztlichen Not(-fall)dienst.	42
1.3	Grundpauschalen für ermächtigte Ärzte, Krankenhäuser bzw. Institute.	51
1.4	Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende.	53
1.5	Ambulante Betreuung und Nachsorge.	70
1.6	Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien.	79
1.7	Gesundheits- und Früherkennungsuntersuchungen, Mutterschaftsvorsorge, Empfängnisregelung, Schwangerschaftsabbruch, HIV-Präexpositionsprophylaxe und RSV-Prophylaxe.	91
1.7.1	Früherkennung von Krankheiten bei Kindern.	94
1.7.2	Früherkennung von Krankheiten bei Erwachsenen.	100
1.7.3	Früherkennung von Krebserkrankungen bei Frauen.	110
1.7.3.1	Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie-Screening.	110
1.7.3.2	Früherkennung von Krebserkrankungen der Brust und des Genitales, organisiertes Programm zur Früherkennung des Zervixkarzinoms.	114
1.7.3.2.1	Primärscreening zur Früherkennung des Zervixkarzinoms gemäß Teil III. C. § 6 der Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme (oKFE-RL).	114
1.7.3.2.2	Abklärungsdiagnostik zur Früherkennung des Zervixkarzinoms gemäß Teil III. C. § 7 der Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme (oKFE-RL).	116
1.7.4	Mutterschaftsvorsorge.	118
1.7.5	Empfängnisregelung.	131
1.7.6	Sterilisation.	137
1.7.7	Schwangerschaftsabbruch.	139
1.7.8	HIV-Präexpositionsprophylaxe.	144
1.7.10	Prophylaxe gegen Respiratorische Synzytial Viren.	146
1.8	Gebührenordnungspositionen bei Substitutionsbehandlung und diamorphingestützter Behandlung der Drogenabhängigkeit.	147
1.9	Meldungen implantatbezogener Maßnahmen gemäß den Vorgaben des Implantateregistergesetzes.	152
2	Allgemeine diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen.	153
2.1	Infusionen, Transfusionen, Retransfusion, Programmierung von Medikamentenpumpen.	153
2.2	Tuberkulintestung.	157
2.3	Kleinchirurgische Eingriffe, Allgemeine therapeutische Leistungen.	157
2.4	Diagnostische Verfahren, Tests.	172
2.5	Physikalisch-therapeutische Gebührenordnungspositionen.	172

III	Arztgruppenspezifische Gebührenordnungspositionen	174
III.a	Hausärztlicher Versorgungsbereich	174
3	Hausärztlicher Versorgungsbereich	174
3.1	Präambel	174
3.2	Gebührenordnungspositionen der allgemeinen hausärztlichen Versorgung	177
3.2.1	Hausärztliche Versichertenpauschalen, Versorgungsbereichsspezifische Vorhaltung	177
3.2.1.1	Hausärztliche Versichertenpauschalen	177
3.2.1.2	Versorgungsbereichsspezifische Vorhaltung, ärztlich angeordnete Hilfeleistungen	186
3.2.2	Chronikerpauschalen, Gesprächsleistung	196
3.2.3	Besondere Leistungen	199
3.2.4	Hausärztliche geriatrische Versorgung	204
3.2.5	Palliativmedizinische Versorgung	206
4	Versorgungsbereich der Kinder- und Jugendmedizin	209
4.1	Präambel	209
4.2	Gebührenordnungspositionen der allgemeinen Kinder- und Jugendmedizin	212
4.2.1	Pädiatrische Versichertenpauschalen, Versorgungsbereichsspezifische Vorhaltung	212
4.2.2	Chronikerpauschalen, Gesprächsleistung	216
4.2.3	Besondere Leistungen	220
4.2.4	Sozialpädiatrische Versorgung	226
4.2.5	Palliativmedizinische Versorgung	228
4.4	Gebührenordnungspositionen der schwerpunktorientierten Kinder- und Jugendmedizin	231
4.4.1	Gebührenordnungspositionen der Kinder-Kardiologie	231
4.4.2	Neuropädiatrische Gebührenordnungspositionen	236
4.4.3	Gebührenordnungspositionen der pädiatrischen Hämatologie und Onkologie	241
4.5	Pädiatrische Gebührenordnungspositionen mit Zusatzweiterbildung	242
4.5.1	Pädiatrisch-gastroenterologische Gebührenordnungspositionen	242
4.5.2	Pädiatrisch-pneumologische Gebührenordnungspositionen	250
4.5.3	Gebührenordnungspositionen der pädiatrischen Rheumatologie	253
4.5.4	Gebührenordnungspositionen der pädiatrischen Nephrologie und Dialyse	255
4.5.5	Gebührenordnungspositionen der pädiatrischen Endokrinologie und Diabetologie	259
III.b	Fachärztlicher Versorgungsbereich	260
5	Anästhesiologische Gebührenordnungspositionen	260
5.1	Präambel	260
5.2	Anästhesiologische Grundpauschalen	263
5.3	Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen	265
5.4	Anästhesien und Analgesien im Zusammenhang mit der Erbringung von Leistungen des Abschnitts 8.4	269
6	Augenärztliche Gebührenordnungspositionen	272

6.1 Präambel. 272
6.2 Augenärztliche Grundpauschalen. 273
6.3 Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen. 276
7 Chirurgische, kinderchirurgische und plastisch-chirurgische Gebührenordnungspositionen. 286
7.1 Präambel. 286
7.2 Chirurgische Grundpauschalen. 288
7.3 Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen. 289
8 Frauenärztliche, geburtshilfliche und reproduktionsmedizinische Gebührenordnungspositionen. 295
8.1 Präambel. 295
8.2 Frauenärztliche Grundpauschalen. 296
8.3 Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen. 298
8.4 Geburtshilfe. 304
8.5 Reproduktionsmedizin. 305
8.6 Kryokonservierung von Ei- oder Samenzellen oder Keimzellgewebe sowie entsprechende medizinische Maßnahmen wegen keimzellschädigender Therapie. 311
9 Hals-Nasen-Ohrenärztliche Gebührenordnungspositionen. 315
9.1 Präambel. 315
9.2 Hals-Nasen-Ohrenärztliche Grundpauschalen. 317
9.3 Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen. 318
10 Hautärztliche Gebührenordnungspositionen. 335
10.1 Präambel. 335
10.2 Hautärztliche Grundpauschalen. 337
10.3 Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen. 339
11 Humangenetische Gebührenordnungspositionen. 348
11.1 Präambel. 348
11.2 Humangenetische Grundpauschalen. 349
11.3 Diagnostische Gebührenordnungspositionen. 350
11.4 In-vitro-Diagnostik konstitutioneller genetischer Veränderungen. 353
11.4.1 Pauschalen der in-vitro-Diagnostik konstitutioneller genetischer Veränderungen. 356
11.4.2 Indikationsbezogene genetische in-vitro-Diagnostik monogener Erkrankungen. 359
11.4.3 In-vitro-Diagnostik konstitutioneller genetischer Veränderungen. 363
11.4.4 [unbesetzt]. 371
11.4.5 In-vitro-Diagnostik hereditärer Veränderungen zur Indikationsstellung einer pharmakologischen Therapie. 371
12 Laboratoriumsmedizinische, mikrobiologische, virologische und infektionsepidemiologische sowie transfusionsmedizinische Gebührenordnungspositionen. 372
12.1 Präambel. 373
12.2 Laboratoriumsmedizinische Pauschalen. 374
13 Gebührenordnungspositionen der Inneren Medizin. 376
13.1 Präambel. 376

13.2 Gebührenordnungspositionen der allgemeinen internistischen Grundversorgung. 378
13.2.1 Internistische Grundpauschalen. 378
13.2.2 Allgemeine internistische Gebührenordnungspositionen. 380
13.2.2.1 Präambel. 380
13.2.2.2 Allgemeine diagnostisch-internistische Gebührenordnungspositionen. . 380
13.2.2.3 Weitere, nur bei Definitionsauftrag berechnungsfähige Gebührenordnungspositionen. 382
13.3 Schwerpunktorientierte internistische Versorgung. 385
13.3.1 Angiologische Gebührenordnungspositionen. 385
13.3.2 Endokrinologische Gebührenordnungspositionen. 389
13.3.3 Gastroenterologische Gebührenordnungspositionen. 392
13.3.4 Hämato-/Onkologische Gebührenordnungspositionen. 405
13.3.5 Kardiologische Gebührenordnungspositionen. 408
13.3.6 Gebührenordnungspositionen der Nephrologie und Dialyse. 421
13.3.7 Pneumologische Gebührenordnungspositionen. 427
13.3.8 Rheumatologische Gebührenordnungspositionen. 436
14 Gebührenordnungspositionen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. 439
14.1 Präambel. 439
14.2 Kinder- und jugendpsychiatrische und -psychotherapeutische Grundpauschalen. 440
14.3 Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen. 442
15 Gebührenordnungspositionen der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie. 448
15.1 Präambel. 448
15.2 Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgische Grundpauschalen. 449
15.3 Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen. 450
16 Neurologische und neurochirurgische Gebührenordnungspositionen. . . 454
16.1 Präambel. 455
16.2 Neurologische Grundpauschalen. 456
16.3 Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen. 458
17 Nuklearmedizinische Gebührenordnungspositionen. 465
17.1 Präambel. 465
17.2 Nuklearmedizinische Konsiliarpauschalen. 466
17.3 Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen. 467
18 Orthopädische Gebührenordnungspositionen. 471
18.1 Präambel. 471
18.2 Orthopädische Grundpauschalen. 472
18.3 Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen. 474
19 Pathologische Gebührenordnungspositionen. 479
19.1 Präambel. 479
19.2 Pathologische Konsiliarpauschalen. 480
19.3 Diagnostische Gebührenordnungspositionen. 481
19.4 In-vitro-Diagnostik tumorgenetischer Veränderungen. 485
19.4.1 Pauschalen der in-vitro-Diagnostik tumorgenetischer Veränderungen. . 485
19.4.2 In-vitro-Diagnostik tumorgenetischer Veränderungen. 487

19.4.3 Indikationsbezogene Diagnostik hämatologischer Neoplasien. 488
19.4.4 In-vitro-Diagnostik tumorgenetischer Veränderungen zur Indikationsstellung einer pharmakologischen Therapie. 490
19.4.5 Biomarkerbasierte Testverfahren. 495
20 Gebührenordnungspositionen der Fachärzte für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen. 496
20.1 Präambel. 496
20.2 Phoniatrische und pädaudiologische Grundpauschalen. 498
20.3 Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen. 499
21 Psychiatrische und Psychotherapeutische Gebührenordnungspositionen (Psychiater). 514
21.1 Präambel. 514
21.2 Psychiatrische und nervenheilkundliche Grundpauschalen. 516
21.3 Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen. 519
22 Gebührenordnungspositionen der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie. 526
22.1 Präambel. 526
22.2 Psychosomatisch und psychotherapeutisch-medizinische Grundpauschalen. 527
22.3 Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen. 528
23 Psychotherapeutische Gebührenordnungspositionen. 531
23.1 Präambel. 531
23.2 Psychotherapeutische Grundpauschalen. 533
23.3 Therapeutische Gebührenordnungsposition. 535
24 Radiologische Gebührenordnungspositionen. 536
24.1 Präambel. 536
24.2 Radiologische Konsiliarpauschalen. 537
25 Strahlentherapeutische Gebührenordnungspositionen. 538
25.1 Präambel. 538
25.2 Strahlentherapeutische Konsiliarpauschalen. 540
25.3 Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen. 543
25.3.1 Weichstrahl- oder Orthovolttherapie. 543
25.3.2 Hochvolttherapie (mindestens 1 MeV). 543
25.3.3 Brachytherapie. 545
25.3.4 Bestrahlungsplanung. 548
26 Urologische Gebührenordnungspositionen. 550
26.1 Präambel. 550
26.2 Urologische Grundpauschalen. 551
26.3 Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen. 553
27 Gebührenordnungspositionen der Physikalischen und Rehabilitativen Medizin. 562
27.1 Präambel. 562
27.2 Physikalisch rehabilitative Grundpauschalen. 563
27.3 Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen. 564
IV Arztgruppenübergreifende spezielle Gebührenordnungspositionen. . . . 568
30 Spezielle Versorgungsbereiche. 568

30.1 Allergologie. 568
30.1.1 Allergologische Anamnese. 569
30.1.2 Allergie-Testungen. 569
30.1.3 Hyposensibilisierungsbehandlung. 571
30.2 Manuelle Medizin und Hyperbare Sauerstofftherapie. 573
30.2.1 Manuelle Medizin. 573
30.2.2 Hyperbare Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom. 573
30.3 Weitere Behandlungsmethoden und neuartige Therapien. 579
30.3.1 Neurophysiologische Übungsbehandlung. 579
30.3.2 Tumortherapiefelder (TTF) zur Behandlung des Glioblastoms. 581
30.3.3 Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien. 582
30.4 Physikalische Therapie. 584
30.5 Phlebologie. 588
30.6 Proktologie. 589
30.7 Schmerztherapie. 591
30.7.1 Schmerztherapeutische Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten 593
30.7.2 Andere schmerztherapeutische Behandlungen. 599
30.7.3 Körperakupunktur. 605
30.8 Soziotherapie. 606
30.9 Schlafstörungsdiagnostik. 608
30.10 Leistungen der spezialisierten Versorgung HIV-infizierter Patienten gemäß Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V. . . 612
30.11 Neuropsychologische Therapie gemäß der Nr. 19 der Anlage I Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden. 613
30.12 Spezielle Diagnostik und Eradikationstherapie im Rahmen von MRSA. 617
30.12.1 Diagnostik und ambulante Eradikationstherapie bei Trägern mit Methicillin-resistentem Staphylococcus aureus (MRSA). 618
30.12.2 Labormedizinischer Nachweis von Methicillin-resistentem Staphylococcus aureus (MRSA). 622
30.13 Spezialisierte geriatrische Diagnostik und Versorgung. 622
31 Gebührenordnungspositionen für ambulante Operationen, Anästhesien, präoperative, postoperative und orthopädisch-chirurgisch konservative Leistungen. 626
31.1 Präoperative Gebührenordnungspositionen. 627
31.1.1 Präambel. 627
31.1.2 Präoperative Gebührenordnungspositionen. 627
31.2 Ambulante Operationen. 629
31.2.1 Präambel. 629
31.2.2 Definierte operative Eingriffe an der Körperoberfläche. 631
31.2.3 Definierte operative Eingriffe der Extremitätenchirurgie. 637
31.2.4 Definierte operative Eingriffe an Knochen und Gelenken. 639
31.2.5 Definierte endoskopische Gelenkeingriffe (Arthroskopien). 642
31.2.6 Operative visceralchirurgische Eingriffe. 645
31.2.7 Eingriffe der Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie. 651
31.2.8 Eingriffe der Mund-, Kiefer- und Gesichts-Chirurgie. 659
31.2.9 Eingriffe der HNO-Chirurgie. 661

31.2.10 Definierte operative Eingriffe der Neurochirurgie. 663
31.2.11 Definierte operative Eingriffe an der Niere und dem Urogenitalsystem. . 669
31.2.12 Definierte operative Eingriffe der Gynäkologie. 675
31.2.13 Definierte operative Eingriffe der Ophthalmochirurgie. 680
31.2.14 Vakuumversiegelungstherapie gemäß Nr. 33 Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses. 689
31.2.19 Zuschläge für zusätzlichen Hygieneaufwand. 690
31.2.20 Förderung der Ambulantisierung. 694
31.3 Postoperative Überwachungskomplexe. 697
31.3.1 Präambel. 697
31.3.2 Postoperative Überwachungskomplexe. 697
31.3.3 Postoperative Nachbeobachtung nach ambulanter Erbringung einer Leistung entsprechend einer Gebührenordnungsposition des Abschnitts 31.2. 700
31.4 Postoperative Behandlungskomplexe. 705
31.4.1 Präambel. 705
31.4.2 Postoperativer Behandlungskomplex im Hausärztlichen Versorgungsbereich. 706
31.4.3 Postoperative Behandlungskomplexe im Fachärztlichen Versorgungsbereich. 706
31.5 Anästhesien im Zusammenhang mit Eingriffen des Abschnitts 31.2. . . 754
31.5.1 Präambel. 754
31.5.2 Regionalanästhesien durch den Operateur. 755
31.5.3 Anästhesien im Zusammenhang mit der Erbringung von Leistungen des Abschnittes 31.2. 756
31.6 Orthopädisch-chirurgisch konservative Gebührenordnungspositionen. . 765
31.6.1 Präambel. 765
31.6.2 Orthopädisch-chirurgisch konservative Gebührenordnungspositionen. . 765
31.8 Zuschläge bei der Durchführung von Leistungen aus dem Katalog der Hybrid-DRG 2026 bei Patienten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr. . 769
31.8.1 Präambel. 769
31.8.2 Zuschläge. 769
32 In-vitro-Diagnostik der Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie sowie Transfusionsmedizin. 773
32.1 Grundleistungen. 775
32.2 Allgemeine Laboratoriumsuntersuchungen. 783
32.2.1 Basisuntersuchungen. 784
32.2.2 Mikroskopische Untersuchungen. 786
32.2.3 Physikalische oder chemische Untersuchungen. 786
32.2.4 Gerinnungsuntersuchungen. 789
32.2.5 Funktions- und Komplexuntersuchungen. 789
32.2.6 Immunologische Untersuchungen und Untersuchungen auf Drogen. . . 791
32.2.7 Mikrobiologische Untersuchungen. 792
32.2.8 Laborpauschalen im Zusammenhang mit präventiven Leistungen. . . . 793
32.3 Spezielle Untersuchungen. 793

32.3.1	Mikroskopische Untersuchungen	794
32.3.2	Funktionsuntersuchungen	796
32.3.3	Gerinnungsuntersuchungen	796
32.3.4	Klinisch-chemische Untersuchungen	798
32.3.5	Immunologische Untersuchungen	807
32.3.6	Blutgruppenserologische Untersuchungen	813
32.3.7	Infektionsimmunologische Untersuchungen	814
32.3.8	Parasitologische Untersuchungen	819
32.3.9	Mykologische Untersuchungen	820
32.3.10	Bakteriologische Untersuchungen	822
32.3.11	Virologische Untersuchungen	828
32.3.12	Molekularbiologische Untersuchungen	829
32.3.14	Molekulargenetische Untersuchungen	836
32.3.15	Immungenetische Untersuchungen	837
32.3.15.1	Transplantationsvorbereitende immungenetische Untersuchungen	837
32.3.15.2	Allgemeine immungenetische Untersuchungen	840
33	Ultraschalldiagnostik	843
34	Diagnostische und interventionelle Radiologie, Computertomographie, Magnetfeld-Resonanz-Tomographie und Positronenemissionstomographie bzw. Positronenemissionstomographie mit Computertomographie	861
34.1	Präambel	861
34.2	Diagnostische Radiologie	862
34.2.1	Schädel, Halsweichteile	862
34.2.2	Thorax, Wirbelsäule, Myelographie	862
34.2.3	Röntgenaufnahmen von Teilen von Skelett, Kopf, Schultergürtel, Extremitäten, Becken, Weichteile; Arthrographie(n)	863
34.2.4	Röntgenuntersuchung des Thorax und Abdomens	866
34.2.5	Urogenitalorgane	869
34.2.6	Gangsysteme	870
34.2.7	Mammographie	871
34.2.8	Durchleuchtungen/Schichtaufnahmen	872
34.2.9	Gefäße	873
34.3	Computertomographie	879
34.3.1	Neurocranium, Untersuchungen der Wirbelsäule	879
34.3.2	Gesichtsschädel, Schädelbasis, Halsweichteile	880
34.3.3	Thorax	880
34.3.4	Abdomen, Retroperitoneum, Becken	881
34.3.5	Extremitäten, angrenzende Gelenke	882
34.3.6	Bestrahlungsplanung CT	883
34.3.7	Computertomographie-Koronarangiographie gemäß der Nr. 42 der Anlage I der MVV-RL	883
34.4	Magnet-Resonanz-Tomographie	885
34.4.1	Neurocranium und Wirbelsäule	885
34.4.2	Gesichtsschädel, Schädelbasis, Halsweichteile	887
34.4.3	Thorax	887

34.4.4 Abdomen, Retroperitoneum, Becken. 888
34.4.5 Extremitäten, angrenzende Gelenke. 889
34.4.6 Bestrahlungsplanung MRT. 890
34.4.7 MRT-Angiographien. 891
34.5 Nicht vaskuläre interventionelle Maßnahmen. 894
34.6 Osteodensitometrie. 897
34.7 Diagnostische Positronenemissionstomographie (PET), Diagnostische Positronenemissionstomographie mit Computertomographie (PET/CT). 898
34.8 Telekonsiliarische Befundbeurteilungen von Röntgenaufnahmen und CT-Aufnahmen (Telekonsil). 904
35 Leistungen gemäß der Psychotherapie-Richtlinie. 907
35.1 Nicht antragspflichtige Leistungen. 907
35.2 Antragspflichtige Leistungen. 921
35.2.1 Einzeltherapien. 923
35.2.2 Gruppentherapien. 932
35.2.3 Zuschläge. 942
35.2.3.1 Zuschläge gemäß Nr. 2 der Präambel zu Abschnitt 35.2. 942
35.2.3.2 Zuschläge für Kurzzeittherapie. 943
35.3 Psychodiagnostische Testverfahren. 944
36 Belegärztliche Operationen, Anästhesien, postoperative Überwachung und konservativ belegärztlicher Bereich. 946
36.1 Präambel. 946
36.2 Belegärztliche Operationen. 947
36.2.1 Präambel. 947
36.2.2 Definierte Eingriffe an der Körperoberfläche. 949
36.2.3 Definierte Eingriffe der Extremitätenchirurgie. 953
36.2.4 Definierte operative Eingriffe an Knochen und Gelenken. 955
36.2.5 Definierte endoskopische Gelenkeingriffe (Arthroskopien). 958
36.2.6 Operative visceralchirurgische Eingriffe. 960
36.2.7 Eingriffe der Thorax- und Gefäßchirurgie. 965
36.2.8 Eingriffe der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie. 969
36.2.9 Eingriffe der HNO-Chirurgie. 971
36.2.10 Definierte operative Eingriffe der Neurochirurgie. 972
36.2.11 Definierte Eingriffe an der Niere und dem Urogenitalsystem. 976
36.2.12 Definierte operative Eingriffe der Gynäkologie. 982
36.2.13 Definierte operative Eingriffe der Ophthalmochirurgie. 985
36.2.14 Vakuumversiegelungstherapie gemäß Nr. 33 Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses. 993
36.3 Postoperative Überwachungskomplexe. 994
36.3.1 Präambel. 994
36.3.2 Postoperative Überwachungskomplexe. 995
36.5 Anästhesien im Zusammenhang mit der Erbringung von Leistungen des Abschnitts 36.2. 997
36.5.1 Präambel. 997
36.5.2 Regionalanästhesien durch den Operateur. 998

36.5.3	Anästhesien im Zusammenhang mit der Erbringung von Leistungen des Abschnitts 36.2.	1000
36.6	Belegärztlich konservativer Bereich.	1008
36.6.1	Präambel.	1008
36.6.2	Konservativ-belegärztliche Strukturpauschalen.	1009
36.6.3	Nicht operativ - belegärztliche Gebührenordnungspositionen.	1009
37	Versorgung gemäß Anlage 27 und 30 zum BMV-Ä, der Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V, der KSVPsych-RL, der KJ-KSVPsych-RL, der AKI-RL und der LongCOV-RL.	1012
37.2	Kooperations- und Koordinationsleistungen gemäß Anlage 27 zum BMV-Ä.	1012
37.3	Besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung gemäß Anlage 30 zum BMV-Ä.	1016
37.4	Versorgungsplanung gemäß der Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V	1021
37.5	Gebührenordnungspositionen gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung (KSVPsych-RL).	1022
37.6	Gebührenordnungspositionen gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Kinder und Jugendliche (KJ-KSVPsych-RL).	1027
37.7	Außerklinische Intensivpflege gemäß AKI-RL.	1033
37.8	Spezifische Versorgung gemäß der Long-COVID-Richtlinie.	1039
38	Delegationsfähige Leistungen.	1044
38.1	Präambel.	1044
38.2	Ärztlich angeordnete Hilfeleistungen von Praxismitarbeitern.	1045
38.3	Ärztlich angeordnete Hilfeleistungen von qualifizierten nichtärztlichen Praxisassistenten.	1046
V	Kostenpauschalen.	1048
40	Kostenpauschalen.	1048
40.1	Präambel.	1048
40.3	Kostenpauschalen der In-vitro-Diagnostik.	1048
40.4	Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport von Briefen, Röntgenaufnahmen, Filmfolien und/oder schriftlichen Unterlagen, Kostenpauschale für Telefax.	1052
40.5	Übergreifende Kostenpauschalen.	1057
40.6	Leistungsbezogene Kostenpauschalen bei Herzkatheteruntersuchungen und koronaren Rekanalisationsbehandlungen.	1058
40.7	Leistungsbezogene Kostenpauschalen bei Allergie-Testungen.	1059
40.8	Leistungsbezogene Kostenpauschalen für interventionelle Eingriffe.	1060
40.9	Leistungsbezogene Kostenpauschalen für Heiß- oder Kaltschlingen, Probenentnahmezangen, Endo-/Hämoclips inkl. Endo-/Hämo-Clipapplikatoren.	1060
40.10	Leistungsbezogene Kostenpauschalen für Radionuklide.	1060
40.11	Leistungsbezogene Kostenpauschalen für ophthalmologische Eingriffe und Untersuchungen und gynäkologische Eingriffe.	1065

40.12 Kostenpauschalen für Sachkosten im Zusammenhang mit der Kryokonservierung von Ei- oder Samenzellen oder Keimzellgewebe. . . 1066
40.13 Leistungsbezogene Kostenpauschalen für endoskopische Gelenkeingriffe inklusive Arthroskopielösungen. 1066
40.14 Leistungsbezogene Kostenpauschalen für Sach- und Dienstleistungen bei Behandlung mit renalen Ersatzverfahren und extrakorporalen Blutreinigungsverfahren. 1067
40.16 Leistungsbezogene Kostenpauschalen im Rahmen des Mammographie-Screening. 1074
40.17 Leistungsbezogene Kostenpauschalen für Sachkosten bei der Vakuumversiegelungstherapie. 1075
40.18 Kostenpauschalen im Rahmen des Telemonitoring bei Herzinsuffizienz und der telemedizinischen Funktionsanalyse. 1075
VI Anhänge. 1077
1 Verzeichnis der nicht gesondert berechnungsfähigen Leistungen. 1078
2 Zuordnung der operativen Prozeduren (OPS) zu den Kapiteln 31 und 36 1119
2.1 Präambel. 1120
2.2 Biopsie ohne Inzision. 1124
2.3 Biopsie durch Inzision. 1126
2.4 Diagnostische Endoskopie. 1129
2.5 Operationen am Nervensystem. 1131
2.6 Operationen an endokrinen Drüsen. 1163
2.7 Operationen an den Augen. 1166
2.8 Operationen an den Ohren. 1197
2.9 Operationen an Nase und Nasennebenhöhlen. 1205
2.10 Operationen an Mundhöhle und Gesicht. 1213
2.11 Operationen an Pharynx, Larynx und Trachea. 1224
2.12 Operationen an Lunge und Bronchus. 1228
2.13 Operationen am Herzen. 1241
2.14 Operationen an den Blutgefäßen. 1256
2.15 Operationen am hämatopoetischen und Lymphgefäßsystem. 1288
2.16 Operationen am Verdauungstrakt. 1298
2.17 Operationen an den Harnorganen. 1357
2.18 Operationen an den männlichen Genitalorganen. 1380
2.19 Operationen an den weiblichen Genitalorganen. 1390
2.20 Geburtshilfliche Operationen. 1435
2.21 Operationen an Kiefer- und Gesichtsschädelknochen. 1439
2.22 Operationen an den Bewegungsorganen. 1459
2.22.1 Operationen an anderen Knochen. 1460
2.22.2 Reposition von Fraktur und Luxation. 1583
2.22.3 Offen chirurgische und andere Gelenkoperationen. 1691
2.22.4 Arthroskopische Gelenkoperationen. 1733
2.22.5 Endoprothetischer Gelenk- und Knochenersatz. 1759
2.22.6 Operationen an der Wirbelsäule. 1781
2.22.7 Operationen an der Hand. 1792
2.22.8 Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln. 1833

2.22.9	Replantation, Exartikulation und Amputation von Extremitäten, andere Operationen an den Bewegungsorganen und Zusatzinformationen zu Operationen an den Bewegungsorganen	1898
2.23	Operationen an der Mamma	1902
2.24	Operationen an Haut und Unterhaut	1914
2.24.1	Operationen an Haut und Unterhaut	1915
2.24.2	Operative Wiederherstellung und Rekonstruktion von Haut und Unterhaut	1925
2.24.3	Andere Operationen an Haut und Unterhaut	1961
2.24.4	Operationen an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen	1971
2.25	Entfernung von Fremdmaterial und Konkrementen	2026
3	Angaben für den zur Leistungserbringung erforderlichen Zeitaufwand des Vertragsarztes gemäß § 87 Abs. 2 S. 1 SGB V in Verbindung mit § 106d Abs. 2 SGB V	2027
4	Verzeichnis der nicht oder nicht mehr berechnungsfähigen Leistungen	2149
5	Verzeichnis der im Rahmen von Erprobungsverfahren gemäß § 137e SGB V nicht mehr berechnungsfähigen Leistungen	2152
6	Zuordnung der Gebührenordnungspositionen der Kapitel 50 und 51 zu den Anlagen der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V (ASV-RL)	2153
8	Zuordnung der Prozeduren zu den Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 01500, 01501, 01502 und/oder 01503	2195
VII	Ausschließlich im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) berechnungsfähige Gebührenordnungspositionen	2197
50	Anlagenspezifische Gebührenordnungspositionen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV)	2202
50.1	Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen gemäß der ASV-RL: Anlage 2 a) Tuberkulose und atypische Mykobakteriose	2202
50.2	Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen gemäß der ASV-RL: Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 9: Tumoren des Auges	2203
50.4	Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen gemäß der ASV-RL: Anlage 1.1 b) Rheumatologische Erkrankungen Erwachsene und Rheumatologische Erkrankungen Kinder und Jugendliche	2204
50.5	Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V: Anlage 2 c) Hämophilie	2205
50.6	Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V: Anlage 1.1 c) Chronisch entzündliche Darmerkrankungen	2206
50.7	Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V: Anlage 2 b) Mukoviszidose	2207

51	Anlagenübergreifende Gebührenordnungspositionen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV).	2207
51.1	Strukturpauschalen in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV).	2208
51.2	Allgemeine Gebührenordnungspositionen.	2208
51.3	Psychotherapeutische Leistungen.	2209
51.4	Gebührenordnungspositionen für die Behandlung von onkologischen Erkrankungen.	2211
51.5	Augenärztliche Gebührenordnungspositionen.	2212
VIII	Ausschließlich im Rahmen von Erprobungsverfahren gemäß § 137e SGB V berechnungsfähige Gebührenordnungspositionen.	2214
60	Allgemeine Regelungen zu Erprobungsverfahren gemäß § 137e SGB V.	2214
60.1	Kosten.	2215
60.1.1	Nicht gesondert berechnungsfähige Kosten.	2215
60.1.2	Gesondert berechnungsfähige Kosten.	2215
60.1.2.1	Sprechstundenbedarf / Kontrastmittel.	2215
60.1.2.1.1	Für an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Berufsausübungsgemeinschaften und Medizinische Versorgungszentren gilt im Rahmen der Erprobungsverfahren folgendes:.	2215
60.1.2.1.2	Für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser gilt im Rahmen des Erprobungsverfahrens folgendes:.	2215
60.1.2.2	Gesondert berechnungsfähige Sachkosten.	2215
61	Spezifische Regelungen zu Erprobungsverfahren gemäß § 137e SGB V	2216
61.1	Erprobungs-Richtlinie "Liposuktion".	2216
61.1.1	Präambel.	2216
61.1.2	Spezifische Leistungen.	2216
61.1.2.1	Gebührenordnungspositionen bei Durchführung einer Liposuktion nach Kategorie AA6.	2216
61.1.2.2	Gebührenordnungspositionen bei Durchführung einer Liposuktion nach Kategorie AA7.	2219
61.2	Erprobungs-Richtlinie "Tonsillotomie".	2221
61.2.1	Präambel.	2221
61.2.2	Spezifische Leistungen.	2221
61.2.2.1	Gebührenordnungspositionen bei Durchführung einer Tonsillotomie gemäß Kategorie N2.	2222
61.2.2.2	Gebührenordnungspositionen bei Durchführung einer Tonsillotomie mit Adenotomie gemäß Kategorie N3.	2223
61.3	Erprobungs-Richtlinie "MRgFUS-TUF".	2225
61.3.1	Präambel.	2225
61.3.2	Spezifische Leistungen.	2225
61.4	Erprobungs-Richtlinie "MM-pul-art-Druck-Herzinsuff".	2226
61.4.1	Präambel.	2226
61.4.2	Spezifische Leistungen.	2226
61.5	Erprobungs-Richtlinie "Amyloid-PET".	2227
61.5.1	Präambel.	2227
61.5.2	Spezifische Leistungen.	2227

61.6 Erprobungs-Richtlinie "Transkorneale Elektrostimulation bei RP". 2228
61.6.1 Präambel. 2228
61.6.2 Spezifische Leistungen. 2228
61.8 Erprobungs-Richtlinie "Schlafpositionstherapie bei leichter bis mittelgradiger lageabhängiger obstruktiver Schlafapnoe". 2229
61.8.1 Präambel. 2229
61.8.2 Spezifische Leistungen. 2229
61.9 Erprobungs-Richtlinie "Bronchoskopische Lungenvolumenreduktion beim schweren Lungenemphysem mittels Thermoablation". 2230
61.9.1 Präambel. 2230
61.9.2 Spezifische Leistungen. 2230
61.10 Erprobungs-Richtlinie "Selbstanwendung einer aktiven Bewegungsschiene im Rahmen der Behandlung von Sprunggelenkfrakturen". 2230
61.10.1. Präambel. 2230
61.10.2 Spezifische Leistungen. 2231
61.12 Erprobungs-Richtlinie "High-Flow-Therapie bei chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD) und chronisch respiratorischer Insuffizienz Typ 1". 2231
61.12.1 Präambel. 2231
61.12.2 Spezifische Leistungen. 2231
61.13 Erprobungs-Richtlinie "Niedrigdosierter gepulster Ultraschall bei Pseudarthrosen". 2232
61.13.1 Präambel. 2232
61.13.2 Spezifische Leistungen. 2232
61.14 Erprobungs-Richtlinie "Neuromuskuläre Feedbacktherapie bei Querschnittlähmung". 2233
61.14.1 Präambel. 2233
61.14.2 Spezifische Leistungen. 2233
61.15 Erprobungs-Richtlinie „Medikamentenbeschichteter Ballondilatationskatheter zur transurethralen Behandlung von Harnröhrenstrikturen“. 2234
61.15.1 Präambel. 2234
61.15.2 Spezifische Leistungen. 2234
61.16 Erprobungs-Richtlinie „Transkutane Vagusnervstimulation bei pharmakoresistenter Epilepsie“. 2235
61.16.1 Präambel. 2235
61.16.2 Spezifische Leistungen. 2235
61.17 Erprobungs-Richtlinie „Traktionstherapie bei Induratio Penis Plastica“. . 2235
61.17.1 Präambel. 2236
61.17.2 Spezifische Leistungen. 2236

I Allgemeine Bestimmungen

1 Berechnungsfähige Leistungen, Gliederung und Struktur

Der Einheitliche Bewertungsmaßstab bestimmt den Inhalt der berechnungsfähigen Leistungen und ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander. Die Begriffe Einzelleistung, Leistungskomplex, Versichertenpauschale, Grund-, Konsiliar- oder Zusatzpauschale, Strukturpauschale sowie Qualitätszuschlag beziehen sich auf berechnungsfähige Gebührenordnungspositionen. Mit Bezug auf diese Abrechnungsbestimmungen werden die Begriffe Pauschale, Versichertenpauschale, Grund-, Konsiliar- oder Zusatzpauschale mit dem Begriff Pauschale zusammengefasst. Der Katalog der berechnungsfähigen Gebührenordnungspositionen ist abschließend und einer analogen Berechnung nicht zugänglich. In Gebührenordnungspositionen enthaltene - aus der Leistungsbeschreibung ggf. nicht erkennbare - Teilleistungen sind im Verzeichnis nicht gesondert berechnungsfähiger Leistungen in Anhang 1 aufgeführt. Leistungen, die durch den Bewertungsausschuss als nicht berechnungsfähig bestimmt werden, sind im Anhang 4 zum EBM aufgeführt.

1.1 Bezug der Allgemeinen Bestimmungen

Die Inhalte dieser Allgemeinen Bestimmungen nehmen ebenso wie die Beschreibungen der Leistungsinhalte von Gebührenordnungspositionen in Übereinstimmung mit übergeordneten Normen nur Bezug auf den Vertragsarzt. Sie gelten gleichermaßen für Vertragsärztinnen, Psychologische Psychotherapeutinnen, Psychologische Psychotherapeuten, Fachpsychotherapeutinnen oder Fachpsychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, angestellte Ärzte, angestellte Ärztinnen, Medizinische Versorgungszentren sowie für weitere Leistungserbringer, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, es sei denn, die Berechnungsfähigkeit einzelner Gebührenordnungspositionen ist ausschließlich Vertragsärztinnen und Vertragsärzten vorbehalten.

1.2 Zuordnung der Gebührenordnungspositionen in Bereiche

Die berechnungsfähigen Gebührenordnungspositionen sind nachfolgenden Bereichen zugeordnet:

- II. Arztgruppenübergreifende allgemeine Gebührenordnungspositionen,
- III. Arztgruppenspezifische Gebührenordnungspositionen,
- IV. Arztgruppenübergreifende bei spezifischen Voraussetzungen berechnungsfähige Gebührenordnungspositionen,
- V. Kostenpauschalen,
- VII. Ausschließlich im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) berechnungsfähige Gebührenordnungspositionen,

- VIII. Ausschließlich im Rahmen von Erprobungsverfahren gemäß § 137e SGB V berechnungsfähige Gebührenordnungspositionen.

1.2.1 Zuordnung von Gebührenordnungspositionen zu Versorgungsbereichen

Die arztgruppenspezifischen Gebührenordnungspositionen werden in Gebührenordnungspositionen des hausärztlichen und des fachärztlichen Versorgungsbereichs unterteilt.

1.2.2 Berechnungsfähige Gebührenordnungspositionen einer Arztgruppe

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

1.3 Qualifikationsvoraussetzungen

Ein Vertragsarzt ist verpflichtet, seine Tätigkeit auf das Fachgebiet zu beschränken, für das er zugelassen ist. Hiervon ausgenommen sind die unter 4.2.1 genannten Fälle sowie die in den Präambeln der einzelnen Fachgruppen geregelten Ausnahmen. Gleiches gilt für angestellte Ärzte. Gebührenordnungspositionen, deren Durchführung und Berechnung an ein Gebiet, eine Schwerpunktkompetenz (Teilgebiet), eine Zusatzweiterbildung oder sonstige Kriterien gebunden ist, setzen das Führen der Bezeichnung, die darauf basierende Zulassung oder eine genehmigte Anstellung und/oder die Erfüllung der Kriterien voraus. Die Durchführung und Berechnung von Leistungen, für die es vertragliche Vereinbarungen gemäß § 135 Abs. 1 oder Abs. 2 SGB V gibt, setzen die für die Berechnung der Leistungen notwendige Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung voraus. Beschäftigt der Vertragsarzt einen angestellten Arzt, kann der Vertragsarzt die durchgeführten Leistungen seines angestellten Arztes gemäß § 14a Absatz 2 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) auf der Basis des Beschlusses der Zulassungsgremien berechnen. Satz 3 und Satz 4 gelten entsprechend.

1.4 Arztgruppenübergreifende allgemeine Gebührenordnungspositionen

Arztgruppenübergreifende allgemeine Gebührenordnungspositionen können, sofern diese in den Präambeln zu den Kapiteln für die einzelnen Arztgruppen (III Arztgruppenspezifische Gebührenordnungspositionen) aufgeführt sind, von jedem Vertragsarzt unter Berücksichtigung der berufsrechtlichen Verpflichtung zur grundsätzlichen Beschränkung der ärztlichen Tätigkeit auf das jeweilige Gebiet oder das Gebiet eines angestellten Arztes sowie unter Beachtung entsprechender vertraglicher Bestimmungen (z. B. Kinder-Richtlinie, Früherkennungs-Richtlinie) berechnet werden.

1.5 Arztgruppenspezifische Gebührenordnungspositionen

Arztgruppenspezifische Gebührenordnungspositionen können nur von den in der Präambel des entsprechenden Kapitels bzw. Abschnitts genannten Vertragsärzten berechnet werden, sofern sie die dort

aufgeführten Kriterien erfüllen oder einen Arzt angestellt haben, der die dort aufgeführten Kriterien erfüllt.

1.6 Arztgruppenübergreifende bei speziellen Voraussetzungen berechnungsfähige Gebührenordnungspositionen (Arztgruppenübergreifende spezielle Gebührenordnungspositionen)

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

Die Berechnung von arztgruppenübergreifenden speziellen Gebührenordnungspositionen setzt weiterhin voraus, dass diese in den Präambeln zu den Kapiteln für die einzelnen Arztgruppen (III Arztgruppenspezifische Gebührenordnungspositionen) aufgeführt sind.

1.7 Zeitbezogene Plausibilitätsprüfung

Die im Anhang 3 aufgeführten Kalkulationszeiten werden unter Berücksichtigung des Komplexierungs- und Pauschalisierungsgrades als Basis gemäß § 46 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) für die Plausibilitätsprüfungen vertragsärztlicher Leistungen verwendet.

Bei Gebührenordnungspositionen, bei denen eine Auf- oder Abschlagsregelung vorgesehen ist, wird die Prüfzeit gemäß Anhang 3 des EBM ebenfalls entsprechend angepasst.

1.8 Berechnungsfähige Kostenpauschalen bei Versendung von Berichten und Briefen

Für die Versendung bzw. den Transport der in den Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen enthaltenen ärztlichen Untersuchungsberichte entsprechend der Gebührenordnungsposition 01600 oder individuellen Arztbriefe entsprechend der Gebührenordnungsposition 01601 sind die Kostenpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 40110 und 40111 berechnungsfähig.

1.9 Arztgruppen, Schwerpunkte und Zusatzbezeichnungen

Die im Einheitlichen Bewertungsmaßstab verwendeten Facharzt-, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen richten sich grundsätzlich nach der aktuell gültigen (Muster-)Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer und schließen die Ärzte ein, die aufgrund von Übergangsregelungen der für sie zuständigen Ärztekammern zum Führen der aktuellen Bezeichnung berechtigt sind oder eine nach den vorher gültigen Weiterbildungsordnungen erworbene entsprechende Bezeichnung führen.

2 Erbringung der Leistungen

2.1 Vollständigkeit der Leistungserbringung

Eine Gebührenordnungsposition ist nur berechnungsfähig, wenn der Leistungsinhalt vollständig erbracht worden ist. Bei

arztpraxisübergreifender Behandlung durch denselben Arzt ist eine Gebührenordnungsposition von derjenigen Arztpraxis zu berechnen, in der die Vollständigkeit des Leistungsinhalts erreicht worden ist. Wirken an der Behandlung mehrere Ärzte zusammen, erfolgt die Berechnung durch denjenigen Vertragsarzt (Arztnummer), von dem die Vollständigkeit des Leistungsinhalts erreicht worden ist. Haben an der Leistungserbringung in dem selben Arztfall mehrere Arztpraxen mitgewirkt, so hat die die Gebührenordnungsposition berechnende Arztpraxis in einer der Quartalsabrechnung beizufügenden und zu unterzeichnenden Erklärung zu bestätigen, dass die Arztpraxis mit den anderen Arztpraxen eine Vereinbarung getroffen hat, wonach nur sie in den jeweiligen Fällen diese Gebührenordnungsposition berechnet.

Die Vollständigkeit der Leistungserbringung ist gegeben, wenn die obligaten Leistungsinhalte erbracht worden sind und die in den Präambeln, Leistungslegenden und Anmerkungen aufgeführten Dokumentationspflichten - auch die der Patienten- bzw. Prozedurenklassifikation (z. B. OPS, ICD 10 GM) - erfüllt, sowie die erbrachten Leistungen dokumentiert sind.

Ist im Leistungsinhalt ein Leistungsbestandteil mit „einschließlich“ benannt, handelt es sich um einen obligaten Leistungsinhalt.

Sind einzelne Leistungsinhalte einer Gebührenordnungsposition mit „und“ verbunden, müssen alle diese Leistungsinhalte durchgeführt werden. Sofern der obligate Leistungsinhalt Aufzählungen, bspw. durch Spiegelstriche ohne eindeutige Verknüpfung, enthält, müssen alle diese aufgezählten Inhalte durchgeführt werden.

Sind einzelne Leistungsinhalte einer Gebührenordnungsposition mit „oder“ verbunden, müssen nur die vor bzw. nach dem „oder“ verbundenen Leistungsinhalte durchgeführt werden. Werden mehrere Leistungsinhalte durchgeführt, ist die Gebührenordnungsposition entsprechend den jeweils betreffenden durchgeführten Leistungsinhalten berechnungsfähig.

Sind einzelne Leistungsinhalte einer Gebührenordnungsposition mit „und/oder“ verbunden, müssen nur die vor bzw. nach dem „und/oder“ aufgeführten Leistungsinhalte durchgeführt werden. Die Durchführung mehrerer Leistungsinhalte, die mit „und/oder“ verbunden sind, berechtigt nicht zur mehrfachen Abrechnung der Gebührenordnungsposition.

Die in der Überschrift zu einer Gebührenordnungsposition aufgeführten Leistungsinhalte sind immer Bestandteil der obligaten Leistungsinhalte.

Eine Gebührenordnungsposition ist auch dann berechnungsfähig, wenn eine als Bestandteil des Leistungsinhaltes vorausgesetzte Berichterstattung oder Übermittlung einer Befundkopie bei Überschreitung der Quartalsgrenze bis zum 14. Tag im Anschluss an die vollständige Leistungserbringung erfolgt.

2.1.1 Fakultative Leistungsinhalte

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

2.1.2 Unvollständige Leistungserbringung

Eine Gebührenordnungsposition, deren Leistungsinhalt nicht vollständig erbracht wurde, kann nicht berechnet werden. In-vitro-diagnostische Leistungen, die kein für die Befunderstellung verwertbares Ergebnis liefern, gelten als nicht vollständig erbrachte Leistungen und sind nicht berechnungsfähig. Zur Herstellung der Vollständigkeit einer in-vitro-diagnostischen Leistung erforderliche Wiederholungsuntersuchungen sind nicht gesondert berechnungsfähig.

2.1.3 Inhaltsgleiche Gebührenordnungspositionen

Für die Nebeneinanderberechnung von Gebührenordnungspositionen gilt: Inhaltsgleiche Gebührenordnungspositionen, die in mehreren Abschnitten/Kapiteln des EBM aufgeführt sind, sind nicht nebeneinander berechnungsfähig. Sämtliche Abrechnungsbestimmungen und Ausschlüsse sind entsprechend zu berücksichtigen.

Eine Gebührenordnungsposition ist nicht berechnungsfähig, wenn deren obligate und - sofern vorhanden - fakultative Leistungsinhalte vollständig Bestandteil einer anderen berechneten Gebührenordnungsposition sind. Sämtliche Abrechnungsbestimmungen und Ausschlüsse sind zu berücksichtigen.

Diese Regelung ist auch anzuwenden, wenn die Gebührenordnungsposition in verschiedenen Abschnitten/Kapiteln des EBM aufgeführt sind. Dies gilt für Gebührenordnungspositionen mit Gesprächs- und Beratungsinhalten auch dann, wenn das Gespräch mit unterschiedlicher Zielsetzung (Diagnose/Therapie) geführt wird. Erfüllen erbrachte ärztliche Leistungen die Voraussetzungen sowohl zur Berechnung von Einzelleistungen, Komplexen oder Pauschalen, so ist statt der Einzelleistung entweder der zutreffendere Komplex bzw. die Pauschale bzw. statt des Komplexes die zutreffendere Pauschale zu berechnen. Dies gilt auch für den Arztfall, jedoch nicht für Auftragsleistungen.

2.1.4 Berichtspflicht

Die nachfolgend beschriebene Übermittlung der Behandlungsdaten und Befunde in den unten genannten Fällen setzt gemäß § 73 Abs. 1b SGB V voraus, dass hierzu eine schriftliche Einwilligung des Versicherten vorliegt, die widerrufen werden kann. Gibt der Versicherte auf Nachfrage keinen Hausarzt an bzw. ist eine schriftliche Einwilligung zur Information des Hausarztes gemäß § 73 Abs. 1b SGB V nicht erteilt, sind die nachstehend aufgeführten Gebührenordnungspositionen auch ohne schriftliche Mitteilung an den Hausarzt berechnungsfähig.

Unbeschadet der grundsätzlichen Verpflichtung zur Übermittlung von Behandlungsdaten sind die nachfolgenden Gebührenordnungspositionen insbesondere nur dann vollständig erbracht und können nur berechnet werden, wenn mindestens ein Bericht im Behandlungsfall entsprechend der Gebührenordnungsposition 01600 bzw. ein Brief entsprechend der Gebührenordnungsposition 01601 an den Hausarzt erfolgt ist, sofern sie nicht vom Hausarzt selbst erbracht worden sind, es sei denn die Leistungen werden auf Überweisung zur Durchführung von Auftragsleistungen (Indikations- oder Definitionsauftrag) gemäß § 24 Abs. 3 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) erbracht: 02311, 02312, 02313,

07310, 07311, 07320, 07330, 08310, 13250, 13300, 13350, 13500, 13501, 13502, 13545, 13561, 13600, 13601, 13602, 13650, 13700, 13701, 14313, 14314, 16230, 16231, 16232, 16233, 18310, 18311, 18320, 18330, 18331, 21230, 21231, 21233, 30110, 30111, 30702, 30704 und 30901. Für Gebührenordnungspositionen des Abschnittes 35.2 ist die Berichtspflicht erfüllt, wenn zu Beginn und nach Beendigung einer Psychotherapie, mindestens jedoch einmal im Krankheitsfall bei Therapien, die länger als ein Jahr dauern, ein Bericht an den Hausarzt entsprechend der Gebührenordnungsposition 01600 bzw. ein Brief entsprechend der Gebührenordnungsposition 01601 erstellt und versendet wird.

Bei der Leistungserbringung durch einen Arzt des fachärztlichen Versorgungsbereichs auf Überweisung durch einen anderen Arzt des fachärztlichen Versorgungsbereichs ist die Erstellung und Versendung

entweder

- eines Berichtes entsprechend der Gebührenordnungsposition 01600 bzw. eines Briefes entsprechend der Gebührenordnungsposition 01601 an den Hausarzt

oder

- einer Kopie des an den überweisenden Facharzt gerichteten Berichts bzw. Briefes an den Hausarzt entsprechend der Gebührenordnungsposition 01602

zusätzliche Voraussetzung zur Berechnung dieser Gebührenordnungspositionen.

Bei Berechnung der nachfolgenden Gebührenordnungspositionen ist die Übermittlung mindestens einer Befundkopie an den Hausarzt Abrechnungsvoraussetzung:

01722, 01741, 01743, 01772, 01773, 01774, 01775, 01781, 01782, 01787, 01793, 01794, 01795, 01796, 01830, 01831, 01841, 01842, 01854, 01855, 01904, 01905, 01906, 02341, 02343, 06320, 06321, 06331, 06332, 06343, 08311, 08575, 08576, 09315, 09317, 09326, 09332, 13251, 13252, 13253, 13254, 13255, 13256, 13257, 13258, 13400, 13410, 13411, 13412, 13421, 13422, 13430, 13431, 13662, 13670, 14320, 14321, 14331, 16310, 16311, 16321, 16322, 16371, 20326, 20332, 20371, 21310, 21311, 21321, 26310, 26311, 26313, 26325, 26341, 27323, 27324, 30500, 30501, 30600, 30610, 30611, 30710, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30810, 30811 und 30900 sowie der Gebührenordnungsposition der Kapitel 11, 17, 25, 33 und 34.

2.1.5 Ausnahme von der Berichtspflicht

Ausschließlich auf Überweisung tätige Ärzte gemäß § 13 Abs. 4 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) sind von der Regelung in Nr. 2.1.4 entbunden.

2.1.6 Beauftragung zur Erbringung von in berechnungsfähigen Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen enthaltenen Teilleistungen

Wird ein Vertragsarzt ausschließlich zur Durchführung von Leistungen beauftragt, die im "Verzeichnis der nicht gesondert berechnungsfähigen

Leistungen" (Anhang 1) des EBM aufgeführt und die einer Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale zugeordnet sind, ist anstelle der einzelnen Leistungen die Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale der Fachgruppe einmal im Behandlungsfall mit 50 % der Punktzahl zu berechnen. Auch bei Durchführung von mehreren Auftragsleistungen (Indikations- oder Definitionsaufträge gemäß § 24 Abs. 7 Nr. 1 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä)) in einem Behandlungsfall ist die mit 50 % der Punktzahl zu berechnende Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale nur einmalig berechnungsfähig.

Neben den o. g. mit 50 % der Punktzahl zu berechnenden Pauschalen ist für die Berechnung der jeweiligen arztgruppenspezifischen Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale anstelle der mit 50 % der Punktzahl zu berechnenden Pauschale in demselben Behandlungsfall mindestens ein weiterer persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt außerhalb der Durchführung der Auftragsleistungen (Indikations- oder Definitionsauftrag) notwendig.

2.2 Persönliche Leistungserbringung

Eine Gebührenordnungsposition ist nur berechnungsfähig, wenn der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Arzt die für die Abrechnung relevanten Inhalte gemäß §§ 14a, 15 und 25 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) persönlich erbringt.

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

Die Berechnung einer Gebührenordnungsposition durch einen ermächtigten Arzt bzw. durch ermächtigte Krankenhäuser oder ermächtigte Institute ist an das Fachgebiet und den Ermächtigungsumfang gebunden. Entspricht der Ermächtigungsumfang dem eines zugelassenen Vertragsarztes, kann anstelle der Gebührenordnungspositionen 01320 und 01321 die Berechnung einer in den arztgruppenspezifischen Kapiteln genannten Pauschale durch den Zulassungsausschuss ermöglicht werden.

Ärzte mit einer Ermächtigung nach § 24 Abs. 3 Ärzte-ZV berechnen anstelle der Gebührenordnungspositionen 01320 und 01321 die Pauschalen der arztgruppenspezifischen Kapitel.

3 Definition der Abrechnungsbestimmungen

3.1 Behandlungsfall

Der Behandlungsfall ist definiert in § 21 Abs. 1 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) als Behandlung desselben Versicherten durch dieselbe Arztpraxis in einem Kalendervierteljahr zu Lasten derselben Krankenkasse.

3.2 Krankheitsfall

Der Krankheitsfall ist definiert in § 21 Abs. 1 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) und umfasst das aktuelle sowie die drei nachfolgenden Kalendervierteljahre, die der Berechnung der krankheitsfallbezogenen Gebührenordnungsposition folgen.

3.3 Betriebsstättenfall

Der Betriebsstättenfall ist definiert in § 21 Abs. 1a Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) und umfasst die Behandlung desselben Versicherten in einem Kalendervierteljahr durch einen oder mehrere Ärzte derselben Betriebsstätte oder derselben Nebenbetriebsstätte zu Lasten derselben Krankenkasse unabhängig vom behandelnden Arzt.

3.4 Arztfall

Der Arztfall ist definiert in § 21 Abs. 1b Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) und umfasst die Behandlung desselben Versicherten durch denselben an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt in einem Kalendervierteljahr zu Lasten derselben Krankenkasse unabhängig von der Betriebs- oder Nebenbetriebsstätte.

3.5 Arztgruppenfall

Der Arztgruppenfall ist definiert in § 21 Abs. 1c Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) und umfasst die Behandlung desselben Versicherten durch dieselbe Arztgruppe einer Arztpraxis in demselben Kalendervierteljahr zu Lasten derselben Krankenkasse. Zu einer Arztgruppe gehören diejenigen Ärzte, denen im EBM ein Kapitel bzw. in Kapitel 13 ein Unterabschnitt zugeordnet ist.

3.6 Zyklusfall

Der Zyklusfall ist in den Bestimmungen zum Abschnitt 8.5 Punkt 6 definiert.

3.7 Reproduktionsfall

Der Reproduktionsfall ist in den Bestimmungen zum Abschnitt 8.5 Punkt 7 definiert.

3.8 Zeiträume/Definitionen

3.8.1 Kalenderjahr

Behandlung desselben Versicherten durch dieselbe Arztpraxis im Kalenderjahr. Das Kalenderjahr beginnt mit dem 1. Januar (00:00 Uhr) und endet mit dem nachfolgenden 31. Dezember (24:00 Uhr).

3.8.2 Im Zeitraum von 3 Tagen beginnend mit dem Operationstag

Behandlung desselben Versicherten durch dieselbe Arztpraxis am aktuellen Tag (beginnend mit dem Zeitpunkt der Operation) sowie den zwei nachfolgenden Tagen. Der nachfolgende Tag umfasst jeweils den Zeitraum von vierundzwanzig Stunden, beginnend ab 00:00 Uhr.

3.8.3 Im Zeitraum von X Tagen

Behandlung desselben Versicherten durch dieselbe Arztpraxis am aktuellen Tag (beginnend mit dem Zeitpunkt der jeweiligen Leistung) sowie den X - 1 nachfolgenden Tagen. Die nachfolgenden Tage umfassen den Zeitraum von vierundzwanzig Stunden, beginnend ab 00:00 Uhr.

3.8.4 Im Zeitraum von X Wochen

Behandlung desselben Versicherten durch dieselbe Arztpraxis in der aktuellen Woche (beginnend mit dem Tag der Durchführung des

Leistungsinhaltes der Gebührenordnungsposition) sowie den X - 1 nachfolgenden Wochen. Die Woche umfasst den Zeitraum von 7 Tagen, beginnend um 0:00 Uhr an dem Tag an dem die Leistung durchgeführt wird, bis zum 7. Tag 24:00 Uhr.

3.8.5 Behandlungstag

Behandlung desselben Versicherten durch dieselbe Arztpraxis am Kalendertag der Behandlung (an einem Datum, unabhängig von der Zahl der Sitzungen). Der Tag ist als Zeitraum von vierundzwanzig Stunden, beginnend ab 00:00 Uhr, definiert.
Für in-vitro-diagnostische Leistungen gilt das Datum des Tages der Probenentnahme als Behandlungstag. Bei einer mehrfachen Berechnung einer Gebührenordnungsposition am Behandlungstag ist die medizinische Notwendigkeit durch zusätzliche Angaben (Zeitpunkt, Material, Art der Untersuchung o. ä.) kenntlich zu machen.

3.8.6 Quartal

Unterteilung eines Kalenderjahres in 4 Kalendervierteljahre.
1. Quartal: 1. Januar bis 31. März,
2. Quartal: 1. April bis 30. Juni,
3. Quartal: 1. Juli bis 30. September,
4. Quartal: 1. Oktober bis 31. Dezember.

3.8.7 Der letzten vier Quartale

Umfasst den Zeitraum des Quartals, in dem der Inhalt einer Gebührenordnungsposition durchgeführt wird sowie die drei vorangegangenen Kalendervierteljahre.

3.9 Weitere Abrechnungsbestimmungen

3.9.1 Je vollendete nn Minuten

Die Gebührenordnungsposition ist erst berechnungsfähig, wenn die im obligaten Leistungsinhalt genannte Zeitdauer vollständig erfüllt wurde. Für eine Mehrfachberechnung muss die genannte Zeitdauer entsprechend mehrfach vollständig erfüllt sein.

3.9.2 Je Bein, je Sitzung

Ist eine Leistung in einer Sitzung einmal je Bein berechnungsfähig, kann diese bei der Behandlung beider Beine zweimal in einer Sitzung berechnet werden.

3.9.3 Je Extremität, je Sitzung

Ist eine Leistung in einer Sitzung einmal je Extremität berechnungsfähig, kann diese bei der Behandlung mehrerer Extremitäten entsprechend der Anzahl der in der Sitzung behandelten Extremitäten berechnet werden.

3.9.4 Gebührenordnungspositionen mit „bis“ verknüpft

Sind Gebührenordnungspositionen mit „bis“ verknüpft, bezieht sich die Angabe auf die zuerst angegebene, alle dazwischen liegenden sowie auf die zuletzt genannte Gebührenordnungsposition.

4 Berechnung der Gebührenordnungspositionen

4.1 Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale

Die Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen sind von den in der Präambel der entsprechenden arztgruppenspezifischen oder arztgruppenübergreifenden Kapitel genannten Vertragsärzten beim ersten kurativ-ambulanten oder kurativ-stationären (belegärztlich) persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt oder Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) im Behandlungsfall zu berechnen. Sie sind nur einmal im Behandlungsfall bzw. bei arztpraxisübergreifender Behandlung nur einmal im Arztfall (s. Allgemeine Bestimmung 4.3.4) berechnungsfähig und umfassen die in Anhang 1 aufgeführten Leistungen entsprechend der tabellarischen Gliederung. Abweichend von Satz 1 ist keine Versichertenpauschale aus Kapitel 3 EBM im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03100 (Versorgungspauschale) von der Vertragsarztpraxis, die die Gebührenordnungsposition 03100 (Versorgungspauschale) berechnet hat, berechnungsfähig. Die Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen sind von den in der Präambel der entsprechenden arztgruppenspezifischen oder arztgruppenübergreifenden Kapitel genannten Vertragsärzten nicht in einem ausschließlich präventiv-ambulanten Behandlungsfall berechnungsfähig.

Bei einer kurativ-ambulanten und kurativ-stationären (belegärztlichen) Behandlung in demselben Quartal sind die Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen je einmal berechnungsfähig (jeweils kurativ-ambulanter Arzt-/Behandlungsfall und kurativ-stationärer Arzt-/Behandlungsfall); hierbei ist von der Punktzahl der jeweils zweiten zur Berechnung gelangenden Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale ein Abschlag in Höhe von 50 % vorzunehmen.

Neben der Gebührenordnungsposition 01436 ist für die Berechnung der jeweiligen arztgruppenspezifischen Versicherten-, Grund- und/oder Konsiliarpauschale in demselben Behandlungsfall mindestens ein weiterer persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt oder Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä notwendig.

Bei Überweisungen zur Durchführung von Auftragsleistungen (Indikations- oder Definitionsauftrag gemäß § 24 Abs. 7 Nr. 1 BMV-Ä), die nicht im Anhang 1 (Spalten VP und/oder GP) aufgeführt sind (s. Allgemeine Bestimmung 2.1.6) an nicht ausschließlich auf Überweisung tätige Ärzte gemäß § 13 Abs. 4 BMV-Ä, ist nicht die Versicherten- oder Grundpauschale, sondern die Konsultationspauschale entsprechend der Gebührenordnungsposition 01436 zu berechnen.

Bei einer in demselben Behandlungsfall erfolgten Berechnung der Gebührenordnungsposition 01210 bzw. 01212 (Not(-fall)pauschale im organisierten Not(-fall)dienst) ist für die Berechnung einer Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale mindestens ein weiterer persönlicher kurativer Arzt-Patienten-Kontakt außerhalb des organisierten Not(-fall)dienstes notwendig.

4.2 Diagnostische bzw. therapeutische Gebührenordnungspositionen

Gebührenordnungspositionen mit diagnostischem und/oder therapeutischem Leistungsinhalt sind als Einzelleistungen, Leistungskomplexe oder Zusatzpauschalen beschrieben. Mit Zusatzpauschalen wird der besondere Leistungsaufwand vergütet, der sich aus den Leistungs-, Struktur- und Qualitätsmerkmalen des Vertragsarztes und, soweit dazu Veranlassung besteht, in bestimmten Behandlungsfällen ergibt.

4.2.1 Abrechnung spezifischer Gebührenordnungspositionen bei Intersexualität oder Transsexualität

Gebührenordnungspositionen mit geschlechtsorganbezogenem Inhalt sind bei Intersexualität oder Transsexualität entsprechend dem geschlechtsorganbezogenen Befund (z. B. bei Vorliegen von Testes, Ovarien, Prostata) unabhängig von der personenstandsrechtlichen Geschlechtszuordnung berechnungsfähig. Für Versicherte gemäß Satz 1 dieser Bestimmung ist bei Urethro(-zysto)skopien die Gebührenordnungsposition 08311 oder 26311 bei überwiegend interner Lage der Urethra und einer Urethralänge bis zu 8 cm zu berechnen. Bei einer Urethralänge von mehr als 8 cm und/oder nicht überwiegend interner Lage der Urethra ist die Gebührenordnungsposition 26310 zu berechnen.

Gebührenordnungspositionen ohne geschlechtsorganbezogenen Inhalt, deren Anspruchsberechtigung sich nach dem Geschlecht der Versicherten richtet (z. B. Ultraschallscreening auf Bauchaortenaneurysmen nach den Gebührenordnungspositionen 01747 und 01748), sind bei Intersexualität oder Transsexualität auch dann berechnungsfähig, wenn die personenstandsrechtliche Geschlechtszuordnung der Versicherten nicht dem anspruchsberechtigten Geschlecht für die Leistung entspricht.

Gebührenordnungspositionen ohne geschlechtsorganbezogenen Inhalt, deren Anspruchsberechtigung sich nach Alter und Geschlecht der Versicherten richtet und nicht auf ein Geschlecht beschränkt sind, sind bei Intersexualität oder Transsexualität auch dann entsprechend der in der jeweiligen Richtlinie aufgeführten niedrigeren Altersgrenze berechnungsfähig, wenn die personenstandsrechtliche Geschlechtszuordnung nicht dem anspruchsberechtigten Geschlecht mit der niedrigeren Altersgrenze für die Leistung entspricht.

Entspricht der geschlechtsorganbezogene Befund bei Intersexualität oder Transsexualität nicht der personenstandsrechtlichen Geschlechtszuordnung, sind Gebührenordnungspositionen mit geschlechtsorganbezogenem Inhalt mit einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung zu versehen. Bei Gebührenordnungspositionen ohne geschlechtsorganbezogenen Inhalt besteht die in Abs. 4 Satz 1 genannte Kennzeichnungspflicht, wenn die personenstandsrechtliche Geschlechtszuordnung nicht dem anspruchsberechtigten Geschlecht bzw. nicht dem anspruchsberechtigten Geschlecht mit der niedrigeren Altersgrenze für die Leistung entspricht. Als Begründung ist der ICD-10-Kode für Intersexualität oder Transsexualität anzugeben. Bei Vorliegen der Kennzeichnung "X" für das unbestimmte Geschlecht oder der

Kennzeichnung „D“ für das diverse Geschlecht auf der elektronischen Gesundheitskarte ist keine kodierte Zusatzkennzeichnung anzugeben.

4.3 Spezifische Voraussetzungen zur Berechnung

4.3.1 Arzt-Patienten-Kontakt

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

Andere Arzt-Patienten-Kontakte setzen mindestens einen telefonischen Kontakt und/oder einen Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) und/oder einen mittelbaren Kontakt voraus, soweit dies berufsrechtlich zulässig ist. Ein mittelbarer anderer Arzt-Patienten-Kontakt umfasst insbesondere die Interaktion des Vertragsarztes mit Bezugsperson(en) und setzt nicht die unmittelbare Anwesenheit von Arzt, Bezugsperson(en) und Patient an demselben Ort voraus.

Telefonische Arzt-Patienten-Kontakte, Arzt-Patienten-Kontakte im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä und andere mittelbare Arzt-Patienten-Kontakte sind Inhalt der Pauschalen und nicht gesondert berechnungsfähig.

Finden im Behandlungsfall ausschließlich telefonische Arzt-Patienten-Kontakte oder andere mittelbare Arzt-Patienten-Kontakte statt, sind diese nach der Gebührenordnungsposition 01435 berechnungsfähig.

Finden im Behandlungsfall ausschließlich Arzt-Patienten-Kontakte im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä statt, gilt:

1. Die Notfallpauschalen im organisierten Not(-fall)dienst, die Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale des entsprechenden arztgruppenspezifischen oder arztgruppenübergreifenden Kapitels ist einmal im Behandlungsfall bzw. bei arztpraxisübergreifender Behandlung einmal im Arztfall berechnungsfähig (s. Allgemeine Bestimmung 4.1). Es erfolgt ein Abschlag auf die Punktzahl der jeweiligen Notfall-, Versicherten-, Grund-, oder Konsiliarpauschale und den Zuschlägen bzw. Zusatzpauschalen im hausärztlichen Versorgungsbereich nach den Gebührenordnungspositionen 03040 bis 03045, 03060, 03061 und 04040, den Zuschlägen für die fachärztliche Grundversorgung gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.8 und den Gebührenordnungspositionen 13294, 13296, 13344, 13346, 13394, 13396, 13494, 13496, 13543, 13544, 13594, 13596, 13644, 13646, 13694, 13696, dem Zuschlag nach der Gebührenordnungsposition 06225 für die Behandlung durch konservativ tätige Augenärzte gemäß Nr. 6 der Präambel 6.1 und dem Zuschlag nach der Gebührenordnungsposition 17214. Die Höhe des Abschlags beträgt
   - 30 % für die Grundpauschalen der Kapitel 5, 6, 9 und 20 und die jeweiligen vorgenannten Zuschläge und für die Gebührenordnungsposition 37706,
   - 25 % für die Grundpauschalen der Kapitel 7, 8, 10, 11, 13, 15, 18, 26 und 27 und die jeweiligen vorgenannten Zuschläge,

- 20 % für die Versichertenpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 03000 und 04000, die Grundpauschalen der Kapitel 14, 16, 21, 22 und 23, die Grund- bzw. Konsiliarpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 01320, 01321, 17210, 25214 und 30700 und die jeweiligen vorgenannten Zuschläge,
- 10 % für die Versichertenpauschale nach der Gebührenordnungsposition 03100 und die Gebührenordnungsposition 03110 sowie 20 % auf die jeweiligen vorgenannten Zuschläge,
- 10 % für die Notfallpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 01210 und 01212.

Die Abschläge werden durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung vorgenommen.

2. Die Aufschläge auf die Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen gemäß den Allgemeinen Bestimmungen 5.1 und 4.3.10 und den Präambeln 3.1 Nr. 8, 4.1 Nr. 4 und 4.1 Nr. 11 erfolgen auf Basis der um die Abschläge gemäß Abs. 5 Nr. 1 reduzierten Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen.
3. Die Zuschläge nach den Gebührenordnungspositionen 01630, 03020, 04020, 05215, 05227, 06215, 06227, 07215, 07227, 08215, 08227, 09215, 09227, 10215, 10227, 11215, 12215, 13215, 13227, 13295, 13297, 13345, 13347, 13395, 13397, 13495, 13497, 13546, 13547, 13595, 13597, 13645, 13647, 13695, 13697, 14215, 14217, 15215, 16214, 16218, 17215, 18215, 18227, 19215, 20215, 20227, 21222, 21227, 21228, 22215, 22219, 23215, 24215, 25215, 26215, 26227, 27215, 27227, 30701, 30703 und 32001 sind nicht berechnungsfähig.
4. Die um die Abschläge gemäß Abs. 5 Nr. 1 reduzierte Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale ist im Behandlungsfall nicht neben der Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale bei persönlichem Arzt-Patienten-Kontakt (s. Allgemeine Bestimmung 4.1) berechnungsfähig.
5. Der Fall ist gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung anhand der Gebührenordnungsposition 88220 nachzuweisen.
6. Die Anzahl der Behandlungsfälle gemäß Abs. 5 ist auf 50 % aller Behandlungsfälle der Arztpraxis begrenzt. Dabei sind jeweils Behandlungsfälle mit ausschließlichen Leistungen im Rahmen der Versorgung im organisierten Not(-fall)dienst und Behandlungsfälle gemäß 4.3.10.2 der Allgemeinen Bestimmungen (TSS-Akutfälle) nicht zu berücksichtigen.

Bei mehr als einer Inanspruchnahme derselben Betriebsstätte an demselben Tag sind die Uhrzeitangaben erforderlich, sofern berechnungsfähige Leistungen durchgeführt werden.

Bei Neugeborenen, Säuglingen und Kleinkindern gemäß 4.3.5 sowie bei krankheitsbedingt erheblich kommunikationsgestörten Kranken (z. B. Taubheit, Sprachverlust) ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt auch dann gegeben, wenn die Interaktion des Vertragsarztes indirekt über die Bezugsperson(en) erfolgt, wobei sich Arzt, Patient und Bezugsperson(en) gleichzeitig an demselben Ort befinden müssen.

Bei den Gebührenordnungspositionen 02310, 07310, 07311, 07330, 07340, 10330, 18310, 18311, 18330 und 18340, deren Berechnung

mindestens drei oder mehr persönliche bzw. andere Arzt-Patienten-Kontakte im Behandlungsfall voraussetzt, kann ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt auch als Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä erfolgen.

4.3.2 Räumliche und persönliche Voraussetzungen

Die Berechnung von Gebührenordnungspositionen ist nur möglich, wenn die apparativen, räumlichen und persönlichen Voraussetzungen - in Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren bzw. Arztpraxen mit angestellten Ärzten unbeschadet der Regelung gemäß § 11 Abs. 1 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) und § 41 der Bedarfsplanungs-Richtlinie zumindest von einem an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt - zur Erbringung mindestens eines obligaten sowie aller fakultativen Leistungsinhalte im Gebiet und/oder im Schwerpunkt gegeben sind. Die apparative Ausstattung zur Erbringung fakultativer Leistungsinhalte ist beim Vertragsarzt erfüllt, wenn er über die Möglichkeit der Erbringung der fakultativen Leistungsinhalte verfügt und diese der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung auf Anforderung nachweisen kann. Für Ärzte, die ausschließlich im Status eines angestellten Arztes tätig sind, gilt diese Regelung nur für die Betriebsstätten derselben Arztpraxis. Für die in den Versicherten-, Grund- bzw. Konsiliarpauschalen und die in Anhang 1 (Spalte VP / GP) genannten Leistungen findet diese Bestimmung keine Anwendung.

4.3.3 Mindestkontakte

Gebührenordnungspositionen, die eine Mindestzahl an Arzt-Patienten-Kontakten im Behandlungsfall voraussetzen, sind auch berechnungsfähig, wenn die Mindestzahl an Arzt-Patienten-Kontakten im Arztfall stattfindet.

Behandlungs-, krankheits- oder arztfallbezogene Leistungskomplexe und Pauschalen sind nur mit mindestens einem persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt berechnungsfähig, soweit in den Leistungsbeschreibungen nicht anders angegeben.

4.3.4 Arztpraxisübergreifende Tätigkeit

Sämtliche auf den Behandlungsfall bezogenen Abrechnungsbestimmungen und Berechnungsausschlüsse gelten bei Erbringung von Gebührenordnungspositionen in arztpraxisübergreifender Tätigkeit bezogen auf den Arztfall. Krankheitsfallbezogene Abrechnungsbestimmungen und Berechnungsausschlüsse gelten auch bei der Erbringung von Gebührenordnungspositionen bei arztpraxisübergreifender Tätigkeit.

4.3.5 Altersgruppen

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

- Neugeborenes bis zum vollendeten 28. Lebenstag
- Säugling ab Beginn des 29. Lebenstages bis zum vollendeten 12. Lebensmonat

- Kleinkind ab Beginn des 2. bis zum vollendeten 3. Lebensjahr
- Kind ab Beginn des 4. bis zum vollendeten 12. Lebensjahr
- Jugendlicher ab Beginn des 13. bis zum vollendeten 18. Lebensjahr
- Heranwachsender ab Beginn des 19. Lebensjahres bis zum vollendeten 21. Lebensjahr
- Erwachsener ab Beginn des 19. Lebensjahres

Maßgeblich für die Zuordnung zu einer Altersklasse bzw. einem Zeitraum ist das Alter des Patienten bei der ersten Inanspruchnahme bzw. am Tag der ersten Leistungsabrechnung im Kalendervierteljahr.

4.3.5.1 Für Altersangaben gilt:

Ein Lebensjahr beginnt am Geburtstag (00:00 Uhr). Somit entspricht das Lebensjahr dem Alter plus 1. Ein Lebensjahr ist mit Ablauf des Kalendertages vor dem Geburtstag vollendet (24:00 Uhr).

4.3.6 Labor

Die Gebührenordnungspositionen 01437, 01698, 01700, 01701, 12222 bis 12224 und 32001 sind bei arztpraxisübergreifender Behandlung nur einmal im Arztfall berechnungsfähig.

4.3.7 Operative Eingriffe

1. Die Verwendung der Begriffe klein/groß, kleinflächig/großflächig, lokal/radikal und ausgedehnt bei operativen Eingriffen entspricht den Definitionen nach dem vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) herausgegebenen Schlüssel für Operationen und sonstige Prozeduren gemäß § 295 Abs. 1 Satz 4 SGB V: Länge: kleiner/größer 3 cm, Fläche: kleiner/größer 4 cm², lokal: bis 4 cm² oder bis zu 1 cm³, radikal und ausgedehnt: größer 4 cm² oder größer 1 cm³. Nicht anzuwenden ist der Begriff "klein" bei Eingriffen am Kopf und an den Händen.
2. Operative Eingriffe setzen die Eröffnung von Haut und/oder Schleimhaut bzw. eine primäre Wundversorgung voraus, soweit in den Leistungsbeschreibungen nicht anders angegeben. Punktionen mit Nadeln, Kanülen und Biopsienadeln fallen nicht unter die Definition eines operativen Eingriffs.
3. Lokalanästhesien und Leitungsanästhesien sind, soweit erforderlich, Bestandteil der berechnungsfähigen Gebührenordnungspositionen.
4. Wird der operative Eingriff und die postoperative Behandlung nach dem operativen Eingriff von unterschiedlichen Ärzten einer Berufsausübungsgemeinschaft bzw. eines medizinischen Versorgungszentrums durchgeführt, ist die Gebührenordnungsposition des Operateurs zu berechnen. Führen Ärzte gemäß Präambel 3.1 bzw. 4.1 die postoperative Behandlung durch, ist die Leistung nach der Gebührenordnungsposition 31600 zu berechnen.

4.3.8 Fachärztliche Grundversorgung

In Behandlungsfällen, in denen ausschließlich Leistungen erbracht werden, die gemäß der Kennzeichnung des Anhangs 3 des EBM der fachärztlichen Grundversorgung zugerechnet werden, können als Zuschlag zu den entsprechenden Grundpauschalen

die arztgruppenspezifischen Leistungen für die fachärztliche Grundversorgung der einzelnen Kapitel berechnet werden. Dies gilt im Behandlungsfall entsprechend für die versorgungsbereichs-, schwerpunkt- oder fachgebietsübergreifende Behandlung in Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen mit angestellten Ärzten, sofern keine von der fachärztlichen Grundversorgung ausgeschlossene(n) Leistung(en) erbracht wird (werden). Die Zuschläge können ausschließlich von an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden zugelassenen Vertragsärzten und zugelassenen medizinischen Versorgungszentren berechnet werden. Entspricht der Ermächtigungsumfang eines ermächtigten Arztes bzw. eines ermächtigten Krankenhauses oder eines ermächtigten Instituts dem eines zugelassenen Vertragsarztes, kann die Berechnung der Zuschläge durch den Zulassungsausschuss ermöglicht werden.

4.3.9 Ärztliche Zweitmeinung

4.3.9.1 Einleitung der Zweitmeinung

Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 01645 ist die Dokumentation der Indikation mit einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung.

Zweitmeinungsverfahren für Indikationen an paarigen Organen oder Körperteilen sind je Seite berechnungsfähig. Der ICD-10-Kode der jeweiligen Indikation ist mit dem Zusatzkennzeichen für die Seitenangabe zu versehen.

Zweitmeinungsverfahren für Eingriffe an der Wirbelsäule gemäß Eingriff 6 der Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren sind je Operation nach § 1 in Kombination mit jedem Abschnitt der Wirbelsäule (Hals-, Brust-, Lendenwirbelsäule) und je Indikationsstellung berechnungsfähig. Indikation und Lokalisation sind über den jeweils spezifischen ICD-10-Kode anzugeben.

4.3.9.2 Berechnung der Zweitmeinung

Für die ärztliche Zweitmeinung gemäß § 3 Abs. 1 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zum Zweitmeinungsverfahren sind in Abhängigkeit der Arztgruppe des Zweitmeiners die jeweiligen arztgruppenspezifischen Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen beim ersten persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt oder Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä einmal im Behandlungsfall zu berechnen.

Die im Rahmen der ärztlichen Zweitmeinung abgerechneten Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschalen sind vom abrechnenden Arzt eingriffsspezifisch und bundeseinheitlich nach Vorgabe der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu kennzeichnen.

Erfolgt die ärztliche Zweitmeinung im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä, sind zu den jeweiligen arztgruppenspezifischen Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen die Gebührenordnungspositionen 01444 und 01450 berechnungsfähig. Die jeweiligen Abrechnungsvoraussetzungen gelten entsprechend.

Bei Durchführung einer Videosprechstunde in Zusammenhang mit der Zweitmeinung gilt die Vorgabe gemäß 4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen Absatz 5 Nr. 6 zum Einheitlichen Bewertungsmaßstab.

4.3.9.3 Ergänzende Untersuchungen im Rahmen des Zweitmeinungsverfahrens

Neben den Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen zur Vergütung der ärztlichen Zweitmeinung sind ausschließlich gegebenenfalls medizinisch notwendige Untersuchungen gemäß § 3 Abs. 2 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zum Zweitmeinungsverfahren entsprechend den Abrechnungsbestimmungen des EBM berechnungsfähig.

Die Nebeneinanderberechnung der ärztlichen Zweitmeinung gemäß Nr. 4.3.9.2 und medizinisch notwendiger Untersuchungsleistungen setzt die Angabe einer medizinischen Begründung voraus. Die im Rahmen der ärztlichen Zweitmeinung abgerechneten Untersuchungsleistungen sind vom abrechnenden Arzt bundeseinheitlich und eingriffsspezifisch nach Vorgabe der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu kennzeichnen.

Werden im Rahmen des Zweitmeinungsverfahrens Untersuchungsleistungen veranlasst, so setzt die Berechnung der veranlassten Untersuchungsleistungen die bundeseinheitliche und eingriffsspezifische Kennzeichnung nach Vorgabe der Kassenärztlichen Bundesvereinigung voraus.

4.3.10 Terminvermittlung durch die Terminservicestelle oder Hausärzte

4.3.10.1 Terminservicestellen-Terminfall

Für die Behandlung eines Versicherten aufgrund einer Terminvermittlung durch die TSS (Terminservicestellen-Terminfall, kurz: TSS-Terminfall) erhält der Arzt einen Aufschlag auf die jeweilige Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale in Form eines Zuschlags. Für die Durchführung von Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern des Abschnitts 1.7.1 (ausgenommen Laborleistungen und Gebührenordnungsposition 01720) aufgrund einer Terminvermittlung durch die TSS erhält der Arzt einen Aufschlag in Form einer Zusatzpauschale nach der Gebührenordnungsposition 01710.

Die Höhe des Zuschlags ist abhängig von der Anzahl der Kalendertage nach der Terminvermittlung durch die TSS gemäß § 75 Absatz 1a Satz 3 bis zum Tag der Behandlung und beträgt

- ab dem gleichen bis 4. Kalendertag nach der Terminvermittlung 100 % der jeweiligen altersklassenspezifischen Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale
- vom 5. bis 14. Kalendertag nach der Terminvermittlung 80 % der jeweiligen altersklassenspezifischen Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale
- vom 15. bis 35. Kalendertag nach der Terminvermittlung 40 % der jeweiligen altersklassenspezifischen Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale.

Die Höhe der Zusatzpauschale nach der Gebührenordnungsposition 01710 ist abhängig von der Anzahl der Kalendertage bis zum Tag der Behandlung und beträgt

- vom gleichen bis 4. Kalendertag nach der Terminvermittlung 217 Punkte
- vom 5. bis 14. Kalendertag nach der Terminvermittlung 173 Punkte
- vom 15. bis 35. Kalendertag nach der Terminvermittlung 87 Punkte.

Bei der Abrechnung des Zuschlags bzw. der Zusatzpauschale nach der Gebührenordnungsposition 01710 ist das zutreffende Zeitintervall des TSS-Terminfalls durch Angabe einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung zu dokumentieren.

Der Zuschlag kann nur in Fällen mit Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale berechnet werden.

Die Zusatzpauschale nach der Gebührenordnungsposition 01710 kann nur in Fällen, in denen Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern des Abschnitts 1.7.1 (ausgenommen Laborleistungen und Gebührenordnungsposition 01720) durchgeführt werden, berechnet werden.

Der Zuschlag bzw. die Zusatzpauschale nach der Gebührenordnungsposition 01710 ist nicht in die Berechnung von Abschlägen und Aufschlägen, die auf die Versicherten-, Grund- bzw. Konsiliarpauschalen vorgenommen werden, einzubeziehen.

Der Zuschlag bzw. die Zusatzpauschale nach der Gebührenordnungsposition 01710 ist im Arztgruppenfall insgesamt nur einmal berechnungsfähig. Dies gilt auch dann, wenn in demselben Quartal eine erneute Behandlung desselben Versicherten aufgrund einer erneuten Terminvermittlung durch die TSS (TSS-Terminfall und/oder TSS-Akutfall) oder durch den Hausarzt (Hausarztvermittlungsfall) erfolgt.

4.3.10.2 Terminservicestellen-Akutfall

Gemäß § 75 Abs. 1a Satz 3 Nr. 4 SGB V ist Versicherten durch die TSS in Akutfällen auf der Grundlage eines bundesweit einheitlichen, standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens eine unmittelbare ärztliche Versorgung in der medizinisch gebotenen Versorgungsebene zu vermitteln (Terminservicestellen-Akutfall, kurz: TSS-Akutfall).

Für die Behandlung eines Versicherten aufgrund der Vermittlung eines TSS-Akutfalls erfolgt ein Aufschlag in Höhe von 200 % auf die jeweilige Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale in Form eines Zuschlags. Der Zuschlag ist nur berechnungsfähig, wenn der vermittelte Termin spätestens am Kalendertag nach Kontaktaufnahme des Versicherten bei der TSS und Einschätzung als TSS-Akutfall erfolgt.

Bei der Abrechnung des Zuschlags ist der TSS-Akutfall durch Angabe einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung zu dokumentieren.

Der Zuschlag kann nur in Fällen mit Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale berechnet werden.

Der Zuschlag ist nicht in die Berechnung von Abschlägen und Aufschlägen, die auf die Versicherten-, Grund- bzw. Konsiliarpauschalen vorgenommen werden, einzubeziehen.

Der Zuschlag ist im Arztgruppenfall einmal berechnungsfähig. Das gilt auch dann, wenn in demselben Quartal eine erneute Behandlung desselben Versicherten aufgrund einer erneuten Terminvermittlung durch die TSS (TSS-Terminfall und/oder TSS-Akutfall) oder durch den Hausarzt (Hausarztvermittlungsfall) erfolgt.

4.3.10.3 Hausarztvermittlungsfall

Für die Vermittlung eines Behandlungstermins gemäß § 73 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 SGB V bei einem an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Vertragsarzt ist die Gebührenordnungsposition 03008 bzw. 04008 unter Berücksichtigung der jeweiligen Abrechnungsbestimmungen berechnungsfähig.

Für die Behandlung eines Versicherten aufgrund einer Terminvermittlung gemäß § 73 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 SGB V durch den Hausarzt gemäß § 73 Abs. 1a S. 1 SGB V (Hausarztvermittlungsfall) erhält der an der fachärztlichen Versorgung teilnehmende Vertragsarzt einen Aufschlag auf die jeweilige Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale in Form eines Zuschlags. Der Zuschlag ist berechnungsfähig, sofern eine der folgenden Bedingungen erfüllt ist:

- die Behandlung des Versicherten beginnt spätestens am 4. Kalendertag nach Feststellung der Behandlungsnotwendigkeit durch den Hausarzt

oder

- die Behandlung des Versicherten beginnt spätestens am 35. Kalendertag nach Feststellung der Behandlungsnotwendigkeit durch den Hausarzt und eine Terminvermittlung durch die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigung oder eine eigenständige Terminvereinbarung durch den Patienten (oder eine Bezugsperson) war aufgrund der medizinischen Besonderheit des Einzelfalls nicht angemessen oder nicht zumutbar.

Der Zuschlag ist nicht berechnungsfähig, wenn der vermittelte Patient bei der an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Arztgruppe derselben Praxis in demselben Quartal bereits behandelt wurde.

Die Höhe des Zuschlags ist abhängig von der Anzahl der Kalendertage nach der Feststellung der Behandlungsnotwendigkeit durch den Hausarzt bis zum Tag der Behandlung und beträgt

- ab dem gleichen bis zum 4. Kalendertag nach der Feststellung 100 % der jeweiligen altersklassenspezifischen Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale
- vom 5. bis 14. Kalendertag nach der Feststellung 80 % der jeweiligen altersklassenspezifischen Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale
- vom 15. bis 35. Kalendertag nach der Feststellung 40 % der jeweiligen altersklassenspezifischen Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale.

Bei der Abrechnung des Zuschlags ist das zutreffende Zeitintervall des Hausarztvermittlungsfalls durch Angabe einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung zu dokumentieren.

Der Zuschlag kann nur in Fällen mit Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale berechnet werden.

Der Zuschlag ist nicht in die Berechnung von Abschlägen und Aufschlägen, die auf die Versicherten-, Grund- bzw. Konsiliarpauschalen vorgenommen werden, einzubeziehen.
Der Zuschlag ist im Arztgruppenfall insgesamt nur einmal berechnungsfähig. Dies gilt auch dann, wenn in demselben Quartal eine erneute Behandlung desselben Versicherten aufgrund einer erneuten Terminvermittlung durch den Hausarzt (Hausarztvermittlungsfall) oder durch die TSS (TSS-Terminfall und/oder TSS-Akutfall) erfolgt.

4.4 Abrechnungsausschlüsse

4.4.1 Nicht neben/nicht nebeneinander

Ausschluss der Berechnungsfähigkeit im genannten Zeitraum.

4.4.2 Zuschlag

Als Zuschlag benannte Gebührenordnungspositionen sind nur in derselben Arztpraxis berechnungsfähig, welche die dem Zuschlag zugrunde liegende Gebührenordnungsposition berechnet hat. Zuschläge sind nur im zeitlichen Zusammenhang mit der in der Grundleistung ggf. genannten Abrechnungsbestimmung berechnungsfähig. Ist keine Abrechnungsbestimmung genannt, ist der Zuschlag nur in demselben Quartal berechnungsfähig.

5 Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinische Versorgungszentren und angestellte Ärzte

5.1 Berechnungsfähige Gebührenordnungspositionen

Die Berechnung der arztgruppenspezifischen Gebührenordnungspositionen von (Teil-)Berufsausübungsgemeinschaften, Arztpraxen mit angestellten Ärzten oder Medizinischen Versorgungszentren richtet sich unter Berücksichtigung von 1.3 der Allgemeinen Bestimmungen zum EBM nach den Arztgruppen, die in einer (Teil-)Berufsausübungsgemeinschaft, Arztpraxis mit angestellten Ärzten oder einem Medizinischen Versorgungszentrum vertreten sind.
In internistischen schwerpunktübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften sind, entgegen der Präambel 13.1 Nrn. 3 und 4 und den Anmerkungen unter den Leistungen, unter Beachtung von 2.1.3 und 5.2 der Allgemeinen Bestimmungen, Leistungen aus unterschiedlichen schwerpunktorientierten Abschnitten und/oder dem Abschnitt 13.2.1 nebeneinander berechnungsfähig. In pädiatrischen schwerpunktübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften sind, entgegen den Anmerkungen unter den Leistungen, unter Beachtung von 2.1.3 und 5.2 der Allgemeinen Bestimmungen, Leistungen aus unterschiedlichen schwerpunktorientierten Abschnitten nebeneinander berechnungsfähig.
In arztgruppen- und schwerpunktgleichen (Teil-)Berufsausübungsgemeinschaften oder Arztpraxen mit angestellten

Ärzten derselben Arztgruppe/desselben Schwerpunktes erfolgt ein Aufschlag in Höhe von 10 % auf die jeweiligen Grund- oder Konsiliarpauschalen. Finden im Behandlungsfall ausschließlich Arzt-Patienten-Kontakte im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä statt, erfolgt der Aufschlag auf die jeweiligen Grund- oder Konsiliarpauschalen auf Basis der um die Abschläge gemäß Abs. 5 Nr. 1 der Allgemeinen Bestimmungen 4.3.1 reduzierten Grund- oder Konsiliarpauschalen.

5.2 Kennzeichnungspflicht

Bei der Berechnung sind die Gebührenordnungspositionen nach Maßgabe der Kassenärztlichen Vereinigungen unter Angabe der Arztnummer sowie aufgeschlüsselt nach Betriebs- und Nebenbetriebsstätten gemäß § 44 Abs. 7 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) zu kennzeichnen.

5.3 Aufhebung von Nebeneinanderberechnungsausschlüssen

Die Nebeneinanderberechnungsausschlüsse der Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302 neben den Gebührenordnungspositionen 05330 und 05331 sowie der Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 31.2 neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 31.5.3 bzw. der Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 36.2 neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 36.5.3 beziehen sich nur auf die Erbringung der operativen Leistungen und der Anästhesie durch denselben an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt. Bei Erbringung der Gebührenordnungsposition durch Vertragsärzte verschiedener Fachgruppen findet dieser Ausschluss, auch in (Teil-)Berufsausübungsgemeinschaften, Arztpraxen mit angestellten Ärzten und Medizinischen Versorgungszentren von Anästhesiologen mit operativ tätigen Vertragsärzten, keine Anwendung.

6 Vertragsärzte, die ihre Tätigkeit unter mehreren Gebietsbezeichnungen ausüben oder auch als Vertragszahnärzte zugelassen sind

6.1 Höhe der Versicherten-, Grund- bzw. Konsiliarpauschale

Für einen Vertragsarzt, der seine Tätigkeit unter mehreren Gebietsbezeichnungen bzw. mit mehreren Schwerpunktkompetenzen ausübt, richten sich die Berechnungsfähigkeit der Versicherten-, Grund- bzw. Konsiliarpauschalen nach dem Versorgungsauftrag, mit dem er in diesem Behandlungsfall überwiegend tätig war und zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen ist, sofern in den Präambeln der arztgruppenspezifischen Kapitel nichts anderes bestimmt ist. Der Vertragsarzt darf im Behandlungsfall nur eine Versicherten-, Grund- bzw. Konsiliarpauschale berechnen. Die Versichertenpauschale nach der Gebührenordnungsposition 03100 (Versorgungspauschale) kann im Laufe eines Quartals nur von einer Vertragsarztpraxis und im Folgequartal durch keine andere Vertragsarztpraxis berechnet werden.

6.2 Berechnungsfähige Gebührenordnungspositionen

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

6.2.1 Nebeneinanderberechnung von Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 4.4, 4.5 und/oder 13.3

Abweichend von den Allgemeinen Bestimmungen zum EBM ist die Nebeneinanderberechnung von Gebührenordnungspositionen der schwerpunktorientierten pädiatrischen Versorgung der Abschnitte 4.4 und/oder 4.5 und/oder der schwerpunktorientierten internistischen Versorgung des Abschnitts 13.3 - mit Ausnahme der Grundpauschalen - durch einen Vertragsarzt, der seine Tätigkeit unter mehreren Schwerpunktbezeichnungen ausübt, bei schwerpunktübergreifender Behandlung des Patienten unter Vornahme eines Abschlags in Höhe von 10% von der Punktzahl der jeweiligen im selben Arztfall berechneten Gebührenordnungsposition der Abschnitte 4.4, 4.5 und/oder 13.3 möglich. Bei den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 4.4, 4.5 und/oder 13.3, auf die diese Abschlagsregelung angewendet wird, wird die Prüfzeit gemäß Anhang 3 des EBM ebenfalls um 10 % vermindert.

6.3 Gleichzeitige Teilnahme an der vertragszahnärztlichen Versorgung

Vertragsärzte, die auch als Vertragszahnärzte gemäß § 95 Abs. 1 SGB V an der Versorgung teilnehmen, dürfen die in einem einheitlichen Behandlungsfall durchgeführten Leistungen entweder nur über die Kassenärztliche Vereinigung oder nur über die Kassenzahnärztliche Vereinigung abrechnen. Die Berechnung einzelner Leistungen über die Kassenzahnärztliche Vereinigung schließt die Berechnung weiterer Leistungen in einem einheitlichen Behandlungsfall über die Kassenärztliche Vereinigung aus. Die Aufteilung eines einheitlichen Behandlungsfalls in zwei Abrechnungsfälle ist nicht zulässig.

7 Kosten

7.1 In den Gebührenordnungspositionen enthaltene Kosten

In den Gebührenordnungspositionen sind - soweit nichts anderes bestimmt ist - enthalten:

- Allgemeine Praxiskosten,
- Kosten, die durch die Anwendung von ärztlichen Instrumenten und Apparaturen entstanden sind,
- Kosten für Einmalspritzen, Einmalkanülen, Einmaltrachealtuben, Einmalabsaugkatheter, Einmalhandschuhe, Einmalrasierer, Einmalharnblasenkatheter, Einmalskalpelle, Einmalproktoskope,

Einmaldarmrohre, Einmalspekula, Einmalküretten, Einmal-Abdecksets,
- Kosten für Filmmaterial,
- Versand- und Transportkosten, insbesondere Kosten für die Versendung bzw. den Transport von Briefen und/oder schriftlichen Unterlagen, Telefaxen, digitalen Befunddatenträgern sowie Kosten für fotokopierte oder EDV-technisch reproduzierte Befundmitteilungen, Berichte, Arztbriefe und andere patientenbezogene Unterlagen ausschließlich für den mit- oder weiterbehandelnden oder konsiliarisch tätigen Arzt oder den Arzt des Krankenhauses.

In den Gebührenordnungspositionen in-vitro-diagnostischer Untersuchungen sind - soweit nichts anderes bestimmt ist - enthalten:
- Kosten für Laborgeräte, Reagenzien, allgemeiner und spezieller Laborbedarf sowie allgemeine Praxiskosten zur Durchführung der In-vitro-Diagnostik.

7.2 Nicht berechnungsfähige Kosten

Kosten für Versandmaterial, für die Versendung bzw. den Transport des Untersuchungsmaterials und die Übermittlung des Untersuchungsergebnisses innerhalb des Medizinischen Versorgungszentrums, einer (Teil-)Berufsausübungsgemeinschaft, zwischen Betriebsstätten derselben Arztpraxis, innerhalb einer Apparate- bzw. Laborgemeinschaft oder innerhalb eines Krankenhausgeländes sind nicht berechnungsfähig.

7.3 Nicht in den Gebührenordnungspositionen enthaltene Kosten

In den Gebührenordnungspositionen sind - soweit nichts anderes bestimmt ist - nicht enthalten:
- Kosten für Arzneimittel, Verbandmittel, Materialien, Instrumente, Gegenstände und Stoffe, die nach der Anwendung verbraucht sind oder die der Kranke zur weiteren Verwendung behält,
- Kosten für Einmalinfusionsbestecke, Einmalinfusionskatheter, Einmalinfusionsnadeln und Einmalbiopsienadeln.

7.4 Berechnung von nicht in den Gebührenordnungspositionen enthaltenen Kosten

Die Berechnung und Abgeltung der Kosten nach 7.3 erfolgt nach Maßgabe der Gesamtverträge.

II Arztgruppenübergreifende allgemeine Gebührenordnungspositionen

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

1 Allgemeine Gebührenordnungspositionen

1.1 Aufwandserstattung für die besondere Inanspruchnahme des Vertragsarztes durch einen Patienten

01100 **Unvorhergesehene Inanspruchnahme** des Vertragsarztes durch einen Patienten — 24,97 € / 196 Punkte

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

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

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

Die Gebührenordnungsposition 01100 ist ausschließlich bei kurativer Behandlung berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 01100 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01101, 01102, 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 01410 bis 01413, 01415, 01418, 01949 bis 01951, 01953, 03373, 04373 und 37306 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 01100 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01955 und 01956 berechnungsfähig.

01101 **Unvorhergesehene Inanspruchnahme** des Vertragsarztes durch einen Patienten — 39,88 € / 313 Punkte

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

Die Gebührenordnungsposition 01101 ist nicht berechnungsfähig, wenn Sprechstunden vor 07:00 Uhr oder nach 19:00 Uhr stattfinden oder Patienten zu diesen Zeiten bestellt werden.

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

Die Gebührenordnungsposition 01101 ist ausschließlich bei kurativer Behandlung berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 01101 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01100, 01102, 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 01410 bis 01413, 01415, 01418, 01949 bis 01951, 01953, 03373, 04373 und 37306 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 01101 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01955 und 01956 berechnungsfähig.

01102 **Inanspruchnahme** des Vertragsarztes an Samstagen zwischen 07:00 und 19:00 Uhr — 12,87 € / 101 Punkte

Im Rahmen der Inanspruchnahme des Vertragsarztes ist die Gebührenordnungsposition 01102 auch dann nur einmal berechnungsfähig, wenn es sich um eine Gruppenbehandlung handelt.
Die Gebührenordnungsposition 01102 ist nur dann neben der Gebührenordnungsposition 01413 berechnungsfähig, wenn die Inanspruchnahme nach der Nr. 01413 in beschützenden Wohnheimen bzw. Einrichtungen bzw. Pflege- oder Altenheimen mit Pflegepersonal auf besondere Anforderung erfolgt.
Die Gebührenordnungsposition 01102 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01100, 01101, 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 01410 bis 01412, 01415, 01418, 01949 bis 01951, 01953, 03373, 04373, 04564 bis 04566, 04572, 04573, 13610 bis 13612, 13620 bis 13622 und 37306 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01102 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01955 und 01956 berechnungsfähig.

1.2 Gebührenordnungspositionen für die Versorgung im Notfall und im organisierten ärztlichen Not(-fall)dienst

1. Neben den Gebührenordnungspositionen dieses Abschnittes sind nur Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig, die in unmittelbarem diagnostischen oder therapeutischen Zusammenhang mit der Notfallversorgung stehen. Die Nr. 1.5 der Allgemeinen Bestimmungen gilt für die Berechnung von im Rahmen der Notfallversorgung erbrachten Gebührenordnungspositionen nicht.
2. Bei der ersten persönlichen Inanspruchnahme im Notfall oder im organisierten Not(-fall)dienst ist die Gebührenordnungsposition 01205, 01207, 01210 oder 01212 entsprechend den in der Leistungslegende vorgegebenen Zeiten im Behandlungsfall zu berechnen. Die Gebührenordnungspositionen 01210 und 01212 sind im organisierten Not(-fall)dienst zudem auch bei erster Inanspruchnahme im Rahmen einer Videosprechstunde entsprechend den in der Leistungslegende vorgegebenen Zeiten im Behandlungsfall berechnungsfähig. Für jede weitere Inanspruchnahme im Notfall oder im organisierten Not(-fall)dienst im Behandlungsfall ist die Gebührenordnungsposition 01214, 01216 bzw. 01218 zu berechnen. Wird bei der ersten Inanspruchnahme im Notfall oder im organisierten Not(-fall)dienst die Gebührenordnungsposition 01205 oder 01207 berechnet, sind die Gebührenordnungspositionen 01214, 01216 und 01218 nur mit ausführlicher schriftlicher medizinischer Begründung berechnungsfähig.
3. Neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216 und 01218 sind Beratungs-, Gesprächs- und Erörterungsleistungen nicht berechnungsfähig.
4. Nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser dürfen die Gebührenordnungspositionen 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 01223, 01224 und 01226 nur berechnen, wenn die Erkrankung des Patienten auf Grund ihrer

Beschaffenheit einer sofortigen Maßnahme bedarf und die Versorgung durch einen Vertragsarzt entsprechend § 76 SGB V nicht möglich und/ oder auf Grund der Umstände nicht vertretbar ist.

5. Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216 und 01218 setzt die Angabe der Uhrzeit der Inanspruchnahme voraus.
6. Sofern im Zeitraum vom 1. Januar 2008 bis zum 31. März 2015 nicht für alle Behandlungsfälle des Quartals die Angabe der Uhrzeit der Inanspruchnahmen gemäß Nr. 5 im organisierten Not(-fall)dienst oder von nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten, Instituten und Krankenhäusern bei Inanspruchnahmen in diesem Quartal gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung erfolgt ist bzw. nachgewiesen werden kann, wird abweichend von Nr. 2 für alle Behandlungsfälle in diesem Quartal die erste Inanspruchnahme im Notfall oder im organisierten Not(-fall)dienst wie folgt bewertet: 01.01.2008 bis 31.12.2008: 430 Punkte, 01.01.2009 bis 30.09.2013: 475 Punkte, 01.10.2013 bis 31.03.2015: 168 Punkte.
7. Wenn die Erkrankung des Patienten auf Grund ihrer Beschaffenheit keiner sofortigen Maßnahme bedarf und die nachfolgende Versorgung durch einen Vertragsarzt außerhalb der Notfallversorgung möglich und/oder auf Grund der Umstände vertretbar ist, ist die Gebührenordnungsposition 01205 bzw. 01207 zu berechnen.
8. Die Gebührenordnungspositionen 01223 und 01224 sind ausschließlich bei Patienten berechnungsfähig, die aufgrund der Art, Schwere und Komplexität der Behandlungsdiagnose einer besonders aufwändigen Versorgung im Rahmen der Notfallversorgung bedürfen. Die Gebührenordnungspositionen 01223 und 01224 können nur bei Erfüllung mindestens einer der nachfolgenden gesicherten Behandlungsdiagnosen berechnet werden:
   - Frakturen im Bereich der Extremitäten proximal des Metacarpus und Metatarsus,
   - Schädel-Hirn-Trauma mit Bewusstlosigkeit von weniger als 30 Minuten (S06.0 und S06.70),
   - Akute tiefe Beinvenenthrombose,
   - Hypertensive Krise,
   - Angina pectoris (ausgenommen: ICD I20.9),
   - Pneumonie,
   - Akute Divertikulitis.

   In Fällen, in denen diese Kriterien nicht erfüllt werden, aber auf Grund der Art, Schwere und Komplexität der Behandlungsdiagnose eine besonders aufwändige Versorgung im Rahmen der Notfallversorgung notwendig ist, können die Gebührenordnungspositionen 01223 und 01224 mit ausführlicher schriftlicher medizinischer Begründung im Ausnahmefall berechnet werden. Hierbei ist insbesondere die Schwere und Komplexität der Behandlungsdiagnose darzulegen.
9. Die Gebührenordnungsposition 01226 ist nur berechnungsfähig bei
   - Neugeborenen, Säuglingen und Kleinkindern

   oder
   - Patienten mit krankheitsbedingt erheblich komplexer Beeinträchtigung kognitiver, emotionaler und verhaltensbezogener

Art (ausgenommen Beeinträchtigung kognitiver, emotionaler und verhaltensbezogener Art infolge psychotroper Substanzen)

und/oder

- Patienten ab dem vollendeten 70. Lebensjahr mit geriatrischem Versorgungsbedarf und Frailty-Syndrom (Kombination von unbeabsichtigtem Gewichtsverlust, körperlicher und/oder geistiger Erschöpfung, muskulärer Schwäche, verringerter Ganggeschwindigkeit und verminderter körperlicher Aktivität)

und/oder

- Patienten mit einer der folgenden Erkrankungen: F00-F02 dementielle Erkrankungen, G30 Alzheimer-Erkrankung, G20.1 Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung und G20.2 Primäres Parkinson-Syndrom mit schwerster Beeinträchtigung.

01205 **Notfallpauschale im organisierten Not(-fall)dienst und für nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser für die Abklärung der Behandlungsnotwendigkeit bei Inanspruchnahme** 5,73 € 45 Punkte

- zwischen 07:00 und 19:00 Uhr (außer an Samstagen, Sonntagen, gesetzlichen Feiertagen und am 24.12. und 31.12.)

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt im organisierten Not(-fall)dienst und für nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser,
- Bewertung der Dringlichkeit der Behandlungsnotwendigkeit,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Koordination der nachfolgenden Versorgung durch einen Vertragsarzt außerhalb der Notfallversorgung,
- Erhebung Lokalbefund,

einmal im Behandlungsfall

Gemäß der Nr. 7 der Bestimmung zum Abschnitt 1.2 ist die Gebührenordnungsposition 01205 zu berechnen, wenn die Erkrankung des Patienten auf Grund ihrer Beschaffenheit keiner sofortigen Maßnahme bedarf und die nachfolgende Versorgung durch einen Vertragsarzt außerhalb der Notfallversorgung möglich und/oder auf Grund der Umstände vertretbar ist.

Neben der Gebührenordnungsposition 01205 ist für die Berechnung der jeweiligen arztgruppenspezifischen Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale in demselben Behandlungsfall mindestens ein weiterer persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt bzw. Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde außerhalb des organisierten ärztlichen Not(-fall)dienstes notwendig.

Die Gebührenordnungsposition 01205 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01100 bis 01102, 01214, 01216, 01218, 01411, 01412, 01414, 01415, 01871, 01872, 01949 bis 01951, 01953, 03030, 03373, 04030, 04355, 04356, 04373, 14220, 14221, 16220, 21220, 21221, 22220 bis 22222, 23220, 27310, 30930

bis 30933, 37306, 37500, 37510, 37600 und 37610 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Kapitel 33, 34 und 35 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01205 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01626, 01955 und 01956 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01205 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01207, 01210 und 01212 berechnungsfähig.

01207 **Notfallpauschale im organisierten Not(-fall)dienst und für nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser für die Abklärung der Behandlungsnotwendigkeit bei Inanspruchnahme** 10,19 € / 80 Punkte

- zwischen 19:00 und 07:00 Uhr des Folgetages
- ganztägig an Samstagen, Sonntagen, gesetzlichen Feiertagen und am 24.12. und 31.12.

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt im organisierten Not(-fall)dienst und für nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser,
- Bewertung der Dringlichkeit der Behandlungsnotwendigkeit,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Koordination der nachfolgenden Versorgung durch einen Vertragsarzt außerhalb der Notfallversorgung,
- Erhebung Lokalbefund,

einmal im Behandlungsfall

Gemäß der Nr. 7 der Bestimmung zum Abschnitt 1.2 ist die Gebührenordnungsposition 01207 zu berechnen, wenn die Erkrankung des Patienten auf Grund ihrer Beschaffenheit keiner sofortigen Maßnahme bedarf und die nachfolgende Versorgung durch einen Vertragsarzt außerhalb der Notfallversorgung möglich und/oder auf Grund der Umstände vertretbar ist.
Neben der Gebührenordnungsposition 01207 ist für die Berechnung der jeweiligen arztgruppenspezifischen Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale in demselben Behandlungsfall mindestens ein weiterer persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt bzw. Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde außerhalb des organisierten ärztlichen Not(-fall)dienstes notwendig.
Die Gebührenordnungsposition 01207 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01100 bis 01102, 01214, 01216, 01218, 01411, 01412, 01414, 01415, 01871, 01872, 01949 bis 01951, 01953, 03030, 03373, 04030, 04355, 04356, 04373, 14220, 14221, 16220, 21220, 21221, 22220 bis 22222, 23220, 27310, 30930 bis 30933, 37306, 37500, 37510, 37600 und 37610 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Kapitel 33, 34 und 35 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 01207 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01626, 01955 und 01956 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01207 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01210 und 01212 berechnungsfähig.

01210 **Notfallpauschale I im organisierten Not(-fall)dienst und für nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser** bei Inanspruchnahme — 15,29 € / 120 Punkte

- zwischen 07:00 und 19:00 Uhr (außer an Samstagen, Sonntagen, gesetzlichen Feiertagen und am 24.12. und 31.12.)

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt im organisierten Not(-fall)dienst und für nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser

oder

- Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde im organisierten Not(-fall)dienst,

Fakultativer Leistungsinhalt

- In Anhang 1, Spalte GP, aufgeführte Leistungen,
- Funktioneller Ganzkörperstatus (27310),

einmal im Behandlungsfall

Neben der Gebührenordnungsposition 01210 ist für die Berechnung der jeweiligen arztgruppenspezifischen Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale in demselben Behandlungsfall mindestens ein weiterer persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt bzw. Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde außerhalb des organisierten ärztlichen Not(-fall)dienstes notwendig.
Bei Durchführung der Leistung im Rahmen einer Videosprechstunde ist dies durch Angabe einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung zu dokumentieren. Für die Abrechnung gelten die Anforderungen gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä entsprechend.
Die Gebührenordnungsposition 01210 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01100 bis 01102, 01214, 01216, 01218, 01411, 01412, 01414, 01415, 01949 bis 01951, 01953, 03030, 03373, 04030, 04355, 04356, 04373, 14220, 14221, 16220, 21220, 21221, 22220 bis 22222, 23220, 27310, 30930 bis 30933, 37306, 37500, 37510, 37600 und 37610 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Kapitels 35 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01210 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01626, 01955 und 01956 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01210 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207 und 01212 berechnungsfähig.

01212 **Notfallpauschale II im organisierten Not(-fall)dienst und für nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser** bei Inanspruchnahme — 24,84 € / 195 Punkte

- zwischen 19:00 und 07:00 Uhr des Folgetages
- ganztägig an Samstagen, Sonntagen, gesetzlichen Feiertagen und am 24.12. und 31.12.

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt im organisierten Not(-fall)dienst und für nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser

oder

- Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde im organisierten Not(-fall)dienst,

Fakultativer Leistungsinhalt

- In Anhang 1, Spalte GP, aufgeführte Leistungen,
- Funktioneller Ganzkörperstatus (27310),

einmal im Behandlungsfall

Neben der Gebührenordnungsposition 01212 ist für die Berechnung der jeweiligen arztgruppenspezifischen Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale in demselben Behandlungsfall mindestens ein weiterer persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt bzw. Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde außerhalb des organisierten ärztlichen Not(-fall)dienstes notwendig.
Bei Durchführung der Leistung im Rahmen einer Videosprechstunde ist dies durch Angabe einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung zu dokumentieren. Für die Abrechnung gelten die Anforderungen gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä entsprechend.
Die Gebührenordnungsposition 01212 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01100 bis 01102, 01214, 01216, 01218, 01411, 01412, 01414, 01415, 01949 bis 01951, 01953, 03030, 03373, 04030, 04355, 04356, 04373, 14220, 14221, 16220, 21220, 21221, 22220 bis 22222, 23220, 27310, 30930 bis 30933, 37306, 37500, 37510, 37600 und 37610 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Kapitels 35 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01212 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01626, 01955 und 01956 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01212 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207 und 01210 berechnungsfähig.

01214 **Notfallkonsultationspauschale I im organisierten Not(-fall)dienst und für nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser** — 6,37 € / 50 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Weiterer persönlicher oder anderer Arzt-Patienten-Kontakt gemäß 4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen im organisierten Not(-fall)dienst oder für nicht an der

vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser bei Inanspruchnahme außerhalb der in den Gebührenordnungspositionen 01216 und 01218 angegebenen Zeiten,

Fakultativer Leistungsinhalt

- In Anhang 1, Spalte GP, aufgeführte Leistungen,
- Funktioneller Ganzkörperstatus (27310),

je Arzt-Patienten-Kontakt

Die Gebührenordnungsposition 01214 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01100 bis 01102, 01205, 01207, 01210, 01212, 01216, 01218, 01411, 01412, 01414, 01415, 01949 bis 01951, 01953, 03030, 03373, 04030, 04355, 04356, 04373, 14220, 14221, 16220, 21220, 21221, 22220 bis 22222, 23220, 27310, 30930 bis 30933, 37306, 37500, 37510, 37600 und 37610 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Kapitels 35 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01214 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01626, 01955 und 01956 berechnungsfähig.

01216 **Notfallkonsultationspauschale II im organisierten Not(-fall)dienst und für nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser** bei Inanspruchnahme — 17,84 € / 140 Punkte

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

Obligater Leistungsinhalt

- Weiterer persönlicher oder anderer Arzt-Patienten-Kontakt gemäß 4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen im organisierten Not(-fall)dienst oder für nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser,

Fakultativer Leistungsinhalt

- In Anhang 1, Spalte GP, aufgeführte Leistungen,
- Funktioneller Ganzkörperstatus (27310),

je Arzt-Patienten-Kontakt

Die Gebührenordnungsposition 01216 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01100 bis 01102, 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01218, 01411, 01412, 01414, 01415, 01949 bis 01951, 01953, 03030, 03373, 04030, 04355, 04356, 04373, 14220, 14221, 16220, 21220, 21221, 22220 bis 22222, 23220, 27310, 30930 bis 30933, 37306, 37500, 37510, 37600 und 37610 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Kapitels 35 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01216 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01626, 01955 und 01956 berechnungsfähig.

01218 **Notfallkonsultationspauschale III im organisierten Not(-fall)dienst und für nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser** bei Inanspruchnahme — 21,66 € / 170 Punkte

- zwischen 22:00 und 7:00 Uhr
- an Samstagen, Sonntagen und gesetzlichen Feiertagen, am 24.12. und 31.12. zwischen 19:00 und 7:00 Uhr

Obligater Leistungsinhalt

- Weiterer persönlicher oder anderer Arzt-Patienten-Kontakt gemäß 4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen im organisierten Not(fall)dienst oder für nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser,

Fakultativer Leistungsinhalt

- In Anhang 1, Spalte GP, aufgeführte Leistungen,
- Funktioneller Ganzkörperstatus (27310),

je Arzt-Patienten-Kontakt

Die Gebührenordnungsposition 01218 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01100 bis 01102, 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01411, 01412, 01414, 01415, 01949 bis 01951, 01953, 03030, 03373, 04030, 04355, 04356, 04373, 14220, 14221, 16220, 21220, 21221, 22220 bis 22222, 23220, 27310, 30930 bis 30933, 37306, 37500, 37510, 37600 und 37610 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Kapitels 35 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01218 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01626, 01955 und 01956 berechnungsfähig.

01220 **Reanimationskomplex** — 130,84 € / 1027 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Künstliche Beatmung und/oder extrathorakale Herzmassage

Fakultativer Leistungsinhalt

- Infusion(en) (Nr. 02100),
- Einführung einer Magenverweilsonde (Nr. 02320),
- Legen und/oder Wechsel eines transurethralen Dauerkatheters (Nr. 02323),
- Blutentnahme durch Arterienpunktion (Nr. 02330),
- Intraarterielle Injektion(en) (Nr. 02331),
- Punktion(en) I (Nr. 02340),
- Punktion(en) II (Nr. 02341),
- Ausspülungen des Magens

Die Gebührenordnungsposition 01220 kann für die Reanimation eines Neugeborenen unmittelbar nach der Geburt nur in Verbindung mit dem Zuschlag nach der Nr. 01221 berechnet werden.
Die Gebührenordnungsposition 01220 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01500, 01501, 01856, 01913, 02100 bis 02102, 02320 bis 02323, 02330, 02331, 02340, 02341, 02344 und 05372 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 5.3, 31.5 und 36.5 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 01220 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 01626 berechnungsfähig.

01221 **Zuschlag** zu der Gebührenordnungsposition 01220 — 25,86 € / 203 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Koniotomie

und/oder

- Endotracheale Intubation(en)

Die Gebührenordnungsposition 01221 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01500, 01501, 01856, 01913, 02100 bis 02102, 02320 bis 02323, 02330, 02331, 02340, 02341, 02344 und 05372 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 5.3, 31.5 und 36.5 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01221 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 01626 berechnungsfähig.

01222 **Zuschlag** zu der Gebührenordnungsposition 01220 — 36,69 € / 288 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Elektrodefibrillation(en)

und/oder

- Elektrostimulation(en) des Herzens

Die Gebührenordnungsposition 01222 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01500, 01501, 01856, 01913, 02100 bis 02102, 02320 bis 02323, 02330, 02331, 02340, 02341, 02344, 05372 und 13551 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 5.3, 31.5 und 36.5 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01222 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 01626 berechnungsfähig.

01223 **Zuschlag** zu der Gebührenordnungsposition 01210 bei Erfüllung der Voraussetzungen gemäß Nr. 8 der Bestimmung zum Abschnitt 1.2, einmal im Behandlungsfall — 16,31 € / 128 Punkte

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 01223 setzt die Kodierung nach ICD-10-GM unter Angabe des Zusatzkennzeichens für die Diagnosensicherheit voraus.
Die Gebührenordnungsposition 01223 ist ausschließlich bei einem persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01223 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 01626 berechnungsfähig.

01224 **Zuschlag** zu der Gebührenordnungsposition 01212 bei Erfüllung der Voraussetzungen gemäß Nr. 8 der Bestimmung zum Abschnitt 1.2, einmal im Behandlungsfall — 24,84 € / 195 Punkte

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 01224 setzt die Kodierung nach ICD-10-GM unter Angabe des Zusatzkennzeichens für die Diagnosensicherheit voraus.

Die Gebührenordnungsposition 01224 ist ausschließlich bei einem persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01224 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 01626 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01224 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 01226 berechnungsfähig.

01226 **Zuschlag** zu der Gebührenordnungsposition 01212 bei Erfüllung der Voraussetzungen gemäß Nr. 9 der Bestimmung zum Abschnitt 1.2, 11,47 € 90 Punkte

einmal im Behandlungsfall

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 01226 setzt die Kodierung nach ICD-10-GM unter Angabe des Zusatzkennzeichens für die Diagnosensicherheit voraus.
Die Gebührenordnungsposition 01226 ist ausschließlich bei einem persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01226 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 01626 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01226 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 01224 berechnungsfähig.

1.3 Grundpauschalen für ermächtigte Ärzte, Krankenhäuser bzw. Institute

1. Werden die in den Grundpauschalen enthaltenen Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen 01600 und 01601 durchgeführt, sind für die Versendung bzw. den Transport die Kostenpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 40110 und 40111 berechnungsfähig.

01320 **Grundpauschale** für Ärzte, Institute und Krankenhäuser, die zur Erbringung von Leistungen innerhalb mindestens eines der Fachgebiete Anästhesiologie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie und Humangenetik ermächtigt sind 11,72 € 92 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt und/oder Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Weitere persönliche oder andere Arzt-Patienten-Kontakte gemäß 4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen,
- Beratung und Behandlung,
- Ärztlicher Bericht entsprechend der Gebührenordnungsposition 01600,
- Individueller Arztbrief entsprechend der Gebührenordnungsposition 01601,
- In Anhang 1 Spalte GP aufgeführte Leistungen,

einmal im Behandlungsfall

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 01320 richtet sich nach den Allgemeinen Bestimmungen.
Entspricht der Ermächtigungsumfang dem eines zugelassenen Vertragsarztes, kann anstelle der Gebührenordnungsposition 01320 die Berechnung einer in den arztgruppenspezifischen Kapiteln genannten Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen genehmigt werden.
Ärzte der in der Gebührenordnungsposition 01320 aufgeführten Fachgebiete mit einer Ermächtigung nach § 24 Abs. 3 Ärzte-ZV berechnen anstelle der Gebührenordnungsposition 01320 die in den arztgruppenspezifischen Kapiteln genannten Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen.
Umfasst der Ermächtigungsumfang sowohl Leistungen innerhalb eines Fachgebietes der Gebührenordnungsposition 01320 als auch der Gebührenordnungsposition 01321 ist die Gebührenordnungsposition 01321 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01320 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 01436 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01320 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01321, 01600, 01601, 37706 und 40091 bis 40095 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01320 ist im Arztfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01437, 01700, 01701 und 12222 bis 12224 berechnungsfähig.

01321 **Grundpauschale** für Ärzte, Institute und Krankenhäuser, die zur Erbringung von Leistungen innerhalb mindestens eines der nicht in der Gebührenordnungsposition 01320 aufgeführten Fachgebiete ermächtigt sind, mit Ausnahme der Ärzte, die nach § 13 Abs. 4 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) nur auf Überweisung in Anspruch genommen werden können — 20,26 € / 159 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt und/oder Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Weitere persönliche oder andere Arzt-Patienten-Kontakte gemäß 4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen,
- Beratung und Behandlung,
- Ärztlicher Bericht entsprechend der Gebührenordnungsposition 01600,
- Individueller Arztbrief entsprechend der Gebührenordnungsposition 01601,
- In Anhang 1 Spalte GP aufgeführte Leistungen,

einmal im Behandlungsfall

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 01321 richtet sich nach den Allgemeinen Bestimmungen.
Entspricht der Ermächtigungsumfang dem eines zugelassenen Vertragsarztes, kann anstelle der Gebührenordnungsposition 01321 die

Berechnung einer in den arztgruppenspezifischen Kapiteln genannten Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen genehmigt werden.
Ärzte der nicht in der Gebührenordnungsposition 01320 aufgeführten Fachgebiete mit einer Ermächtigung nach § 24 Abs. 3 Ärzte-ZV berechnen anstelle der Gebührenordnungsposition 01321 die in den arztgruppenspezifischen Kapiteln genannten Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen.
Umfasst der Ermächtigungsumfang sowohl Leistungen innerhalb eines Fachgebietes der Gebührenordnungsposition 01320 als auch der Gebührenordnungsposition 01321 ist die Gebührenordnungsposition 01321 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01321 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 01436 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01321 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01320, 01600, 01601, 37706 und 40091 bis 40095 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01321 ist im Arztfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01437, 01700, 01701 und 12222 bis 12224 berechnungsfähig.

01322 **Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 01320 für die Behandlung aufgrund einer TSS-Vermittlung und/oder Vermittlung durch den Hausarzt gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.10.1, 4.3.10.2 oder 4.3.10.3,**

einmal im Arztgruppenfall

Die Gebührenordnungsposition 01322 kann durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt werden.
Die Gebührenordnungsposition 01322 ist im Arztgruppenfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 01710 berechnungsfähig.

01323 **Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 01321 für die Behandlung aufgrund einer TSS-Vermittlung und/oder Vermittlung durch den Hausarzt gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.10.1, 4.3.10.2 oder 4.3.10.3,**

einmal im Arztgruppenfall

Die Gebührenordnungsposition 01323 kann durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt werden.
Die Gebührenordnungsposition 01323 ist im Arztgruppenfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 01710 berechnungsfähig.

1.4 Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen, Beratung zur Organ- und Gewebespende

1. Ein Besuch / eine Visite ist eine ärztliche Inanspruchnahme, zu der der Arzt seine Praxis, Wohnung oder einen anderen Ort verlassen muss, um sich an eine andere Stelle zur Behandlung eines Erkrankten

zu begeben. Ein Besuch liegt somit auch vor, wenn der Arzt zur Notversorgung eines Unfallverletzten auf der Straße gerufen wird. Sucht der Arzt seine eigene Arztpraxis oder eine andere Betriebs- oder Nebenbetriebsstätte auf, an denen er selbst vertragsärztlich oder angestellt tätig ist, ist kein Besuch berechnungsfähig.

2. Der Vertragsarzt erhält für jeden Besuch nach den Gebührenordnungspositionen 01410, 01411, 01412, 01415 oder 01418 sowie für die erste Visite nach der Gebührenordnungsposition 01414 einmal je Visitentag eine Wegepauschale entsprechend der vertraglichen Regelungen zu den Pauschalerstattungen. Bei Berechnung von mehr als einem Besuch und/oder mehr als einer Visite pro Tag bei demselben Patienten ist eine Begründung (Uhrzeitangabe) erforderlich. Dies gilt nicht für Visiten am Operationstag und/oder an dem auf die Operation folgenden Tag.
3. Die Gebührenordnungspositionen 01425 und 01426 sind nur von Ärzten berechnungsfähig, die berechtigt sind, Gebührenordnungspositionen der Kapitel 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 13, 14, 15, 16, 18, 21, 25, 26 und/oder 27 abzurechnen.
4. Bei durchgängiger Behandlung im Sinne der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung sind gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 37b SGB V nach Ablauf des Versorgungszeitraumes der Erstverordnung nur noch Folgeverordnungen auszustellen, auch wenn ein neues Quartal begonnen hat. Wird die Behandlung unterbrochen und zu einem späteren Zeitpunkt eine erneute Behandlungsbedürftigkeit festgestellt, ist erneut eine Erstverordnung auszustellen.
5. Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 01418 setzt die Angabe der Uhrzeit der Inanspruchnahme voraus.
6. Die Gebührenordnungspositionen 01442, 01444 und 01450 können nur berechnet werden, wenn die Voraussetzungen gemäß der Anlage 31b zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) erfüllt sind und dies in Bezug auf die technischen Anforderungen durch eine Erklärung des Videodienstanbieters für die Arztpraxis gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung nachgewiesen wird. Jede Änderung ist der Kassenärztlichen Vereinigung anzuzeigen.
7. Die Gebührenordnungsposition 01480 ist nur von Ärzten berechnungsfähig, die berechtigt sind, Gebührenordnungspositionen der Kapitel 3 und/oder 4 abzurechnen.
8. Die Gebührenordnungspositionen 01474 und 01479 können ausschließlich von Vertragsärzten bzw. -psychotherapeuten, die über eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Verhaltenstherapie gemäß der Psychotherapie-Vereinbarung verfügen, berechnet werden. Die Gebührenordnungsposition 01481 kann ausschließlich von Vertragsärzten berechnet werden, die berechtigt sind, die Gebührenordnungspositionen 03325, 04325 oder 13578 zu berechnen.

01410	**Besuch eines Kranken,** wegen der Erkrankung ausgeführt	27,01 € 212 Punkte

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 01410 im Zusammenhang mit der Versorgung gemäß den Leistungen des Abschnitts 37.6 (KJ-KSVPsych-RL) ist durch Angabe einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung zu dokumentieren.
Die Gebührenordnungsposition 01410 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01100 bis 01102, 01411 bis 01415, 01418, 01721 und 05230 berechnungsfähig.

01411 **Dringender Besuch** wegen der Erkrankung, unverzüglich nach Bestellung ausgeführt — 59,75 € / 469 Punkte
- zwischen 19:00 und 22:00 Uhr, oder an Samstagen, Sonntagen und gesetzlichen Feiertagen, am 24.12. und 31.12. zwischen 07:00 und 19:00 Uhr

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 01411 im Zusammenhang mit der Versorgung gemäß den Leistungen des Abschnitts 37.6 (KJ-KSVPsych-RL) ist durch Angabe einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung zu dokumentieren.
Die Gebührenordnungsposition 01411 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01100 bis 01102, 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 01410, 01412 bis 01415, 01418, 01721 und 05230 berechnungsfähig.

01412 **Dringender Besuch / dringende Visite auf der Belegstation** wegen der Erkrankung, unverzüglich nach Bestellung ausgeführt — 79,75 € / 626 Punkte
- Dringender Besuch zwischen 22:00 und 07:00 Uhr

oder
- Dringender Besuch an Samstagen, Sonntagen und gesetzlichen Feiertagen, am 24.12. und 31.12. zwischen 19:00 und 07:00 Uhr

oder
- Dringender Besuch bei Unterbrechen der Sprechstundentätigkeit mit Verlassen der Praxisräume

oder
- Dringende Visite auf der Belegstation bei Unterbrechen der Sprechstundentätigkeit mit Verlassen der Praxisräume

Die Gebührenordnungsposition 01412 ist für Besuche im Rahmen des organisierten Not(-fall)dienstes bzw. für Besuche im Rahmen der Notfallversorgung durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser nicht berechnungsfähig.
Sofern die Partner der Gesamtverträge eigene Regelungen zur Vergütung der dringenden Visite auf der Belegstation bei Unterbrechen der Sprechstundentätigkeit mit Verlassen der Praxisräume getroffen haben, ist die Gebührenordnungsposition 01412 für die dringende Visite auf der Belegstation bei Unterbrechen der Sprechstundentätigkeit mit Verlassen der Praxisräume nicht berechnungsfähig.
Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 01412 im Zusammenhang mit der Versorgung gemäß den Leistungen des Abschnitts 37.6 (KJ-KSVPsych-RL) ist durch Angabe einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung zu dokumentieren.

Die Gebührenordnungsposition 01412 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01100 bis 01102, 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 01410, 01411, 01413 bis 01415, 01418, 01721 und 05230 berechnungsfähig.

01413 **Besuch eines weiteren Kranken** in derselben sozialen Gemeinschaft (z. B. Familie) und/oder in beschützenden Wohnheimen bzw. Einrichtungen bzw. Pflege- oder Altenheimen mit Pflegepersonal — 13,50 € / 106 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Besuch eines weiteren Kranken in derselben sozialen Gemeinschaft (z. B. Familie) und/oder in beschützenden Wohnheimen bzw. Einrichtungen bzw. Pflege- oder Altenheimen mit Pflegepersonal in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit einem Besuch nach den Nrn. 01410, 01411, 01412, 01415 oder 01418

Die Gebührenordnungsposition 01413 ist nur dann neben der Gebührenordnungsposition 01102 berechnungsfähig, wenn die Inanspruchnahme nach der Nr. 01413 in beschützenden Wohnheimen bzw. Einrichtungen bzw. Pflege- oder Altenheimen mit Pflegepersonal auf besondere Anforderung erfolgt.
Die Gebührenordnungsposition 01413 ist entgegen der Leistungslegende auch im Zusammenhang mit der Durchführung von probatorischen Sitzungen im Krankenhaus gemäß § 12 Abs. 6 der Psychotherapie-Richtlinie berechnungsfähig.
Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 01413 im Zusammenhang mit der Versorgung gemäß den Leistungen des Abschnitts 37.6 (KJ-KSVPsych-RL) ist durch Angabe einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung zu dokumentieren.
Die Gebührenordnungsposition 01413 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01100, 01101, 01410 bis 01412, 01414, 01415, 01418, 01721 und 05230 berechnungsfähig.

01414 **Visite** auf der Belegstation, je Patient — 11,08 € / 87 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 01414 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 01410 bis 01413, 01415, 01418 und 01721 berechnungsfähig.

01415 Dringender Besuch eines Patienten in **beschützenden Wohnheimen** bzw. Einrichtungen bzw. Pflege- oder Altenheimen mit Pflegepersonal wegen der Erkrankung, noch am Tag der Bestellung ausgeführt — 69,56 € / 546 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 01415 ist im Rahmen des organisierten Not(-fall)dienstes nicht berechnungsfähig.
Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 01415 im Zusammenhang mit der Versorgung gemäß den Leistungen

des Abschnitts 37.6 (KJ-KSVPsych-RL) ist durch Angabe einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung zu dokumentieren.
Die Gebührenordnungsposition 01415 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01100 bis 01102, 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 01410 bis 01414, 01418, 01721 und 05230 berechnungsfähig.

01416 **Begleitung eines Kranken durch den behandelnden Arzt beim Transport** zur unmittelbar notwendigen stationären Behandlung, — 14,91 € / 117 Punkte

je vollendete 10 Minuten

Die Gebührenordnungsposition 01416 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 01440 berechnungsfähig.

01418 **Besuch im organisierten Not(-fall)dienst** — 99,12 € / 778 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 01418 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01100 bis 01102, 01410 bis 01415, 01721, 01949, 01950, 01953, 01955 und 05230 berechnungsfähig.

01420 **Überprüfung der Notwendigkeit und Koordination der verordneten häuslichen Krankenpflege gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses** — 11,98 € / 94 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Anleitung der Bezugs- und Betreuungsperson(en),
- Überprüfung von Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Koordinierende Gespräche mit einbezogenen Pflegefachkräften bzw. Pflegekräften,

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 01420 ist bei Vorliegen der Voraussetzungen gemäß § 3 Absatz 1a der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie bei einer Folgeverordnung häuslicher Krankenpflege auch in einem Behandlungsfall berechnungsfähig, in dem kein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt, aber ein Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde stattgefunden hat. Dies ist durch Angabe einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung zu dokumentieren. Für die Abrechnung gelten die Anforderungen gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä entsprechend.
Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 01420 setzt die Verordnung häuslicher Krankenpflege nach Muster 12 der Vordruckvereinbarung und die Genehmigung durch die zuständigen Krankenkassen voraus.

01422 **Erstverordnung von Behandlungsmaßnahmen zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen** — 18,98 € / 149 Punkte

Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege

Obligater Leistungsinhalt

- Erstverordnung über einen Zeitraum von bis zu 14 Tagen zur Erarbeitung der Pflegeakzeptanz und zum Beziehungsaufbau,
- Behandlungsplan mit Angaben zur Indikation, zu den Fähigkeitsstörungen, zur Zielsetzung der Behandlung und zu den Behandlungsschritten,
- Anwendung der GAF-Skala (Global Assessment of Functioning Scale) und Angabe des GAF-Werts auf der Verordnung,
- Überprüfung von Maßnahmen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Anleitung der relevanten Bezugspersonen des Patienten im Umgang mit dessen Erkrankung,
- Koordinierende Gespräche mit den einbezogenen Pflegefachkräften bzw. Pflegekräften,

einmal im Behandlungsfall

Die Erstverordnung von Behandlungsmaßnahmen zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege ist nur verordnungs- und berechnungsfähig für Indikationen und bei Vorliegen von Störungen und Einbußen nach Maßgabe des § 4 Abs. 8 bis 10 der Richtlinie über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege.
Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 01422 setzt die Erstverordnung von Behandlungsmaßnahmen zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege nach Muster 12 der Vordruckvereinbarung und die Genehmigung durch die zuständige Krankenkasse voraus.
Steht bereits zum Zeitpunkt der Erstverordnung die Behandlungsfähigkeit des Patienten fest, kann der Zeitraum der Erstverordnung länger als 14 Tage betragen. Die Begründung ist in der Verordnung anzugeben.
Die Gebührenordnungsposition 01422 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 01424 berechnungsfähig.

01424 **Folgeverordnung von Behandlungsmaßnahmen zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege** 19,62 € / 154 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Folgeverordnung von Behandlungsmaßnahmen zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege,
- Behandlungsplan mit Angaben zur Indikation, zu den Fähigkeitsstörungen, zur Zielsetzung der Behandlung und zu den Behandlungsschritten,
- Anwendung der GAF-Skala (Global Assessment of Functioning Scale) und Angabe des GAF-Werts auf der Verordnung,
- Überprüfung von Maßnahmen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege,

- Begründung bei einem Verordnungszeitraum von insgesamt mehr als 4 Monaten gemäß Nr. 27 a des Verzeichnisses verordnungsfähiger Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Anleitung der relevanten Bezugspersonen des Patienten im Umgang mit dessen Erkrankung,
- Koordinierende Gespräche mit den einbezogenen Pflegefachkräften bzw. Pflegekräften,

zweimal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 01424 ist bei Vorliegen der Voraussetzungen gemäß § 3 Absatz 1a der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie auch in einem Behandlungsfall berechnungsfähig, in dem kein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt, aber ein Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde stattgefunden hat. Dies ist durch Angabe einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung zu dokumentieren. Für die Abrechnung gelten die Anforderungen gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä entsprechend.
Die Folgeverordnung von Behandlungsmaßnahmen zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege ist nur verordnungs- und berechnungsfähig für Indikationen und bei Vorliegen von Störungen und Einbußen nach Maßgabe des § 4 Abs. 8 bis 10 der Richtlinie über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege.
Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 01424 setzt die Folgeverordnung von Behandlungsmaßnahmen zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege nach Muster 12 der Vordruckvereinbarung und die Genehmigung durch die zuständige Krankenkasse voraus.
Sofern eine Einschätzung der Voraussetzungen gemäß § 4 Abs. 3 der Richtlinie über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege in dem 14-tägigen Zeitraum der Erstverordnung nicht möglich ist, kann eine Folgeverordnung für weitere 14 Tage ausgestellt werden.
Die Gebührenordnungsposition 01424 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 01422 berechnungsfähig.

01425 **Erstverordnung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung** gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 37b SGB V — 32,23 € / 253 Punkte

01426 **Folgeverordnung zur Fortführung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung** gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 37b SGB V,

höchstens zweimal im Behandlungsfall — 19,37 € / 152 Punkte

01430 **Verwaltungskomplex** — 1,53 € / 12 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Ausstellung von Wiederholungsrezepten ohne persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt

und/oder

- Ausstellung von Überweisungsscheinen ohne persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt

und/oder

- Übermittlung von Befunden oder ärztlichen Anordnungen an den Patienten im Auftrag des Arztes durch das Praxispersonal

Fakultativer Leistungsinhalt

- Übermittlung mittels technischer Kommunikationseinrichtungen

Die Gebührenordnungsposition 01430 ist - mit Ausnahme der Gebührenordnungsposition 01431 - im Arztfall nicht neben anderen Gebührenordnungspositionen und nicht mehrfach an demselben Tag berechnungsfähig.
Kommt in demselben Arztfall eine Versicherten-, Grund- und/oder Konsiliarpauschale zur Abrechnung, ist die Gebührenordnungsposition 01430 nicht berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01430 ist im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03100 durch den Vertragsarzt, der die Gebührenordnungsposition 03100 berechnet hat, für denselben Patienten nicht berechnungsfähig.

01431 **Zusatzpauschale zu den Gebührenordnungspositionen 01430, 01435 und 01820 für ärztliche Tätigkeiten im Zusammenhang mit der elektronischen Patientenakte** — 0,38 € / 3 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Erfassung und/oder Verarbeitung und/oder Speicherung von Daten nach § 341 Absatz 2 Nrn. 1 bis 5 und 10 bis 13 SGB V aus dem aktuellen Behandlungskontext für eine einrichtungs-, fach- und sektorenübergreifende Dokumentation über den Patienten in der elektronischen Patientenakte ohne persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt,
- Prüfung, ob erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Rechte Dritter einer Übermittlung in die elektronische Patientenakte entgegenstehen,
- Prüfung und ggf. Ergänzung der zu den Dokumenten gehörenden Metadaten

Die Gebührenordnungsposition 01431 ist höchstens 4-mal im Arztfall berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01431 ist - mit Ausnahme der Gebührenordnungspositionen 01430, 01435 und 01820 - im Arztfall nicht neben anderen Gebührenordnungspositionen und nicht mehrfach an demselben Tag berechnungsfähig.
Kommt in demselben Arztfall eine Versicherten-, Grund- und/oder Konsiliarpauschale zur Abrechnung, ist die Gebührenordnungsposition 01431 nicht berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01431 ist im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03100 durch den Vertragsarzt, der die Gebührenordnungsposition 03100 berechnet hat, für denselben Patienten nicht berechnungsfähig.

01435 **Haus-/Fachärztliche Bereitschaftspauschale** 11,21 €
88 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Telefonische Beratung des Patienten im Zusammenhang mit einer Erkrankung durch den Arzt bei Kontaktaufnahme durch den Patienten

und/oder

- Anderer mittelbarer Arzt-Patienten-Kontakt gemäß 4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 01435 ist im organisierten Not(-fall)dienst nicht berechnungsfähig.
Kommt in demselben Arztfall eine Versicherten-, Grund- und/oder Konsiliarpauschale zur Abrechnung, ist die Gebührenordnungsposition 01435 nicht berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01435 ist - mit Ausnahme der Gebührenordnungspositionen 01431, 40128 und 40129 - nicht neben anderen Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01435 ist bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr zweimal im Behandlungsfall berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01435 ist im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03100 durch den Vertragsarzt, der die Gebührenordnungsposition 03100 berechnet hat, für denselben Patienten nicht berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01435 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 01438 berechnungsfähig.

01436 **Konsultationspauschale** 2,29 €
18 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Diagnostik und/oder Behandlung einer/von Erkrankung(en) eines Patienten im Rahmen einer Überweisung zur Durchführung von Auftragsleistungen (Indikations- oder Definitionsauftrag gemäß § 24 Abs. 7 Nr. 1 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä)) an nicht ausschließlich auf Überweisung tätige Ärzte gemäß § 13 Abs. 4 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä)

und/oder

- Diagnostik einer/von Erkrankungen eines Patienten im Rahmen einer Überweisung zur Konsiliaruntersuchung, Mitbehandlung oder Weiterbehandlung gemäß § 24 Abs. 7 Nrn. 2, 3 oder 4 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) zur Erbringung von Leistungen entsprechend der Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 31.1, ggf. in mehreren Sitzungen

und/oder

- Diagnostik und/oder Behandlung einer/von Erkrankung(en) eines Patienten im Rahmen einer Überweisung zur Konsiliaruntersuchung, Mitbehandlung oder Weiterbehandlung gemäß § 24 Abs. 7 Nrn. 2, 3 oder 4 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) innerhalb derselben Arztgruppe gemäß § 24 Abs. 4 Bundesmantelvertrag-

Ärzte (BMV-Ä), zur Durchführung von Leistungen entsprechend der Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 31.2 und/oder 31.5, ggf in mehreren Sitzungen

und/oder

- Diagnostik und/oder Behandlung einer/von Erkrankung(en) eines Patienten im Rahmen einer Überweisung zur Konsiliaruntersuchung, Mitbehandlung oder Weiterbehandlung gemäß § 24 Abs. 7 Nrn. 2, 3 oder 4 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) innerhalb derselben Arztgruppe gemäß § 24 Abs. 4 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä), zur Durchführung von Leistungen entsprechend der Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 31.4

Die Gebührenordnungsposition 01436 kann nicht neben Versicherten-, Grund- und/oder Konsiliarpauschalen berechnet werden.
Neben der Gebührenordnungsposition 01436 ist für die Berechnung der jeweiligen arztgruppenspezifischen Versicherten-, Grund- und/ oder Konsiliarpauschale in demselben Behandlungsfall mindestens ein weiterer persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt oder Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä notwendig.
Die Gebührenordnungsposition 01436 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03000, 03030, 03100, 04000, 04030, 30700 und 37706 berechnungsfähig.

01437 **Grundpauschale für Vertragsärzte, die zur Versorgung gemäß Kapitel 3 bis 11 oder 13 bis 27 zugelassen sind, für Auftragsleistungen nach den Gebührenordnungspositionen 01840 und 01915 und Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 32.2 und 32.3,** 0,64 € 5 Punkte

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 01437 wird ab dem 14001. Behandlungsfall mit 1 Punkt je Behandlungsfall bewertet.
Die Abstaffelungsgrenzen der Gebührenordnungsposition 01437 sind für die in der Gebührenordnungsposition 01437 genannten Ärzte einer Arztpraxis unter Berücksichtigung des Tätigkeitsumfangs laut Zulassungs- bzw. Genehmigungsbescheid durch Summation gesamthaft zu ermitteln.
Sofern ein Vertragsarzt im Quartal als Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale ausschließlich die Gebührenordnungsposition 01437 abrechnet und in einer Arztpraxis gemeinsam mit den in der Präambel 12.1 Nummer 1 genannten Vertragsärzten tätig ist, ist für die Höhe der Leistungsbewertung und Abstaffelung die Regelung nach den Gebührenordnungspositionen 12222 und 12223 anzuwenden. Die Gebührenordnungsposition 01437 ist nach Maßgabe der Kassenärztlichen Vereinigung zu kennzeichnen.
Die Gebührenordnungsposition 01437 ist im Arztfall nicht neben den Versichertenpauschalen der Kapitel 3 und 4, den Grundpauschalen der Kapitel 5 bis 10, 13 bis 16, 18, 20 bis 23, 26, 27, 30 und 37, der Abschnitte

1.3 und 11.2 sowie den Konsiliarpauschalen 12210, 17210, 19210, 24210, 24211, 24212, 25210, 25211 und 25214 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01437 ist im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03100 durch den Vertragsarzt, der die Gebührenordnungsposition 03100 berechnet hat, für denselben Patienten nicht berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01437 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01698, 01700, 01701, 12210 und 12222 bis 12224 berechnungsfähig.

01438 **Telefonische Kontaktaufnahme im Zusammenhang mit der Gebührenordnungsposition 04414, 04416, 13574 oder 13576** — 11,21 € / 88 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Telefonische Kontaktaufnahme mit dem Patienten im Zusammenhang mit der telemedizinischen Funktionsanalyse,

höchstens dreimal im Krankheitsfall

Die Gebührenordnungsposition 01438 ist nur in Behandlungsfällen berechnungsfähig, in denen die Gebührenordnungsposition 04414, 04416, 13574 oder 13576 berechnet wurde.
Entgegen Nr. 4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen ist die Gebührenordnungsposition 01438 im Behandlungsfall auch neben den Versicherten- und Grundpauschalen berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01438 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 01435 berechnungsfähig.

01440 **Verweilen außerhalb der Praxis** ohne Erbringung weiterer berechnungsfähiger Gebührenordnungspositionen, wegen der Erkrankung erforderlich, — 44,85 € / 352 Punkte

je vollendete 30 Minuten

Die Gebührenordnungsposition 01440 ist im Zusammenhang mit der Erbringung von Leistungen in der Praxis nicht berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01440 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01416, 01500, 01501, 01852, 01856, 01903, 01913, 05210 bis 05212, 05230, 05310, 05311, 05320, 05330, 05331, 05340, 05341, 05350, 05372, 08410, 30708, 31820 bis 31828, 31840, 31841, 36820 bis 36829, 36840 und 36841 berechnungsfähig.

01442 **Videofallkonferenz mit der / den an der Versorgung des Patienten beteiligten Pflege(fach)kraft / Pflege(fach)kräften gemäß Anlage 31b zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä)** — 10,96 € / 86 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Patientenorientierte Videofallbesprechung zwischen dem behandelnden Vertragsarzt, der die Koordination von diagnostischen und/oder therapeutischen und/oder rehabilitativen Maßnahmen und/ oder der pflegerischen Versorgung für den Patienten durchführt und der Pflege(fach)kraft /den Pflege(fach)kräften, die an der Versorgung des Patienten in der Häuslichkeit des Patienten oder einer

Pflegeeinrichtung oder einer beschützenden Einrichtung beteiligt ist/ sind in Bezug auf den chronisch pflegebedürftigen Patienten

Die Gebührenordnungsposition 01442 ist höchstens dreimal im Krankheitsfall berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01442 ist nur berechnungsfähig, wenn im Zeitraum der letzten drei Quartale unter Einschluss des aktuellen Quartals ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt in derselben Arztpraxis stattgefunden hat.
Für die Abrechnung der Gebührenordnungsposition 01442 gelten die Anforderungen gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä entsprechend.
Die Gebührenordnungsposition 01442 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01443, 01758, 30210, 30706, 30948, 37120, 37320, 37400, 37720 und 37804 berechnungsfähig.

01443 **Videofallkonferenz mit den an der Versorgung des Patienten beteiligten Pflegefachkräften bzw. Pflegekräften** — 10,96 € / 86 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Patientenorientierte Videofallbesprechung zwischen einem Vertragsarzt, der einen Patienten mitbehandelt und der Pflege(fach)kraft/den Pflege(fach)kräften, die an der Versorgung des Patienten in der Häuslichkeit des Patienten oder einer Pflegeeinrichtung oder einer beschützenden Einrichtung beteiligt ist/ sind in Bezug auf den chronisch pflegebedürftigen Patienten

Die Gebührenordnungsposition 01443 ist höchstens dreimal im Krankheitsfall berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01443 ist nur berechnungsfähig, wenn im Zeitraum der letzten drei Quartale unter Einschluss des aktuellen Quartals ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt in derselben Arztpraxis stattgefunden hat.
Für die Abrechnung der Gebührenordnungsposition 01443 gelten die Anforderungen gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä entsprechend.
Die Gebührenordnungsposition 01443 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01442, 01758, 30210, 30706, 30948, 37120, 37320, 37400, 37720 und 37804 berechnungsfähig.

01444 **Zuschlag zu den Versichertenpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 03000 und 04000, zu den Grundpauschalen der Kapitel 5 bis 11, 13 bis 16, 18, 20 bis 23, 26 und 27 und zu den Gebührenordnungspositionen 01210, 01212, 01320, 01321, 17210, 25214, 30700 und 37706 für die Authentifizierung eines unbekannten Patienten gemäß Anlage 4b zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä durch das Praxispersonal** — 1,27 € / 10 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Praxispersonal-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde oder Videofallbesprechung gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä bei Kontaktaufnahme durch den Patienten,
- Überprüfung der vorgelegten eGK gemäß Anlage 4b zum BMV-Ä,
- Erhebung der Stammdaten,

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 01444 ist nur für die Authentifizierung eines unbekannten Patienten berechnungsfähig, sofern im Behandlungsfall ausschließlich Arzt-Patienten-Kontakte im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä stattfinden oder im Behandlungsfall ein Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä vor einem persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt stattfindet.

01450 **Zuschlag im Zusammenhang mit den Versichertenpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 03000 und 04000, den Grundpauschalen der Kapitel 5 bis 11, 13 bis 16, 18, 20 bis 23, 26 und 27 und den Gebührenordnungspositionen 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 01320, 01321, 01442, 01443, 01670 bis 01672, 01682, 01880, 01881, 03100, 17210, 25214, 30210, 30700, 30706, 30932, 30933, 30948, 34371, 35110 bis 35113, 35141, 35142, 35152, 35173 bis 35178, 35401, 35402, 35405, 35411, 35412, 35415, 35421, 35422, 35425, 35431, 35432, 35435, 35503 bis 35508, 35513 bis 35518, 35523 bis 35528, 35533 bis 35538, 35543 bis 35548, 35553 bis 35558, 35600, 35601, 35703 bis 35708, 35713 bis 35718, 37120, 37320, 37400, 37550, 37555, 37650, 37655, 37700, 37706, 37720, 37804 und 37806 für die Betreuung eines Patienten im Rahmen einer Videosprechstunde oder für eine Videofallkonferenz gemäß Anlage 31b zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) oder für ein Videokonsilium gemäß § 1 Absatz 5 der Telekonsilien-Vereinbarung**

5,10 €
40 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä bei Kontaktaufnahme durch den Patienten

oder

- Videofallkonferenz gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä

oder

- Videokonsilium gemäß § 1 Absatz 5 der Telekonsilien-Vereinbarung,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Dokumentation,
- Erneute Einbestellung des Patienten,

je Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde oder Videofallkonferenz oder Videokonsilium

Für die Gebührenordnungsposition 01450 wird ein Punktzahlvolumen je Vertragsarzt gebildet, aus dem alle gemäß der Gebührenordnungsposition 01450 durchgeführten Leistungen im Quartal zu vergüten sind. Der Höchstwert für das Punktzahlvolumen

für die Gebührenordnungsposition 01450 beträgt 700 Punkte je abrechnendem Vertragsarzt.
Die Gebührenordnungsposition 01450 ist als Zuschlag im Zusammenhang mit den Gebührenordnungspositionen 01442, 01443, 01881, 30210, 30706, 30948, 34371, 37120, 37320, 37400, 37550, 37555, 37650, 37655, 37720 und 37804 ausschließlich berechnungsfähig, sofern die Fallkonferenz bzw. Fallbesprechung als Videofallkonferenz durchgeführt wird, die die Anforderungen gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä erfüllt. Die Gebührenordnungsposition 01450 ist nur vom Vertragsarzt, der die Videofallkonferenz initiiert, berechnungsfähig. Dabei gilt ein Höchstwert von 40 Punkten je Vertragsarzt und je Videofallkonferenz.
Für die Gebührenordnungsposition 01450 gilt ein Höchstwert von 40 Punkten je Gruppenbehandlung nach den Gebührenordnungspositionen 14221, 21221, 22222, 30933, 35112, 35113, 35173 bis 35178, 35503 bis 35508, 35513 bis 35518, 35523 bis 35528, 35533 bis 35538, 35543 bis 35548, 35553 bis 35558, 35703 bis 35708 und 35713 bis 35718, aus dem alle gemäß der Gebührenordnungsposition 01450 durchgeführten Leistungen je Gruppenbehandlung zu vergüten sind.
Die Gebührenordnungsposition 01450 ist als Zuschlag im Zusammenhang mit den Gebührenordnungspositionen 01670, 01671 und 01672 nur berechnungsfähig, sofern die Leistungen im Rahmen eines Videokonsiliums durchgeführt werden, das die Anforderungen gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä erfüllt. Die Gebührenordnungsposition 01450 ist nur vom Vertragsarzt, der das Videokonsilium initiiert, berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01450 ist auch von im Krankenhaus tätigen, nicht ermächtigten Ärzten oder Psychotherapeuten berechnungsfähig, sofern diese das Videokonsilium mit einem das Telekonsilium einholenden Vertragsarzt initiieren.
Die Gebührenordnungsposition 01450 ist im Zusammenhang mit einer Videofallkonferenz nach der Gebührenordnungsposition 01682 nur berechnungsfähig, sofern der Videodienstanbieter des Vertragsarztes genutzt wird.
Abweichend von Nr. 4.4.2 der Allgemeinen Bestimmungen und der Leistungslegende ist der Zuschlag nach der Gebührenordnungsposition 01450 im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03100 auch ohne Berechnung der Grundleistung nach der Gebührenordnungsposition 03100 berechnungsfähig, sofern im aktuellen Quartal ein Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä stattgefunden hat.

01452	**Zuschlag zu den Versichertenpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 03000 oder 04000, den Grundpauschalen der Kapitel 5 bis 11, 13 bis 16, 18, 20 bis 23, 26 und 27 oder den Gebührenordnungspositionen 01210, 01212, 01320, 01321, 03100, 17210, 25214 und 30700 für die Gewährleistung einer strukturierten Versorgung gemäß § 10 der Anlage 31c zum BMV-Ä,**	3,82 € 30 Punkte

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 01452 ist nur bei bekannten Patienten berechnungsfähig. Bekannte Patienten sind Versicherte, bei denen in mindestens einem der letzten drei Vorquartale ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt gemäß Nr. 4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen in der Praxis des behandelnden Vertragsarztes stattgefunden hat.
Die Gebührenordnungsposition 01452 ist nur im Behandlungsfall berechnungsfähig, sofern mindestens ein Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde, jedoch kein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden hat.
Abweichend von Nr. 4.4.2 der Allgemeinen Bestimmungen und der Leistungslegende ist der Zuschlag nach der Gebührenordnungsposition 01452 im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03100 auch ohne Berechnung der Grundleistung nach der Gebührenordnungsposition 03100 berechnungsfähig, sofern im aktuellen Quartal ein Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä stattgefunden hat.
Die Gebührenordnungsposition 01452 wird von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung zugesetzt.

01471 **Zusatzpauschale für die Verlaufskontrolle und die Auswertung der digitalen Gesundheitsanwendung (DiGA) somnio gemäß dem Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen gemäß § 139e SGB V,** 8,15 € 64 Punkte

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 01471 ist auch bei Durchführung der Leistung im Rahmen einer Videosprechstunde berechnungsfähig und dies durch Angabe einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung zu dokumentieren. Für die Abrechnung gelten die Anforderungen gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä entsprechend.
Die Gebührenordnungsposition 01471 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 30780 berechnungsfähig.

01472 **Zusatzpauschale für die Verlaufskontrolle und die Auswertung der digitalen Gesundheitsanwendung (DiGA) Vivira gemäß dem Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen gemäß § 139e SGB V,** 8,15 € 64 Punkte

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 01472 ist im Krankheitsfall höchstens zweimal berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01472 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01483, 30781 und 30782 berechnungsfähig.

01473 **Zusatzpauschale für die Verlaufskontrolle und die Auswertung der digitalen Gesundheitsanwendung (DiGA) zanadio gemäß dem** 8,15 € 64 Punkte

Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen gemäß § 139e SGB V,

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 01473 ist nicht in zwei aufeinanderfolgenden Quartalen berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01473 ist im Krankheitsfall höchstens zweimal berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01473 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 01475 berechnungsfähig.

01474 **Zusatzpauschale für die Verlaufskontrolle und die Auswertung der digitalen Gesundheitsanwendung (DiGA) Invirto gemäß dem Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen gemäß § 139e SGB V bei folgenden Indikationen:** 8,15 € 64 Punkte

- Agoraphobie mit und ohne Panikstörung (Modul Agora)

oder

- Panikstörung (Modul Panik)

oder

- Soziale Phobien (Modul Sozial),

je dokumentierter Indikation einmal im Krankheitsfall

Die Gebührenordnungsposition 01474 ist ausschließlich bei Patienten ab Beginn des 19. bis zum vollendeten 66. Lebensjahr berechnungsfähig.

01475 **Zusatzpauschale für die Verlaufskontrolle und die Auswertung der digitalen Gesundheitsanwendung (DiGA) Oviva Direkt für Adipositas gemäß dem Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen gemäß § 139e SGB V,** 8,15 € 64 Punkte

einmal im Krankheitsfall

Die Gebührenordnungsposition 01475 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 01473 berechnungsfähig.

01476 **Zusatzpauschale für die Auswahl und/oder Individualisierung von Inhalten der digitalen Gesundheitsanwendung (DiGA) Mawendo gemäß dem Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen gemäß § 139e SGB V,** 8,15 € 64 Punkte

einmal im Krankheitsfall

Die Gebührenordnungsposition 01476 ist ausschließlich bei Versicherten ab Vollendung des 12. Lebensjahres berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01476 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 01477 berechnungsfähig.

01477 **Zusatzpauschale für die Verlaufskontrolle und die Auswertung der digitalen Gesundheitsanwendung (DiGA) companion patella gemäß dem Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen gemäß § 139e SGB V,** 8,15 € 64 Punkte

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 01477 ist ausschließlich bei Versicherten ab der Vollendung des 14. Lebensjahres bis zur Vollendung des 66. Lebensjahres berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01477 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 01476 berechnungsfähig.

01478 **Zusatzpauschale für die Verlaufskontrolle und die Auswertung der digitalen Gesundheitsanwendung (DiGA) Kranus Lutera gemäß dem Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen gemäß § 139e SGB V,** 8,15 € / 64 Punkte

einmal im Krankheitsfall

Die Gebührenordnungsposition 01478 ist ausschließlich bei männlichen Versicherten ab Vollendung des 18. Lebensjahres berechnungsfähig.

01479 **Zusatzpauschale für die Verlaufskontrolle und die Auswertung der digitalen Gesundheitsanwendung (DiGA) elona therapy Depression gemäß dem Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen gemäß § 139e SGB V** 8,15 € / 64 Punkte

Fakultativer Leistungsinhalt

- Individualisierung von Inhalten,

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 01479 ist im Krankheitsfall höchstens zweimal berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01479 ist auch bei Durchführung der Leistung im Rahmen einer Videosprechstunde berechnungsfähig und dies durch Angabe einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung zu dokumentieren. Für die Abrechnung gelten die Anforderungen gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä entsprechend.
Die Gebührenordnungsposition 01479 ist ausschließlich bei Patienten ab Beginn des 19. bis zum vollendeten 66. Lebensjahr berechnungsfähig.

01480 **Beratung über Organ- und Gewebespenden gemäß § 2 Abs. 1a TPG** 8,28 € / 65 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Beratung über Organ- und Gewebespenden gemäß § 2 Abs. 1a TPG

Fakultativer Leistungsinhalt

- Aushändigung von Aufklärungsunterlagen,
- Aushändigung eines Organspendeausweises,
- Übertragung der Information, dass ein Organspendeausweis vorhanden ist, auf die elektronische Gesundheitskarte (eGK) des Patienten

Die Gebührenordnungsposition 01480 ist nur alle zwei Kalenderjahre berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 01480 ist bei Versicherten ab dem vollendeten 14. Lebensjahr berechnungsfähig.

Bei der Nebeneinanderberechnung diagnostischer bzw. therapeutischer Gebührenordnungspositionen und der Gebührenordnungsposition 01480 ist eine mindestens 5 Minuten längere Arzt-Patienten-Kontaktzeit als in den entsprechenden Gebührenordnungspositionen angegeben Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 01480.

01481 **Zusatzpauschale für die Verlaufskontrolle und die Auswertung der digitalen Gesundheitsanwendung (DiGA) ProHerz gemäß dem Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen gemäß § 139e SGB V** 8,15 € 64 Punkte

Fakultativer Leistungsinhalt

- Individualisierung von Inhalten,

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 01481 ist ausschließlich bei Patienten ab Vollendung des 18. Lebensjahres berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01481 ist im Krankheitsfall höchstens zweimal berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01481 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03325, 03326, 04325, 04326, 13578, 13579 und 13583 bis 13587 berechnungsfähig.

01482 **Zusatzpauschale für die Verlaufskontrolle und die Auswertung der digitalen Gesundheitsanwendung (DiGA) Kranus Mictera gemäß dem Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen gemäß § 139e SGB V,** 8,15 € 64 Punkte

einmal im Krankheitsfall

Die Gebührenordnungsposition 01482 ist ausschließlich bei weiblichen Versicherten ab Vollendung des 18. Lebensjahres berechnungsfähig.

01483 **Zusatzpauschale für die Verlaufskontrolle und die Auswertung der digitalen Gesundheitsanwendung (DiGA) Axia gemäß dem Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen gemäß § 139e SGB V** 8,15 € 64 Punkte

Fakultativer Leistungsinhalt

- Anpassung der weiteren Therapie,

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 01483 ist im Krankheitsfall höchstens zweimal berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01483 ist ausschließlich bei Versicherten ab der Vollendung des 18. Lebensjahres berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01483 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01472, 30781 und 30782 berechnungsfähig.

1.5 Ambulante Betreuung und Nachsorge

1. Haben an der Erbringung von Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts mehrere Ärzte mitgewirkt, hat der die Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts abrechnende Vertragsarzt in einer der Quartalsabrechnung beizufügenden und von ihm zu unterzeichnenden Erklärung zu bestätigen, dass er mit den anderen Ärzten eine Vereinbarung darüber getroffen hat, wonach nur er allein in den jeweiligen Fällen diese Gebührenordnungspositionen abrechnet.
2. Die Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 1.5 sind bei kurativ-stationärer (belegärztlicher) Behandlung nicht berechnungsfähig.
3. Die Gebührenordnungspositionen 01500 und 01501 sind ausschließlich im Zusammenhang mit den Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen der Spalte 1 des Anhangs 8 EBM berechnungsfähig. Sofern in einer Leistung nach einer Gebührenordnungsposition der Spalte 1 des Anhangs 8 EBM bereits eine Nachbeobachtung enthalten ist, ist gemäß der jeweiligen Vorgabe in Spalte 3 des Anhangs 8 EBM lediglich die Gebührenordnungsposition 01502 oder 01503 berechnungsfähig.
4. Die Gebührenordnungspositionen 01500 und 01502, 01500 und 01503, 01501 und 01502 und 01501 und 01503 unterliegen einem gemeinsamen Höchstwert der Abrechnungshäufigkeit je Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition aus Spalte 1 des Anhangs 8 EBM. Bei mehreren Indikationen zur Nachbeobachtung oder Überwachung in einer Sitzung ist der Höchstwert mit der größten Stundenzahl für die Berechnungsfähigkeit maßgeblich.
5. Für die im Anhang 8 in Spalte 1 mit # gekennzeichneten Gebührenordnungspositionen sind die Leistungen für die Nachbeobachtung und/oder Überwachung nach den Gebührenordnungspositionen 01500, 01501, 01502 und/oder 01503 nur berechnungsfähig, sofern die entsprechende Prozedur im Abschnitt 2 der Anlage 1 zum Vertrag nach § 115b SGB V genannt und in Spalte 6 des Abschnitts 2 der Anlage 1 zum Vertrag nach § 115b SGB V ein Hinweis auf eine Nachbeobachtung und/oder Überwachung aufgeführt wird.

01500 **Beobachtung eines Patienten in unmittelbarem Anschluss an eine Leistung aus Spalte 1 des Anhangs 8** — 12,87 € / 101 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Beobachtung,
- Dauer 30 Minuten,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Überwachung der Vitalparameter,

einmal am Behandlungstag

Die Gebührenordnungsposition 01500 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01220 bis 01222, 01440, 01510 bis 01512, 01520, 01521, 01530, 01531, 01540 bis 01546, 01857, 01910, 01911, 02100 bis 02103, 02340, 02342, 04564 bis 04566, 04572, 04573, 05350, 05360, 05361, 05370, 05371, 13610 bis 13612, 30326, 30708,

32247 und 36884 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 31.3, 31.5, 36.3 und 36.5 berechnungsfähig.

01501 **Beobachtung und Betreuung eines Patienten in unmittelbarem Anschluss an eine Leistung aus Spalte 1 des Anhangs 8** — 17,96 € / 141 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Beobachtung und Betreuung,
- Überwachung der Vitalparameter,
- Dauer 30 Minuten,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Infusion(en),

einmal am Behandlungstag

Die Gebührenordnungsposition 01501 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01220 bis 01222, 01440, 01510 bis 01512, 01520, 01521, 01530, 01531, 01540 bis 01546, 01857, 01910, 01911, 02100 bis 02103, 02340, 02342, 04564 bis 04566, 04572, 04573, 05350, 05360, 05361, 05370, 05371, 13256, 13610 bis 13612, 30326, 30708, 32247 und 36884 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 31.3, 31.5, 36.3 und 36.5 berechnungsfähig.

01502 **Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 01500 oder 01501 bei Fortsetzung der Beobachtung und/oder Zusatzpauschale für die weitere Beobachtung gemäß Anhang 8,** — 8,92 € / 70 Punkte

je vollendete 30 Minuten

Die Gebührenordnungsposition 01502 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01910, 01911, 02101 bis 02103, 04564 bis 04566, 04572, 04573, 13610 bis 13612, 30320 bis 30323 und 30326 berechnungsfähig.

01503 **Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 01500 oder 01501 bei Fortsetzung der Beobachtung und Betreuung und/oder Zusatzpauschale für die weitere Beobachtung und Betreuung gemäß Anhang 8,** — 13,63 € / 107 Punkte

je vollendete 30 Minuten

Die Gebührenordnungsposition 01503 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01910, 01911, 02101 bis 02103, 04564 bis 04566, 04572, 04573, 13610 bis 13612, 30320 bis 30323 und 30326 berechnungsfähig.

Zusatzpauschalen für Beobachtung und Betreuung

Obligater Leistungsinhalt

- Beobachtung und Betreuung eines Kranken mit konsumierender Erkrankung (fortgeschrittenes Malignom, HIV-Erkrankung im Stadium AIDS) in einer Arztpraxis oder praxisklinischen Einrichtung gemäß § 115 Abs. 2 SGB V, in ermächtigten Einrichtungen oder durch einen

ermächtigen Arzt gemäß §§ 31, 31a Ärzte-ZV unter parenteraler intravasaler Behandlung mittels Kathetersystem

und/oder

- Beobachtung und Betreuung eines Kranken in einer Arztpraxis oder praxisklinischen Einrichtung gemäß § 115 Abs. 2 SGB V, in ermächtigten Einrichtungen oder durch einen ermächtigen Arzt gemäß §§ 31, 31a Ärzte-ZV unter parenteraler intravasaler Behandlung mit Zytostatika und/oder monoklonalen Antikörpern und/ oder einer Enzymersatztherapie bei Morbus Pompe gemäß der jeweils aktuell gültigen Fachinformation

und/oder

- Beobachtung und Betreuung eines kachektischen Patienten mit konsumierender Erkrankung während enteraler Ernährung über eine Magensonde oder Gastrostomie (PEG) in einer Praxis oder praxisklinischen Einrichtung gemäß § 115 Abs. 2 SGB V, in ermächtigten Einrichtungen oder durch einen ermächtigen Arzt gemäß §§ 31, 31a Ärzte-ZV

und/oder

- Beobachtung und Betreuung einer Patientin, bei der ein i.v.-Zugang angelegt ist, am Tag der Follikelpunktion zur intendierten Eizellentnahme, entsprechend der Gebührenordnungspositionen 08537 oder 08637

und/oder

- Beobachtung und Betreuung eines Patienten nach einer Punktion an Niere, Leber, Milz oder Pankreas

und/oder

- Beobachtung und Betreuung eines Kranken in einer Arztpraxis oder praxisklinischen Einrichtung gemäß § 115 Abs. 2 SGB V unter intravenöser Infusionstherapie mit hochdosierten Immunglobulinen (IVIG) zur Behandlung von Patienten mit neurologischen Autoimmunerkrankungen (multifokale motorische Neuropathie und chronisch inflammatorische Polyneuropathie)

Fakultativer Leistungsinhalt

- Infusion(en)

01510	Dauer mehr als 2 Stunden	56,44 € 443 Punkte
01511	Dauer mehr als 4 Stunden	111,10 € 872 Punkte
01512	Dauer mehr als 6 Stunden	165,50 € 1299 Punkte

Für die Behandlung mit monoklonalen Antikörpern ist nur die Gebührenordnungsposition 01510 berechnungsfähig, in begründeten Ausnahmefällen unter Angabe des Präparates und der Infusionsdauer sind die Gebührenordnungspositionen 01511 oder 01512 berechnungsfähig.

Für die Behandlung mit Alglucosidase alfa bei Morbus Pompe sind nur die Gebührenordnungspositionen 01510 und 01511 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungspositionen 01510 bis 01512 sind zur Behandlung von Patienten mit neurologischen Autoimmunerkrankungen (multifokale motorische Neuropathie und chronisch inflammatorische Polyneuropathie) nur berechnungsfähig, sofern aufgrund der hohen Einzeldosierung eine Infusionsdauer von über 2 Stunden erreicht wird. Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen bei diesen Indikationen setzt die Angabe der Einzeldosierung, des Körpergewichts des Patienten und der Infusions- und Überwachungsdauer voraus.

Für die Behandlung mit Lecanemab ist nur die Gebührenordnungsposition 01510 berechnungsfähig. Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 01510 für die Behandlung mit Lecanemab gemäß der jeweils aktuell gültigen Fachinformation ist durch Angabe einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung zu dokumentieren.

Die Gebührenordnungsposition 01510 ist für die Behandlung mit Lecanemab nur von Fachärzten für Neurologie, Fachärzten für Nervenheilkunde, Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie und Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 01510 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01500, 01501, 01511, 01512, 01520 bis 01522, 01530, 01531, 01540 bis 01546, 01549, 01857, 01910, 01911, 02100 bis 02103, 04564 bis 04566, 04572, 04573, 13610 bis 13612, 13620 bis 13622, 30320 bis 30323, 30326, 30708, 32247 und 34503 bis 34505 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 31.5.3 sowie den Gebührenordnungspositionen des Kapitels 5 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 01511 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01500, 01501, 01510, 01512, 01520 bis 01522, 01530, 01531, 01540 bis 01546, 01549, 01857, 01910, 01911, 02100 bis 02103, 04564 bis 04566, 04572, 04573, 13610 bis 13612, 13620 bis 13622, 30320 bis 30323, 30326, 30708, 32247 und 34503 bis 34505 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 31.5.3 sowie den Gebührenordnungspositionen des Kapitels 5 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 01512 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01500, 01501, 01510, 01511, 01520 bis 01522, 01530, 01531, 01540 bis 01546, 01549, 01857, 01910, 01911, 02100 bis 02103, 04564 bis 04566, 04572, 04573, 13610 bis 13612, 13620 bis 13622, 30320 bis 30323, 30326, 30708, 32247 und 34503 bis 34505 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 31.5.3 sowie den Gebührenordnungspositionen des Kapitels 5 berechnungsfähig.

01520 **Zusatzpauschale für Beobachtung und Betreuung eines Kranken**, entsprechend den Inhalten der Vereinbarung zur invasiven Kardiologie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Ausführung und Abrechnung invasiver kardiologischer Leistungen — 111,86 € / 878 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Im unmittelbaren Anschluss an eine diagnostische Herzkatheteruntersuchung entsprechend der Gebührenordnungsposition 34291,
- Dauer mehr als 4 Stunden,

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 01520 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01500, 01501, 01510 bis 01512, 01521, 01522, 01530, 01531, 01540 bis 01545, 01857, 01910, 01911, 02100 bis 02103, 04564 bis 04566, 04572, 04573, 13610 bis 13612, 13620 bis 13622, 30320 bis 30323, 30326, 30708, 32247 und 34503 bis 34505 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 31.5.3 sowie den Gebührenordnungspositionen des Kapitels 5 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01520 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13310 und 13311 berechnungsfähig.

01521 **Zusatzpauschale für Beobachtung und Betreuung eines Kranken**, entsprechend den Inhalten der Vereinbarung zur invasiven Kardiologie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Ausführung und Abrechnung invasiver kardiologischer Leistungen — 193,78 € / 1521 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Im unmittelbaren Anschluss an eine therapeutische Herzkatheteruntersuchung entsprechend der Gebührenordnungsposition 34292,
- Dauer mehr als 12 Stunden,

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 01521 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01500, 01501, 01510 bis 01512, 01520, 01522, 01530, 01531, 01540 bis 01545, 01857, 01910, 01911, 02100 bis 02103, 04564 bis 04566, 04572, 04573, 13610 bis 13612, 13620 bis 13622, 30320 bis 30323, 30326, 30708, 32247 und 34503 bis 34505 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 31.5.3 sowie den Gebührenordnungspositionen des Kapitels 5 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01521 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13310 und 13311 berechnungsfähig.

01522 **Zusatzpauschale für Beobachtung und Betreuung eines Kranken**, entsprechend den Inhalten der Vereinbarung zur invasiven Kardiologie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Ausführung und Abrechnung invasiver kardiologischer Leistungen — 166,52 € / 1307 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Im unmittelbaren Anschluss an eine therapeutische Herzkatheteruntersuchung entsprechend der Gebührenordnungsposition 34292,
- Dauer mehr als 6 Stunden,

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 01522 ist berechnungsfähig, wenn die perkutantransluminale Gefäßintervention ausschließlich an einer Koronararterie erfolgt.
Die Gebührenordnungsposition 01522 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01510 bis 01512, 01520, 01521, 01530, 01531, 01540 bis 01545, 01857, 01910, 01911, 02100 bis 02103, 04564 bis 04566, 04572, 04573, 13610 bis 13612, 13620 bis 13622, 30326, 30708, 32247 und 34503 bis 34505 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 31.5.3 sowie den Gebührenordnungspositionen des Kapitels 5 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01522 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13310 und 13311 berechnungsfähig.

01530 **Zusatzpauschale für Beobachtung und Betreuung** eines Kranken, entsprechend den Inhalten der Qualitätssicherungsvereinbarung zur interventionellen Radiologie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Ausführung und Abrechnung diagnostischer angiologischer Leistungen — 111,86 € / 878 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Im unmittelbaren Anschluss an eine diagnostische angiologische Untersuchung entsprechend der Gebührenordnungsposition 34283,
- Dauer mehr als 4 Stunden,

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 01530 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01500, 01501, 01510 bis 01512, 01520 bis 01522, 01531, 01540 bis 01545, 01857, 01910, 01911, 02100 bis 02103, 04564 bis 04566, 04572, 04573, 13310, 13610 bis 13612, 13620 bis 13622, 30320 bis 30323, 30326, 30708, 32247 und 34503 bis 34505 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 31.5.3 sowie den Gebührenordnungspositionen des Kapitels 5 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01530 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13311 und 34291 berechnungsfähig.

01531 **Zusatzpauschale für Beobachtung und Betreuung** eines Kranken, entsprechend den Inhalten der Qualitätssicherungsvereinbarung zur interventionellen Radiologie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Ausführung und Abrechnung therapeutischer angiologischer Leistungen — 193,78 € / 1521 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

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

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 01531 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01500, 01501, 01510 bis 01512, 01520 bis 01522, 01530, 01540 bis 01545, 01857, 01910, 01911, 02100 bis 02103, 04564 bis 04566, 04572, 04573, 13610 bis 13612, 13620

bis 13622, 30320 bis 30323, 30326, 30708, 32247 und 34503 bis 34505 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 31.5.3 sowie den Gebührenordnungspositionen des Kapitels 5 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01531 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 13310 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01531 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13311 und 34291 berechnungsfähig.

Zusatzpauschale für die Beobachtung und Betreuung eines Kranken unter Behandlung mit Arzneimitteln, einschließlich Infusionen

Obligater Leistungsinhalt

- Beobachtung und Betreuung eines Kranken unter parenteraler intravasaler Behandlung mit Sebelipase alfa und/oder Velmanase alfa und/oder Olipudase alfa und/oder Patisiran und/oder einer Enzymersatztherapie bei Morbus Fabry gemäß der jeweils aktuell gültigen Fachinformation

Fakultativer Leistungsinhalt

- Überwachung der Vitalparameter

01540	Dauer mehr als 2 Stunden	49,18 € 386 Punkte
01541	Dauer mehr als 4 Stunden	79,63 € 625 Punkte
01542	Dauer mehr als 6 Stunden	122,44 € 961 Punkte

Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 01540, 01541 und 01542 setzt die Angabe des Präparates, der Begründung der erforderlichen Überwachung gemäß der jeweils aktuell gültigen Fachinformation (z. B. Dosierung, Dosisanpassung, Erstgabe, Körpergewicht) und der Überwachungsdauer voraus.
Für die Behandlung mit Patisiran ist nur die Gebührenordnungsposition 01540 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01540 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01500, 01501, 01510 bis 01512, 01520 bis 01522, 01530, 01531, 01541 bis 01545, 01857, 01910, 01911, 02100 bis 02103, 04564 bis 04566, 04572, 04573, 13610 bis 13612, 13620 bis 13622, 30320 bis 30323, 30326, 30708, 32247 und 34503 bis 34505 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 31.5.3 sowie den Gebührenordnungspositionen des Kapitels 5 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01541 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01500, 01501, 01510 bis 01512, 01520 bis 01522, 01530, 01531, 01540, 01542 bis 01545, 01857, 01910, 01911, 02100 bis 02103, 04564 bis 04566, 04572, 04573, 13610 bis 13612, 13620 bis 13622, 30320 bis 30323, 30326, 30708, 32247 und 34503 bis 34505 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des

Abschnitts 31.5.3 sowie den Gebührenordnungspositionen des Kapitels 5 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01542 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01500, 01501, 01510 bis 01512, 01520 bis 01522, 01530, 01531, 01540, 01541, 01543 bis 01545, 01857, 01910, 01911, 02100 bis 02103, 04564 bis 04566, 04572, 04573, 13610 bis 13612, 13620 bis 13622, 30320 bis 30323, 30326, 30708, 32247 und 34503 bis 34505 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 31.5.3 sowie den Gebührenordnungspositionen des Kapitels 5 berechnungsfähig.

Zusatzpauschale für die Beobachtung und Betreuung eines Kranken unmittelbar nach der Gabe eines Arzneimittels

Obligater Leistungsinhalt

- Beobachtung und Betreuung eines Kranken nach der oralen Gabe von Fingolimod oder Ozanimod oder Ponesimod oder Siponimod oder Etrasimod

Fakultativer Leistungsinhalt

- Überwachung der Vitalparameter

01543	Dauer mehr als 2 Stunden	39,62 € 311 Punkte
01544	Dauer mehr als 4 Stunden	70,07 € 550 Punkte
01545	Dauer mehr als 6 Stunden	112,75 € 885 Punkte

Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 01543, 01544 und 01545 setzt die Angabe des Präparates, der Begründung der erforderlichen Überwachung gemäß der jeweils aktuell gültigen Fachinformation (z. B. Dosierung, Dosisanpassung, Erstgabe, Körpergewicht) und der Überwachungsdauer (z. B. bei kardialen Vorerkrankungen) voraus.
Die Gebührenordnungsposition 01543 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01500, 01501, 01510 bis 01512, 01520 bis 01522, 01530, 01531, 01540 bis 01542, 01544, 01545, 01857, 01910, 01911, 02100 bis 02103, 04564 bis 04566, 04572, 04573, 13610 bis 13612, 13620 bis 13622, 30320 bis 30323, 30326, 30708, 32247 und 34503 bis 34505 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 31.5.3 sowie den Gebührenordnungspositionen des Kapitels 5 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01544 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01500, 01501, 01510 bis 01512, 01520 bis 01522, 01530, 01531, 01540 bis 01543, 01545, 01857, 01910, 01911, 02100 bis 02103, 04564 bis 04566, 04572, 04573, 13610 bis 13612, 13620 bis 13622, 30320 bis 30323, 30326, 30708, 32247 und 34503 bis 34505 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 31.5.3 sowie den Gebührenordnungspositionen des Kapitels 5 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 01545 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01500, 01501, 01510 bis 01512, 01520 bis 01522, 01530, 01531, 01540 bis 01544, 01857, 01910, 01911, 02100 bis 02103, 04564 bis 04566, 04572, 04573, 13610 bis 13612, 13620 bis 13622, 30320 bis 30323, 30326, 30708, 32247 und 34503 bis 34505 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 31.5.3 sowie den Gebührenordnungspositionen des Kapitels 5 berechnungsfähig.

01546 **Beobachtung und Betreuung eines Patienten unter Behandlung mit monoklonalen Antikörpern gegen SARS-CoV-2** 62,56 € 491 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Beobachtung und Betreuung eines Patienten mit bestätigter COVID-19-Erkrankung unter intravenöser Infusionstherapie mit Sotrovimab gemäß aktuell gültiger Fachinformation,
- Unterbringung des Patienten in einem separaten Bereich,
- Dauer mindestens 90 Minuten

Erfolgt über denselben liegenden Zugang (z. B. Kanüle, Katheter) mehr als eine Infusion nach den Gebührenordnungspositionen 01546, 02100 bis 02102 und/oder 30710, so sind die Gebührenordnungspositionen 01546, 02100 bis 02102 und/oder 30710 je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01546 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01500, 01501, 01510 bis 01512, 01910, 01911, 02100 bis 02103, 04564 bis 04566, 04572, 04573, 13610 bis 13612 und 30326 berechnungsfähig.

01549 **Zusatzpauschale für die Beobachtung eines Kranken nach der intranasalen Anwendung von Esketamin** 36,95 € 290 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Dauer mindestens 40 Minuten,
- Ärztliche Beurteilung zum Ausschluss von dissoziativen Zuständen und/oder Wahrnehmungs- und/oder Bewusstseinsstörungen

Die Gebührenordnungsposition 01549 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01510 bis 01512, 02100 bis 02103 und 30326 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 31.5.3 sowie den Gebührenordnungspositionen des Kapitels 5 berechnungsfähig.

1.6 Schriftliche Mitteilungen, Gutachten, Telekonsilien

1. Für das Ausstellen von Auskünften, Bescheinigungen, Zeugnissen, Berichten und Gutachten auf besonderes Verlangen der Krankenkassen bzw. des Medizinischen Dienstes gelten die Regelungen gemäß § 36 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä).
2. Zweitschriften und alle weiteren als der erste Ausdruck EDV-gespeicherter Dokumentationen von Berichten und Arztbriefen mit Ausnahme der Gebührenordnungsposition 01602 sind nicht nach den Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts berechnungsfähig.

3. Die für Reproduktion und Versendung entstandenen Kosten können nach den vertraglichen Regelungen zu den Pauschalerstattungen geltend gemacht werden.
4. Bei Probenuntersuchungen ohne Arzt-Patienten-Kontakt sind die Gebührenordnungspositionen 01600 und 01601 nicht berechnungsfähig.
5. Die Gebührenordnungsposition 01640 ist von Vertragsärzten berechnungsfähig, die durch Diagnostik und/oder Therapie ein umfassendes Bild zu Befunden, Diagnosen und Therapiemaßnahmen des Patienten haben bzw. infolge einer krankheitsspezifischen Diagnostik und/oder Therapie über notfallrelevante Informationen zum Patienten verfügen.
6. Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 01670 bis 01672 setzt voraus, dass
   - eine patientenbezogene, interdisziplinäre medizinische Fragestellung vorliegt, die außerhalb des Fachgebietes des behandelnden Vertragsarztes liegt und das Telekonsilium bei einem Konsiliararzt, Konsiliarzahnarzt oder Konsiliarpsychotherapeuten eingeholt wird, innerhalb dessen Fachgebiet die patientenbezogene, interdisziplinäre medizinische Fragestellung liegt

   oder
   - eine besonders komplexe medizinische Fragestellung vorliegt, die innerhalb des Fachgebietes des behandelnden Vertragsarztes liegt und das Telekonsilium bei einem Konsiliararzt oder Konsiliarpsychotherapeuten desselben Fachgebietes eingeholt wird.
7. Falls die Gebührenordnungspositionen 01670 bis 01672 im Rahmen eines Videokonsiliums unter Anwesenheit des Patienten durchgeführt werden, stellt dies keinen Arzt-Patienten-Kontakt gemäß 4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä dar.
8. Die Durchführung von Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 01670 bis 01672 innerhalb des Medizinischen Versorgungszentrums, einer (Teil-)Berufsausübungsgemeinschaft, zwischen Betriebsstätten derselben Arztpraxis oder innerhalb einer Apparategemeinschaft ist nicht berechnungsfähig.
9. Die Gebührenordnungspositionen 01671 und 01672 sind neben Vertragsärzten auch von im Krankenhaus tätigen, nicht ermächtigten Ärzten oder Psychotherapeuten berechnungsfähig, sofern diese bzw. die Fachrichtung des Krankenhauses nach der Gebührenordnungsposition 01670 telekonsiliarisch beauftragt wurden.

01600 **Ärztlicher Bericht** über das Ergebnis einer Patientenuntersuchung — 7,01 € / 55 Punkte

Der Höchstwert für die Gebührenordnungsposition 01600 und 01601 beträgt 258 Punkte je Behandlungsfall. Der Höchstwert ist auch auf den Arztfall anzuwenden.
Die Gebührenordnungsposition 01600 ist in den berechnungsfähigen Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 8.5, 31.2, 32.2, 32.3, 36.2 und der Kapitel 11, 12, 17, 19, 24, 25 und 34 enthalten.
Die Gebührenordnungsposition 01600 ist im Behandlungsfall nicht neben den Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01600 ist im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03100 von der Vertragsarztpraxis, die die Gebührenordnungsposition 03100 berechnet hat, für denselben Patienten nicht berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01600 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31010 bis 31013 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01600 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01793, 01794, 01841, 03000, 03030, 03100, 04000, 04030, 25213, 30700, 34810, 34820, 34821 und 37706 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01600 ist im Krankheitsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 01842 berechnungsfähig.

01601 **Ärztlicher Brief in Form einer individuellen schriftlichen Information** des Arztes an einen anderen Arzt über den Gesundheits- bzw. Krankheitszustand des Patienten — 13,76 € / 108 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

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

Der Höchstwert für die Gebührenordnungspositionen 01600 und 01601 beträgt 258 Punkte je Behandlungsfall. Der Höchstwert ist auch auf den Arztfall anzuwenden.
Die Gebührenordnungsposition 01601 ist in den berechnungsfähigen Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 8.5, 31.2, 32.2, 32.3, 36.2 und der Kapitel 11, 12, 17, 19, 24, 25 und 34 enthalten.
Die Gebührenordnungsposition 01601 ist im Behandlungsfall nicht neben den Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01601 ist im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03100 von der Vertragsarztpraxis, die die Gebührenordnungsposition 03100 berechnet hat, für denselben Patienten nicht berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01601 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31010 bis 31013 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01601 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01793, 01794, 01841, 03000, 03030,

03100, 04000, 04030, 25213, 25214, 30700, 34810, 34820, 34821 und 37706 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01601 ist im Krankheitsfalls nicht neben der Gebührenordnungsposition 01842 berechnungsfähig.

01602 **Gebührenordnungsposition für die Mehrfertigung (z. B. Kopie) eines Berichtes oder Briefes** nach den Gebührenordnungspositionen 01600, 01601, 01794, 01841 oder 08575 an den Hausarzt gemäß § 73 Abs. 1b SGB V — 1,53 € / 12 Punkte

Bei der Berechnung der Gebührenordnungsposition 01602 ist auf dem Behandlungsausweis die Arztabrechnungsnummer oder der Name des Hausarztes gemäß § 73 Abs. 1b SGB V anzugeben.
Die Gebührenordnungsposition 01602 für die Kopie eines Berichtes oder Briefes an den Hausarzt ist nur berechnungsfähig, wenn bereits ein Bericht oder Brief an einen anderen Arzt erfolgt ist.
Die Gebührenordnungsposition 01602 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 17210, 19210, 24210 bis 24212, 25210, 25211, 25213 und 25214 berechnungsfähig.

01610 **Bescheinigung** zur Feststellung der Belastungsgrenze **(Muster 55)** — 1,78 € / 14 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 01610 ist im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03100 von der Vertragsarztpraxis, die die Gebührenordnungsposition 03100 berechnet hat, für denselben Patienten nicht berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01610 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03000, 03030, 03100, 04000 und 04030 berechnungsfähig.

01611 **Verordnung von medizinischer Rehabilitation** unter Verwendung des Vordrucks **Muster 61** gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Rehabilitations-Richtlinie) nach § 92 Abs. 1 SGB V — 40,13 € / 315 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 01611 ist bei Vorliegen der Voraussetzungen gemäß § 1b der Rehabilitations-Richtlinie auch in einem Behandlungsfall berechnungsfähig, in dem kein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt, aber ein Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde stattgefunden hat. Dies ist durch Angabe einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung zu dokumentieren. Für die Abrechnung gelten die Anforderungen gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä entsprechend.

01612 **Konsiliarbericht** eines Vertragsarztes **vor Aufnahme einer Psychotherapie** durch den Psychologischen Psychotherapeuten, Fachpsychotherapeuten für Erwachsene, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten oder Fachpsychotherapeuten für Kinder und Jugendliche **(Muster 22)** gemäß der Psychotherapie-Richtlinie — 4,71 € / 37 Punkte

01613 **Zuschlag im Zusammenhang mit der Beantragung einer geriatrischen Rehabilitation nach der Gebührenordnungsposition 01611** — 9,56 € / 75 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Durchführung von mindestens zwei Funktionstests gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Rehabilitations-Richtlinie),

einmal im Krankheitsfall

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 01613 erfordert im Regelfall einen persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt. Von den in Anlage 2 der Rehabilitations-Richtlinie aufgeführten Funktionstests können beispielhaft die Funktionstests zum Schädigungsbereich „Mentale Funktionen“ oder das Erstellen der visuellen Schmerzskala in Einzelfällen im Rahmen einer Videosprechstunde durchgeführt werden.
Die Gebührenordnungsposition 01613 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03242, 16340 und 21340 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01613 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03360 und 30984 berechnungsfähig.

01615 **Feststellung der medizinischen Notwendigkeit einer Mitaufnahme einer Begleitperson im Vorfeld einer nicht geplanten Krankenhausbehandlung und formlose Bescheinigung gemäß § 3 Abs. 2 der Krankenhausbegleitungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses,** — 3,82 € / 30 Punkte

einmal im Krankheitsfall

01620 **Kurze Bescheinigung oder kurzes Zeugnis,** nur auf besonderes Verlangen der Krankenkasse oder Ausstellung des vereinbarten Vordrucks nach dem **Muster 50** — 3,82 € / 30 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 01620 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 01735 berechnungsfähig.

01621 **Krankheitsbericht,** nur auf besonderes Verlangen der Krankenkasse oder Ausstellung der vereinbarten Vordrucke nach den **Mustern 11, 53 oder 56** — 5,61 € / 44 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 01621 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 01735 berechnungsfähig.

01622 **Ausführlicher schriftlicher Kurplan oder begründetes schriftliches Gutachten oder schriftliche gutachterliche Stellungnahme, nur auf besonderes Verlangen der Krankenkasse oder Ausstellung der vereinbarten Vordrucke nach den Mustern 20 a-d, 51, 52 oder 65** — 10,57 € / 83 Punkte

01623 **Kurvorschlag** des Arztes zum Antrag auf ambulante Kur, Ausstellung des vereinbarten Vordrucks nach **Muster 25** — 6,75 € / 53 Punkte

01624 **Verordnung medizinischer Vorsorge für Mütter oder Väter gemäß § 24 SGB V unter Verwendung des Vordrucks Muster 64** — 26,75 € / 210 Punkte

01626 **Ärztliche Stellungnahme für die Krankenkasse bei der Beantragung einer Genehmigung gemäß § 31 Absatz 6 SGB V zur Verordnung von** — 18,22 € / 143 Punkte
- Cannabis in Form von Extrakten

oder
- Arzneimitteln mit dem Wirkstoff Dronabinol

oder
- Arzneimitteln mit dem Wirkstoff Nabilon,

einmal je Erstverordnung

Die Gebührenordnungsposition 01626 ist höchstens dreimal im Krankheitsfall berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01626 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 1.2 berechnungsfähig.

01630 **Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 03000, 04000, 07345, 08345, 09345, 10345, 13435, 13437, 13439, 13561, 13601, 13675, 13677, 15345, 26315 und 30700 für die Erstellung eines Medikationsplans** gemäß § 29a Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) — 4,97 € / 39 Punkte

Obligater Leistungsinhalt
- Erstellen eines Medikationsplans,
- Aushändigung des Medikationsplans in Papierform an den Patienten oder dessen Bezugsperson

Fakultativer Leistungsinhalt
- Übertragung des elektronischen Medikationsplans auf die elektronische Gesundheitskarte (eGK) des Patienten

Die Gebührenordnungsposition 01630 kann im Laufe von vier Quartalen nur von einem Vertragsarzt einmalig abgerechnet werden.
Die Gebührenordnungspositionen 03222, 03362, 04222, 05227, 06227, 07227, 08227, 09227, 10227, 13227, 13297, 13347, 13397, 13497, 13547, 13597, 13647, 13697, 14217, 16218, 18227, 20227, 21227, 21228, 22219, 26227, 27227 und 30701 sind in den drei Quartalen, die der Berechnung der Gebührenordnungsposition 01630 unmittelbar folgen, nicht berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01630 ist im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03100 von der Vertragsarztpraxis, die die Gebührenordnungsposition 03100 berechnet hat, für denselben Patienten nicht berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01630 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03100, 03220 bis 03222, 03362, 04220 bis 04222, 05227, 06227, 07227, 08227, 09227, 10227, 13227, 13297, 13347, 13397, 13497, 13547, 13597, 13647, 13697, 14217,

16218, 18227, 20227, 21227, 21228, 22219, 26227, 27227 und 30701 berechnungsfähig.

01640 **Zuschlag zu den Versichertenpauschalen der Kapitel 3 und 4, den Grundpauschalen der Kapitel 5 bis 11, 13 bis 16, 18, 20 bis 23, 26 und 27, den Konsiliarpauschalen der Kapitel 12, 17, 19, 24 und 25 und der Gebührenordnungsposition 30700 für die Anlage eines Notfalldatensatzes gemäß Anhang 2 der Anlage 4a zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä)** 10,19 € 80 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Überprüfung der Notwendigkeit zur Anlage eines Notfalldatensatzes,
- Einholung der Einwilligung des Patienten zur Anlage eines Notfalldatensatzes und Anlage eines Notfalldatensatzes mit Eintragungen zu medizinisch notfallrelevanten Informationen über den Patienten,
- Übertragung des Notfalldatensatzes auf die elektronische Gesundheitskarte (eGK) des Patienten,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Aufklärung über die Hintergründe, Ziele, Inhalte und Vorgehensweise zur Erstellung von Notfalldatensätzen gemäß § 334 Absatz 1 Satz 2 Nummer 5 SGB V,
- Erläuterung des Notfalldatensatzes gegenüber dem Patienten und/ oder einer Bezugsperson,

einmal im Krankheitsfall

Sofern die Vertragsarztpraxis noch nicht an die Telematikinfrastruktur angeschlossen ist und nach Kenntnis der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung die technischen Voraussetzungen zur Nutzung der Anwendung gemäß § 334 Absatz 1 Satz 2 Nummer 5 SGB V i. V. m. Anlage 4a zum BMV-Ä noch nicht vorliegen, ist die Gebührenordnungsposition 01640 nicht berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01640 ist nur berechnungsfähig, sofern die Anlage des Notfalldatensatzes auf der eGK medizinisch notwendig ist und erstmalig zur Erfassung medizinisch notfallrelevanter Informationen über den Patienten (Befunddaten (z. B. zu Diagnosen oder Allergien/Unverträglichkeiten oder besonderen Hinweisen) und/oder der Medikation) erfolgt.
Die Gebührenordnungsposition 01640 ist nicht berechnungsfähig, sofern die Anlage des Notfalldatensatzes auf der eGK ausschließlich zur Erfassung von Kommunikationsdaten (Versichertendaten, Angaben zu behandelnden Ärzten, Eintragungen zu im Notfall zu kontaktierenden Personen) und/oder freiwilligen Zusatzinformationen gemäß der Spezifikation der gematik zum Informationsmodell Notfalldaten-Management auf Wunsch des Patienten erfolgt.
Die Gebührenordnungsposition 01640 ist nicht berechnungsfähig, sofern auf der eGK des Patienten bereits ein Notfalldatensatz mit Eintragungen zu medizinisch notfallrelevanten Informationen über den Patienten (Befunddaten (z. B. zu Diagnosen oder Allergien/Unverträglichkeiten

oder besonderen Hinweisen) und/oder Angaben der Medikation) vorhanden ist.
Sofern für den Patienten bereits ein Notfalldatensatz mit Eintragungen zu medizinisch notfallrelevanten Informationen über den Patienten (Befunddaten (z. B. zu Diagnosen oder Allergien/Unverträglichkeiten oder besonderen Hinweisen)) auf einer eGK angelegt wurde, die z. B. ausgetauscht oder verloren wurde, ist die Gebührenordnungsposition 01640 für die Übertragung des in der Vertragsarztpraxis bestehenden Notfalldatensatzes auf die neue eGK des Patienten nicht berechnungsfähig.
Abweichend von Nr. 4.4.2 der Allgemeinen Bestimmungen und der Leistungslegende ist der Zuschlag nach der Gebührenordnungsposition 01640 im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03100 auch ohne Berechnung der Grundleistung nach der Gebührenordnungsposition 03100 berechnungsfähig, sofern im aktuellen Quartal ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden hat.
Die Gebührenordnungsposition 01640 ist in den drei Quartalen, die der Berechnung der Gebührenordnungsposition 01642 zur Löschung eines Notfalldatensatzes unmittelbar folgen, nicht berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01640 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01642 und 01643 berechnungsfähig.

01642 **Löschen eines Notfalldatensatzes gemäß Anlage 4a zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä),** 0,13 € / 1 Punkt

einmal im Behandlungsfall

Sofern die Vertragsarztpraxis noch nicht an die Telematikinfrastruktur angeschlossen ist und nach Kenntnis der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung die technischen Voraussetzungen zur Nutzung der Anwendung gemäß § 334 Absatz 1 Satz 2 Nummer 5 SGB V i. V. m. Anlage 4a zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) noch nicht vorliegen, ist die Gebührenordnungsposition 01642 nicht berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01642 ist nur berechnungsfähig, sofern ein Notfalldatensatz mit medizinisch notfallrelevanten Informationen auf der eGK vorhanden ist und der Patient die Löschung sämtlicher Einträge ausdrücklich wünscht.
Die Gebührenordnungsposition 01640 ist in den drei Quartalen, die der Berechnung der Gebührenordnungsposition 01642 unmittelbar folgen, nicht berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01642 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01640 und 01643 berechnungsfähig.

01643 **Aktualisierung eines Notfalldatensatzes gemäß Anlage 4a zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä)** 4,97 € / 39 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,

- Aktualisierung medizinisch relevanter Informationen im Notfalldatensatz auf der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) einschließlich des Auslesens des gespeicherten Notfalldatensatzes und der Übertragung des aktualisierten Notfalldatensatzes auf die eGK des Patienten

und/oder

- erstmalige Anlage eines Notfalldatensatzes mit ausschließlichen Eintragungen von Kommunikationsdaten (Versichertendaten, Angaben zu behandelnden Ärzten, Eintragungen zu im Notfall zu kontaktierenden Personen) und Übertragung auf die eGK des Patienten

und/oder

- Übertragung des in der Vertragsarztpraxis bestehenden Notfalldatensatzes, z. B. bei einem Austausch oder Verlust der eGK des Patienten,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Erläuterung der Aktualisierung des Notfalldatensatzes gegenüber dem Patienten und/oder der betreuenden Person,

einmal im Krankheitsfall

Sofern die Vertragsarztpraxis noch nicht an die Telematikinfrastruktur angeschlossen ist und nach Kenntnis der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung die technischen Voraussetzungen zur Nutzung der Anwendung gemäß § 334 Absatz 1 Satz 2 Nummer 5 SGB V i. V. m. Anlage 4a zum BMV-Ä noch nicht vorliegen, ist die Gebührenordnungsposition 01643 nicht berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01643 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01640 und 01642 berechnungsfähig.

01645 **Aufklärung und Beratung im Zusammenhang mit einem ärztlichen Zweitmeinungsverfahren sowie die Zusammenstellung, Mehrfertigung und Aushändigung von Befundmitteilungen, Berichten, Arztbriefen und anderen patientenbezogenen Unterlagen an den Patienten gemäß § 6 Abs. 4 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zum Zweitmeinungsverfahren** 9,56 € 75 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Aufklärung über den Anspruch auf eine ärztliche Zweitmeinung gemäß § 27b Abs. 2 SGB V,
- Beratung im Zusammenhang mit einer ärztlichen Zweitmeinung gemäß § 27b Abs. 2 SGB V,
- Aushändigung des Informationsblattes des Gemeinsamen Bundesausschusses zum Zweitmeinungsverfahren,
- Zusammenstellung, Mehrfertigung und Aushändigung von Befundmitteilungen, Berichten, Arztbriefen und anderen patientenbezogenen Unterlagen an den Patienten,
- Information zu geeigneten Zweitmeinungsärzten,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Zusammenführung und ggf. Aufbereitung der patientenbezogenen Unterlagen,

- Beratung nach ärztlicher Zweitmeinung,

je dokumentierter Indikation einmal im Krankheitsfall

Die Gebührenordnungsposition 01645 ist nur durch den indikationsstellenden Arzt gemäß § 6 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zum Zweitmeinungsverfahren berechnungsfähig.
Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 01645 setzt die eingriffsspezifische Dokumentation gemäß der bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung voraus.

01647 **Zusatzpauschale zu den Versichertenpauschalen der Kapitel 3 und 4, den Grundpauschalen der Kapitel 5 bis 11, 13 bis 16, 18, 20 bis 23, 26 und 27, zu den Konsiliarpauschalen der Kapitel 12, 17, 19, 24 und 25, den Gebührenordnungspositionen 01320, 01321, 01436 und 30700 und den Leistungen des Abschnitts 1.7 (ausgenommen in-vitrodiagnostische Leistungen) im Zusammenhang mit der elektronischen Patientenakte** — 1,91 € / 15 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Erfassung und/oder Verarbeitung und/oder Speicherung von Daten nach § 341 Absatz 2 Nrn. 1 bis 5 und 10 bis 13 SGB V aus dem aktuellen Behandlungskontext für eine einrichtungs-, fach- und sektorenübergreifende Dokumentation über den Patienten in der elektronischen Patientenakte,
- Prüfung, ob erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Rechte Dritter einer Übermittlung in die elektronische Patientenakte entgegenstehen,
- Prüfung und ggf. Ergänzung der zu den Dokumenten gehörenden Metadaten,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Einholung der Zugriffsberechtigung vom Patienten zur Datenverarbeitung in dessen elektronischer Patientenakte,

einmal im Behandlungsfall

Abweichend von Nr. 4.4.2 der Allgemeinen Bestimmungen und der Leistungslegende ist die Zusatzpauschale nach der Gebührenordnungsposition 01647 im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03100 auch ohne Berechnung der Grundleistung nach der Gebührenordnungsposition 03100 berechnungsfähig, sofern im aktuellen Quartal ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt oder ein Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä stattgefunden hat.
Die Gebührenordnungsposition 01647 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 01648 berechnungsfähig.

01648 **Sektorenübergreifende Erstbefüllung einer elektronischen Patientenakte** — 11,34 € / 89 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Speicherung von Daten gemäß der ePA-Erstbefüllungsvereinbarung nach § 346 Absatz 5 SGB V in der elektronischen Patientenakte,

- Prüfung, ob erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Rechte Dritter einer Übermittlung in die elektronische Patientenakte entgegenstehen,
- Prüfung und ggf. Ergänzung der zu den Dokumenten gehörenden Metadaten,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Einholung der Zugriffsberechtigung vom Patienten zur Datenverarbeitung in dessen elektronischer Patientenakte,
- Erfassung und/oder Verarbeitung und/oder Speicherung von (weiteren) Daten nach § 341 Absatz 2 Nrn. 1 bis 5 und 10 bis 13 SGB V aus dem aktuellen Behandlungskontext für eine einrichtungs-, fach- und sektorenübergreifende Dokumentation über den Patienten in der elektronischen Patientenakte im selben Behandlungsfall,

einmalig je Versicherten

Die Gebührenordnungsposition 01648 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 01647 berechnungsfähig.

01670 **Zuschlag im Zusammenhang mit den Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen für die Einholung eines Telekonsiliums** 14,01 € 110 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Beschreibung der medizinischen Fragestellung,
- Zusammenstellung und elektronische Übermittlung aller für die telekonsiliarische Beurteilung der patientenbezogenen, medizinischen Fragestellung relevanten Informationen,
- Einholung der Einwilligung des Patienten bzw. Überprüfung des Vorliegens einer Einwilligung,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Abstimmung mit dem konsiliarisch tätigen Arzt, Zahnarzt bzw. Psychotherapeuten,

zweimal im Behandlungsfall

Die Beauftragung nach Nr. 6 des Abschnitts 1.6 ist gemäß der Vereinbarung nach § 367 SGB V über technische Verfahren zu telemedizinischen Konsilien (Telekonsilien-Vereinbarung) vorzunehmen. Abweichend von Nr. 4.4.2 der Allgemeinen Bestimmungen und der Leistungslegende ist der Zuschlag nach der Gebührenordnungsposition 01670 im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03100 auch ohne Berechnung der Grundleistung nach der Gebührenordnungsposition 03100 berechnungsfähig, sofern im aktuellen Quartal ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt oder ein Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä stattgefunden hat.
Die Gebührenordnungsposition 01670 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 34371 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01670 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 34.8 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 01670 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01671 und 01672 berechnungsfähig.

01671 **Telekonsiliarische Beurteilung einer medizinischen Fragestellung** 16,31 €
128 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Konsiliarische Beurteilung der medizinischen Fragestellung gemäß der Gebührenordnungsposition 01670 bzw. der entsprechenden Leistung nach dem Bewertungsmaßstab zahnärztlicher Leistungen,
- Erstellung eines schriftlichen Konsiliarberichtes und elektronische Übermittlung an den das Telekonsilium einholenden Vertragsarzt oder Vertragszahnarzt,
- Dauer mindestens 10 Minuten,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Abstimmung mit dem das Telekonsilium einholenden Vertragsarzt oder Vertragszahnarzt,

einmal im Arztgruppenfall

Die Durchführung des Telekonsiliums ist gemäß der Vereinbarung nach § 367 SGB V über technische Verfahren zu telemedizinischen Konsilien (Telekonsilien-Vereinbarung) vorzunehmen.
Die Gebührenordnungsposition 01671 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 34371 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01671 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 37714 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 34.8 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01671 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 01670 berechnungsfähig.

01672 **Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 01671 für die Fortsetzung der telekonsiliarischen Beurteilung,** 8,28 €
65 Punkte

je weitere vollendete 5 Minuten, bis zu dreimal im Arztgruppenfall

Die Gebührenordnungsposition 01672 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 34371 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01672 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 34.8 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01672 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 01670 berechnungsfähig.

01681 **Meldung von Anhaltspunkten einer möglichen Kindeswohlgefährdung an das Jugendamt im Rahmen von Kooperationsvereinbarungen zum Kinder- und Jugendschutz** 13,00 €
102 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Erstellung und Übermittlung der Anhaltspunkte einer möglichen Kindeswohlgefährdung an das Jugendamt anhand des Meldebogens gemäß der in der jeweiligen KV geschlossenen Kooperationsvereinbarung nach § 73c SGB V mit mindestens

- Beschreibung der Anhaltspunkte und Darstellung der Beobachtungen,
- Beschreibung ggf. bereits erfolgter Maßnahmen zur Abwendung der Kindeswohlgefährdung,
- Angaben zum ggf. bereits erfolgten Einbezug weiterer Stellen,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Anonyme Besprechung der Anhaltspunkte mit zuständigen Stellen,
- Übergabe von Kontaktinformationen forensischer Stellen zur Durchführung einer forensischen Dokumentation,
- Empfang und Verarbeitung einer Rückmeldung des Jugendamtes gemäß der in der jeweiligen KV geschlossenen Kooperationsvereinbarung nach § 73c SGB V zum weiteren Fortgang des Verfahrens der Gefährdungseinschätzung,

einmal im Behandlungsfall

01682 **Fallbesprechung mit dem Jugendamt im Rahmen von Kooperationsvereinbarungen zum Kinder- und Jugendschutz** 16,31 € 128 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Patientenorientierte Fallbesprechung zur Gefährdungseinschätzung im Rahmen von Kooperationsvereinbarungen zum Kinder- und Jugendschutz nach § 73c SGB V,

je vollendete 10 Minuten

Die Gebührenordnungsposition 01682 ist höchstens achtmal im Krankheitsfall berechnungsfähig.
Die Fallbesprechung nach der Gebührenordnungsposition 01682 kann persönlich, telefonisch oder im Rahmen einer Videofallkonferenz durchgeführt werden. Bei Durchführung der Leistung als Videofallkonferenz ist dies durch Angabe einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung zu dokumentieren. Für die Abrechnung gelten die Anforderungen gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä entsprechend.
Die Fallbesprechung nach der Gebührenordnungsposition 01682 kann nur berechnet werden, wenn diese vom Jugendamt initiiert worden ist.

1.7 Gesundheits- und Früherkennungsuntersuchungen, Mutterschaftsvorsorge, Empfängnisregelung, Schwangerschaftsabbruch, HIV-Präexpositionsprophylaxe und RSV-Prophylaxe

1. Für die Berechnung der in diesem Abschnitt genannten Gebührenordnungspositionen sind - mit Ausnahme der Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 1.7.8 und 1.7.10 - die entsprechenden Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses maßgeblich.
2. Die gemäß diesen Richtlinien vorgeschriebenen (Bild-) Dokumentationen, notwendigen Bescheinigungen und Ultraschalluntersuchungen sind - soweit sie nicht gesondert in diesem Abschnitt aufgeführt sind - Bestandteil der Gebührenordnungspositionen.

3. Die Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 1.7.4, 1.7.5 und 1.7.7 - mit Ausnahme der Gebührenordnungspositionen 01776, 01777, 01783, 01788 bis 01790, 01793 bis 01796, 01799, 01800, 01802 bis 01812, 01816, 01820 bis 01824, 01826, 01828, 01833, 01840 bis 01842, 01869, 01870, 01900, 01903, 01913, 01915 - sind vorbehaltlich der Regelung in Nummer 4 nur von Fachärzten für Frauenheilkunde berechnungsfähig. Die Gebührenordnungspositionen 01852, 01856, 01869, 01870, 01903 und 01913 sind nicht von Fachärzten für Frauenheilkunde berechnungsfähig. Die Gebührenordnungspositionen 01910 und 01911 können von allen Vertragsärzten - soweit dies berufsrechtlich zulässig ist - berechnet werden. Haben an der Erbringung der Gebührenordnungspositionen 01910 und 01911 mehrere Ärzte mitgewirkt, so hat der die Gebührenordnungsposition 01910 oder 01911 abrechnende Arzt in einer der Quartalsabrechnung beizufügenden und von ihm zu unterzeichnenden Erklärung zu bestätigen, dass er mit den anderen Ärzten eine Vereinbarung darüber getroffen hat, wonach nur er allein in den jeweiligen Fällen diese Gebührenordnungsposition abrechnet.
4. Die Gebührenordnungspositionen 01793 bis 01796, 01841 und 01842 sind nur von Ärzten berechnungsfähig, die berechtigt sind, Gebührenordnungspositionen des Kapitels 11 abzurechnen.
5. Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 01738, 01763, 01767, 01769, 01783, 01800, 01802 bis 01811, 01816, 01833, 01840, 01865 bis 01867, 01869, 01915 und 01931 bis 01936 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung Spezial-Labor gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.
6. Für die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 01852, 01856, 01857, 01903 und 01913 sind die Bestimmungen des Kapitels 5 maßgeblich.
7. Sind neben den Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts weitere ärztliche Leistungen gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses notwendig, so sind diese nach den übrigen Gebührenordnungspositionen anzusetzen.
8. In einem ausschließlich präventiv-ambulanten Behandlungsfall sind die Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen von den in der Präambel der entsprechenden arztgruppenspezifischen oder arztgruppenübergreifenden Kapitel genannten Vertragsärzten nicht berechnungsfähig.
9. Die Gebührenordnungsposition 01732 ist von Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin nur für Versicherte ab dem vollendeten 18. Lebensjahr bis zum vollendeten 21. Lebensjahr berechnungsfähig.

01698 **Zuschlag für Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 01840 und 01915 für Vertragsärzte, die zur Versorgung gemäß Kapitel 8 zugelassen sind,** 0,64 € / 5 Punkte

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 01698 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 01437 berechnungsfähig.

01700 **Grundpauschale für Vertragsärzte, die zur Versorgung gemäß Kapitel 12 zugelassen sind, für Auftragsleistungen nach den Gebührenordnungspositionen 01738, 01783, 01800, 01802 bis 01812, 01816, 01833, 01865 bis 01867, 01869, 01930 bis 01936, 30954 und 30956,** 2,93 € 23 Punkte

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 01700 wird ab dem 1001. Behandlungsfall mit 7 Punkten je Behandlungsfall bewertet.
Die Abstaffelungsgrenzen der Gebührenordnungsposition 01700 sind für die in der Gebührenordnungsposition 01700 genannten Ärzte einer Arztpraxis unter Berücksichtigung des Tätigkeitsumfangs laut Zulassungs- bzw. Genehmigungsbescheid durch Summation gesamthaft zu ermitteln.
Die Gebührenordnungsposition 01700 ist im Arztfall nicht neben den Versichertenpauschalen der Kapitel 3 und 4, den Grundpauschalen der Kapitel 5 bis 10, 13 bis 16, 18, 20 bis 23, 26, 27, 30 und 37, der Abschnitte 1.3 und 11.2 sowie den Konsiliarpauschalen 12210, 17210, 19210, 24210, 24211, 24212, 25210, 25211 und 25214 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01700 ist im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03100 durch den Vertragsarzt, der die Gebührenordnungsposition 03100 berechnet hat, für denselben Patienten nicht berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01700 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01437, 01701, 12210 und 12222 bis 12224 berechnungsfähig.

01701 **Grundpauschale für Vertragsärzte, die zur Versorgung gemäß Kapitel 3 bis 11 oder 13 bis 27 zugelassen sind, für Auftragsleistungen nach den Gebührenordnungspositionen 01738, 01783, 01800, 01802 bis 01812, 01816, 01833, 01869, 30954 und 30956,** 0,64 € 5 Punkte

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 01701 ist im Arztfall nicht neben den Versichertenpauschalen der Kapitel 3 und 4, den Grundpauschalen der Kapitel 5 bis 10, 13 bis 16, 18, 20 bis 23, 26, 27, 30 und 37, der Abschnitte 1.3 und 11.2 sowie den Konsiliarpauschalen 12210, 17210, 19210, 24210, 24211, 24212, 25210, 25211 und 25214 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01701 ist im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03100 durch den Vertragsarzt, der die Gebührenordnungsposition 03100 berechnet hat, für denselben Patienten nicht berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01701 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01437, 01700, 12210 und 12222 bis 12224 berechnungsfähig.

1.7.1 Früherkennung von Krankheiten bei Kindern

01702 **Beratung im Rahmen des Pulsoxymetrie-Screenings gemäß Abschnitt C Kapitel V der Kinder-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses** — 3,57 € / 28 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Aufklärung der Eltern (mindestens eines Personensorgeberechtigten) des Neugeborenen zu Sinn, Zweck und Ziel des Pulsoxymetrie-Screenings,
- Aushändigung des Informationsblattes gemäß Anlage 6 der Kinder-Richtlinie (Elterninformation zum Pulsoxymetrie-Screening)

Die Gebührenordnungsposition 01702 kann bis zur U2, sofern noch kein Pulsoxymetrie-Screening im Kinderuntersuchungsheft dokumentiert ist, berechnet werden.

Die Gebührenordnungspositionen 01702 und 01703 sind nicht bei demselben Neugeborenen berechnungsfähig.

01703 **Pulsoxymetrie-Screening gemäß Abschnitt C Kapitel V der Kinder-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses** — 20,00 € / 157 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Funktionelle Pulsoxymetrie am Fuß,
- Dokumentation des Pulsoxymetrie-Screenings im Kinderuntersuchungsheft

Fakultativer Leistungsinhalt

- Aufklärung und Beratung der Eltern (mindestens eines Personensorgeberechtigten) des Neugeborenen zu Sinn, Zweck und Ziel des Pulsoxymetrie-Screenings,
- Aushändigung des Informationsblattes gemäß Anlage 6 der Kinder-Richtlinie (Elterninformation zum Pulsoxymetrie-Screening),
- Funktionelle Pulsoxymetrie am Fuß innerhalb von 2 Stunden nach einem kontrollbedürftigen Messergebnis der Erstmessung,
- Bei positivem Screeningergebnis Veranlassung der Abklärungsdiagnostik bei einem Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin möglichst mit der Schwerpunktbezeichnung Kinderkardiologie oder Neonatologie,
- Dokumentation der Kontrollmessung im Kinderuntersuchungsheft

Die Gebührenordnungsposition 01703 kann bis zur U2, sofern noch kein Pulsoxymetrie-Screening im Kinderuntersuchungsheft dokumentiert ist, berechnet werden.

Die Gebührenordnungspositionen 01702 und 01703 sind nicht bei demselben Neugeborenen berechnungsfähig.

01704 Zuschlag für die **Beratung im Rahmen des Neugeborenen-Hörscreenings gemäß Abschnitt C Kapitel IV der Kinder-Richtlinie** — 3,57 € / 28 Punkte

des Gemeinsamen Bundesausschusses im Zusammenhang mit der Erbringung der Gebührenordnungsposition 01711

Obligater Leistungsinhalt

- Aufklärung der Eltern (mindestens eines Personensorgeberechtigten) des Neugeborenen zu Sinn, Zweck und Ziel des Neugeborenen-Hörscreenings,
- Aushändigung des Informationsblattes gemäß Anlage 5 der Kinder-Richtlinie (Merkblatt des G-BA zum Neugeborenen-Hörscreening)

Die Beratung zum Neugeborenen-Hörscreening soll möglichst vor dem 2. Lebenstag des Neugeborenen erfolgen.
Die Gebührenordnungsposition 01704 ist im Krankheitsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01705 und 01706 berechnungsfähig.

01705 **Neugeborenen-Hörscreening** gemäß Abschnitt C Kapitel IV der Kinder-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses — 20,00 € / 157 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Durchführung der Erstuntersuchung des Neugeborenen mittels TEOAE (transitorisch evozierte otoakustische Emissionen) oder AABR (auditorisch evozierte Hirnstammpotenziale),
- Dokumentation zur Früherkennungsuntersuchung von Hörstörungen bei Neugeborenen im Kinderuntersuchungsheft,
- Veranlassung der Kontroll-AABR bei auffälliger Erstuntersuchung,
- Persönlicher-Arzt-Patienten-Kontakt,
- beidseitig,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Aufklärung und Beratung der Eltern (mindestens eines Personensorgeberechtigten) des Neugeborenen zu Sinn, Zweck und Ziel des Neugeborenen-Hörscreenings,
- Aushändigung des Informationsblattes gemäß Anlage 5 der Kinder-Richtlinie (Merkblatt des G-BA zum Neugeborenen-Hörscreening),

einmal im Krankheitsfall

Die Gebührenordnungsposition 01705 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 01706 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01705 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 04436, 09324, 14331, 16321 und 20324 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01705 ist im Krankheitsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 01704 berechnungsfähig.

01706 **Kontroll-AABR** gemäß Abschnitt C Kapitel IV der Kinder-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach auffälliger Erstuntersuchung entsprechend der Leistung nach der Gebührenordnungsposition 01705 — 31,72 € / 249 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Durchführung einer Kontroll-AABR nach auffälligem Testergebnis der Erstuntersuchung mittels TEOAE oder AABR möglichst am selben Tag,
- Dokumentation der Kontroll-AABR im Kinderuntersuchungsheft,

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- beidseitig,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Aufklärung und Beratung der Eltern (mindestens eines Personensorgeberechtigten),
- Organisation und Einleitung einer pädaudiologischen Konfirmationsdiagnostik bis zur zwölften Lebenswoche bei auffälligem Befund in der Kontroll-AABR,

einmal im Krankheitsfall

Die Gebührenordnungsposition 01706 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 01705 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01706 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 04436, 09324, 14331, 16321 und 20324 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01706 ist im Krankheitsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 01704 berechnungsfähig.

01707 **Erweitertes Neugeborenen-Screening gemäß Abschnitt C Kapitel I und II der Kinder-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses** 23,44 € 184 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Eingehende Aufklärung der Eltern bzw. der (des) Personensorgeberechtigten des Neugeborenen zu Sinn, Zweck und Ziel des erweiterten Neugeborenen-Screenings gemäß Abschnitt C Kapitel I und des Screenings auf Mukoviszidose gemäß Abschnitt C Kapitel II,
- Aushändigung des Informationsblattes gemäß Anlage 3 der Kinder-Richtlinie (Elterninformation zum erweiterten Neugeborenen-Screening),
- Aushändigung des Informationsblattes gemäß Anlage 2 der Kinder-Richtlinie (Elterninformation zum Screening auf Mukoviszidose)

Fakultativer Leistungsinhalt

- Probenentnahme(n) von nativem Venen- oder Fersenblut als erste Blutprobe oder Kontrollblutprobe mit Probenaufbereitung im Rahmen des erweiterten Neugeborenen-Screenings und im Rahmen des Screenings auf Mukoviszidose gemäß Abschnitt C Kapitel I und II der Kinder-Richtlinie, ggf. in einer anderen Sitzung,
- Screeningdokumentation gemäß Anlage 4 der Kinder-Richtlinie,
- Versendung an das Screening-Labor

Die Gebührenordnungsposition 01707 kann bis zur U3, sofern noch kein Erweitertes Neugeborenen-Screening im Kinderuntersuchungsheft dokumentiert ist, berechnet werden.
Neben der Gebührenordnungsposition 01707 können für die Versendung des Untersuchungsmaterials an das Screening-Labor die Kostenpauschale 40110 sowie der Zuschlag 40102 des Kapitels 40 berechnet werden.
Die Gebührenordnungsposition 01707 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 01709 berechnungsfähig.

01709 **Screening auf Mukoviszidose gemäß Abschnitt C Kapitel II der Kinder-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses** 6,37 € 50 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Eingehende Aufklärung der Eltern bzw. der (des) Personensorgeberechtigten des Neugeborenen zu Sinn, Zweck und Ziel des Screenings auf Mukoviszidose,
- Aushändigung des Informationsblattes gemäß Anlage 2 der Kinder-Richtlinie (Elterninformation zum Screening auf Mukoviszidose)

Fakultativer Leistungsinhalt

- Probenentnahme von nativem Venen- oder Fersenblut mit Probenaufbereitung im Rahmen des Screenings auf Mukoviszidose, ggf. in einer anderen Sitzung,
- Screeningdokumentation gemäß Anlage 4 der Kinder-Richtlinie,
- Versendung an das Screening-Labor

Die Gebührenordnungsposition 01709 kann bis zum vollendeten 28. Lebenstag, sofern noch kein Screening auf Mukoviszidose im Kinderuntersuchungsheft dokumentiert ist, berechnet werden.
Neben der Gebührenordnungsposition 01709 können für die Versendung des Untersuchungsmaterials an das Screening-Labor die Kostenpauschale 40110 sowie der Zuschlag 40102 des Kapitels 40 berechnet werden.
Die Gebührenordnungsposition 01709 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 01707 berechnungsfähig.

01710 **Zusatzpauschale für die Durchführung von Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern aufgrund einer TSS-Vermittlung gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.10.1,**

einmal im Arztgruppenfall

Die Gebührenordnungsposition 01710 kann durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt werden.
Die Gebührenordnungsposition 01710 ist nicht berechnungsfähig, wenn der vermittelte Patient bei der die Früherkennungsuntersuchung durchführenden Arztgruppe derselben Praxis in demselben Quartal bereits behandelt wurde.
Die Gebührenordnungsposition 01710 ist am Behandlungstag nicht neben einer Versicherten- oder Grundpauschale berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01710 ist im Arztgruppenfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01322, 01323, 03010, 04010, 05228, 06228, 07228, 08228, 09228, 10228, 11228, 13228, 13298, 13348, 13398, 13498, 13548, 13598, 13648, 13698, 14218, 15228, 16228, 17228, 18228, 20228, 21236, 21237, 22228, 23228, 23229, 24228, 25228 bis 25230, 26228, 27228 und 30705 berechnungsfähig.

Komplexe für ärztliche Maßnahmen bei Kindern **zur Früherkennung von Krankheiten**, die ihre körperliche oder geistige Entwicklung in nicht geringfügigem Maße gefährden, entsprechend der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung

von Krankheiten bei Kindern (Kinder-Richtlinie) bzw. Jugendlichen (Richtlinien zur Jugendgesundheitsuntersuchung)

01711	**Neugeborenen-Erstuntersuchung (U1)**	16,05 € 126 Punkte
01712	**Neugeborenen-Basisuntersuchung am 3. bis 10. Lebenstag (U2),** einschließlich der Überprüfung der erfolgten Blutentnahme zum erweiterten Neugeborenen-Screening	51,09 € 401 Punkte
01713	**Untersuchung in der 4. bis 5. Lebenswoche (U3)**	51,22 € 402 Punkte
01714	**Untersuchung im 3. bis 4. Lebensmonat (U4)**	51,22 € 402 Punkte
01715	**Untersuchung im 6. bis 7. Lebensmonat (U5)**	51,22 € 402 Punkte
01716	**Untersuchung im 10. bis 12. Lebensmonat (U6)**	51,22 € 402 Punkte
01717	**Untersuchung im 21. bis 24. Lebensmonat (U7)**	51,22 € 402 Punkte
01718	**Untersuchung im 46. bis 48. Lebensmonat (U8)**	51,22 € 402 Punkte
01719	**Untersuchung im 60. bis 64. Lebensmonat (U9)**	51,22 € 402 Punkte
01720	**Jugendgesundheitsuntersuchung (J1)**	45,36 € 356 Punkte
01723	**Untersuchung im 34. bis 36. Lebensmonat (U7a)**	51,22 € 402 Punkte

Die Gebührenordnungspositionen 01711 bis 01717 und 01719 sind nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03350, 03351, 04350 bis 04353, 22230, 27310 und 27311 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01718 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03335, 03350, 03351, 04335, 04350 bis 04353, 22230, 27310 und 27311 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01720 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03351, 04352, 04353 und 27310 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01723 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03350, 03351, 04350, 04351, 04353, 22230, 27310 und 27311 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungspositionen 01711 bis 01720 und 01723 sind im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 04431 berechnungsfähig.

01721	**Besuch im Rahmen einer Kinderfrüherkennungsuntersuchung nach den Gebührenordnungspositionen 01711 und 01712**	25,23 € 198 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 01721 kann im Rahmen einer Kinderfrüherkennungsuntersuchung nach der Gebührenordnungsposition 01712 im Belegkrankenhaus durch einen Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin an demselben Tag nur einmal berechnet werden, auch wenn bei mehreren Kindern eine Früherkennungsuntersuchung durchgeführt wird.
Die Gebührenordnungsposition 01721 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01410 bis 01415 und 01418 berechnungsfähig.

01722 Sonographische Untersuchung der **Säuglingshüften entsprechend der Durchführungsempfehlung nach Abschnitt C Kapitel III der Kinder-Richtlinie** — 21,66 € / 170 Punkte

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 01722 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Ultraschall-Vereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.
Die Gebührenordnungsposition 01722 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 33050 und 33051 berechnungsfähig.

Laboruntersuchungen gemäß Abschnitt C Kapitel I und II der Kinder-Richtlinie, einschließlich der Befundübermittlung und Trackingverfahren, gilt **für die Gebührenordnungspositionen 01724 bis 01727,**
je Untersuchung

01724 **Erweiterte Neugeborenen-Screeninguntersuchung der Zielkrankheiten gemäß Abschnitt C Kapitel I §§ 17 und 18 und Trackingverfahren gemäß Abschnitt C Kapitel I und II der Kinder-Richtlinie** — 46,50 € / 365 Punkte

01725 **Immunologische Bestimmung des immunreaktiven Trypsins (IRT)** — 2,93 € / 23 Punkte

01726 **Immunologische Bestimmung Pankreatitis-assoziiertes Protein (PAP)** — 50,83 € / 399 Punkte

01727 **Gezielte molekulargenetische Untersuchung des Cystic Fibrosis Transmembran Regulator-Gens (CFTR-Gens) gemäß Anlage 4a "DNA-Mutationsanalyse" der Kinder-Richtlinie** — 477,26 € / 3746 Punkte

Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 01724 bis 01727 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung gemäß der §§ 23 bzw. 38 der Kinder-Richtlinie voraus. Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 01724 bis 01727 setzt den Nachweis einer vorliegenden Einwilligung der Personensorgeberechtigten (z. B. Eltern) des Neugeborenen gemäß § 16 bzw. § 32 der Kinder-Richtlinie voraus.
Der Höchstwert für die Untersuchungen nach den Gebührenordnungspositionen 01727 und 11352 beträgt 9.016 Punkte im Krankheitsfall.
Die Gebührenordnungsposition 01727 ist im Krankheitsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 11301 berechnungsfähig.

01728 **Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 01724 bis 01727 für die Befundübermittlung an die Eltern (mindestens eines Personensorgeberechtigten) einschließlich Beratung bei auffälligem Befund mit hochgradigem Krankheitsverdacht auf das Vorliegen einer Zielerkrankung einschließlich Mukoviszidose oder bei positivem Screeningbefund gemäß Abschnitt C Kapitel I und II Kinder-Richtlinie** 21,15 € 166 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Befundweitergabe an die spezialisierte Einrichtung,

je vollendete 10 Minuten

Die Gebührenordnungsposition 01728 ist höchstens viermal im Krankheitsfall berechnungsfähig.

1.7.2 Früherkennung von Krankheiten bei Erwachsenen

1. Die Gebührenordnungspositionen 01745 und 01746 können berechnet werden von
   - Fachärzten für Allgemeinmedizin,
   - Fachärzten für Innere und Allgemeinmedizin,
   - Praktischen Ärzten,
   - Ärzten ohne Gebietsbezeichnung,
   - Fachärzten für Innere Medizin ohne Schwerpunktbezeichnung,

   die gegenüber dem Zulassungsausschuss ihre Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung gemäß § 73 Abs. 1a SGB V erklärt haben und über eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung gemäß Abschnitt D. II. der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie verfügen.
2. Die Gebührenordnungsposition 01745 kann von Fachärzten für Haut- und Geschlechtskrankheiten mit einer Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung gemäß Abschnitt D. II. der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie berechnet werden.
3. Abweichend zu den Anmerkungen hinter den Gebührenordnungspositionen 01732, 01745 und 01746 sind die Gebührenordnungspositionen 01732, 01745 und 01746 für Beteiligte derselben fachübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaft nebeneinander berechnungsfähig.
4. Die Gebührenordnungspositionen 01875 und 01876 können nur von
   - Fachärzten für Allgemeinmedizin,
   - Fachärzten für Innere und Allgemeinmedizin,
   - Fachärzten für Innere Medizin,
   - Praktischen Ärzten, die berechtigt sind, Gebührenordnungspositionen der Kapitel 3 oder 13 abzurechnen,
   - Ärzten ohne Gebietsbezeichnung, die berechtigt sind, Gebührenordnungspositionen der Kapitel 3 oder 13 abzurechnen,

   berechnet werden.
5. Die Gebührenordnungspositionen 01871, 01872 und 01878 bis 01881 können nur von Fachärzten für Radiologie berechnet werden.
6. Die Gebührenordnungspositionen 01871, 01872, 01875, 01876 und 01878 bis 01881 sind nur dann berechnungsfähig, wenn alle in der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krebserkrankungen und in der Lungenkrebs-

Früherkennungs-Verordnung aufgeführten Voraussetzungen erfüllt sind und - mit Ausnahme der Gebührenordnungspositionen 01875 und 01876 - eine Genehmigung der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung nach der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V für die Berechnung der jeweiligen Gebührenordnungspositionen vorliegt.

Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 01875 und 01876 setzt den Nachweis des Wissenserwerbs gemäß § 43 Abs. 2 der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie gegenüber der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung voraus.

7. Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 01871 und 01872 setzt die Erstellung und Abgabe des vollständigen Quartalsberichtes unter Angabe der Anzahl untersuchter Personen, der Anzahl kontrollbedürftiger Befunde und der Anzahl abklärungsbedürftiger Befunde gemäß § 44 der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie voraus.
8. In den Gebührenordnungspositionen 01871 und 01872 sind die Beurteilung, obligatorische schriftliche Befunddokumentation, Befunde nach der Gebührenordnungsposition 01600 sowie Briefe nach der Gebührenordnungsposition 01601 an den auftraggebenden Arzt sowie ggf. Eintragung in ein Röntgennachweisheft enthalten.

01731 Untersuchung zur **Früherkennung von Krebserkrankungen beim Mann** gemäß Abschnitt C. § 25 der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie — 18,35 € / 144 Punkte

01732 **Gesundheitsuntersuchung bei Erwachsenen ab dem vollendeten 18. Lebensjahr gemäß Teil B I. der Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie** — 41,53 € / 326 Punkte

Im Zusammenhang mit der Gebührenordnungsposition 01732 sind die Gebührenordnungspositionen 32880 bis 32882 in Abhängigkeit der in Anlage 1 der Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie jeweils geforderten Laboruntersuchungen berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01732 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 27310, 32025, 32033, 32057, 32060 bis 32063 und 37800 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01732 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 01745 berechnungsfähig.

01734 **Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 01732 für das Screening auf Hepatitis-B- und/oder auf Hepatitis-C-Virusinfektion gemäß Teil B. III. der Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie** — 5,22 € / 41 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 01734 ist bei Versicherten ab dem vollendeten 35. Lebensjahr einmalig berechnungsfähig.

01735 **Beratung** gemäß § 4 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Umsetzung der Regelungen in § 62 SGB V für schwerwiegend chronisch Erkrankte **("Chroniker-Richtlinie") zu Früherkennungsuntersuchungen für nach dem 1. April 1987 geborene Frauen** — 13,12 € / 103 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Beratung gemäß § 4 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Umsetzung der Regelungen in § 62 SGB V für schwerwiegend chronisch Erkrankte ("Chroniker-Richtlinie") über die Teilnahme und Motivation zur Teilnahme am Programm zur Früherkennung von Krebserkrankungen bei der Frau gemäß Abschnitt B. II. § 6 der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie,
- Information über Inhalt, Ziel und Zweck des Programms, Häufigkeit und Krankheitsbild, Effektivität und Wirksamkeit der Früherkennungsmaßnahme,
- Information über Nachteile, Risiken und Vorgehensweise bei einem positiven Befund,
- Ausgabe des krankheitsbezogenen Merkblattes des Gemeinsamen Bundesausschusses,
- Ausstellung der Bescheinigung

Die Gebührenordnungsposition 01735 kann gemäß Richtlinie nur von Ärzten berechnet werden, die berechtigt sind, die entsprechenden Untersuchungen durchzuführen.
Die Gebührenordnungsposition 01735 kann gemäß Richtlinie nur einmalig im Zeitraum von 2 Jahren nach Erreichen der Anspruchsberechtigung berechnet werden.
Bis zur Vereinbarung des Dokumentationsvordrucks für die Dokumentation gemäß § 4 der Chroniker-Richtlinie kann die Bescheinigung auf Muster 16 erfolgen.
Im Quartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 01735 und im Folgequartal sind die Gebührenordnungspositionen 01760 und 01761 nicht berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01735 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01620 und 01621 berechnungsfähig.

01737 **Ausgabe und Weiterleitung eines Stuhlprobenentnahmesystems gemäß Teil II. § 6 der Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme (oKFE-RL), inkl. Beratung** 7,26 € 57 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Ausgabe und Rücknahme des Stuhlprobenentnahmesystems,
- Veranlassung der Untersuchung der Stuhlprobe auf occultes Blut im Stuhl

Die Gebührenordnungsposition 01737 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 32457 berechnungsfähig.

01738 **Automatisierte quantitative immunologische Bestimmung von occultem Blut im Stuhl (iFOBT) gemäß Teil II. § 6 Abs. 4 und § 9 der Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme (oKFE-RL)** 8,03 € 63 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Umgehende Befundübermittlung und automatisierte Dokumentation

Entgegen Nr. 2.1 der Allgemeinen Bestimmungen ist die Gebührenordnungsposition 01738 auch dann berechnungsfähig, wenn die Dokumentation als Bestandteil des Leistungsinhalts bis zum 15. Kalendertag des 2. Monats des jeweiligen Folgequartals vollständig übermittelt wird.
Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 01738 setzt die Anwendung eines Tests, für den die Erfüllung der Kriterien gemäß Teil II. § 9 Abs. 1 der oKFE-RL in Verbindung mit dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 435. Sitzung am 29. März 2019 zu den Testvorgaben iFOBT nachgewiesen ist, voraus.
Die Gebührenordnungsposition 01738 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 32457 berechnungsfähig.

01740 **Beratung zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms gemäß Teil II. § 5 der Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme (oKFE-RL)** 14,78 € 116 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Einmalige Beratung frühzeitig nach Vollendung des 50. Lebensjahres anhand der Versicherteninformation über Ziel und Zweck des Programms zur Früherkennung von Darmkrebs

01741 **Koloskopischer Komplex gemäß Teil II. § 3 der Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme (oKFE-RL)** 224,87 € 1765 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Totale Früherkennungskoloskopie gemäß Teil II. § 3 der oKFE-RL mit Darstellung des Zökums,
- Patientenaufklärung zur Koloskopie und zur Prämedikation in angemessenem Zeitabstand vor dem Eingriff,
- Aufklärung zum Vorgehen und zu einer möglichen Polypenabtragung und anderer therapeutischer Maßnahmen in derselben Sitzung,
- Information zu Ablauf und Dauer der Darmreinigung,
- Foto-/Videodokumentation,
- Nachbeobachtung und -betreuung,
- Einhaltung der Maßnahmen der Überprüfung der Hygienequalität entsprechend der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Koloskopie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V,
- Vorhaltung der geeigneten Notfallausstattung entsprechend der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Koloskopie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V,
- Dokumentation gemäß Teil II. § 11 der oKFE-RL

Fakultativer Leistungsinhalt

- Lagekontrolle durch ein bildgebendes Verfahren,
- Aushändigung aller Substanzen zur Darmreinigung,
- Probeexzision(en),
- Polypektomie(n) von Polypen mit einer Größe ≤ 5 mm,
- Gerinnungsuntersuchungen und kleines Blutbild,
- Prämedikation/Sedierung

Entgegen Nr. 2.1 der Allgemeinen Bestimmungen ist die Gebührenordnungsposition 01741 auch dann berechnungsfähig, wenn die Dokumentation als Bestandteil des Leistungsinhalts bis zum 15. Kalendertag des 2. Monats des jeweiligen Folgequartals vollständig übermittelt wird.
Die Koloskopie als Abklärungsdiagnostik gemäß Teil II. § 8 der oKFE-RL ist nicht mit der Gebührenordnungsposition 01741 berechnungsfähig.
Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 01741 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.
Die Gebührenordnungsposition 01741 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02401, 04514, 04518, 10340 bis 10342, 13421, 13422 und 13425 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01741 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32110 bis 32117 und 32120 berechnungsfähig.

01742 **Zuschlag** zu der Gebührenordnungsposition 01741 — 33,00 € / 259 Punkte

- Polypektomie(n) von Polypen mit einer Größe > 5 mm mittels Heiß- oder Kaltschlinge

und/oder

- Schlingenbiopsie(n) mittels Heiß- oder Kaltschlinge

und/oder

- Blutstillung(en)

Die Gebührenordnungsposition 01742 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 04515, 04520 und 13423 berechnungsfähig.

01743 **Histologie bei Früherkennungskoloskopie** — 16,69 € / 131 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

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

Die Gebührenordnungsposition 01743 ist bei demselben Material nicht neben der Gebührenordnungsposition 19310 berechnungsfähig.

01745 **Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs** gemäß Abschnitt D. II. der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie — 32,23 € / 253 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Anamnese,
- Visuelle Ganzkörperinspektion der gesamten Haut einschließlich des behaarten Kopfes sowie aller Intertrigines,
- Befundmitteilung einschließlich diesbezüglicher Beratung,
- Dokumentation gemäß Abschnitt D. II. der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie

Fakultativer Leistungsinhalt

- Beratung über weitergehende Maßnahmen,

- Auflichtmikroskopie/Dermatoskopie

Erfolgt die Erstuntersuchung nicht durch einen Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten, so muss der Patient im Falle eines auffälligen Befundes zur Zweituntersuchung an einen entsprechenden Facharzt weitergeleitet werden.
Die visuelle Untersuchung mittels vergrößernden Sehhilfen ist Bestandteil der Gebührenordnungsposition 01745.
Die Gebührenordnungsposition 01745 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01732 und 01746 berechnungsfähig.

01746 **Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 01732 für die Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs** gemäß Abschnitt D. II. der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie — 26,63 € / 209 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Anamnese,
- Visuelle Ganzkörperinspektion der gesamten Haut einschließlich des behaarten Kopfes sowie aller Intertrigines,
- Befundmitteilung einschließlich diesbezüglicher Beratung,
- Dokumentation gemäß Abschnitt D. II. der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie

Fakultativer Leistungsinhalt

- Beratung über weitergehende Maßnahmen,
- Auflichtmikroskopie/Dermatoskopie

Die visuelle Untersuchung mittels vergrößernden Sehhilfen ist Bestandteil der Gebührenordnungsposition 01746.
Die Gebührenordnungsposition 01746 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 01745 berechnungsfähig.

01747 **Beratung zum Ultraschallscreening auf Bauchaortenaneurysmen gemäß Teil B. II. der Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie (GU-RL)** — 10,45 € / 82 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Ausgabe der Versicherteninformation gemäß Anlage 3 zur GU-RL,
- Ärztliche Aufklärung zum Screening auf Bauchaortenaneurysmen

Fakultativer Leistungsinhalt

- Veranlassung einer sonographischen Untersuchung der Bauchaorta gemäß Teil B. II. § 4 der GU-RL

Die Gebührenordnungsposition 01747 ist bei männlichen Patienten ab dem Alter von 65 Jahren einmalig berechnungsfähig.

01748 **Sonographische Untersuchung auf Bauchaortenaneurysmen gemäß Teil B. II. der Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie (GU-RL)** — 15,80 € / 124 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Sonographische Untersuchung der Bauchaorta gemäß Teil B. II. § 4 der GU-RL

Fakultativer Leistungsinhalt

- Aufklärung und Beratung zu Behandlungsmöglichkeiten bei auffälligem Befund

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 01748 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Ultraschall-Vereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.
Die Gebührenordnungsposition 01748 ist bei männlichen Patienten ab dem Alter von 65 Jahren einmalig berechnungsfähig.
Sofern die Gebührenordnungsposition 01748 neben der Gebührenordnungsposition 33042 berechnet wird, ist ein Abschlag von 70 Punkten auf die Gebührenordnungsposition 33042 vorzunehmen.
Sofern die Gebührenordnungsposition 01748 neben der Gebührenordnungsposition 33043 berechnet wird, ist ein Abschlag von 7 Punkten auf die Gebührenordnungsposition 33043 vorzunehmen.
Die Gebührenordnungsposition 01748 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31682 bis 31689, 33040 und 33081 berechnungsfähig.

01865 **Nachweis von HBs-Antigen und/oder HCV-Antikörpern gemäß Teil B III. der Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie (GU-RL)** — 13,38 € / 105 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 01865 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01810, 01932, 01934, 32618 und 32781 berechnungsfähig.

01866 **Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 01865 für die Bestimmung der Hepatitis B-Virus-DNA bei reaktivem Ergebnis der Untersuchung auf HBs-Antigen gemäß Teil B III. der Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie (GU-RL)** — 102,56 € / 805 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 01866 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 32817 berechnungsfähig.

01867 **Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 01865 für den Nukleinsäurenachweis von Hepatitis C-Virus-RNA bei reaktivem Ergebnis der Untersuchung auf HCV-Antikörper gemäß Teil B III. der Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie (GU-RL)** — 45,87 € / 360 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 01867 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 32835 berechnungsfähig.

01871 **Niedrigdosis-Computertomographie zur Früherkennung von Lungenkrebs gemäß Abschnitt D. III. der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie** — 95,04 € / 746 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Prüfung der Zulässigkeitsvoraussetzungen,
- Prüfung auf Vorbefunde/Voruntersuchungen und ggf. deren Einbeziehung,
- Aufklärung,

- Niedrigdosis-Computertomographie nach § 41 der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie,
- Befundung und Befundübermittlung nach § 42 Krebsfrüherkennungs-Richtlinie,
- Dokumentation nach § 44 Krebsfrüherkennungs-Richtlinie,

einmal im Krankheitsfall

Die Gebührenordnungsposition 01871 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205 und 01207 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01871 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 24211, 24212 und 34330 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01871 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 01872 berechnungsfähig.

01872 **Niedrigdosis-Computertomographie zur Befundkontrolle im Rahmen der Früherkennung von Lungenkrebs gemäß Abschnitt D. III. der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie bei innerhalb von 12 Monaten vorausgegangenem kontrollbedürftigen Befund** 74,66 € 586 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Prüfung der Zulässigkeitsvoraussetzungen,
- Prüfung auf Vorbefunde/Voruntersuchungen und ggf. deren Einbeziehung,
- Aufklärung,
- Niedrigdosis-Computertomographie nach § 41 der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie,
- Befundung und Befundübermittlung nach § 42 Krebsfrüherkennungs-Richtlinie,
- Dokumentation nach § 44 Krebsfrüherkennungs-Richtlinie,

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 01872 ist höchstens zweimal im Krankheitsfall berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01872 ist nur berechnungsfähig, wenn in der vorausgegangenen Untersuchung gemäß der Gebührenordnungsposition 01871 ein Kontrollintervall von weniger als 12 Monaten festgelegt wurde. Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 01872 setzt die Angabe dieses Kontrollintervalls in Monaten voraus.
Die Gebührenordnungsposition 01872 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205 und 01207 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01872 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 24211, 24212 und 34330 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01872 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 01871 berechnungsfähig.

01875 **Erstellung eines Berichts gemäß Abschnitt D. III. der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie** 4,97 € 39 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Erstellung und Aushändigung des Berichts gemäß § 39 Nr. 1 der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie und der Selbsterklärung über die Erfüllung der Voraussetzungen gemäß § 6 Abs. 3 Lungenkrebs-Früherkennungs-Verordnung (LuKrFrühErkV) im Zusammenhang mit der Überweisung zu einer Niedrigdosis-Computertomographie zur Früherkennung von Lungenkrebs gemäß Abschnitt D. III. der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie,

einmal im Krankheitsfall

01876 **Erstberatung zur Früherkennung von Lungenkrebs gemäß Abschnitt D. III. der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie** 11,08 € 87 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Einmalige Erstberatung des Versicherten zur Früherkennung von Lungenkrebs gemäß § 40 der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie,
- Ausgabe der Versicherteninformation gemäß § 40 der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie,

je vollendete 5 Minuten

Die Gebührenordnungsposition 01876 ist höchstens dreimal in einer Sitzung berechnungsfähig.
Die Erstberatung ist nur einmalig je Versicherten berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01876 ist ausschließlich zur Erstberatung zur Früherkennung von Lungenkrebs gemäß Abschnitt D. III. der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01876 ist nur bei Versicherten gemäß § 38 der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie berechnungsfähig.

01878 **Veranlassung der konsiliarischen Zweitbefundung der Niedrigdosis-Computertomographie zur Früherkennung von Lungenkrebs gemäß Abschnitt D. III. der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie** 11,98 € 94 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Veranlassung der Zweitbefundung und abschließende gemeinsame Beurteilung nach § 42 Krebsfrüherkennungs-Richtlinie,
- Datenübermittlung zur Zweitbefundung,
- Übermittlung der Computertomographie-Aufnahmen,

höchstens dreimal im Krankheitsfall

Die Gebührenordnungsposition 01878 ist im Zusammenhang mit der Gebührenordnungsposition 01871 nur einmal im Krankheitsfall berechnungsfähig. Die Gebührenordnungsposition 01878 ist im Zusammenhang mit der Gebührenordnungsposition 01872 höchstens zweimal im Krankheitsfall berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01878 ist nur im Zeitraum von 14 Tagen nach Durchführung der Leistung nach der Gebührenordnungsposition 01871 oder 01872 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01878 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 24211 und 24212 berechnungsfähig.

01879 **Konsiliarische Zweitbefundung der Niedrigdosis-Computertomographie zur Früherkennung von Lungenkrebs gemäß Abschnitt D. III. der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie** 49,56 € 389 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Befundung nach § 42 Krebsfrüherkennungs-Richtlinie,
- Befundübermittlung an Erstbefunder und abschließende gemeinsame Beurteilung nach § 42 Krebsfrüherkennungs-Richtlinie,

je Konsiliarauftrag

Die Gebührenordnungsposition 01879 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 24211 und 24212 berechnungsfähig.

01880 **Beratung des Versicherten bei abklärungsbedürftigem Befund im Rahmen der Früherkennung von Lungenkrebs gemäß Abschnitt D. III. der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie** 10,45 € 82 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Beratung des Versicherten über weitergehende Maßnahmen im Zusammenhang mit einem abklärungsbedürftigen Befund,
- Information des Versicherten zu auf die Untersuchung und Behandlung von Lungenkrebs spezialisierten Einrichtungen für die erforderlichen Abklärungsmaßnahmen,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Übermittlung von Bilddokumentation und Befundberichten an den Versicherten,

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 01880 ist auch bei einer telefonischen Beratung berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01880 ist auch bei Durchführung der Beratung im Rahmen einer Videosprechstunde berechnungsfähig. Für die Abrechnung gelten die Anforderungen gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä entsprechend.
Die Gebührenordnungsposition 01880 ist nur im Zeitraum von 14 Tagen nach Durchführung der Leistung nach der Gebührenordnungsposition 01871 oder 01872 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01880 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 24211 und 24212 berechnungsfähig.

01881 **Teilnahme an einer Konsensuskonferenz im Rahmen der Früherkennung von Lungenkrebs gemäß Abschnitt D. III. der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie** 13,89 € 109 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 01881 ist auch bei Durchführung der Konsensuskonferenz als Videofallbesprechung berechnungsfähig. Für die Abrechnung gelten die Anforderungen gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä entsprechend.

Die Gebührenordnungsposition 01881 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 24211 und 24212 berechnungsfähig.

1.7.3 Früherkennung von Krebserkrankungen bei Frauen

gemäß Abschnitt B der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses und den Regelungen der Anlage 9.2 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) und der Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme (oKFE-RL): III. Besonderer Teil - Programm zur Früherkennung des Zervixkarzinoms des Gemeinsamen Bundesausschusses

1.7.3.1 Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie-Screening

1. Die Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts sind nur dann berechnungsfähig, wenn alle in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krebserkrankungen gemäß § 25 Abs. 4 i. V. m. § 92 Abs. 1 und 4 SGB V und im Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) (Anlage 9.2) sowie in der Ultraschallvereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V bzw. in der Mammographie-Vereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V aufgeführten Voraussetzungen erfüllt sind und - mit Ausnahme der Gebührenordnungsposition 01758 für behandelnde Frauen- und Hausärzte - eine Genehmigung der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung gemäß Anlage 9.2 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) vorliegt.
2. Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 01759 setzt zusätzlich eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Vakuumbiopsie der Brust gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.
3. Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 01751 setzt gemäß § 4 Satz 1 Nummer 2 der Brustkrebs-Früherkennungs-Verordnung die erforderliche Fachkunde im Strahlenschutz voraus.
4. Die Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts sind auch während der ab 1. Juli 2024 gültigen Übergangsregelung der KFE-RL gemäß Abschnitt B III § 23b berechnungsfähig.

01750 **Röntgenuntersuchung beider Mammae in zwei Ebenen** (Cranio-caudal, Medio-lateral-oblique) im Rahmen des Programms zur Früherkennung von Brustkrebs durch **Mammographie-Screening** — 67,40 € / 529 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Überprüfung der erfolgten ärztlichen Aufklärung oder Einholung des Verzichts auf eine ärztliche Aufklärung vor Erstellung der Screening-Mammographieaufnahmen,
- Röntgenuntersuchung beider Mammae in je zwei Ebenen (Cranio-caudal, Medio-lateral-oblique),
- Erstellung der Screening-Mammographieaufnahmen inkl. Dokumentation,
- Organisation der Befundung der Screening-Mammographieaufnahmen gemäß § 10 der Anlage 9.2 des Bundesmantelvertrages-Ärzte (BMV-Ä),

- Organisation und Durchführung der Qualitätssicherungsmaßnahmen gemäß § 15 der Anlage 9.2 des BMV-Ä

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ergänzende ärztliche Untersuchung,
- Durchführung der Konsensuskonferenz gemäß § 11 der Anlage 9.2 des BMV-Ä,
- Durchführung der multidisziplinären Fallkonferenzen gemäß § 13 der Anlage 9.2 des BMV-Ä,
- Eintragung(en) in ein Röntgennachweisheft

Die Gebührenordnungsposition 01750 ist nur durch den Programmverantwortlichen Arzt gemäß § 3 Abs. 2 der Anlage 9.2 des Bundesmantelvertrags-Ärzte (BMV-Ä) berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01750 ist auch berechnungsfähig, wenn aus medizinischen Gründen nur die Röntgenuntersuchung einer Mamma möglich ist.
Zusätzlich zur Leistungsbewertung werden die Kosten für den Overhead gemäß der Vereinbarung zur Neufestsetzung und Aufteilung des Aufschlages für den organisatorischen Overhead zum Mammographie-Screening-Programm von der Kassenärztlichen Vereinigung zugesetzt.
Die Gebührenordnungsposition 01750 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 34.2.7 berechnungsfähig.

01751 **Aufklärungsgespräch** im Rahmen des Programms zur Früherkennung von Brustkrebs durch **Mammographie-Screening** — 11,08 € / 87 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher-Arzt-Patienten-Kontakt,
- Gespräch von mindestens 5 Minuten Dauer mit der Patientin,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Aufklärung über die Hintergründe, Ziele, Inhalte und Vorgehensweise des Früherkennungsprogramms auf Brustkrebs durch Mammographie-Screening nach Abschnitt B. III. der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krebserkrankungen,

je vollendete 5 Minuten

Die Gebührenordnungsposition 01751 ist höchstens dreimal im Krankheitsfall berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01751 ist zeitlich nicht nach der Durchführung der Leistung nach der Gebührenordnungsposition 01750 berechnungsfähig. Sofern die Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 01751 und 01750 am selben Behandlungstag durchgeführt werden, sind die jeweiligen Uhrzeiten anzugeben.
Die Gebührenordnungsposition 01751 ist nur vom Programmverantwortlichen Arzt gemäß § 3 Abs. 2 der Anlage 9.2 des Bundesmantelvertrags-Ärzte (BMV-Ä) oder von einem durch ihn beauftragten Arzt des Mammographiescreening-Programms, der zur

Abrechnung mindestens einer der Gebührenordnungspositionen 01750 bis 01759 berechtigt ist, berechnungsfähig.

01752 **Konsiliarische Beurteilung von Mammographieaufnahmen** je Frau im Rahmen des Programms zur **Früherkennung von Brustkrebs** gemäß den Richtlinien über die Früherkennung von Krebserkrankungen — 4,97 € / 39 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Konsiliarische Beurteilung von Mammographieaufnahmen je Frau

Fakultativer Leistungsinhalt

- Teilnahme an Konsensuskonferenzen

Die Gebührenordnungsposition 01752 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 34.2.7 berechnungsfähig.

01753 **Abklärungsdiagnostik I** gemäß § 12 der Anlage 9.2 des Bundesmantelvertrags-Ärzte (BMV-Ä) — 107,91 € / 847 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Abklärungsdiagnostik gemäß § 12 der Anlage 9.2 des Bundesmantelvertrags-Ärzte (BMV-Ä)

Fakultativer Leistungsinhalt

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

Entgegen der Nr. 4.3.2 der Allgemeinen Bestimmungen kann die Gebührenordnungsposition 01753 auch dann berechnet werden, wenn die Arztpraxis nicht über die Möglichkeit zur Erbringung von MRT-Untersuchungen verfügt.
Der Vertragsarzt, der gegenüber seiner Kassenärztlichen Vereinigung erklärt hat, die Gebührenordnungsposition 01753 zu berechnen, kann die Gebührenordnungsposition 01755 nicht veranlassen.
Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 01753 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung gemäß Anlage 9.2 des Bundesmantelvertrags-Ärzte (BMV-Ä) voraus, welche nicht gleichzeitig für die Gebührenordnungsposition 01754 erteilt werden kann.
Die Gebührenordnungsposition 01753 ist nur durch den programmverantwortlichen Arzt berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01753 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01754 und 01755 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 34.2.7 berechnungsfähig.

01754 **Abklärungsdiagnostik II** gemäß § 12 der Anlage 9.2 des Bundesmantelvertrags-Ärzte (BMV-Ä) — 75,55 € / 593 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Abklärungsdiagnostik gemäß § 12 der Anlage 9.2 des Bundesmantelvertrags-Ärzte (BMV-Ä)

Fakultativer Leistungsinhalt

- Durchführung einer Stanzbiopsie unter Ultraschallkontrolle

Entgegen Nr. 4.3.2 der Allgemeinen Bestimmungen kann die Gebührenordnungsposition 01754 auch dann berechnet werden, wenn die Arztpraxis nicht über die Möglichkeit zur Erbringung von MRT-Untersuchungen und Stanzbiopsien verfügt.
Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 01754 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung gemäß Anlage 9.2 des Bundesmantelvertrags-Ärzte (BMV-Ä) voraus, welche nicht gleichzeitig für die Gebührenordnungsposition 01753 erteilt werden kann.
Die Gebührenordnungsposition 01754 ist nur durch den programmverantwortlichen Arzt berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01754 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01753 und 01755 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 34.2.7 berechnungsfähig.

01755 **Stanzbiopsie(n) unter Röntgenkontrolle im Rahmen der Abklärungsdiagnostik** gemäß § 19 der Anlage 9.2 des Bundesmantelvertrags-Ärzte (BMV-Ä) durch den Arzt, der nicht die Abklärungsdiagnostik nach der Gebührenordnungsposition 01753 oder 01754 durchführt — 135,81 € 1066 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Stanzbiopsie(n) unter Röntgenkontrolle,

je Seite

Die Gebührenordnungsposition 01755 ist nur einmal je Seite berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01755 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01753 und 01754 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 34.2.7 berechnungsfähig.

01756 **Histologische Untersuchung eines durch eine Biopsie gewonnenen Materials** gemäß § 20 der Anlage 9.2 des Bundesmantelvertrags-Ärzte (BMV-Ä) — 11,34 € 89 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Histologische Untersuchung eines durch eine Biopsie gewonnenen Materials,

je 3 Stanzen

01757 **Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 01756 für die Aufarbeitung** eines durch eine Biopsie gewonnenen Materials der weiblichen Brust im Rahmen des Programms zur Früherkennung von Brustkrebs — 12,61 € 99 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Aufarbeitung eines durch eine Biopsie gewonnenen Materials der weiblichen Brust,

je 3 Stanzen

01758 **Teilnahme an einer multidisziplinären Fallkonferenz** gemäß § 13 der Anlage 9.2 des Bundesmantelvertrags-Ärzte (BMV-Ä), ggf. auch Teilnahme des behandelnden Frauen- und Hausarztes — 10,96 € / 86 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Teilnahme an einer multidisziplinären Fallkonferenz

Behandelnde Frauen- und Hausärzte dürfen die Gebührenordnungsposition 01758 unter Angabe des programmverantwortlichen Arztes auch ohne Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krebserkrankungen berechnen.
Die Teilnahme der Frauen- und Hausärzte kann auch durch telefonische Zuschaltung erfolgen.
Die Gebührenordnungsposition 01758 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01442, 01443 und 37804 berechnungsfähig.

01759 **Vakuumbiopsie der Mamma im Zusammenhang mit der Erbringung der Gebührenordnungsposition 01753 oder 01755 gemäß § 19 der Anlage 9.2 des Bundesmantelvertrags-Ärzte (BMV-Ä) und gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Vakuumbiopsie der Brust nach § 135 Abs. 2 SGB V** — 34,91 € / 274 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Vakuumbiopsie(n) unter Röntgenkontrolle mittels geeignetem Zielgerät,

je Seite

Die Gebührenordnungsposition 01759 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 34270, 34271, 34273 und 34275 berechnungsfähig.

1.7.3.2 Früherkennung von Krebserkrankungen der Brust und des Genitales, organisiertes Programm zur Früherkennung des Zervixkarzinoms

01760 **Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen bei der Frau gemäß Abschnitt B. II. §§ 6 und 8 der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie** — 20,26 € / 159 Punkte

Im Quartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 01760 und im Folgequartal ist die Gebührenordnungsposition 01735 nicht berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01760 ist im Kalenderjahr nicht neben der Gebührenordnungsposition 01761 berechnungsfähig.

1.7.3.2.1 Primärscreening zur Früherkennung des Zervixkarzinoms gemäß Teil III. C. § 6 der Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme (oKFE-RL)

1. Entgegen Nr. 2.1 der Allgemeinen Bestimmungen sind die Gebührenordnungspositionen des Unterabschnittes 1.7.3.2.1 auch dann berechnungsfähig, wenn die Dokumentation als Bestandteil des Leistungsinhalts bis zum 15. Kalendertag des 2. Monats des jeweiligen Folgequartals vollständig übermittelt wird.

01761 **Untersuchung zur Früherkennung des Zervixkarzinoms gemäß Teil III. C. § 6 der Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme (oKFE-RL)** 27,39 € 215 Punkte

Im Quartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 01761 und im Folgequartal ist die Gebührenordnungsposition 01735 nicht berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01761 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 01825 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01761 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 01764 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01761 ist im Kalenderjahr nicht neben der Gebührenordnungsposition 01760 berechnungsfähig.

01762 **Zytologische Untersuchung gemäß Teil III. C. § 6 der Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme (oKFE-RL)** 10,32 € 81 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Zytologische Untersuchung eines oder mehrerer Abstriche(s) als konventionelle(r) Abstrich(e), von der Portio-Oberfläche und aus dem Zervixkanal

Fakultativer Leistungsinhalt

- Durchführung der zytologischen Untersuchung mittels Dünnschichtverfahren anstatt als konventioneller Abstrich

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 01762 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Zytologie-Vereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.
Die Gebührenordnungsposition 01762 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 32.3.8 bis 32.3.12 und den Gebührenordnungspositionen des Kapitels 19 für Untersuchungsmaterial, das für die Untersuchung gemäß Teil III. C. § 6 oKFE-RL gewonnen wurde, berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01762 ist bei demselben Material nicht neben den Gebührenordnungspositionen 08315 und 19327 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01762 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 01766 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01762 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 01826 berechnungsfähig.

01763 **Nachweis von Humanen Papillom-Viren gemäß Teil III. C. § 6 der Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme (oKFE-RL)** 21,40 € 168 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Detektion mindestens der High-Risk-HPV-Typen 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59 und 68

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 01763 setzt den Nachweis der Ergebnisse der externen Qualitätssicherungsmaßnahmen gemäß Teil III. D. § 8 Abs. 3 der oKFE-RL gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung voraus.
Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 01763 setzt die Anwendung eines Tests, für den die Erfüllung der Kriterien gemäß Teil III. D. § 8 Abs. 3 der oKFE-RL nachgewiesen ist, voraus.
Die Gebührenordnungsposition 01763 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 32.3.8 bis 32.3.12 und den Gebührenordnungspositionen des Kapitels 19 für Untersuchungsmaterial, das für die Untersuchung gemäß Teil III. C. § 6 oKFE-RL gewonnen wurde, berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01763 ist bei demselben Material nicht neben der Gebührenordnungsposition 08315 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01763 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01767 und 19328 berechnungsfähig.

1.7.3.2.2 Abklärungsdiagnostik zur Früherkennung des Zervixkarzinoms gemäß Teil III. C. § 7 der Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme (oKFE-RL)

1. Entgegen Nr. 2.1 der Allgemeinen Bestimmungen sind die Gebührenordnungspositionen des Unterabschnittes 1.7.3.2.2 auch dann berechnungsfähig, wenn die Dokumentation als Bestandteil des Leistungsinhalts bis zum 15. Kalendertag des 2. Monats des jeweiligen Folgequartals vollständig übermittelt wird.

01764 **Abklärungsdiagnostik gemäß Teil III. C. § 7 der Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme (oKFE-RL)** — 11,85 € / 93 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 01764 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 01825 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01764 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 01761 berechnungsfähig.

01765 **Abklärungskolposkopie gemäß Teil III. C. § 7 und D. § 8 der Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme (oKFE-RL)** — 92,75 € / 728 Punkte

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 01765 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung Abklärungskolposkopie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.

01766 **Zytologische Untersuchung gemäß Teil III. C. § 7 mittels Zytologie der Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme (oKFE-RL)** — 36,69 € / 288 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Zytologische Untersuchung eines oder mehrerer Abstriche(s) als konventionelle(r) Abstrich(e), von der Portio-Oberfläche und aus dem Zervixkanal

Fakultativer Leistungsinhalt

- Vergleichende Beurteilung bei vorliegendem Vorbefund,
- Durchführung der zytologischen Untersuchung mittels Dünnschichtverfahren anstatt als konventioneller Abstrich,
- Weiterführende immunzytochemische Untersuchungen

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 01766 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Zytologie-Vereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.
Die Gebührenordnungsposition 01766 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 08315, den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 32.3.8 bis 32.3.12 und den Gebührenordnungspositionen des Kapitels 19 für Untersuchungsmaterial, das für die Untersuchung gemäß Teil III. C. § 7 oKFE-RL gewonnen wurde, berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01766 ist bei demselben Material nicht neben den Gebührenordnungspositionen 08315 und 19327 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01766 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 01762 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01766 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 01826 berechnungsfähig.

01767 **Nachweis von Humanen Papillom-Viren gemäß Teil III. C. § 7 der Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme (oKFE-RL)** 21,40 € 168 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Detektion mindestens der High-Risk-HPV-Typen 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59 und 68

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 01767 setzt den Nachweis der Ergebnisse der externen Qualitätssicherungsmaßnahmen gemäß Teil III. D. § 8 Abs. 3 der oKFE-RL gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung voraus.
Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 01767 setzt die Anwendung eines Tests, für den die Erfüllung der Kriterien gemäß Teil III. D. § 8 Abs. 3 der oKFE-RL nachgewiesen ist, voraus.
Die Gebührenordnungsposition 01767 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 32.3.8 bis 32.3.12 und den Gebührenordnungspositionen des Kapitels 19 für Untersuchungsmaterial, das für die Untersuchung gemäß Teil III. C. § 7 oKFE-RL gewonnen wurde, berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01767 ist bei demselben Material nicht neben der Gebührenordnungsposition 08315 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01767 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01763 und 19328 berechnungsfähig.

01768 **Histologie bei Abklärungskolposkopie gemäß Teil III. C. § 7 der Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme (oKFE-RL)** 31,60 € 248 Punkte

Fakultativer Leistungsinhalt

Weiterführende Untersuchungen nach den Gebührenordnungspositionen 19320 bis 19322,

je Material

Die Gebührenordnungsposition 01768 ist bei demselben Material nicht neben den Gebührenordnungspositionen 19310 und 19320 bis 19322 berechnungsfähig.

01769 **Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 01763 und 01767 für die Genotypisierung auf HPV-Typ 16 und HPV-Typ 18 bei einem positiven Nachweis von High-Risk-HPV-Typen** 21,40 € 168 Punkte

1.7.4 Mutterschaftsvorsorge

1. Leistungen der Mutterschaftsvorsorge, die bei Vertretung, im Notfall oder bei Mit- bzw. Weiterbehandlung durchgeführt werden, sind nach den kurativen Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig, wobei die nach Maßgabe der Kassenärztlichen Vereinigung für präventive Leistungen vorgegebene Kennzeichnung zu beachten ist.
2. Die Gebührenordnungspositionen 01788 bis 01790 sind nur von Fachärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe berechnungsfähig, die die Qualifikationsvoraussetzung zur fachgebundenen genetischen Beratung gemäß Gendiagnostikgesetz und Richtlinie der Gendiagnostikkommission erfüllen oder Fachärzte für Humangenetik oder auf dem Fachgebiet entsprechend qualifizierte Ärzte mit der Zusatzbezeichnung Medizinische Genetik sind.

01770 **Betreuung einer Schwangeren** gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Geburt (Mutterschafts-Richtlinie/Mu-RL) 149,32 € 1172 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Beratungen und Untersuchungen gemäß der Mutterschafts-Richtlinie,
- Ultraschalluntersuchungen nach **Anlage I a** ggf. mit Biometrie ohne systematische Untersuchung der fetalen Morphologie **und Anlage I b** der Mutterschafts-Richtlinie,
- Bilddokumentation(en),
- Dokumentation im Mutterpass,

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 01770 ist höchstens viermal je Schwangerschaft berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01770 ist ausschließlich in Quartalen berechnungsfähig, in denen eine Schwangerschaft vorliegt.

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 01770 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Ultraschall-Vereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.
Die Gebührenordnungsposition 01770 kann für die Betreuung einer Schwangeren im Laufe eines Quartals nur von einem Vertragsarzt abgerechnet werden. Dies gilt auch, wenn mehrere Vertragsärzte in die Betreuung der Schwangeren eingebunden sind (z. B. bei Vertretung, im Notfall oder bei Mit- bzw. Weiterbehandlung).
Macht die Schwangere nach Aufklärung gemäß der Mutterschafts-Richtlinie Gebrauch von ihrem Recht auf Nichtwissen und verzichtet auf die Ultraschalluntersuchung(en) nach § 2 Abs. 9 der Richtlinie, hat dieses keine Auswirkung auf die Berechnungsfähigkeit der Gebührenordnungsposition 01770.
Die Gebührenordnungspositionen 33043 und 33044 sind im Behandlungsfall neben der Gebührenordnungsposition 01770 nur einmal und mit Begründung berechnungsfähig und nur, sofern die Leistung nicht am Embryo oder Fötus durchgeführt wurde. Als Begründung für die Nebeneinanderberechnung ist der ICD-10-Kode mit Angabe des Zusatzkennzeichens für die Diagnosensicherheit anzugeben.
Die Gebührenordnungsposition 01770 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 33043 und 33044 berechnungsfähig.

01771 **Zuschlag im Zusammenhang mit der Gebührenordnungsposition 01770 bei der Ultraschalluntersuchung mit Biometrie und systematischer Untersuchung der fetalen Morphologie im 2. Trimenon gemäß Anlage I a der Mutterschafts-Richtlinie** 53,25 € 418 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Ultraschalluntersuchung(en) im 2. Trimenon nach Anlage I a der Mutterschafts-Richtlinie mit Biometrie und systematischer Untersuchung der fetalen Morphologie,
- Bilddokumentation(en),
- Beratungen,
- Dokumentation im Mutterpass,

einmal im Behandlungsfall

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 01771 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Ultraschall-Vereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.
Die Gebührenordnungsposition 01771 ist einmal je Schwangerschaft berechnungsfähig. Bei Mehrlingen ist die Gebührenordnungsposition 01771 entsprechend der Zahl der Mehrlinge mehrfach berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungspositionen 33043 und 33044 sind im Behandlungsfall neben der Gebührenordnungsposition 01771 nur einmal und mit Begründung berechnungsfähig und nur, sofern die Leistung nicht am Fötus durchgeführt wurde. Als Begründung für die Nebeneinanderberechnung ist der ICD-10-Kode mit Angabe des Zusatzkennzeichens für die Diagnosensicherheit anzugeben.

Die Gebührenordnungsposition 01771 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 33043 und 33044 berechnungsfähig.

01772 **Weiterführende sonographische Diagnostik I** 46,25 €
363 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

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

Fakultativer Leistungsinhalt

- In mehreren Sitzungen,

einmal im Behandlungsfall

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 01772 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Ultraschall-Vereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.
Bei Mehrlingen ist die Gebührenordnungsposition 01772 entsprechend der Zahl der Mehrlinge mehrfach berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungspositionen 33042 bis 33044 und 33081 sind im Behandlungsfall neben der Gebührenordnungsposition 01772 nur einmal und mit Begründung berechnungsfähig. Als Begründung für die Nebeneinanderberechnung ist der ICD-10-Kode mit Angabe des Zusatzkennzeichens für die Diagnosensicherheit anzugeben.
Die Gebührenordnungsposition 01772 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 33042 bis 33044 und 33081 berechnungsfähig.

01773 **Weiterführende sonographische Diagnostik II** 71,98 €
565 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Sonographische Untersuchungen zur differentialdiagnostischen Abklärung und/oder Überwachung von pathologischen Befunden bei Vorliegen der Indikationen gemäß **Anlage I c II.2.** der Mutterschafts-Richtlinie,
- Bilddokumentation,
- Dokumentation im Mutterpass,

Fakultativer Leistungsinhalt

- In mehreren Sitzungen,

einmal im Behandlungsfall

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 01773 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Ultraschall-Vereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.
Bei Mehrlingen ist die Gebührenordnungsposition 01773 entsprechend der Zahl der Mehrlinge mehrfach berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 33042 ist im Behandlungsfall neben der Gebührenordnungsposition 01773 nur mit Begründung berechnungsfähig. Als Begründung für die Nebeneinanderberechnung ist der ICD-10-Kode mit Angabe des Zusatzkennzeichens für die Diagnosensicherheit anzugeben.
Die Gebührenordnungspositionen 33043, 33044 und 33081 sind im Behandlungsfall neben der Gebührenordnungsposition 01773 nur einmal und mit Begründung berechnungsfähig. Als Begründung für die Nebeneinanderberechnung ist der ICD-10-Kode mit Angabe des Zusatzkennzeichens für die Diagnosensicherheit anzugeben.
Die Gebührenordnungsposition 01773 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 33042 bis 33044 und 33081 berechnungsfähig.

01774 **Weiterführende sonographische Diagnostik des fetalen kardiovaskulären Systems** bei Verdacht auf Fehlbildung oder Erkrankung des Föten gemäß **Anlage I d** der Mutterschafts-Richtlinie — 95,43 € / 749 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Farbkodierte duplexsonographische Echokardiographie(n),
- Bilddokumentation,
- Dokumentation im Mutterpass,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Dopplersonographische Untersuchung einschließlich Frequenzspektrumanalyse,
- In mehreren Sitzungen,

einmal im Behandlungsfall

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 01774 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Ultraschall-Vereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.
Bei Mehrlingen ist die Gebührenordnungsposition 01774 entsprechend der Zahl der Mehrlinge mehrfach berechnungsfähig.
Entgegen Nr. 4.3.2 der Allgemeinen Bestimmungen kann die Gebührenordnungsposition 01774 auch dann berechnet werden, wenn die Arztpraxis nicht über die Möglichkeit zur Durchführung einer Frequenzspektrumanalyse verfügt.
Die Gebührenordnungspositionen 33021, 33022, 33043, 33060, 33061, 33063 und 33070 bis 33075 sind im Behandlungsfall nur dann neben der Gebührenordnungsposition 01774 berechnungsfähig, sofern die Leistung nicht am Fötus durchgeführt wurde.

01775 **Weiterführende sonographische Diagnostik des fetomaternalen Gefäßsystems** bei Verdacht auf Gefährdung oder Schädigung des Föten durch die in **Anlage I d** der Mutterschafts-Richtlinie aufgeführten Indikationen — 57,08 € / 448 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Farbkodierte duplexsonographische Untersuchung(en) des fetomaternalen Gefäßsystems,

- Bilddokumentation,
- Dokumentation im Mutterpass,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Dopplersonographische Untersuchung einschließlich Frequenzspektrumanalyse,
- In mehreren Sitzungen,

je Sitzung

Die Gebührenordnungsposition 01775 ist im Behandlungsfall höchstens zweimal berechnungsfähig.
Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 01775 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Ultraschall-Vereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.
Bei Mehrlingen ist die Gebührenordnungsposition 01775 entsprechend der Zahl der Mehrlinge mehrfach berechnungsfähig.
Entgegen Nr. 4.3.2 der Allgemeinen Bestimmungen kann die Gebührenordnungsposition 01775 auch dann berechnet werden, wenn die Arztpraxis nicht über die Möglichkeit zur Durchführung einer Frequenzspektrumanalyse verfügt.
Die Gebührenordnungspositionen 33021, 33022, 33043, 33060, 33061, 33063 und 33070 bis 33075 sind im Behandlungsfall nur dann neben der Gebührenordnungsposition 01775 berechnungsfähig, sofern die Leistung nicht am Fötus durchgeführt wurde.

01776 **Vortest auf Gestationsdiabetes gemäß § 2 Abs. 11a der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Geburt (Mutterschafts-Richtlinie/Mu-RL)** 13,25 € 104 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Orale Gabe von 50 g Glukoselösung (unabhängig vom Zeitpunkt der letzten Mahlzeit),
- Entnahme von Venenblut 1h nach Gabe von 50 g Glukoselösung,
- Veranlassung der Bestimmung der Plasmaglukosekonzentration,
- Beratung zum Gestationsdiabetes,
- Dokumentation im Mutterpass,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Veranlassung eines zeitnah durchzuführenden oralen Glukosetoleranztests (oGTT) einschließlich diesbezüglicher Beratung der Schwangeren bei Überschreitung des dafür in der o.g. Richtlinie des G-BA aufgeführten unteren Grenzwerts,
- Veranlassung der weiteren Betreuung der Schwangeren in enger Zusammenarbeit mit einem diabetologisch qualifizierten Arzt bei Überschreitung des in der o.g. Richtlinie des G-BA aufgeführten oberen Grenzwerts,

höchstens zweimal im Krankheitsfall

Die Gebührenordnungsposition 01776 ist nur einmal je Schwangerschaft berechnungsfähig.

In der Gebührenordnungsposition 01776 sind die Kosten für die Glukoselösung nicht enthalten.

01777 **Oraler Glukosetoleranztest (oGTT) zum Ausschluss/Nachweis eines Gestationsdiabetes gemäß § 2 Abs. 11a der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Geburt (Mutterschafts-Richtlinie/Mu-RL)** 15,03 € 118 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Orale Gabe von 75 g Glukoselösung nach Einhaltung von mindestens 8h Nahrungskarenz,
- Dreimalige Entnahme von Venenblut (nüchtern, 1h sowie 2h nach Gabe der Glukoselösung),
- Veranlassung der Bestimmung der Plasmaglukosekonzentration,
- Beratung zum Gestationsdiabetes,
- Dokumentation im Mutterpass,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Veranlassung der weiteren Betreuung der Schwangeren in enger Zusammenarbeit mit einem diabetologisch qualifizierten Arzt bei Überschreiten der in der o.g. Richtlinie des G-BA aufgeführten Grenzwerte,

höchstens zweimal im Krankheitsfall

Die Gebührenordnungsposition 01777 ist nur einmal je Schwangerschaft berechnungsfähig.
In der Gebührenordnungsposition 01777 sind die Kosten für die Glukoselösung nicht enthalten.
Die Gebührenordnungsposition 01777 ist nur berechnungsfähig bei Schwangeren, deren Plasmaglukosekonzentration im Venenblut im Vortest auf Gestationsdiabetes nach der Gebührenordnungsposition 01776 in dem in der o.g. Richtlinie des G-BA für die Durchführung eines oGTT vorgesehenen Bereich lag.

01780 **Planung der Geburtsleitung** durch den betreuenden Arzt der Entbindungsklinik gemäß der Mutterschafts-Richtlinie 44,34 € 348 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Untersuchung(en),
- Besprechung mit der Schwangeren

Fakultativer Leistungsinhalt

- Externe kardiotokographische Untersuchung (CTG) gemäß § 3 Abs. 3 Nr. 3 und Anlage II der Mutterschafts-Richtlinie (Nr. 01786),
- Sonographische Untersuchung eines oder mehrerer weiblicher Genitalorgane, ggf. einschließlich Harnblase, mittels B-Mode-Verfahren (Nr. 33044)

Die Gebührenordnungsposition 01780 ist nicht durch den Arzt berechnungsfähig, der die Schwangere während der Schwangerschaft betreut.

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 01780 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Ultraschall-Vereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.
Die Gebührenordnungsposition 01780 ist nicht neben weiteren Leistungen berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01780 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01786 und 33042 bis 33044 berechnungsfähig.

01781 **Fruchtwasserentnahme** durch Amniozentese unter Ultraschallsicht — 66,63 € / 523 Punkte

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 01781 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Ultraschall-Vereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.
Die Gebührenordnungsposition 01781 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01782, 02340, 02341, 02343, 02344, 33042 bis 33044 und 33090 bis 33092 berechnungsfähig.

01782 **Transabdominale Blutentnahme** aus der Nabelschnur unter Ultraschallsicht — 92,75 € / 728 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Transabdominale Blutentnahme aus der Nabelschnur unter Ultraschallsicht

Fakultativer Leistungsinhalt

- Fruchtwasserentnahme durch Amniozentese unter Ultraschallsicht (Nr. 01781)

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 01782 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Ultraschall-Vereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.
Die Gebührenordnungsposition 01782 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01781, 02340, 02341, 02343, 02344, 33042 bis 33044 und 33090 bis 33092 berechnungsfähig.

01783 Quantitative Bestimmung von **Alpha-1-Feto-Protein (AFP)** im Fruchtwasser oder im Serum im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge — 7,13 € / 56 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 01783 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 32350 berechnungsfähig.

01784 **Amnioskopie** — 7,13 € / 56 Punkte

01785 **Tokographische Untersuchung vor der 28. Schwangerschaftswoche bei Verdacht auf vorzeitige Wehentätigkeit oder bei medikamentöser Wehenhemmung gemäß § 3 Abs. 3 Nr. 2 der Mutterschafts-Richtlinie** — 13,89 € / 109 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 01785 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 01786 berechnungsfähig.

01786 **Externe kardiotokographische Untersuchung (CTG) gemäß § 3 Abs. 3 Nr. 3 und Anlage II der Mutterschafts-Richtlinie** 17,45 € 137 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 01786 ist je Tag - auch bei Mehrlingsschwangerschaften - höchstens zweimal berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01786 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 01785 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01786 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 01780 berechnungsfähig.

01787 **Transzervikale Gewinnung von Chorionzottengewebe oder transabdominale Gewinnung von Plazentagewebe** unter Ultraschallsicht 95,94 € 753 Punkte

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 01787 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Ultraschall-Vereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.
Die Gebührenordnungsposition 01787 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02340, 02341, 02343, 02344, 33042 bis 33044 und 33090 bis 33092 berechnungsfähig.

01788 **Beratung nach GenDG zum nicht-invasiven Pränataltest Rhesus D (NIPT-RhD) gemäß § 4 Abs. 3 und Anlage VII der Mutterschafts-Richtlinie** 10,70 € 84 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Dauer mindestens 5 Minuten,

je vollendete 5 Minuten

Die Gebührenordnungsposition 01788 ist höchstens zweimal je Schwangerschaft berechnungsfähig.

01789 **Beratung nach GenDG zum nicht-invasiven Pränataltest zur Bestimmung des Risikos autosomaler Trisomien 13, 18 und 21 gemäß § 3 Abs. 3b und Anlage VIII der Mutterschafts-Richtlinie** 10,70 € 84 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt

oder

- Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä bei Folgeberatung,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Bereitstellung der Versicherteninformation „Bluttest auf Trisomien - Der nicht-invasive Pränataltest (NIPT) auf Trisomie 13, 18 und 21 - eine Versicherteninformation“,
- Hinweise auf entsprechende psychosoziale Unterstützungsangebote und Selbsthilfeeinrichtungen,

- Befundmitteilung eines negativen oder nicht eindeutigen NIPT zur Bestimmung des Risikos autosomaler Trisomien 13, 18 und 21,

je vollendete 5 Minuten

Die Gebührenordnungsposition 01789 ist höchstens viermal je Schwangerschaft berechnungsfähig.

01790 **Beratung nach GenDG bei Vorliegen eines positiven nicht-invasiven Pränataltests zur Bestimmung des Risikos autosomaler Trisomien 13, 18 und 21 gemäß § 3 Abs. 3b und Anlage VIII der Mutterschafts-Richtlinie** — 21,15 € / 166 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt

oder

- Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä bei Folgeberatung,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Befundmitteilung einschließlich diesbezüglicher Beratung,
- Hinweise auf psychosoziale Unterstützungsangebote und Selbsthilfeeinrichtungen,
- Konsiliarische Erörterung/fachliche Beratung mit mitbehandelnden Ärzten sowie mit Ärzten mit indikationsspezifischer Expertise für den Bereich der Verdachtsdiagnose,

je vollendete 10 Minuten

Die Gebührenordnungsposition 01790 ist höchstens viermal je Schwangerschaft berechnungsfähig.

01793 **Pränatale zytogenetische Untersuchung(en)** im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge — 670,91 € / 5266 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

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

Fakultativer Leistungsinhalt

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

je Fötus, einmal im Krankheitsfall

Die Gebührenordnungsposition 01793 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01600, 01601 und 08576 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 01793 ist im Krankheitsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 11715 bis 11717 berechnungsfähig.

01794 **Ausführliche humangenetische Beurteilung wegen evidenten genetischen und/oder teratogenen Risikos von bis zu 20 Minuten Dauer gemäß § 2 Abs. 7 der Mutterschafts-Richtlinie** 89,57 € 703 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Detaillierte Erfassung und Analyse des Stammbaums über mindestens 3 Generationen,
- Schriftliche humangenetische Beurteilung zu einem genetischen und/oder teratogenen Risiko,
- Quantifizierung des Risikos durch
  - Einbeziehung weitergehender Untersuchungen
  und/oder
  - Berechnung individueller Wahrscheinlichkeiten
  und/oder
  - Ermittlung genetisch bedingter Wiederholungsrisiken,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Körperliche Untersuchung,
- Zusätzliche schriftliche Zusammenfassung für die Schwangere,
- In mehreren Sitzungen,

höchstens zweimal im Krankheitsfall

Die Gebührenordnungsposition 01794 ist nur einmal je Schwangerschaft berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01794 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01600, 01601, 01841 und 08575 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01794 ist im Krankheitsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 11230 und 11233 berechnungsfähig.

01795 **Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 01794** 89,57 € 703 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Beratung der Schwangeren und/oder des/der Personensorgeberechtigten,

je weitere vollendete 20 Minuten Arzt-Patienten-Kontaktzeit, bis zu dreimal im Krankheitsfall

Die Gebührenordnungsposition 01795 ist bei einer erneuten Schwangerschaft im selben Krankheitsfall wiederholt bis zum Höchstwert berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungspositionen 01794 und 01795 sind nur in demselben Quartal berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01795 ist im Krankheitsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 01796 berechnungsfähig.

01796 **Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 01794 für eine wissenschaftlich begründete humangenetische Beurteilung bei Vorliegen eines Befundes aus einer weiterführenden sonographischen Diagnostik, aus einer Untersuchung von Nabelschnurblut, Fruchtwasser und/oder Chorionzotten- oder Plazentagewebe hinweisend auf eine genetisch bedingte Erkrankung des Fötus**

131,23 €
1030 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Ausführliche schriftliche wissenschaftlich begründete humangenetische Beurteilung über das genetische und/oder teratogene Risiko unter Einbeziehung der relevanten Vorbefunde,
- Beurteilung der Prognose,
- Bestimmung des Wiederholungsrisikos für weitere Schwangerschaften,
- Schriftliche Zusammenfassung für die Schwangere in verständlicher Form, ggf. einschließlich Hinweise auf psychosoziale Unterstützungsangebote und Selbsthilfeeinrichtungen,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Erfassung relevanter Vorbefunde in Kopie,
- Körperliche Untersuchung,
- Fallbezogene wissenschaftliche Recherche,
- Beratung der Schwangeren und/oder des/der Personensorgeberechtigten,
- Konsiliarische Erörterung/fachliche Beratung mit mitbehandelnden Ärzten sowie mit Ärzten mit indikationsspezifischer Expertise für den Bereich der Verdachtsdiagnose,

je weitere vollendete 20 Minuten Arzt-Patienten-Kontaktzeit, bis zu neunmal im Krankheitsfall

Die Gebührenordnungsposition 01796 ist bei einer erneuten Schwangerschaft im selben Krankheitsfall wiederholt bis zum Höchstwert berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungspositionen 01794 und 01796 sind nur in demselben Quartal berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01796 ist im Krankheitsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 01795 berechnungsfähig.

01799 **Beratung durch einen Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin oder einen Facharzt für Kinderchirurgie gemäß Anlage I c II.2. der Mutterschafts-Richtlinie in Verbindung mit § 2a Absatz 1 Schwangerschaftskonfliktgesetz (SchKG)**

8,28 €
65 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Aufklärung und Beratung einer Schwangeren,

je vollendete 5 Minuten

Die Gebührenordnungsposition 01799 ist nur durch den hinzugezogenen Arzt mit indikationsspezifischer Expertise für den Bereich der Diagnose gemäß § 2a Absatz 1 SchKG berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 01799 ist höchstens viermal im Behandlungsfall berechnungsfähig.

01800 **Treponemenantikörper-Nachweis** mittels TPHA/TPPA-Test (Lues-Suchreaktion) und/oder Immunoassay im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge — 4,71 € / 37 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 01800 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 32566 berechnungsfähig.

01802 **Rötelnantikörper-Bestimmung mittels Immunoassay** im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge — 9,81 € / 77 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 01802 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 32574 berechnungsfähig.

01803 **Untersuchung auf Rötelnantikörper der Klasse IgM mittels Immunoassay** bei auffälliger Rötelnanamnese im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge — 9,81 € / 77 Punkte

Fakultativer Leistungsinhalt

- Antikörperisolierung

Die Gebührenordnungsposition 01803 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 32574 berechnungsfähig.

01804 **Bestimmung der Blutgruppe (A, B, 0) und des Rh-Faktors D** einschl. der Serumeigenschaften im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge — 9,81 € / 77 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 01804 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 32540 berechnungsfähig.

01805 **Untersuchung auf Dweak** im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge — 8,92 € / 70 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 01805 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 32542 berechnungsfähig.

01806 **Bestimmung der Blutgruppenmerkmale C, c, E und e** im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge — 7,01 € / 55 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 01806 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 32541 berechnungsfähig.

01807 **Antikörper-Nachweis** mittels indirekter Antiglobulintests gegen mindestens 2 Testerythrozyten-Präparationen (Antikörper-Suchtest) im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge — 8,15 € / 64 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 01807 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 32545 berechnungsfähig.

01808 **Antikörper-Differenzierung** mittels indirekter Antiglobulintests gegen mindestens 8 Testerythrozyten-Präparationen bei positivem Ausfall des Antikörper-Suchtests im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge — 21,02 € / 165 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 01808 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 32546 berechnungsfähig.

01809 **Quantitativer Antikörpernachweis** mittels indirektem Coombstest im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge — 8,15 € / 64 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 01809 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 32554 berechnungsfähig.

01810 **Untersuchung auf Hepatitis B-Virus-Antigen (HBs-Ag)** bei einer Schwangeren im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge — 5,61 € / 44 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 01810 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 32781 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01810 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 01865 berechnungsfähig.

01811 **Nachweis von HIV-1- und HIV-2-Antikörpern und von HIV-p24-Antigen bei einer Schwangeren im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge** — 4,59 € / 36 Punkte

01812 **Glukosebestimmung im venösen Plasma im Rahmen des Screenings auf Gestationsdiabetes nach den Gebührenordnungspositionen 01776 und 01777 zum Ausschluss/ Nachweis eines Gestationsdiabetes gemäß § 2 Abs. 11a der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Geburt (Mutterschafts-Richtlinie/Mu-RL)** — 0,89 € / 7 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Bestimmung der Plasmaglukosekonzentration im Venenblut mittels standardgerechter und qualitätsgesicherter Glukosemessmethodik,
- Angabe des Messergebnisses als Glukosekonzentration im venösen Plasma,

je Untersuchung

Die Gebührenordnungsposition 01812 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32025 und 32057 berechnungsfähig.

01815 **Untersuchung und Beratung der Wöchnerin gemäß § 7 Abs. 1 oder Abs. 3 der Mutterschafts-Richtlinie** — 35,04 € / 275 Punkte

01816 **Chlamydia trachomatis - Nachweis im Urin** gemäß § 2 Abs. 6 Nr. 2b der Mutterschafts-Richtlinie — 8,28 € / 65 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Nachweis von Chlamydia trachomatis im Urin mittels Nukleinsäure-amplifizierendem Test (NAT),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Pooling entsprechend der Richtlinie,

höchstens zweimal im Krankheitsfall

Die Gebührenordnungsposition 01816 ist nur einmal je Schwangerschaft berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01816 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 32839 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01816 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 32852 berechnungsfähig.

01869 **Pränatale Bestimmung des fetalen Rhesusfaktors D durch Untersuchung des RHD-Gens an fetaler DNA aus mütterlichem Blut von RhD-negativen Schwangeren mit einer Einlingsschwangerschaft im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge** — 115,30 € / 905 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Bestimmung des fetalen RHD-Status durch Nachweis eines Exons oder mehrerer Exone des RHD-Gens an fetaler DNA aus mütterlichem Blut gemäß den Vorgaben der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Geburt (Mutterschafts-Richtlinie/Mu-RL),

höchstens zweimal im Krankheitsfall

Die Gebührenordnungsposition 01869 ist nur einmal je Schwangerschaft berechnungsfähig.
Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 01869 setzt die Anwendung eines validierten Verfahrens voraus, für das die Erfüllung der in der Mutterschafts-Richtlinie festgelegten Testgütekriterien belegt werden kann.

01870 **Pränatale Untersuchung fetaler DNA aus mütterlichem Blut auf das Vorliegen einer Trisomie 13, 18 oder 21 gemäß den Vorgaben der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Geburt (Mutterschafts-Richtlinie/Mu-RL),** — 168,94 € / 1326 Punkte

höchstens zweimal im Krankheitsfall

Die Gebührenordnungsposition 01870 ist nur einmal je Schwangerschaft berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01870 ist nur von Fachärzten für Humangenetik oder für Laboratoriumsmedizin berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01870 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 11301 berechnungsfähig.

1.7.5 Empfängnisregelung

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

1,40 €
11 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 01820 ist - mit Ausnahme der Gebührenordnungsposition 01431 - nicht neben anderen Gebührenordnungspositionen und nicht mehrfach an demselben Tag berechnungsfähig.

01821 **Beratung im Rahmen der Empfängnisregelung**

9,05 €
71 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

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

einmal im Behandlungsfall

Vertragsärzte im hausärztlichen Versorgungsbereich können die Gebührenordnungsposition 01821 berechnen, wenn sie nachweisen, dass sie diese Leistung bereits vor dem 31.12.2002 abgerechnet haben oder über eine mindestens einjährige gynäkologische Weiterbildung verfügen.
Die Gebührenordnungsposition 01821 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01850 und 01900 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01821 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 01822 berechnungsfähig.

01822 **Beratung einschließlich Untersuchung im Rahmen der Empfängnisregelung**

14,40 €
113 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Leistungen gemäß den Richtlinien zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch des Gemeinsamen Bundesausschusses,
- Beratung im Rahmen der Empfängnisregelung (Nr. 01821),
- Untersuchung gemäß den Richtlinien zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch des Gemeinsamen Bundesausschusses,

höchstens zweimal im Krankheitsfall

Vertragsärzte im hausärztlichen Versorgungsbereich können die Gebührenordnungsposition 01822 berechnen, wenn sie nachweisen, dass sie diese Leistung bereits vor dem 31.12.2002 abgerechnet haben oder über eine mindestens einjährige gynäkologische Weiterbildung verfügen.
Die Gebührenordnungsposition 01822 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 01850 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01822 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 01821 berechnungsfähig.

01823 **Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 01821 und 01822 für die Beratung zum Chlamydienscreening gemäß**

6,37 €
50 Punkte

Abschnitt B Nr. 6 der Richtlinie zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch des Gemeinsamen Bundesausschusses bei Patientinnen bis zum vollendeten 25. Lebensjahr

Obligater Leistungsinhalt

- Aufklärung zu Sinn, Zweck und Ziel einer Untersuchung auf genitale Chlamydia trachomatis-Infektionen (Chlamydien-Screening),
- Aushändigung des Merkblattes gemäß Anlage I der Richtlinie zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Empfehlungen zur medikamentösen Therapie, ggf. Empfehlungen zur Mitbehandlung des Sexualpartners,

einmal im Krankheitsfall

01824 **Veranlassung der Untersuchung der Urinprobe auf Chlamydia trachomatis nach der Gebührenordnungsposition 01840,** 6,37 € 50 Punkte

einmal im Krankheitsfall

Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 01824 ist die Erreichung der Durchführungsquote zum Chlamydienscreening. Die Durchführungsquote zum Chlamydienscreening je Praxis und Quartal wird wie folgt festgelegt:
01.04.2020 - 31.12.2020: 30 %
01.01.2021 - 31.12.2021: 40 %
Ab 01.01.2022: 50 %
Für die Bestimmung der Durchführungsquote ist der Anteil der Gebührenordnungsposition 01824 im Verhältnis zur Anzahl Behandlungsfälle mit Gebührenordnungsposition 01823 je Praxis und Quartal zu ermitteln.
Die Gebührenordnungsposition 01824 ist auch bei Durchführung der Leistung nach der Gebührenordnungsposition 01840 in der das Chlamydienscreening durchführenden Praxis berechnungsfähig.

01825 **Entnahme von Zellmaterial von der Portio-Oberfläche im Rahmen der Empfängnisregelung** 2,42 € 19 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 01825 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01761 und 01764 berechnungsfähig.

01826 **Zytologische Untersuchung des Portio-Abstrichs im Rahmen der Empfängnisregelung** 8,28 € 65 Punkte

Fakultativer Leistungsinhalt

- Durchführung der zytologischen Untersuchung mittels Dünnschichtverfahren anstatt als konventioneller Abstrich

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

Die Gebührenordnungsposition 01826 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 32.3.8 bis 32.3.12 und den Gebührenordnungspositionen des Kapitels 19 für Untersuchungsmaterial, das für die Untersuchung gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch Abschnitt B gewonnen wurde, berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01826 ist bei demselben Material nicht neben den Gebührenordnungspositionen 08315, 19310 und 19327 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01826 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01762 und 01766 berechnungsfähig.

01827 **Mikroskopische Untersuchung** des Nativabstrichs des Scheidensekrets im Rahmen der Empfängnisregelung — 3,44 € / 27 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Mikroskopische Untersuchung des Nativabstrichs des Scheidensekrets als Nativpräparat und/oder nach einfacher Färbung (z. B. mit Methylen-Blau, Fuchsin, Laktophenol-Blau, Lugolscher Lösung)

Fakultativer Leistungsinhalt

- Phasenkontrastdarstellung,
- Dunkelfeld

Die Gebührenordnungsposition 01827 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 32045 berechnungsfähig.

01828 **Entnahme von Venenblut für den Varicella-Zoster-Virus-Antikörper-Nachweis im Rahmen der Empfängnisregelung,** — 2,42 € / 19 Punkte

einmal im Krankheitsfall

Vertragsärzte im hausärztlichen Versorgungsbereich können die Gebührenordnungsposition 01828 berechnen, wenn sie nachweisen, dass sie diese Leistung bereits vor dem 31.12.2002 abgerechnet haben oder über eine mindestens einjährige gynäkologische Weiterbildung verfügen.
Die Gebührenordnungsposition 01828 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 08210 bis 08212 berechnungsfähig.

01830 **Einlegen, Wechseln oder Entfernung eines Intrauterinpessars (IUP) im Rahmen der Empfängnisregelung bei Frauen bis zum vollendeten 22. Lebensjahr** — 22,68 € / 178 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Einlegen, Wechseln oder Entfernung eines Intrauterinpessars (IUP) im Rahmen der Empfängnisregelung bei Frauen bis zum vollendeten 22. Lebensjahr

Fakultativer Leistungsinhalt

- Sonographische Untersuchung eines oder mehrerer weiblicher Genitalorgane, ggf. einschließlich Harnblase, mittels B-Mode-Verfahren (Nr. 33044),
- Transkavitäre Untersuchung

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 01830 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Ultraschall-Vereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.
Die Gebührenordnungsposition 01830 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 08330, 08331, 33044 und 33090 berechnungsfähig.

01831 **Ultraschallkontrolle** nach Applikation eines Intrauterinpessars (IUP) gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch — 16,56 € / 130 Punkte

Fakultativer Leistungsinhalt

- Transkavitäre Untersuchung

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 01831 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Ultraschall-Vereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.
Die Gebührenordnungsposition 01831 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 08331, 33042, 33044 und 33090 bis 33092 berechnungsfähig.

01832 **Subkutane Applikation eines Depot-Kontrazeptivums im Rahmen der Empfängnisregelung bei Frauen bis zum vollendeten 22. Lebensjahr** — 7,90 € / 62 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Subkutane Applikation eines Depot-Kontrazeptivums im Rahmen der Empfängnisregelung bei Frauen bis zum vollendeten 22. Lebensjahr

Fakultativer Leistungsinhalt

- Lokalanästhesie

Die Gebührenordnungsposition 01832 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02360 und 08331 berechnungsfähig.

01833 **Varicella-Zoster-Virus-Antikörper-Nachweis** bei ungeklärter Immunitätslage im Rahmen der Empfängnisregelung (mindestens IgG-Nachweis), — 11,59 € / 91 Punkte

einmal im Krankheitsfall

Die Gebührenordnungsposition 01833 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 32629 berechnungsfähig.

01840 **Chlamydia trachomatis - Nachweis im Urin** gemäß Abschnitt B, Nr. 6 der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch — 8,54 € / 67 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Nachweis von Chlamydia trachomatis im Urin mittels Nukleinsäure-amplifizierendem Test (NAT),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Pooling entsprechend der Richtlinie,

einmal im Krankheitsfall

Die Gebührenordnungsposition 01840 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 32839 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01840 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 32852 berechnungsfähig.

01841 **Ausführliche humangenetische Beurteilung wegen evidenten genetischen und/oder teratogenen Risikos gemäß B. 4. der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch** — 70,45 € / 553 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Detaillierte Erfassung und Analyse des Stammbaums über mindestens 3 Generationen,
- Schriftliche humangenetische Beurteilung zu einem evidenten genetischen und/oder teratogenen Risiko,
- Quantifizierung des Risikos durch
  - Einbeziehung weitergehender Untersuchungen
  und/oder
  - Berechnung individueller Wahrscheinlichkeiten
  und/oder
  - Ermittlung genetisch bedingter Wiederholungsrisiken,

Fakultativer Leistungsinhalt

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

je vollendete 20 Minuten Arzt-Patienten-Kontaktzeit, bis zu sechsmal im Krankheitsfall

Die Gebührenordnungsposition 01841 ist im Fall der Beratung gemäß der Richtlinie nur für einen der beiden Partner berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01841 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01600, 01601, 01794 und 08575 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01841 ist im Krankheitsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 11230 und 11233 berechnungsfähig.

01842 **Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 11716 bis 11719 für Gemeinkosten und die wissenschaftliche ärztliche Beurteilung und Befundung im Zusammenhang mit einer In-vitro-Diagnostik zur Untersuchung eines möglichen genetischen Risikos gemäß** — 118,10 € / 927 Punkte

der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch

Obligater Leistungsinhalt

- Schriftlicher Befundbericht mit wissenschaftlich begründeter Beurteilung,

einmal im Krankheitsfall

Die Gebührenordnungspositionen 11716 bis 11719, für die der Zuschlag nach der Gebührenordnungsposition 01842 berechnet wird, sind nach Maßgabe der Kassenärztlichen Vereinigung als Leistung der Empfängnisregelung zu kennzeichnen.
Die Gebührenordnungsposition 01842 unterliegt einer Staffelung je Arzt in Abhängigkeit von der im Quartal durchgeführten Anzahl der Leistungen gemäß der Gebührenordnungsposition 01842. Ab der 1.301. Leistung wird die Gebührenordnungsposition 01842 mit 742 Punkten bewertet.
Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 01842 setzt eine Dokumentation der nachgewiesenen Variante oder Mutation in einer öffentlich zugänglichen Datenbank voraus, sofern diese Variante oder Mutation im Befund enthalten und bisher nicht in der Datenbank dokumentiert ist.
Die Gebührenordnungsposition 01842 kann entgegen Nr. 4.4.2 der Allgemeinen Bestimmungen auch in einem Folgequartal berechnet werden.
Die Gebührenordnungsposition 01842 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 08576 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01842 ist im Krankheitsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01600 und 01601 berechnungsfähig.

1.7.6 Sterilisation

01850 **Beratung über Methoden, Risiken und Folgen einer Sterilisation sowie über alternative Maßnahmen zur Empfängnisverhütung** — 9,05 € / 71 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

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

Fakultativer Leistungsinhalt

- Untersuchung zur Empfehlung einer geeigneten Operationsmethode,

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 01850 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01821, 01822 und 01900 berechnungsfähig.

01851 **Untersuchung zur Durchführung des operativen Eingriffs bei Sterilisation,** — 9,30 € / 73 Punkte

einmal im Behandlungsfall

01852 **Präanästhesiologische Untersuchung** einer Patientin im Zusammenhang mit der Durchführung einer Narkose nach der **Gebührenordnungsposition 01856** — 18,35 € / 144 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Überprüfung der Narkosefähigkeit der Patientin,
- Aufklärungsgespräch mit Dokumentation,

Fakultativer Leistungsinhalt

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

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 01852 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01440, 05310 und 05311 berechnungsfähig.

01853 **Infiltrationsanästhesie** zur Durchführung der **Sterilisation beim Mann** — 3,82 € / 30 Punkte

01854 **Sterilisation des Mannes** bei einer Indikation gemäß der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses — 102,18 € / 802 Punkte

Der operative Eingriff ist nach OPS zu kodieren und auf dem Behandlungsschein anzugeben.

01855 **Sterilisation der Frau** bei einer Indikation gemäß der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses — 166,52 € / 1307 Punkte

Der operative Eingriff ist nach OPS zu kodieren und auf dem Behandlungsschein anzugeben.

01856 **Narkose im Zusammenhang mit einer Sterilisation** — 208,94 € / 1640 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Anästhesie und/oder Narkose (Nr. 05330)

Fakultativer Leistungsinhalt

- Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 05330 bei Fortsetzung einer Anästhesie und/oder Narkose (Nr. 05331)

Die Gebührenordnungsposition 01856 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01220 bis 01222, 01440, 01913, 02100 bis 02102, 02320 bis 02323, 02330, 02331, 02342, 05372 und 30708 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 5.3, 31.5.3 und 36.5.3 berechnungsfähig.

01857 **Beobachtung** und **Betreuung** nach **Sterilisation** im Anschluss an die Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition **01856** — 56,44 € / 443 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Beobachtung und Betreuung für mindestens zwei Stunden,
- Stabilisierung und Kontrolle der Vitalfunktionen,

- Steuerung der postoperativen Analgesie,
- Abschlussuntersuchung,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Infusion(en),
- Bestimmung der Blutgase und des Säure-Basen-Status,
- Postoperative Analgesie,

einmal im Behandlungsfall

Der Vertragsarzt hat mit der Quartalsabrechnung zu dokumentieren, dass an der Beobachtung und Betreuung kein weiterer Vertragsarzt mitgewirkt hat.
Entgegen Nr. 4.3.2 der Allgemeinen Bestimmung kann die Gebührenordnungsposition 01857 auch dann berechnet werden, wenn die Arztpraxis nicht über die Möglichkeit zur Bestimmung der Blutgase und des Säure-Basen-Status verfügt.
Die Gebührenordnungsposition 01857 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01500, 01501, 01510 bis 01512, 01520 bis 01522, 01530, 01531, 01540 bis 01545, 01910, 01911, 02100 bis 02102, 02320 bis 02322, 02330, 02331, 05320, 05330, 05331, 05340, 05350, 05372, 13256, 31828, 31840, 31841, 32247, 36840, 36841 und 36884 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 36.3 berechnungsfähig.

01858 **Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand zu der Gebührenordnungsposition 01854** — 12,87 € / 101 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 01858 ist bei Bezug einer Förderung nach § 4 Absatz 9 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) nicht berechnungsfähig. Dies gilt auch, wenn die Finanzierungsbeträge nach Maßgabe des § 10 Absatz 12 Satz 2 KHEntgG in den jeweiligen Basisfallwert eingerechnet sind.

01859 **Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand zu der Gebührenordnungsposition 01855** — 34,91 € / 274 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 01859 ist bei Bezug einer Förderung nach § 4 Absatz 9 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) nicht berechnungsfähig. Dies gilt auch, wenn die Finanzierungsbeträge nach Maßgabe des § 10 Absatz 12 Satz 2 KHEntgG in den jeweiligen Basisfallwert eingerechnet sind.

1.7.7 Schwangerschaftsabbruch

01900 **Beratung über die Erhaltung einer Schwangerschaft und über die ärztlich bedeutsamen Gesichtspunkte bei einem Schwangerschaftsabbruch** — 10,06 € / 79 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

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

Fakultativer Leistungsinhalt

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

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 01900 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01821 und 01850 berechnungsfähig.

01901 **Untersuchung zur Durchführung des operativen Eingriffs bei Schwangerschaftsabbruch** 12,10 € 95 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

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

einmal im Behandlungsfall

01902 **Ultraschalluntersuchung zur Feststellung des Schwangerschaftsalters vor einem geplanten Schwangerschaftsabbruch** 16,56 € 130 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Sonographische Untersuchung eines oder mehrerer weiblicher Genitalorgane, ggf. einschließlich Harnblase, mittels B-Mode-Verfahren (Nr. 33044),
- Bilddokumentation,

einmal im Behandlungsfall

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 01902 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Ultraschall-Vereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.
Die Gebührenordnungsposition 01902 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 33042 bis 33044 und 33081 berechnungsfähig.

01903 **Präanästhesiologische Untersuchung** einer Patientin im Zusammenhang mit der Durchführung einer Narkose nach der **Gebührenordnungsposition 01913** 18,35 € 144 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Überprüfung der Narkosefähigkeit der Patientin,
- Aufklärungsgespräch mit Dokumentation,

Fakultativer Leistungsinhalt

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

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 01903 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01440, 05310 und 05311 berechnungsfähig.

01904 **Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs** unter **medizinischer oder kriminologischer Indikation** bis zur vollendeten 12. Schwangerschaftswoche p. c. bzw. bis zur vollendeten 14. Schwangerschaftswoche p. m. — 122,82 € / 964 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Überprüfung der Indikation,
- Durchführung des operativen Schwangerschaftsabbruchs

Fakultativer Leistungsinhalt

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

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 01904 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Ultraschall-Vereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.
Der zur Berechnung der Gebührenordnungsposition 01904 erforderliche Leistungsinhalt beinhaltet im Rahmen der Überprüfung der Indikation auch die Beratung über die Bedeutung des Eingriffs sowie über Ablauffolgen und Risiken möglicher physischer und psychischer Auswirkungen nach § 218c StGB.
Die Gebührenordnungsposition 01904 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 33042 bis 33044 und 33081 berechnungsfähig.

01905 **Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs** unter **medizinischer Indikation ab der** 13. Schwangerschaftswoche p. c. bzw. ab der 15. Schwangerschaftswoche p. m. — 140,40 € / 1102 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Überprüfung der Indikation,
- Durchführung des Schwangerschaftsabbruchs

Fakultativer Leistungsinhalt

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

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 01905 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Ultraschall-Vereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.
Der zur Berechnung der Gebührenordnungsposition 01905 erforderliche Leistungsinhalt beinhaltet im Rahmen der Überprüfung der Indikation auch die Beratung über die Bedeutung des Eingriffs sowie über Ablauffolgen und Risiken möglicher physischer und psychischer Auswirkungen nach § 218 c StGB.
Die Gebührenordnungsposition 01905 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 33044 berechnungsfähig.

01906 **Durchführung eines medikamentösen Schwangerschaftsabbruchs unter medizinischer oder kriminologischer Indikation** bis zum 63. Tag p.m. — 71,47 € / 561 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Überprüfung der Indikation,
- Durchführung des medikamentösen Schwangerschaftsabbruchs

Fakultativer Leistungsinhalt

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

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 01906 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Ultraschall-Vereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.
Der zur Berechnung der Gebührenordnungsposition 01906 erforderliche Leistungsinhalt beinhaltet im Rahmen der Überprüfung der Indikation auch die Beratung über die Bedeutung des Eingriffs sowie über Ablauffolgen und Risiken möglicher physischer und psychischer Auswirkungen nach § 218c StGB.
Die Gebührenordnungsposition 01906 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 33042 bis 33044 und 33081 berechnungsfähig.

01907 **Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand zu den Gebührenordnungspositionen 01904 und 01905** — 22,30 € / 175 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 01907 ist bei Bezug einer Förderung nach § 4 Absatz 9 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) nicht berechnungsfähig. Dies gilt auch, wenn die Finanzierungsbeträge nach Maßgabe des § 10 Absatz 12 Satz 2 KHEntgG in den jeweiligen Basisfallwert eingerechnet sind.

Beobachtung und Betreuung nach Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs

Obligater Leistungsinhalt

- Kontrolle von Atmung, Kreislauf, Vigilanz,
- Abschlussuntersuchung(en),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Infusionstherapie,
- akute Schmerztherapie, mit Ausnahme der Gebührenordnungsposition des Abschnitts 30.7,
- EKG-Monitoring,

einmal im Behandlungsfall

01910 Dauer mehr als 2 Stunden — 56,44 € / 443 Punkte

01911 Dauer mehr als 4 Stunden — 113,13 €

888 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 01911 ist nur nach Durchführung eines medikamentös ausgelösten Schwangerschaftsabbruchs entsprechend der Gebührenordnungsposition 01906 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungspositionen 01910 und 01911 sind nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01857, 02100 bis 02102 und 30710 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 1.5, 31.3 und 36.3 berechnungsfähig.

01912 **Kontrolluntersuchung(en) nach einem durchgeführten Schwangerschaftsabbruch** nach den Gebührenordnungspositionen 01904, 01905 oder 01906 zwischen dem 7. und 21. Tag nach Abbruch — 23,31 € / 183 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Beratung(en),
- Gynäkologische Untersuchung,
- Sonographische Untersuchung eines oder mehrerer weiblicher Genitalorgane, ggf. einschließlich Harnblase, mittels B-Mode-Verfahren (Nr. 33044),

einmal im Behandlungsfall

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 01912 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Ultraschall-Vereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.
Die Gebührenordnungsposition 01912 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 33044 berechnungsfähig.

01913 **Narkose im Zusammenhang mit einem Schwangerschaftsabbruch** — 208,94 € / 1640 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Anästhesie und/oder Narkose (Nr. 05330)

Fakultativer Leistungsinhalt

- Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 05330 bei Fortsetzung einer Anästhesie und/oder Narkose (Nr. 05331)

Die Gebührenordnungsposition 01913 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01220 bis 01222, 01440, 01856, 02100 bis 02102, 02320 bis 02323, 02330, 02331, 02342 und 05372 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 5.3, 31.5.3 und 36.5.3 berechnungsfähig.

01915 **Chlamydia trachomatis - Nachweis im Urin** gemäß Abschnitt D, Nr. 3.3, a, (aa) der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch — 8,54 € / 67 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Nachweis von Chlamydia trachomatis im Urin mittels Nukleinsäure-amplifizierendem Test (NAT),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Pooling entsprechend der Richtlinie,

einmal im Krankheitsfall

Die Gebührenordnungsposition 01915 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 32839 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01915 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 32852 berechnungsfähig.

1.7.8 HIV-Präexpositionsprophylaxe

1. Die Gebührenordnungspositionen 01920 bis 01922 können nur von Vertragsärzten berechnet werden, die über eine Genehmigung der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung gemäß Anlage 33 zum Bundesmantelvertrag Ärzte (BMV-Ä) verfügen.

01920 **Beratung vor Beginn einer HIV-Präexpositionsprophylaxe (PrEP) gemäß Anlage 33 zum BMV-Ä** — 20,77 € / 163 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Prüfung der Indikation zur PrEP einschließlich Kontraindikationen,
- Beratung zu:
  - Ziel und Ablauf einer medikamentösen PrEP,
  - Prävention und Transmission von HIV und anderen sexuell übertragbaren Erkrankungen,
  - Notwendigkeit der Kombination mit anderen Präventionsmaßnahmen,
  - Risiko einer Resistenzentwicklung unter PrEP bei unerkannter HIV-Infektion,
  - Therapiebedingten Neben- und Wechselwirkungen,
  - Symptomatik einer primären HIV-Infektion,
  - Weiterführenden Beratungsangeboten,
- Dauer mindestens 10 Minuten,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Symptombezogene Untersuchungen,

je vollendete 10 Minuten

Die Gebührenordnungsposition 01920 ist höchstens dreimal im Krankheitsfall berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01920 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 01922 berechnungsfähig.

01921 **Einleitung einer HIV-Präexpositionsprophylaxe (PrEP) gemäß Anlage 33 zum BMV-Ä** — 20,77 € / 163 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Überprüfung des HIV- und Hepatitis-B-Status,
- Indikationsstellung zur PrEP einschließlich Prüfung der Kontraindikationen,
- Auswahl und Verordnung geeigneter Arzneimittel zur PrEP,

einmal im Krankheitsfall

Die Gebührenordnungsposition 01921 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 01922 berechnungsfähig.

01922 **Kontrolle im Rahmen einer HIV-Präexpositionsprophylaxe (PrEP) gemäß Anlage 33 des BMV-Ä** — 20,77 € / 163 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Überprüfung der Indikation zur PrEP einschließlich Kontraindikationen,
- Überprüfung des HIV-Status,
- Kontrolle und/oder Behandlung ggf. aufgetretener therapiebedingter Neben- und Wechselwirkungen,
- Dauer mindestens 5 Minuten,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Symptombezogene Untersuchungen,
- Beratung zu:
  - Risikoreduktion und Adhärenzstrategien,
  - Notwendigkeit der Kombination mit anderen Präventionsmaßnahmen,

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 01922 ist frühestens 4 Wochen nach Einleitung einer PrEP berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01922 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01920 und 01921 berechnungsfähig.

01930 **Bestimmung des Kreatinin im Serum und/oder Plasma und Berechnung der eGFR im Rahmen einer Präexpositionsprophylaxe,** — 0,38 € / 3 Punkte

zweimal im Krankheitsfall

Die Gebührenordnungsposition 01930 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32066 und 32067 berechnungsfähig.

01931 **Nachweis von HIV-1- und HIV-2-Antikörpern und von HIV-p24-Antigen im Rahmen einer Präexpositionsprophylaxe,** — 4,59 € / 36 Punkte

einmal im Behandlungsfall

Davon abweichend ist die Gebührenordnungsposition 01931 im ersten Quartal zu Beginn einer Präexpositionsprophylaxe bis zu zweimal im Behandlungsfall berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01931 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 32575 berechnungsfähig.

01932 **Nachweis von HBs-Antigen und HBc-Antikörpern vor Beginn einer Präexpositionsprophylaxe**, — 11,59 € / 91 Punkte

einmal im Krankheitsfall

Die Gebührenordnungsposition 01932 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32614 und 32781 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01932 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 01865 berechnungsfähig.

01933 **Nachweis von HBs-Antikörpern vor Beginn einer Präexpositionsprophylaxe ohne dokumentierte Impfung gegen Hepatitis B,** 5,61 € 44 Punkte

einmal im Krankheitsfall

Die Gebührenordnungsposition 01933 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 32617 berechnungsfähig.

01934 **Nachweis von HCV-Antikörpern** 9,94 € 78 Punkte
- vor Beginn einer Präexpositionsprophylaxe

oder
- während einer Präexpositionsprophylaxe nur bei seronegativen Anwendern,

höchstens zweimal im Krankheitsfall

Die Gebührenordnungsposition 01934 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 32618 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01934 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 01865 berechnungsfähig.

01935 **Nachweis von Treponemenantikörpern mittels TPHA/TPPA-Test (Lues-Suchreaktion) und/oder Immunoassay nach individueller und situativer Risikoüberprüfung im Rahmen einer Präexpositionsprophylaxe,** 4,71 € 37 Punkte

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 01935 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 32566 berechnungsfähig.

01936 **Nachweis von Neisseria gonorrhoeae und/oder Chlamydien in pharyngealen, anorektalen und/oder genitalen Abstrichen mittels Nukleinsäureamplifikationsverfahren (NAT) nach individueller und situativer Risikoüberprüfung im Rahmen einer Präexpositionsprophylaxe ggf. einschl. Pooling der Materialien der Abstrichorte,** 29,43 € 231 Punkte

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 01936 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 32839 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01936 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 32852 berechnungsfähig.

1.7.10 Prophylaxe gegen Respiratorische Synzytial Viren

1. Die Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts können nur von
   - Ärzten gemäß Präambel 3.1 Nr. 1,

- Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin

berechnet werden.

01941 **Prophylaxe gegen Respiratorische Synzytial Viren (RSV) gemäß § 1 RSV-Prophylaxeverordnung** 9,56 € 75 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Aufklärung und Beratung der Eltern bzw. der (des) Personensorgeberechtigten des Neugeborenen oder Säuglings zu Sinn, Zweck und Ziel der RSV-Prophylaxe,
- Intramuskuläre Injektion eines monoklonalen Antikörpers,

Fakultativer Leistungsinhalt

- In mehreren Sitzungen,

einmal im Krankheitsfall

Die Gebührenordnungsposition 01941 kann nur bei Versicherten bis zum vollendeten ersten Lebensjahr, sofern noch keine RSV-Prophylaxe mit einem monoklonalen Antikörper gemäß RSV-Prophylaxeverordnung in der RSV-Saison durchgeführt wurde, berechnet werden.
Sofern die Gebührenordnungsposition 01941 bei einem Versicherten zeitlich nach der Gebührenordnungsposition 01943 (gültig bis 15. September 2026) berechnet wird, ist durch die Kassenärztliche Vereinigung ein Abschlag von 32 Punkten auf die Gebührenordnungsposition 01941 vorzunehmen und die Prüfzeit um 2 Minuten zu reduzieren.

01942 **Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 01941 für zusätzliche Aufgaben im Rahmen der Injektion der RSV-Prophylaxe gemäß § 1 RSV-Prophylaxeverordnung,** 4,33 € 34 Punkte

einmal im Krankheitsfall

Die Gebührenordnungsposition 01942 ist als Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 01941 nicht berechnungsfähig, wenn der monoklonale Antikörper gemäß RSV-Prophylaxeverordnung über den regional vereinbarten Sprechstundenbedarf bezogen werden kann.
Die Gebührenordnungsposition 01942 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.

1.8 Gebührenordnungspositionen bei Substitutionsbehandlung und diamorphingestützter Behandlung der Drogenabhängigkeit

1. Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen dieses Abschnittes setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung gemäß § 2 Nr. 2 Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses zur substitutionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger voraus.
2. Sofern nur die Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen 01949 bis 01953 und 01960 durchgeführt werden, sind die spezifischen, auf die

diamorphingestützte Behandlung bezogenen Anforderungen des § 2 Abs. 1 Satz 2, des § 2 Abs. 2 sowie des § 9 Nr. 2 Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses zur substitutionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger nicht zu erfüllen.

3. Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 01955 und 01956 setzt voraus, dass die Einrichtung zusätzlich über eine Genehmigung der zuständigen Landesbehörde gemäß § 5a Abs. 2 Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) verfügt.
4. Der Leistungsbedarf, welcher der Substitutionsbehandlung und/ oder der diamorphingestützten Behandlung zuzuordnen ist, umfasst ausschließlich die Gebührenordnungspositionen 01949 bis 01953, 01955, 01956 und 01960. Werden darüber hinaus bei demselben Patienten weitere Leistungen notwendig, sind diese dem übrigen kurativen Leistungsbereich zuzurechnen.
5. Eine Behandlungswoche im Sinne dieses Abschnittes ist jede Kalenderwoche, in der die Substitutionsbehandlung nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses durchgeführt wird.

01949 **Substitutionsgestützte Behandlung Opioidabhängiger gemäß Nr. 2 Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses im Rahmen einer Take-Home-Vergabe gemäß § 5 Abs. 9 Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV)** 10,70 € 84 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Prüfung der Voraussetzungen für die Behandlung im Rahmen der Take-Home-Vergabe gemäß § 5 Abs. 9 BtMVV,
- Verordnung des Substitutionsmittels,

je Behandlungstag

Die Gebührenordnungsposition 01949 ist höchstens zweimal in der Behandlungswoche berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01949 ist nur mit medizinischer Begründung in der Behandlungswoche neben der Gebührenordnungsposition 01950 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungspositionen 01411, 01412, 01414, 01415, 01420, 01430 und 01440 sind in demselben Behandlungsfall nur dann neben der Gebührenordnungsposition 01949 berechnungsfähig, wenn der Kranke aufgrund nicht in Zusammenhang mit der Substitutionsbehandlung stehenden Krankheitsbildern im Rahmen von Besuchen oder Visiten behandelt werden muss, weil er die Arztpraxis nicht aufsuchen kann.
Die Gebührenordnungspositionen 01410 und 01413 sind in demselben Behandlungsfall nur dann neben der Gebührenordnungsposition 01949 berechnungsfähig, wenn aufgrund des Vorliegens einer nachgewiesenen chronischen Pflegebedürftigkeit (Vorliegen eines Pflegegrades) bei dem Patienten eine Substitutionsbehandlung in der Arztpraxis nicht möglich ist oder wenn der Kranke aufgrund von nicht in Zusammenhang mit der

Substitutionsbehandlung stehenden Krankheitsbildern im Rahmen von Besuchen oder Visiten behandelt werden muss, weil er die Arztpraxis nicht aufsuchen kann.
Die Gebührenordnungsposition 01949 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01100 bis 01102, 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218 und 01418 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01949 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01950, 01953, 01955, 01956 und 01960 berechnungsfähig.

01950 **Substitutionsgestützte Behandlung Opioidabhängiger gemäß Nr. 2 Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses,**
5,86 €
46 Punkte

je Behandlungstag

Neben der Gebührenordnungsposition 01950 sind arztgruppenspezifische Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschalen sowie die Gebührenordnungspositionen 01320, 01321 und 37706 nicht berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01950 ist nur bei persönlichem Arzt-Patienten-Kontakt berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungspositionen 01411, 01412, 01414, 01415, 01420, 01430 und 01440 sind in demselben Behandlungsfall nur dann neben der Gebührenordnungsposition 01950 berechnungsfähig, wenn der Kranke aufgrund von nicht in Zusammenhang mit der Substitutionsbehandlung stehenden Krankheitsbildern im Rahmen von Besuchen oder Visiten behandelt werden muss, weil er die Arztpraxis nicht aufsuchen kann.
Die Gebührenordnungspositionen 01410 und 01413 sind in demselben Behandlungsfall nur dann neben der Gebührenordnungsposition 01950 berechnungsfähig, wenn aufgrund des Vorliegens einer nachgewiesenen chronischen Pflegebedürftigkeit (Vorliegen eines Pflegegrades) bei dem Patienten eine Substitutionsbehandlung in der Arztpraxis nicht möglich ist oder wenn der Kranke aufgrund von nicht in Zusammenhang mit der Substitutionsbehandlung stehenden Krankheitsbildern im Rahmen von Besuchen oder Visiten behandelt werden muss, weil er die Arztpraxis nicht aufsuchen kann.
Die Gebührenordnungsposition 01950 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01100 bis 01102, 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218 und 01418 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01950 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01949, 01953, 01955, 01956 und 01960 berechnungsfähig.

01951 **Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 01949 und 01950 für die Behandlung an Samstagen, an Sonn- und gesetzlichen Feiertagen, am 24. und 31. Dezember**
12,87 €
101 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 01951 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01100 bis 01102, 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216 und 01218 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01951 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 01956 berechnungsfähig.

01952 **Zuschlag im Zusammenhang mit den Gebührenordnungspositionen 01949, 01950, 01953 oder 01955 für das therapeutische Gespräch** 19,62 € 154 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Dauer mindestens 10 Minuten,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Beratung und Instruktion der Bezugsperson(en),

je vollendete 10 Minuten

Die Gebührenordnungsposition 01952 ist höchstens viermal im Behandlungsfall berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01952 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 01960 berechnungsfähig.

01953 **Substitutionsgestützte Behandlung Opioidabhängiger gemäß Nr. 2 Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses mit einem Depotpräparat** 16,56 € 130 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- subkutane Applikation eines Depotpräparates

und/oder

- Betreuung im Rahmen der Nachsorge bei Behandlung mit einem Depotpräparat,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Veranlassung klinischer Untersuchung(en),

je Behandlungswoche

Neben der Gebührenordnungsposition 01953 sind arztgruppenspezifische Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschalen sowie die Gebührenordnungspositionen 01320, 01321 und 37706 nicht berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungspositionen 01411, 01412, 01414, 01415, 01420, 01430 und 01440 sind in demselben Behandlungsfall nur dann neben der Gebührenordnungsposition 01953 berechnungsfähig, wenn der Kranke aufgrund von nicht in Zusammenhang mit der Substitutionsbehandlung stehenden Krankheitsbildern im Rahmen von Besuchen oder Visiten behandelt werden muss, weil er die Arztpraxis nicht aufsuchen kann.
Die Gebührenordnungspositionen 01410 und 01413 sind in demselben Behandlungsfall nur dann neben der Gebührenordnungsposition 01953

berechnungsfähig, wenn aufgrund des Vorliegens einer nachgewiesenen chronischen Pflegebedürftigkeit (Vorliegen eines Pflegegrades) bei dem Patienten eine Substitutionsbehandlung in der Arztpraxis nicht möglich ist oder wenn der Kranke aufgrund von nicht in Zusammenhang mit der Substitutionsbehandlung stehenden Krankheitsbildern im Rahmen von Besuchen oder Visiten behandelt werden muss, weil er die Arztpraxis nicht aufsuchen kann.
Die Gebührenordnungsposition 01953 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01100 bis 01102, 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218 und 01418 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01953 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01949, 01950, 01955, 01956 und 01960 berechnungsfähig.

01955 **Diamorphingestützte Behandlung Opioidabhängiger gemäß Nr. 2 Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses und der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtMVV), einschl. Kosten** 42,17 € 331 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Parenterale Diamorphinabgabe(n),
- Alkoholatemtest (Nr. 32148) vor jeder Diamorphinabgabe,
- Postexpositionelle Überwachung nach jeder Diamorphinabgabe,
- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt bei jeder Diamorphinabgabe,

Fakultativer Leistungsinhalt

- zusätzliche Methadonsubstitution (Nr. 01950),

je Behandlungstag

Neben der Gebührenordnungsposition 01955 sind arztgruppenspezifische Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschalen sowie die Gebührenordnungspositionen 01320, 01321 und 37706 nicht berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungspositionen 01410 bis 01415, 01420, 01430 und 01440 sind in demselben Behandlungsfall nur dann neben der Gebührenordnungsposition 01955 berechnungsfähig, wenn der Kranke aufgrund nicht in Zusammenhang mit der diamorphingestützten Behandlung stehenden Krankheitsbildern im Rahmen von Besuchen oder Visiten behandelt werden muss, weil er die Arztpraxis/Einrichtung nicht aufsuchen kann.
Die Gebührenordnungsposition 01955 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 01418 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01955 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01100 bis 01102, 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 01949, 01950, 01953, 01960 und 32148 berechnungsfähig.

01956 **Zuschlag** zu der Gebührenordnungsposition 01955 **für die Behandlung an Samstagen, an Sonn- und gesetzlichen Feiertagen, am 24. und 31. Dezember,**
je Behandlungstag
25,86 €
203 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 01956 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01100 bis 01102, 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 01949 bis 01951 und 01953 berechnungsfähig.

01960 **Konsiliarische Untersuchung und Beratung eines Patienten im Rahmen des Konsiliariusverfahrens gemäß § 5 Abs. 4 Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung**
14,01 €
110 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Dauer mindestens 10 Minuten,

einmal im Behandlungsfall

Neben der Gebührenordnungsposition 01960 sind arztgruppenspezifische Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschalen sowie die Gebührenordnungspositionen 01320, 01321 und 37706 nicht berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 01960 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01949, 01950, 01952, 01953 und 01955 berechnungsfähig.

1.9 Meldungen implantatbezogener Maßnahmen gemäß den Vorgaben des Implantateregistergesetzes

1. Die Gebührenordnungsposition 01965 ist nur von Fachärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe und Fachärzten für Chirurgie berechnungsfähig.
2. Die Gebührenordnungsposition 01966 ist nur von Fachärzten für Chirurgie, Fachärzten für Orthopädie und Fachärzten für Orthopädie und Unfallchirurgie berechnungsfähig.

01965 **Zuschlag zu einem Eingriff nach Abschnitt 31.2.2 oder 36.2.2 für die zugehörige Erfassung, Speicherung und Übermittlung von Daten bezüglich einer implantatbezogenen Maßnahme an die Register- und Vertrauensstelle gemäß §§ 16 und 17 Absatz 1 Implantateregistergesetz (IRegG) sowie Erfüllung der Pflichten nach §§ 18, 20, 24 und 25 IRegG,**
je Meldung
9,94 €
78 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 01965 ist im Falle einer Vervollständigung oder Korrektur gemäß § 17 IRegBV einer bereits erfolgten Meldung nicht erneut berechnungsfähig.

01966 **Zuschlag zu einem Eingriff nach Abschnitt 31.2.4 oder 36.2.4 für die zugehörige Erfassung, Speicherung und Übermittlung von Daten bezüglich einer implantatbezogenen Maßnahme an**
16,18 €
127 Punkte

die Register- und Vertrauensstelle gemäß §§ 16 und 17 Absatz 1 Implantateregistergesetz (IRegG) sowie Erfüllung der Pflichten nach §§ 18, 20, 24 und 25 IRegG,
je Meldung

Beträgt die abgerechnete Gesamtpunktzahl je Praxis mehr als 762 Punkte im Quartal, wird die Bewertung der darüber hinaus abgerechneten Gebührenordnungspositionen 01966 jeweils um 80 Punkte gemindert.
Die Gebührenordnungsposition 01966 ist im Falle einer Vervollständigung oder Korrektur gemäß § 17 IRegBV einer bereits erfolgten Meldung nicht erneut berechnungsfähig.

2 Allgemeine diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen

2.1 Infusionen, Transfusionen, Retransfusion, Programmierung von Medikamentenpumpen

02100 **Infusion** 8,54 €
67 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Infusion
  - intravenös
  und/oder
  - in das Knochenmark
  und/oder
  - mittels Portsystem
  und/oder
  - intraarteriell
- Dauer mindestens 10 Minuten

Erfolgt über denselben liegenden Zugang (z. B. Kanüle, Katheter) mehr als eine Infusion nach den Gebührenordnungspositionen 01546, 02100 bis 02102 und/oder 30710, so sind die Gebührenordnungspositionen 01546, 02100 bis 02102 und/oder 30710 je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 02100 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01220 bis 01222, 01500, 01501, 01510 bis 01512, 01520 bis 01522, 01530, 01531, 01540 bis 01546, 01549, 01856, 01857, 01910, 01911, 01913, 02103, 02120, 02330, 02331, 06331, 06332, 08313, 13310, 13311, 26317, 30320 bis 30323, 30326, 30708, 30710, 31501 bis 31507, 31820 bis 31828, 31840, 31841, 36501 bis 36507, 36820 bis 36829, 36840, 36841 und 36882 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Kapitel 5 und 34 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 02100 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31800 bis 31802 und 36800 bis 36802 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 02100 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 04410, 13545, 26330 und 34291 berechnungsfähig.

02101 **Infusionstherapie** 21,02 €
165 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Intravasale Infusionstherapie mit Zytostatika, Virustatika, Antimykotika und/oder Antibiotika bei einem Kranken mit konsumierender Erkrankung (fortgeschrittenes Malignom, HIV-Erkrankung im Stadium AIDS)

und/oder

- Intraperitoneale bzw. intrapleurale Infusionstherapie bei einem Kranken mit konsumierender Erkrankung (z. B. fortgeschrittenes Malignom)

und/oder

- Intravasale Infusionstherapie mit monoklonalen Antikörperpräparaten

und/oder

- Intravasale Infusionstherapie mit Immunglobulinen,
- Dauer mind. 60 Minuten

Erfolgt über denselben liegenden Zugang (z. B. Kanüle, Katheter) mehr als eine Infusion nach den Gebührenordnungspositionen 01546, 02100 bis 02102 und/oder 30710, so sind die Gebührenordnungspositionen 01546, 02100 bis 02102 und/oder 30710 je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig.

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 02101 für die Behandlung mit Lecanemab gemäß der jeweils aktuell gültigen Fachinformation ist durch Angabe einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung zu dokumentieren.

Die Gebührenordnungsposition 02101 ist für die Behandlung mit Lecanemab nur von Fachärzten für Neurologie, Fachärzten für Nervenheilkunde, Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie und Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 02101 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01220 bis 01222, 01856, 01857, 01910, 01911, 01913, 02103, 02120, 02330, 02331, 06331, 06332, 13310, 13311, 16225, 30320 bis 30323, 30326, 30708, 30712, 30720 bis 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760, 31540 und 36882 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 1.5, 31.5.3 und 36.5.3 sowie den Gebührenordnungspositionen der Kapitel 5 und 34 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 02101 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31800 bis 31802 und 36800 bis 36802 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 02101 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13545, 26330 und 34291 berechnungsfähig.

02102 **Infusionstherapie mit Sebelipase alfa oder Velmanase alfa oder Olipudase alfa oder Patisiran oder einer Enzymersatztherapie bei Morbus Fabry** 21,02 € 165 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Intravasale Infusionstherapie mit Sebelipase alfa oder Velmanase alfa oder Olipudase alfa oder Patisiran oder einer Enzymersatztherapie bei Morbus Fabry,
- Dauer mind. 60 Minuten

Erfolgt über denselben liegenden Zugang (z. B. Kanüle, Katheter) mehr als eine Infusion nach den Gebührenordnungspositionen 01546, 02100 bis 02102 und/oder 30710, so sind die Gebührenordnungspositionen 01546, 02100 bis 02102 und/oder 30710 je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 02102 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01220 bis 01222, 01856, 01857, 01910, 01911, 01913, 02103, 02120, 02330, 02331, 06331, 06332, 13310, 13311, 16225, 30320 bis 30323, 30326, 30708, 30712, 30720 bis 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760, 31540 und 36882 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 1.5, 31.5.3 und 36.5.3 sowie den Gebührenordnungspositionen der Kapitel 5 und 34 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 02102 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31800 bis 31802 und 36800 bis 36802 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 02102 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13545, 26330 und 34291 berechnungsfähig.

02103 **Infusionstherapie mit Donanemab** 18,73 € 147 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Intravasale Infusionstherapie mit Donanemab gemäß der aktuell gültigen Fachinformation,
- Beobachtung unmittelbar nach der intravasalen Infusion,
- Dauer mindestens 60 Minuten

Die Gebührenordnungsposition 02103 ist nur von Fachärzten für Neurologie, Fachärzten für Nervenheilkunde, Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie und Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie berechnungsfähig.
Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 02103 setzt eine Therapie unter Aufsicht eines interdisziplinären Teams gemäß der jeweils aktuell gültigen Fachinformation voraus. Dies ist der Kassenärztlichen Vereinigung anzuzeigen.
Die Gebührenordnungsposition 02103 ist insgesamt höchstens 20-mal je Versicherten berechnungsfähig.
Erfolgt über denselben liegenden Zugang (z. B. Kanüle, Katheter) mehr als eine Infusion nach den Gebührenordnungspositionen 01546, 02100 bis 02103 und/oder 30710, so sind die Gebührenordnungspositionen

01546, 02100 bis 02103 und/oder 30710 je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 02103 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02100 bis 02102, 30320 bis 30323 und 30326 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 1.5 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 02103 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.

02110 **Erste Transfusion** 23,19 €
182 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Transfusion der ersten Blutkonserve

und/oder

- Transfusion der ersten Blutpräparation

und/oder

- Transfusion von Frischblut

Fakultativer Leistungsinhalt

- ABO-Identitätstest (Bedside-Test)

Die Gabe von Humanalbumin ist nicht nach der Gebührenordnungsposition 02110 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 02110 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.

02111 **Jede weitere Transfusion** im Anschluss an die Gebührenordnungsposition 02110 18,98 €
149 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Weitere Transfusion im Anschluss an die Gebührenordnungsposition 02110,

Fakultativer Leistungsinhalt

- ABO-Identitätstest (Bedside-Test),

je Konserve bzw. Blutpräparation (auch Frischblut)

Die Gabe von Humanalbumin ist nicht nach der Gebührenordnungsposition 02111 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 02111 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.

02112 **Retransfusion** 17,96 €
141 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

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

Die Gebührenordnungsposition 02112 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.

02120 **Erstprogrammierung** einer externen elektronisch programmierbaren **Medikamentenpumpe** zur Applikation von Zytostatika 12,87 €
101 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 02120 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02100 bis 02102 und 30750 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 02120 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.

2.2 Tuberkulintestung

02200 **Tuberkulintestung** 1,15 €
9 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Intrakutane Testung nach Mendel-Mantoux

oder

- Intrakutaner TINE-Test

oder

- Testung
  - kutan nach von Pirquet

  oder
  - perkutan nach Moro

  oder
  - mittels Pflaster (Hamburger-Test),

je Test

2.3 Kleinchirurgische Eingriffe, Allgemeine therapeutische Leistungen

1. Die Voraussetzungen gemäß § 115b SGB V müssen für Leistungen dieses Abschnitts nicht erfüllt sein, sofern die Eingriffe nicht im Katalog zum Vertrag nach § 115b SGB V genannt sind.
2. Operative Eingriffe setzen die Eröffnung von Haut und/oder Schleimhaut bzw. eine primäre Wundversorgung voraus.
3. Lokalanästhesien und Leitungsanästhesien sind, soweit erforderlich, Bestandteil der berechnungsfähigen Gebührenordnungspositionen.
4. Die Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302 sind bei Patienten mit den Diagnosen Nävuszellnävussyndrom (ICD-10-GM: D22.-) und/oder mehreren offenen Wunden (ICD-10-GM: T01.-) mehrfach in einer Sitzung - auch nebeneinander, jedoch insgesamt höchstens fünfmal am Behandlungstag - berechnungsfähig.
5. Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 02325 bis 02328 setzt die metrische und fotografische Dokumentation vor Beginn und nach Abschluss der Therapie voraus. Sofern die Therapie nicht abgeschlossen werden kann, ist die Fotodokumentation zu Beginn der Therapie ausreichend.
6. Die Gebührenordnungsposition 02314 kann nur von
   - Fachärzten für Allgemeinmedizin,
   - Fachärzten für Innere und Allgemeinmedizin,
   - Praktische Ärzten,
   - Ärzten ohne Gebietsbezeichnung,
   - Fachärzten für Innere Medizin ohne Schwerpunktbezeichnung, die gegenüber dem Zulassungsausschuss ihre Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung gemäß § 73 Abs. 1a SGB V erklärt haben,

- Fachärzten für Chirurgie,
- Fachärzten für Kinderchirurgie,
- Fachärzten für Plastische und Ästhetische Chirurgie,
- Fachärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe,
- Fachärzten für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde,
- Fachärzten für Haut- und Geschlechtskrankheiten,
- Fachärzten für Innere Medizin und Angiologie,
- Fachärzten für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie,
- Fachärzten für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie,
- Fachärzten für Neurochirurgie,
- Fachärzten für Orthopädie und Unfallchirurgie,
- Fachärzten für Urologie,
- Vertragsärzten mit der Zusatzweiterbildung „Diabetologie“ oder der Bezeichnung „Diabetologe Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG)“ oder der Zusatzweiterbildung Phlebologie

berechnet werden.

02300 **Kleinchirurgischer Eingriff I und/oder primäre Wundversorgung und/oder Epilation** 8,66 € 68 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Operativer Eingriff mit einer Dauer von bis zu 5 Minuten

und/oder

- Primäre Wundversorgung

und/oder

- Epilation durch Elektrokoagulation im Gesicht und/oder an den Händen bei krankhaftem und entstellendem Haarwuchs,

einmal am Behandlungstag

Die Gebührenordnungsposition 02300 ist bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr nach der Gebührenordnungsposition 31101 oder nach der Gebührenordnungsposition 36101 berechnungsfähig, sofern der Eingriff in Narkose erfolgt. Die Voraussetzungen gemäß § 115b SGB V müssen dabei nicht erfüllt sein, sofern die Eingriffe nicht im Katalog zum Vertrag nach § 115b SGB V genannt sind. In diesen Fällen ist die postoperative Behandlung nach den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 31.4 nicht berechnungsfähig. Die in der Präambel 31.2.1 Nr. 8 bzw. Präambel 36.2.1 Nr. 4 benannten Einschränkungen entfallen in diesen Fällen, es gelten die Abrechnungsausschlüsse der Gebührenordnungsposition 02300 entsprechend.

Die Gebührenordnungsposition 02300 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01741, 02301, 02302, 02311, 02321 bis 02323, 02325, 02326, 02330, 02331, 02340 bis 02344, 02350, 02360, 03331, 04331, 04410, 04511 bis 04514, 04516 bis 04520, 04524, 05320, 05330, 05331, 05340, 05341, 06331, 06332, 06340, 06350 bis 06352, 07310, 07311, 07330, 07340, 08311, 08320, 08330 bis 08334, 08340, 08341, 09310, 09315 bis 09317, 09350, 09351, 09360 bis 09362, 10320, 10322, 10324, 10340 bis 10342, 13257, 13260, 13400 bis 13402, 13410 bis 13414, 13416, 13421 bis 13424, 13430, 13431, 13435, 13545, 13551,

13662, 13663, 13670, 15310, 15321 bis 15323, 16232, 20334, 26320 bis 26325, 26330, 26340, 26341, 26350 bis 26352, 30214, 30601, 30610, 30611 und 36882 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 18.3, 30.5, 31.5.3, 34.5 und 36.5.3 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 02300 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 09329, 10343 und 10344 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 02300 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02310, 02312, 10330 und 34291 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 02300 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 31.4 berechnungsfähig.

02301 **Kleinchirurgischer Eingriff II und/oder primäre Wundversorgung mittels Naht** 16,94 € 133 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

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

einmal am Behandlungstag

Die Gebührenordnungsposition 02301 ist bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr nach der Gebührenordnungsposition 31101 oder nach der Gebührenordnungsposition 36101 berechnungsfähig, sofern der Eingriff in Narkose erfolgt. Die Voraussetzungen gemäß § 115b SGB V müssen dabei nicht erfüllt sein, sofern die Eingriffe nicht im Katalog zum Vertrag nach § 115b SGB V genannt sind. In diesen Fällen ist die postoperative Behandlung nach den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 31.4 nicht berechnungsfähig. Die in der Präambel 31.2.1 Nr. 8 bzw. Präambel 36.2.1 Nr. 4 benannten Einschränkungen entfallen in diesen Fällen, es gelten die Abrechnungsausschlüsse der Gebührenordnungsposition 02301 entsprechend.

Die Gebührenordnungsposition 02301 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01741, 02300, 02302, 02311, 02321, 02322, 02331, 02340 bis 02344, 02350, 02360, 03331, 04331, 04410, 04511 bis 04514, 04516 bis 04520, 04524, 05320, 05330, 05331, 05340, 05341, 06331, 06332, 06340, 06350 bis 06352, 07310, 07311, 07330, 07340, 08311, 08320, 08330 bis 08334, 08340, 08341, 09310, 09315 bis 09317, 09350, 09351, 09360 bis 09362, 10320, 10322, 10324, 10340 bis 10342, 13257, 13260, 13400 bis 13402, 13410 bis 13414, 13416, 13421 bis 13424, 13430, 13431, 13545, 13551, 13662, 13663, 13670, 15310, 15321 bis 15323, 16232, 18310, 18311, 18320, 18330, 18331, 18340, 18700, 20334, 26320 bis 26325, 26330, 26340, 26341, 26350 bis 26352, 30214, 30601, 30610, 30611, 31820 bis 31828, 31840, 31841, 34500, 34501, 34503 bis 34505, 36820 bis 36829, 36840, 36841 und 36882 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 30.5 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 02301 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 09329, 10343 und 10344 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 02301 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02310, 02312, 10330 und 34291 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 02301 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 31.4 berechnungsfähig.

02302 **Kleinchirurgischer Eingriff III und/oder primäre Wundversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern** 29,30 € / 230 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Primäre Wundversorgung mittels Naht bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern

und/oder

- Exzision eines Bezirkes oder einer intradermalen Geschwulst aus der Haut des Gesichts mit Wundverschluss

und/oder

- Hochtouriges Schleifen von Bezirken der Haut bei schweren Entstellungen durch Naevi oder Narben

und/oder

- Exzision eines großen Bezirkes aus Haut und/oder Schleimhaut oder einer kleinen unter der Haut und/oder Schleimhaut gelegenen Geschwulst

und/oder

- Exzision und/oder Probeexzision von tiefliegendem Körpergewebe (z. B. Fettgewebe) und/oder aus einem Organ ohne Eröffnung einer Körperhöhle

und/oder

- Emmert-Plastik

und/oder

- Venae sectio

und/oder

- Biopsie ohne Inzision am Endometrium: Diagnostische Mikrokürettage (Strichkürettage) oder Aspirationskürettage,

einmal am Behandlungstag

Die Gebührenordnungsposition 02302 ist bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr nach der Gebührenordnungsposition 31101 oder nach der Gebührenordnungsposition 36101 berechnungsfähig, sofern der Eingriff in Narkose erfolgt. Die Voraussetzungen gemäß § 115b SGB V müssen dabei nicht erfüllt sein, sofern die Eingriffe nicht im Katalog zum Vertrag nach § 115b SGB V genannt sind. In diesen Fällen ist die postoperative Behandlung nach den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 31.4 nicht berechnungsfähig. Die in der Präambel 31.2.1 Nr. 8 bzw. Präambel 36.2.1 Nr. 4 benannten Einschränkungen entfallen in diesen Fällen, es gelten die Abrechnungsausschlüsse der Gebührenordnungsposition 02302 entsprechend.
Die Gebührenordnungsposition 02302 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01741, 02300, 02301, 02311, 02321, 02322, 02331, 02340 bis 02344, 02350, 02360, 03331, 04331, 04410, 04511 bis 04514, 04516 bis 04520, 04524, 05320, 05330, 05331, 05340, 05341, 06331, 06332, 06340, 06350 bis 06352, 07310, 07311, 07330, 07340, 08311, 08320, 08330 bis 08334, 08340, 08341, 09310, 09315 bis 09317, 09350, 09351, 09360 bis 09362, 10320, 10322, 10324, 10340 bis 10342, 13260, 13400 bis 13402, 13410 bis 13414, 13416, 13421 bis 13424, 13430, 13431, 13545, 13551, 13662, 13663, 13670, 15310, 15321 bis 15323, 16232, 18310, 18311, 18330, 18340, 18700, 20334, 26320 bis 26325, 26330, 26340, 26341, 26350 bis 26352, 30214, 30601, 30610, 30611, 31820 bis 31828, 31840, 31841, 34500, 34501, 34503 bis 34505, 36820 bis 36829, 36840, 36841 und 36882 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 30.5 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 02302 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 09329, 10343 und 10344 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 02302 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02310, 02312, 10330 und 34291 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 02302 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 31.4 berechnungsfähig.

02310 **Behandlung einer/eines/von sekundär heilenden Wunde(n) und/oder Decubitalulcus (-ulcera)** 27,01 € 212 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Abtragung von Nekrosen

und/oder

- Wunddebridement

und/oder

- Anlage und/oder Wechsel eines Kompressionsverbandes

und/oder

- Einbringung und/oder Wechsel einer Wundtamponade,

- Mindestens 3 persönliche Arzt-Patienten-Kontakte im Behandlungsfall,

Fakultativer Leistungsinhalt

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

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 02310 kann nicht berechnet werden beim diabetischen Fuß, beim chronisch venösen Ulcus cruris, bei der chronisch venösen Insuffizienz, beim postthrombotischen Syndrom, beim Lymphödem und bei oberflächlichen sowie tiefen Beinvenenthrombosen.
Die Gebührenordnungsposition 02310 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02312, 02313, 02350 und 15323 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 02310 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02311, 02340, 02341, 02344, 02360, 07340, 10330, 10340 bis 10342, 18340, 30214 und 34291 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 02310 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 31.4 berechnungsfähig.

02311 **Behandlung des diabetischen Fußes** 17,58 €
138 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

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

Fakultativer Leistungsinhalt

- Verband,

je Bein, je Sitzung

Die Gebührenordnungsposition 02311 kann nur dann berechnet werden, wenn der Vertragsarzt - im Durchschnitt der letzten 4 Quartale vor Antragstellung - je Quartal die Behandlung von mindestens 100 Patienten mit Diabetes mellitus durchgeführt hat und die Qualifikation zur Durchführung von programmierten Schulungen für Diabetiker nachweisen kann. Fachärzte für Chirurgie, Orthopädie und Dermatologie können diese Leistung auch dann berechnen, wenn sie die Qualifikation zur Durchführung von programmierten Schulungen für Diabetiker nicht nachweisen können.
Die Gebührenordnungsposition 02311 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02313, 02350, 02360, 10340 bis 10342, 30214, 30500 und 30501 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 02311 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02310, 02312, 07310, 07311, 07340, 10330, 18310, 18311 und 18340 berechnungsfähig.

02312 **Behandlungskomplex eines oder mehrerer chronisch venösen/r Ulcus/Ulcera cruris** 7,01 € 55 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Abtragung von Nekrosen,
- Lokaltherapie unter Anwendung von Verbänden,
- Entstauende phlebologische Funktionsverbände,
- Fotodokumentation zu Beginn der Behandlung, danach alle 4 Wochen,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Thromboseprophylaxe,
- Teilbäder,

je Bein, je Sitzung

Die Gebührenordnungsposition 02312 unterliegt einer Höchstpunktzahl im Behandlungsfall von 4.244 Punkten. Der Höchstwert ist auch auf den Arztfall anzuwenden.
Die Gebührenordnungsposition 02312 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02310, 02350, 02360, 07340, 10330 und 18340 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 02312 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02311, 07310, 07311, 10340 bis 10342, 18310, 18311 und 30214 berechnungsfähig.

02313 **Kompressionstherapie bei der chronisch venösen Insuffizienz, beim postthrombotischen Syndrom, bei oberflächlichen und tiefen Beinvenenthrombosen und/oder beim Lymphödem** 6,37 € 50 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Kompressionstherapie,
- Dokumentation des Beinumfangs an mindestens drei Messpunkten zu Beginn der Behandlung, danach alle vier Wochen,

je Bein, je Sitzung

Die Gebührenordnungsposition 02313 unterliegt einer Höchstpunktzahl im Behandlungsfall von 3.750 Punkten. Der Höchstwert ist auch auf den Arztfall anzuwenden.
Die Gebührenordnungsposition 02313 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02310, 02311, 02350, 07340, 10330, 18340, 30214 und 30501 berechnungsfähig.

02314 **Zusatzpauschale für die Vakuumversiegelungstherapie zum intendierten sekundären Wundverschluss gemäß Nr. 33 der Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses** 17,20 € 135 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Anlage und/oder Wechsel eines Systems zur Vakuumversiegelung im unmittelbaren Anschluss an eine Wundversorgung,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Einweisung des Patienten in die Pumpenbedienung,
- interdisziplinäre Abstimmung,
- Einstellen der Pumpe,
- Behälterwechsel,

einmal am Behandlungstag

Die Gebührenordnungsposition 02314 ist nur bei Patienten berechnungsfähig, bei denen aufgrund wund- oder patientenspezifischer Risikofaktoren unter einer Standardwundbehandlung keine ausreichende Heilung zu erwarten ist.
Die Gebührenordnungsposition 02314 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31401 und 36401 berechnungsfähig.

02320 **Einführung einer Magenverweilsonde** 6,12 €
48 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 02320 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01220 bis 01222, 01856, 01857, 01913, 04513, 04517, 05330, 05331, 05340, 05370, 05371, 13412, 13413, 31821 bis 31828, 31840, 31841, 36821 bis 36829, 36840 und 36841 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 02320 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.

02321 **Legen eines suprapubischen Harnblasenkatheters** 15,93 €
125 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 02321 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01220 bis 01222, 01856, 01857, 01913, 02300 bis 02302, 02322, 02340, 02341, 02344, 05330, 05331, 05340, 05370, 05371, 10340 bis 10342, 31821 bis 31828, 31840, 31841, 36821 bis 36829, 36840 und 36841 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 02321 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.

02322 **Wechsel oder Entfernung eines suprapubischen Harnblasenkatheters** 6,75 €
53 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 02322 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01220 bis 01222, 01856, 01857, 01913, 02300 bis 02302, 02321, 02323, 02340, 02341, 02344, 05330, 05331, 05340, 05370, 05371, 10340 bis 10342, 31821 bis 31828, 31840, 31841, 36821 bis 36829, 36840 und 36841 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 02322 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.

02323 **Legen und/oder Wechsel eines transurethralen Dauerkatheters** 8,66 €
68 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 02323 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01220 bis 01222, 01856, 01913, 02300, 02322, 05330, 05331, 05340, 05370, 05371, 10340, 31821 bis 31828, 31840, 31841, 36821 bis 36829, 36840 und 36841 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 36.3 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 02323 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.

Epilation mittels Lasertechnik bei Mann-zu-Frau-Transsexualismus im Rahmen geschlechtsangleichender Maßnahmen

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Dauer 5 Minuten

02325 **im Gesicht und/oder am Hals** 11,21 €
88 Punkte

02326 **an einer Hand und/oder den Händen** 11,21 €
88 Punkte

Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 02325 und 02326 setzt eine Begutachtung voraus, aus der hervorgeht, dass die medizinische Indikation zur Durchführung geschlechtsangleichender Maßnahmen bei Transsexualismus (ICD-10-GM: F64.0) besteht.
Die Gebührenordnungspositionen 02325 und 02326 sind am Behandlungstag jeweils einmal berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungspositionen 02325 und 02327 sind in Summe am Behandlungstag höchstens 4-mal für die Epilation im Gesicht/am Hals berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungspositionen 02326 und 02328 sind am Behandlungstag in Summe höchstens 4-mal für die Epilation an einer Hand/den Händen berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungspositionen 02325 und 02327 sind in Summe im Krankheitsfall höchstens 32-mal für die Epilation im Gesicht/am Hals berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungspositionen 02326 und 02328 sind im Krankheitsfall in Summe höchstens 32-mal für die Epilation an einer Hand/den Händen berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungspositionen 02325 und 02326 sind nicht berechnungsfähig bei einer Epilation mittels hochenergetischen Blitzlampen (IPL-Technologie).
Lokalanästhesien und Verbände sind, soweit erforderlich, Bestandteil der Gebührenordnungspositionen 02325 und 02326.
Die Gebührenordnungspositionen 02325 und 02326 sind nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 und 10340 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungspositionen 02325 und 02326 sind im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 02360 berechnungsfähig.

Fortsetzung der Epilation mittels Lasertechnik bei Mann-zu-Frau-Transsexualismus im Rahmen geschlechtsangleichender Maßnahmen,
je weitere vollendete 5 Minuten

02327 **Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 02325** 8,92 €
70 Punkte

02328 **Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 02326** 8,92 €
70 Punkte

Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 02327 und 02328 setzt eine Begutachtung voraus, aus der hervorgeht, dass die medizinische Indikation zur Durchführung geschlechtsangleichender Maßnahmen bei Transsexualismus (ICD-10-GM: F64.0) besteht.
Die Gebührenordnungspositionen 02325 und 02327 sind in Summe am Behandlungstag höchstens 4-mal für die Epilation im Gesicht/am Hals berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungspositionen 02326 und 02328 sind am Behandlungstag in Summe höchstens 4-mal für die Epilation an einer Hand/den Händen berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungspositionen 02325 und 02327 sind in Summe im Krankheitsfall höchstens 32-mal für die Epilation im Gesicht/am Hals berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungspositionen 02326 und 02328 sind im Krankheitsfall in Summe höchstens 32-mal für die Epilation an einer Hand/den Händen berechnungsfähig.

02330 **Blutentnahme durch Arterienpunktion** 6,24 €
49 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 02330 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01220 bis 01222, 01856, 01857, 01913, 02100 bis 02102, 02300, 02331, 02340, 02341, 02344, 04530, 04536, 05330, 05331, 05340, 05370, 05371, 10340, 13311, 13650, 13652, 13661, 31821 bis 31828, 31840, 31841, 34283 bis 34287, 34290 bis 34292, 34298, 36821 bis 36829, 36840, 36841, 36881, 36882 und 37705 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 02330 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 04410, 13545 und 34291 berechnungsfähig.

02331 **Intraarterielle Injektion** 7,90 €
62 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 02331 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01220 bis 01222, 01856, 01857, 01913, 02100 bis 02102, 02300 bis 02302, 02330, 02340, 02341, 02344, 05330, 05331, 05340, 10340 bis 10342, 13311, 31821 bis 31828, 31840, 31841, 34283 bis 34287, 34290 bis 34292, 34298, 34504, 36821 bis 36829, 36840, 36841 und 36882 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 02331 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 04410, 13545 und 34291 berechnungsfähig.

02340 **Punktion I** 5,73 €
45 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Punktion der/des
  - Lymphknoten

  und/oder
  - Schleimbeutel

  und/oder
  - Ganglien

  und/oder
  - Serome

  und/oder
  - Hygrome

  und/oder
  - Hämatome

  und/oder
  - Wasserbrüche (Hydrocelen)

  und/oder
  - Ascites

  und/oder
  - Harnblase

  und/oder
  - Pleura-/Lunge

  und/oder
  - Schilddrüse

  und/oder
  - Prostata

  und/oder
  - Speicheldrüse

Die Gebührenordnungsposition 02340 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01220 bis 01222, 01500, 01501, 01781, 01782, 01787, 02300 bis 02302, 02321, 02322, 02330, 02331, 02342, 02343, 02345, 04513, 04517, 05330, 05331, 05341, 05350, 05372, 08320, 08331, 09315 bis 09317, 10340 bis 10342, 13412, 13413, 13662, 13663, 13670, 26341, 31821 bis 31828, 31840, 31841, 34235, 34236, 34500, 34501, 34503 bis 34505, 36821 bis 36829, 36840 und 36841 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 02340 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02310, 07310, 07311, 07320, 07330, 07340, 10330, 18310, 18311, 18320, 18330, 18340 und 34291 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 02340 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 31.4 berechnungsfähig.

02341 **Punktion II** 17,45 €

Obligater Leistungsinhalt 137 Punkte

- Punktion der/des
  - Mammae

  und/oder
  - Knochenmarks

  und/oder
  - Leber

  und/oder
  - Nieren

  und/oder
  - Pankreas

  und/oder
  - Gelenke

  und/oder
  - Adnextumoren, ggf. einschl. Douglasraum

  und/oder
  - Hodens

  und/oder
  - Ascites als Entlastungspunktion unter Gewinnung von mindestens 250 ml Ascites-Flüssigkeit

  und/oder
  - Milz

Die Gebührenordnungsposition 02341 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01220 bis 01222, 01781, 01782, 01787, 02300 bis 02302, 02321, 02322, 02330, 02331, 02342 bis 02345, 04513, 04517, 05330, 05331, 05341, 05350, 05372, 08320, 08331, 09315 bis 09317, 10340 bis 10342, 13412, 13413, 13662, 13663, 13670, 17371, 17373, 26341, 31821 bis 31828, 31840, 31841, 34235, 34236, 34500, 34501, 34503 bis 34505, 36821 bis 36829, 36840 und 36841 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 02341 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02310, 07310, 07311, 07320, 07330, 07340, 10330, 18310, 18311, 18320, 18330, 18340 und 34291 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 02341 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 31.4 berechnungsfähig.

02342 **Lumbalpunktion** 74,15 €
582 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

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

Fakultativer Leistungsinhalt

- Lokalanästhesie,
- Messung des Liquordrucks

Die Gebührenordnungsposition 02342 kann nur von Fachärzten für Neurologie, Fachärzten für Nervenheilkunde, Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie, Fachärzten für Neurochirurgie, Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärzten für Innere Medizin, Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin oder von Fachärzten für Anästhesiologie berechnet werden.
Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 02342 im Zusammenhang mit der Diagnostik einer Amyloid-Beta-Pathologie zur Indikationsstellung einer Therapie mit Lecanemab oder Donanemab gemäß der jeweils aktuell gültigen Fachinformation ist durch Angabe einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung zu dokumentieren.
Die Gebührenordnungsposition 02342 im Zusammenhang mit der Diagnostik einer Amyloid-Beta-Pathologie zur Indikationsstellung einer Therapie mit Lecanemab oder Donanemab gemäß der jeweils aktuell gültigen Fachinformation ist nur von Fachärzten für Neurologie, Fachärzten für Nervenheilkunde, Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie und Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 02342 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01500, 01501, 01856, 01913, 02300 bis 02302, 02340, 02341, 02344, 10340 bis 10342, 31840, 31841, 34223, 34503 bis 34505, 36820 bis 36829, 36840 und 36841 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 5.3 und 5.4 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 02342 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 02345 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 02342 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.

02343 **Entlastungspunktion des Pleuraraums und/oder nichtoperative Pleuradrainage** 33,13 € / 260 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Entlastungspunktion des Pleuraraums und Gewinnung von mindestens 250 ml Ergußflüssigkeit

und/oder

- Nichtoperative Anlage einer Pleuradrainage

Fakultativer Leistungsinhalt

- Lokalanästhesie

Die Gebührenordnungsposition 02343 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01781, 01782, 01787, 02300 bis 02302, 02340, 02341, 02344, 05330, 05331, 09315, 09316, 10340 bis 10342, 13662, 13663, 13670, 31821 bis 31828, 31840, 31841, 34503 bis 34505, 36821 bis 36829, 36840 und 36841 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 02343 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.

02344 **Perkutane Biopsie** 17,45 €

Obligater Leistungsinhalt 137 Punkte

- Perkutane Biopsie an
  - Lymphknoten, mediastinal und/oder paraaortal

  und/oder
  - Vesiculae seminales

  und/oder
  - Epididymis

  und/oder
  - Ductus deferens

  und/oder
  - Funiculus spermaticus

und/oder
- Perkutane (Nadel-)Biopsie an mindestens einem der nachfolgend genannten Knochen: Skapula, Klavikula, Rippen, Sternum, Humerus, Radius, Ulna, Karpale, Metakarpale, Phalangen Hand, Wirbelsäule, Becken, Femur, Patella, Tibia, Fibula, Tarsale, Metatarsale, Phalangen Fuß

und/oder
- Perkutane (Nadel-)Biopsie an mindestens einem der nachfolgend genannten Muskeln und Weichteile: Schulterregion, Oberarm, Ellenbogen, Unterarm, Hand, Rumpf, Oberschenkel, Unterschenkel, Fuß,
- ein- oder beidseitig

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 02344 im Zusammenhang mit einer Leistung außerhalb Anhang 1 Abschnitt 2 des Vertrages nach § 115b SGB V ist durch Angabe einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung zu dokumentieren.
Die Gebührenordnungsposition 02344 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01220 bis 01222, 01781, 01782, 01787, 02300 bis 02302, 02321, 02322, 02330, 02331, 02341 bis 02343, 04513, 04517, 05330, 05331, 05350, 05372, 08320, 08331, 09315 bis 09317, 10340 bis 10342, 13412, 13413, 13662, 13663, 13670, 17371, 17373, 26341, 31821 bis 31828, 31840, 31841, 34235, 34236, 34500, 34501, 34503 bis 34505, 36821 bis 36829, 36840 und 36841 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 02344 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02310, 07310, 07311, 07320, 07330, 07340, 10330, 18310, 18311, 18320, 18330, 18340 und 34291 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 02344 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 31.4 berechnungsfähig.

02345 **Zusatzpauschale für die Gabe von Tofersen** 77,59 €
609 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Entlastende Lumbalpunktion mit Liquorentnahme,
- Intrathekale Injektion von Tofersen gemäß aktuell gültiger Fachinformation,
- Mindestens zweistündige Nachbetreuung mit ärztlicher Abschlussuntersuchung

Fakultativer Leistungsinhalt

- Lokalanästhesie

Die Gebührenordnungsposition 02345 kann nur von Fachärzten für Neurologie, Nervenheilkunde und Neurochirurgie berechnet werden.
Die Gebührenordnungsposition 02345 ist höchstens fünfmal im Behandlungsfall berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 02345 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02340, 02341, 34503 und 34505 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 02345 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 02342 berechnungsfähig.

02350 **Fixierender Verband** mit Einschluss mindestens eines großen Gelenkes unter Verwendung unelastischer, individuell anmodellierbarer, nicht weiter verwendbarer Materialien — 18,35 € / 144 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 02350 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310 bis 02313, 10340 bis 10342, 27332 und 30214 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 02350 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31614 bis 31621 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 02350 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 07310, 07311, 07330, 07340, 10330, 18310, 18311, 18330, 18340 und 34291 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 02350 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31600 und 31614 bis 31621 berechnungsfähig.

02360 **Behandlung mit Lokalanästhetika** — 11,98 € / 94 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

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

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 02360 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01832, 02300 bis 02302, 02311, 02312, 06350 bis 06352, 09315 bis 09317, 09351, 09360 bis 09362, 10340 bis 10342, 15321 bis 15323, 26350 bis 26352, 30214, 34503 und 34505 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 02360 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02310, 02325, 02326, 07310, 07311, 07320, 07330, 07340, 10330, 16232, 18310, 18311, 18320, 18330, 18331, 18340 und 34291 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 02360 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 31.4 berechnungsfähig.

2.4 Diagnostische Verfahren, Tests

02400 **Durchführung des ^{13}C-Harnstoff-Atemtests** ohne Analyse nach der Gebührenordnungsposition 32315 — 2,93 € / 23 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 02400 ist grundsätzlich nur berechnungsfähig zur Erfolgskontrolle nach Eradikationstherapie einer Helicobacter pylori-Infektion (frühestens 4 Wochen nach Ende der Therapie) oder bei Kindern mit begründetem Verdacht auf eine Ulcuserkrankung.
Die Gebührenordnungsposition 02400 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 04511, 04519, 13400 und 32706 berechnungsfähig.

02401 **H2-Atemtest, einschl. Kosten** — 9,94 € / 78 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

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

Die Gebührenordnungsposition 02401 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01741, 04514 und 13421 berechnungsfähig.

2.5 Physikalisch-therapeutische Gebührenordnungspositionen

1. In den Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts sind alle Kosten enthalten mit Ausnahme der Arzneimittel und wirksamen Substanzen, die für Inhalationen, für die Thermotherapie, für die Iontophorese sowie für die Photochemotherapie erforderlich sind.

02500 **Einzelinhalationstherapie** — 1,53 € / 12 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Intermittierende Überdruckbeatmung

und/oder

- Inhalation mittels alveolengängiger Teilchen (z. B. Ultraschallvernebelung),

je Sitzung

Die Gebührenordnungsposition 02500 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 02501 berechnungsfähig.

02501 **Einzelinhalationstherapie mit speziellem Verneblersystem** zur Pneumocystis carinii Prophylaxe — 5,61 € / 44 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Einzelinhalationstherapie mit speziellem Verneblersystem zur Pneumocystis carinii Prophylaxe,

je Sitzung

Die Gebührenordnungsposition 02501 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 02500 berechnungsfähig.

02510 **Wärmetherapie** 2,68 €
21 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Mittels Packungen mit Paraffinen

und/oder

- Mittels Peloiden

und/oder

- Mittels Heißluft

und/oder

- Mittels Kurz-, Dezimeterwelle

und/oder

- Mittels Mikrowelle

und/oder

- Mittels Hochfrequenzstrom

und/oder

- Mittels Infrarotbestrahlung

und/oder

- Mittels Ultraschall mit einer Leistungsdichte von weniger als 3 Watt pro cm^2,

je Sitzung

02511 **Elektrotherapie unter Anwendung niederfrequenter und/oder mittelfrequenter Ströme** 1,15 €
9 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Galvanisation

und/oder

- Reizstrom

und/oder

- Neofaradischer Schwellstrom

und/oder

- Iontophorese

und/oder

- Amplituden-modulierte Mittelfrequenztherapie

und/oder

- Schwellstromtherapie

und/oder

- Interferenzstromtherapie,

je Sitzung

Die Gebührenordnungsposition 02511 ist im Behandlungsfall höchstens achtmal berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 02511 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 07310, 07311, 16232, 18310 und 18311 berechnungsfähig.

02512 **Gezielte Elektrostimulation bei spastischen und/oder schlaffen Lähmungen** 2,29 € / 18 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Elektrostimulation,
- Festlegung der Reizparameter,

je Sitzung

02520 **Phototherapie eines Neugeborenen**, 12,23 € / 96 Punkte

je Behandlungstag

III Arztgruppenspezifische Gebührenordnungspositionen

III.a Hausärztlicher Versorgungsbereich

3 Hausärztlicher Versorgungsbereich

3.1 Präambel

1. Die in diesem Kapitel aufgeführten Gebührenordnungspositionen können - unbeschadet der Regelung gemäß 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen - ausschließlich von
   - Fachärzten für Allgemeinmedizin,
   - Fachärzten für Innere und Allgemeinmedizin,
   - Praktischen Ärzten,
   - Ärzten ohne Gebietsbezeichnung,
   - Fachärzten für Innere Medizin ohne Schwerpunktbezeichnung, die gegenüber dem Zulassungsausschuss ihre Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung gemäß § 73 Abs. 1a SGB V erklärt haben,

   berechnet werden. Sofern sich Regelungen im Kapitel 3 auf die Anzahl der Ärzte gemäß Präambel 3.1 Nr. 1 in einer Praxis beziehen, ist für die Bestimmung der Anzahl der Ärzte der Umfang der Tätigkeit laut Zulassungs- bzw. Genehmigungsbescheid zu berücksichtigen.
2. Fachärzte für Allgemeinmedizin, Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte und Ärzte ohne Gebietsbezeichnung können - wenn sie im Wesentlichen spezielle Leistungen erbringen - gemäß § 73 Abs. 1a SGB V auf deren Antrag die Genehmigung zur ausschließlichen Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung erhalten. Nach Erhalt der Genehmigung können sie Gebührenordnungspositionen dieses Kapitels nicht mehr berechnen.
3. Außer den in diesem Kapitel genannten Gebührenordnungspositionen sind von den in der Präambel genannten Vertragsärzten

- unbeschadet der Regelungen gemäß 5 und 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen - zusätzlich nachfolgende Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig: 01100 bis 01102, 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 01220 bis 01224, 01226, 01320 bis 01323, 01410 bis 01416, 01418, 01425, 01426, 01430, 01431, 01435 bis 01437, 01442 bis 01444, 01450, 01452, 01471 bis 01473, 01475 bis 01478, 01480 bis 01483, 01500 bis 01503, 01546, 01600 bis 01602, 01610, 01611, 01613, 01615, 01620 bis 01624, 01626, 01630, 01640, 01642, 01643, 01645, 01647, 01648, 01670 bis 01672, 01681, 01682, 01702 bis 01704, 01707, 01709 bis 01723, 01731, 01732, 01734, 01735, 01737, 01740, 01745 bis 01748, 01758, 01760, 01761, 01764, 01776, 01777, 01812, 01820 bis 01824, 01828, 01875, 01876, 01941, 01942, 01949 bis 01953, 01955, 01956, 01960, 02300 bis 02302, 02310 bis 02314, 02500, 02501, 02510 bis 02512, 02520 und 30706.

4. Die Gebührenordnungspositionen 01735, 01760, 01761, 01764, 01821 bis 01824 und 01828 sind von den unter Nr. 1 genannten Vertragsärzten berechnungsfähig, wenn sie eine mindestens einjährige Weiterbildung im Gebiet Frauenheilkunde und Geburtshilfe nachweisen können oder wenn entsprechende Leistungen bereits vor dem 31.12.2002 durchgeführt und abgerechnet wurden.
5. Außer den in diesem Kapitel genannten Gebührenordnungspositionen sind bei Vorliegen der entsprechenden Qualifikationsvoraussetzungen von den in der Präambel genannten Vertragsärzten - unbeschadet der Regelungen gemäß 5 und 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen - zusätzlich nachfolgende Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig: 01474, 01479, 01920 bis 01922, 30400 bis 30402, 30410, 30411, 30420, 30421, 30430, 30700 bis 30705, 30708, 30780 bis 30782, 30900, 30905, 31912, 33000 bis 33002, 33010 bis 33012, 33040 bis 33044, 33046, 33050 bis 33053, 33060 bis 33062, 33076, 33080, 33081, 33090 bis 33092, 33105, 34371, 37650, 37700, 37701, 37704, 37705, 37710, 37711, 37714, 37720, 37800 bis 37802, 37804, 38200 und 38205, Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 30.1, 30.2, 30.3.1, 30.5, 30.6, 30.7.2, 30.7.3, 30.8, 30.10, 30.12, 30.13, 31.1, 31.4.2, 32.1, 32.2, 36.6.2, 37.2, 37.3, 37.4 und 38.2 sowie Gebührenordnungspositionen der Kapitel 35 und 40.
6. Bei der Berechnung der zusätzlich berechnungsfähigen Gebührenordnungspositionen in den Absätzen 3, 4 und 5 sind die Maßnahmen zur Qualitätssicherung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V, die berufsrechtliche Verpflichtung zur grundsätzlichen Beschränkung auf das jeweilige Gebiet sowie die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zu beachten.
7. Werden die in den Versichertenpauschalen enthaltenen Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen 01600, 01601, 01610 und 01612 durchgeführt, sind für die Versendung bzw. den Transport die Kostenpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 40110 und 40111 berechnungsfähig. Wird die in den Versichertenpauschalen enthaltene Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 02400 erbracht, ist

für die Durchführung der Leistung die Kostenpauschale nach der Gebührenordnungsposition 40154 berechnungsfähig.

8. In fachgleichen (Teil-)Berufsausübungsgemeinschaften zwischen Ärzten gemäß Nr. 1 dieser Präambel und in fachgleichen Praxen von Ärzten gemäß Nr. 1 dieser Präambel mit angestelltem/n Arzt/Ärzten gemäß Nr. 1 dieser Präambel erfolgt ein Aufschlag in Höhe von 22,5 % auf die Versichertenpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 03000 und 03030 bzw. in Höhe von 11 % auf die Versichertenpauschale nach der Gebührenordnungsposition 03100 (Versorgungspauschale) sowie auf die Gebührenordnungsposition 03110. Finden im Behandlungsfall ausschließlich Arzt-Patienten-Kontakte im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) statt, erfolgt der Aufschlag auf die Versichertenpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 03000 und 03100 sowie auf die Gebührenordnungsposition 03110 auf Basis der um die Abschläge gemäß Abs. 5 Nr. 1 der Allgemeinen Bestimmungen 4.3.1 reduzierten Versichertenpauschale bzw. Gebührenordnungsposition 03110.
9. Für die Gebührenordnungsposition 03230 wird ein Punktzahlvolumen für die gemäß der Gebührenordnungsposition 03230 erbrachten und berechneten Gespräche gebildet, aus dem alle gemäß der Gebührenordnungsposition 03230 erbrachten Leistungen zu vergüten sind. Das Punktzahlvolumen beträgt 64 Punkte multipliziert mit der Anzahl der Behandlungsfälle gemäß Nr. 10 dieser Präambel. In Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten beträgt das Punktzahlvolumen 64 Punkte für jeden Behandlungsfall gemäß Nr. 10 dieser Präambel, bei dem ein Arzt gemäß Nr. 1 dieser Präambel vertragsärztliche Leistungen durchführt und berechnet.
10. Relevant für die Fallzählung
    - der Vergütung der Gebührenordnungsposition 03230,
    - gemäß Nr. 1 und Nr. 8 der Präambel zum Abschnitt 3.2.1.2,
    - der Vergütung der Gebührenordnungsposition 03060

    sind alle Behandlungsfälle im Quartal gemäß § 21 Abs. 1 und Abs. 2 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä), ausgenommen Notfälle im organisierten Not(-fall)dienst (Muster 19 der Vordruck-Vereinbarung) und Überweisungsfälle zur Durchführung ausschließlich von Probenuntersuchungen oder zur Befundung von dokumentierten Untersuchungsergebnissen und Behandlungsfälle, in denen ausschließlich Kostenerstattungen des Kapitels 40 berechnet werden, sowie stationäre (belegärztliche) Behandlungsfälle. In Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten werden nur die o. g. Behandlungsfälle berücksichtigt, in denen ein Arzt gemäß Präambel 3.1 Nr. 1 vertragsärztliche Leistungen durchführt und berechnet. Zusätzlich relevant für die Fallzählung sind alle Behandlungsfälle, bei denen die Versorgungspauschale nach der Gebührenordnungsposition 03100 im Vorquartal berechnet wurde und im aktuellen Quartal mindestens ein persönlicher Arzt-

Patienten-Kontakt oder Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä stattgefunden hat.

11. Zusätzlich relevant für die Fallzählung gemäß erster Bestimmung zum Abschnitt 3.2.1.2 sowie zur Bemessung der Vergütung der Gebührenordnungsposition 03060 ist die Anzahl der selektivvertraglichen Behandlungsfälle im Quartal bei Ärzten, die an einem Selektivvertrag gemäß § 73b SGB V (HzV-Verträge) und/oder an einem Vertrag zur knappschaftsärztlichen Versorgung teilnehmen. Als Behandlungsfall werden ausschließlich selektivvertraglich eingeschriebene und/oder an der knappschaftsärztlichen Versorgung teilnehmende Versicherte mit tatsächlicher Inanspruchnahme von Leistungen eines Selektivvertrags gemäß § 73b SGB V / der knappschaftsärztlichen Versorgung gemäß Satz 1 Nr. 11 der Präambel 3.1 im jeweiligen Quartal gezählt. Dabei sind die selektivvertraglichen Behandlungsfälle von Versicherten zu zählen, bei denen im jeweiligen Quartal keine kollektivvertraglichen Leistungen gemäß § 73 SGB V von Ärzten gemäß § 73 Absatz 1a Nrn. 1, 3, 4 und 5 SGB V in derselben Praxis zusätzlich über die Kassenärztliche Vereinigung abgerechnet werden. Sofern bei diesen selektivvertraglichen Behandlungsfällen zusätzlich einzelne Leistungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs erbracht werden, die nicht Bestandteil des Selektivvertrages gemäß § 73b SGB V / des Vertrages zur knappschaftsärztlichen Versorgung sind und somit grundsätzlich im Rahmen der kollektivvertraglichen Versorgung berechnet werden, sind diese nicht als kollektivvertragliche Behandlungsfälle gemäß Nr. 10 der Präambel 3.1 mitzuzählen.
12. Die in der Präambel unter 1. aufgeführten Vertragsärzte können die arztgruppenspezifische Gebührenordnungsposition 08619 berechnen.

3.2 Gebührenordnungspositionen der allgemeinen hausärztlichen Versorgung

3.2.1 Hausärztliche Versichertenpauschalen, Versorgungsbereichsspezifische Vorhaltung

3.2.1.1 Hausärztliche Versichertenpauschalen

1. Die Gebührenordnungsposition 03100 ist für die Behandlung und Betreuung von Patienten zu berechnen, die im Quartal der Berechnung folgende Kriterien erfüllen:
   - ab Beginn des 19. bis zum vollendeten 75. Lebensjahr und
   - Vorliegen einer lang andauernden, lebensverändernden chronischen Erkrankung nach Satz 2, für die eine kontinuierliche Arzneimitteltherapie mit einem zu Lasten der Krankenkassen verschriebenen erkrankungsspezifischen Arzneimittel erfolgt.

   Die Gebührenordnungsposition 03100 ist bei Erfüllung der unter Nr. 1 Satz 1 genannten Voraussetzungen und bei Vorliegen einer der im Folgenden genannten gesicherten Diagnosen gemäß ICD-10-GM zu berechnen:

- E03.0 Angeborene Hypothyreose mit diffuser Struma, E03.1 Angeborene Hypothyreose ohne Struma, E03.4 Atrophie der Schilddrüse (erworben), E03.8 Sonstige näher bezeichnete Hypothyreose, E03.9 Hypothyreose, nicht näher bezeichnet, E06.3 Autoimmunthyreoiditis,
- E78.0 Reine Hypercholesterinämie, E78.2 Gemischte Hyperlipidämie, E78.4 Sonstige Hyperlipidämien, E78.5 Hyperlipidämie, nicht näher bezeichnet, E78.6 Lipoproteinmangel, E78.8- Sonstige Störungen des Lipoproteinstoffwechsels, E78.9 Störung des Lipoproteinstoffwechsels, nicht näher bezeichnet,
- I10.0- Benigne essentielle Hypertonie (ausgenommen: ICD-10-GM I10.01), I10.00 Benigne essentielle Hypertonie: ohne Angabe einer hypertensiven Krise, I10.9- Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet (ausgenommen: ICD-10-GM I10.91), I10.90 Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: ohne Angabe einer hypertensiven Krise,
- M10.0- Idiopathische Gicht.

2. Die Gebührenordnungsposition 03100 ist erstmalig zu berechnen, wenn im Zeitraum der letzten vier Quartale unter Einschluss des aktuellen Quartals wegen derselben gesicherten chronischen Erkrankung, die medikamentös durch die kontinuierliche Versorgung mit einem bestimmten Arzneimittel zu Lasten der Krankenkasse behandelt wird, jeweils mindestens ein Arzt-Patienten-Kontakt gemäß 4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen pro Quartal in mindestens drei Quartalen in derselben Praxis stattgefunden hat. Hierbei müssen in mindestens zwei Quartalen persönliche Arzt-Patienten-Kontakte stattgefunden haben, wobei davon ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt auch als Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä erfolgt sein kann. Bei Patienten mit mehr als einer lang andauernden, lebensverändernden chronischen Erkrankung, die einer hausärztlichen Behandlung bedarf, ist die Gebührenordnungsposition 03100 nicht berechnungsfähig.
3. Die Gebührenordnungsposition 03100 ist unter Berücksichtigung der zweiten Anmerkung zur Gebührenordnungsposition 03100 und bei Erfüllung der unter Nr. 1 genannten Voraussetzungen auch dann erneut zu berechnen, wenn zwischen dem Quartal der letztmaligen Berechnung der Gebührenordnungsposition 03100 und dem Quartal der erneuten Berechnung der Gebührenordnungsposition 03100 mehr als ein Quartal und nicht mehr als drei Quartale ohne persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt liegen. Andernfalls gelten für die erneute Berechnung der Gebührenordnungsposition 03100 die unter Nr. 2 genannten Voraussetzungen.
4. Die Gebührenordnungsposition 03100 ist nicht berechnungsfähig bei Patienten mit kontinuierlich mehr als einem zur leitliniengestützten Behandlung der chronischen Erkrankung nach Nr. 1 Satz 2 eingesetzten verschreibungspflichtigen Arzneimittel zu Lasten der Krankenkassen. Abweichend von Satz 1 ist die Gebührenordnungsposition 03100 bei Patienten mit zwei Arzneimitteln zu berechnen, sofern diese jeweils aus

einem verschreibungspflichtigen Wirkstoff bestehen und ein entsprechendes Kombinationspräparat, das ausschließlich aus einer Zusammensetzung dieser beiden Wirkstoffe besteht, verfügbar ist.

5. Die Gebührenordnungsposition 03110 kann für Patienten mit intensivem Betreuungsbedarf im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03100 abweichend von Nr. 4.4.2 der Allgemeinen Bestimmungen als Zuschlag berechnet werden. Die Gebührenordnungsposition 03110 ist je Praxis bis zu einer Anzahl in Höhe von 8 % der Gesamtzahl der abgerechneten Gebührenordnungspositionen 03100 im Vorquartal berechnungsfähig; sofern sich hieraus keine ganzzahlige Fallzahl ergibt, ist kaufmännisch zu runden.

03000 **Versichertenpauschale**

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt und/oder Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Allgemeine und fortgesetzte ärztliche Betreuung eines Patienten in Diagnostik und Therapie bei Kenntnis seines häuslichen und familiären Umfeldes,
- Koordination diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen, insbesondere auch mit anderen behandelnden Ärzten, nichtärztlichen Hilfen und flankierenden Diensten,
- Einleitung präventiver und rehabilitativer Maßnahmen sowie die Integration nichtärztlicher Hilfen und flankierender Dienste in die Behandlungsmaßnahmen,
- Erhebung von Behandlungsdaten und Befunden bei anderen Leistungserbringern und Übermittlung erforderlicher Behandlungsdaten und Befunde an andere Leistungserbringer, sofern eine schriftliche Einwilligung des Versicherten, die widerrufen werden kann, vorliegt,
- Dokumentation, insbesondere Zusammenführung, Bewertung und Aufbewahrung der wesentlichen Behandlungsdaten,
- Weitere persönliche oder andere Arzt-Patienten-Kontakte gemäß 4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen,
- In Anhang 1 aufgeführte Leistungen,

einmal im Behandlungsfall

bis zum vollendeten 4. Lebensjahr	28,67 € 225 Punkte
ab Beginn des 5. bis zum vollendeten 18. Lebensjahr	18,09 € 142 Punkte
ab Beginn des 19. bis zum vollendeten 54. Lebensjahr	14,52 € 114 Punkte
ab Beginn des 55. bis zum vollendeten 75. Lebensjahr	18,86 € 148 Punkte

ab Beginn des 76. Lebensjahres 25,48 €
200 Punkte

Die Dokumentation der ggf. erfolgten schriftlichen, widerrufbaren Einwilligung des Versicherten zur Erhebung, Dokumentation und Übermittlung von Behandlungsdaten und Befunden an andere Leistungserbringer erfolgt nach Maßgabe der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung auf der Grundlage des § 73 SGB V und verbleibt beim Hausarzt.
Bei Behandlung im organisierten Not(-fall)dienst sind anstelle der Versichertenpauschale nach der Gebührenordnungsposition 03000 die Notfallpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 01210, 01212, 01214, 01216 und 01218 zu berechnen.
Bei einer Behandlung im Rahmen einer nach Art und Umfang definierten Überweisung (Definitionsauftrag) ist die Versichertenpauschale nach der Gebührenordnungsposition 03000 nicht berechnungsfähig.
Erfolgt im Behandlungsfall lediglich eine Inanspruchnahme durch den Patienten unvorhergesehen im Zusammenhang mit der Erbringung der Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen 01100, 01101, 01411, 01412 oder 01415, so ist anstelle der Versichertenpauschale 03000 die Versichertenpauschale 03030 zu berechnen.
Die Gebührenordnungsposition 03000 ist im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03100 von der Vertragsarztpraxis, die die Gebührenordnungsposition 03100 berechnet hat, für denselben Patienten nicht berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 03000 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 01436 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 03000 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01600, 01601, 01610, 03030 und 03100 berechnungsfähig.

03008 **Zuschlag zu den Versichertenpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 03000 und 03100 für die Vermittlung eines aus medizinischen Gründen dringend erforderlichen Behandlungstermins gemäß § 73 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 SGB V** 16,69 €
131 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Vermittlung eines Behandlungstermins bei einem an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Vertragsarzt,
- Überweisung an einen an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Vertragsarzt

Die Gebührenordnungsposition 03008 ist berechnungsfähig, sofern die Behandlung des Versicherten spätestens am 4. Kalendertag nach Feststellung der Behandlungsnotwendigkeit durch den Hausarzt beginnt.
Die Gebührenordnungsposition 03008 ist auch berechnungsfähig, wenn die Behandlung des Versicherten spätestens am 35. Kalendertag nach Feststellung der Behandlungsnotwendigkeit durch den Hausarzt beginnt und eine Terminvermittlung durch die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigung oder eine

eigenständige Terminvereinbarung durch den Patienten (oder eine Bezugsperson) aufgrund der medizinischen Besonderheit des Einzelfalls nicht angemessen oder nicht zumutbar ist. Die Berechnungsfähigkeit der Gebührenordnungsposition 03008 ab dem 24. Kalendertag nach Feststellung der Behandlungsnotwendigkeit setzt die Angabe einer medizinischen Begründung voraus.

Der Tag nach der Feststellung der Behandlungsnotwendigkeit gilt jeweils als erster Zähltag.

Die Gebührenordnungsposition 03008 ist auch bei Durchführung der Leistung im Rahmen einer Videosprechstunde berechnungsfähig und dies durch Angabe einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung zu dokumentieren. Für die Abrechnung gelten die Anforderungen gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä entsprechend.

Abweichend von Nr. 4.4.2 der Allgemeinen Bestimmungen und der Leistungslegende ist der Zuschlag nach der Gebührenordnungsposition 03008 im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03100 auch ohne Berechnung der Grundleistung nach der Gebührenordnungsposition 03100 berechnungsfähig, sofern im aktuellen Quartal ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt oder ein Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä stattgefunden hat.

Die Gebührenordnungsposition 03008 ist auch bei Überweisung an einen Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, der die Voraussetzungen zur Berechnung von Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 4.4 oder 4.5 erfüllt, berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 03008 ist nur dann mehrfach im Behandlungsfall berechnungsfähig, wenn der Patient in demselben Quartal zu mehreren Fachärzten unterschiedlicher Arztgruppen vermittelt wird.

Die Gebührenordnungsposition 03008 ist nicht berechnungsfähig, wenn der vermittelte Patient nach Kenntnis des vermittelnden Arztes bei der an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Arztgruppe derselben Praxis in demselben Quartal bereits behandelt wurde. Der Arzt ist verpflichtet, sich zu erkundigen, ob der Patient in demselben Quartal bei dieser Arztgruppe in dieser Praxis bereits behandelt wurde.

Abweichend von Nr. 4.4.2 der Allgemeinen Bestimmungen und der Leistungslegende ist der Zuschlag nach der Gebührenordnungsposition 03008 in selektivvertraglichen Fällen auch ohne Berechnung der Grundleistungen nach den Gebührenordnungspositionen 03000 und 03100 berechnungsfähig, sofern die Leistung nach der Gebührenordnungsposition 03008 nicht Gegenstand des Selektivvertrags ist. Der Fall ist gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung anhand der Gebührenordnungsposition 88196 nachzuweisen.

Bei der Abrechnung der Gebührenordnungsposition 03008 ist die (Neben-)Betriebsstättennummer der Praxis, an die der Patient vermittelt wurde, anzugeben.

03010 **Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 03000 für die Behandlung aufgrund einer TSS-Vermittlung gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.10.1 oder 4.3.10.2,**

einmal im Arztgruppenfall

Die Gebührenordnungsposition 03010 kann durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt werden.
Die Gebührenordnungsposition 03010 ist im Arztgruppenfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 01710 berechnungsfähig.

03020 **Hygienezuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 03000 und 03100,** 0,25 € / 2 Punkte

einmal im Behandlungsfall

Abweichend von Nr. 4.4.2 der Allgemeinen Bestimmungen und der Leistungslegende ist der Zuschlag nach der Gebührenordnungsposition 03020 im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03100 auch ohne Berechnung der Grundleistung nach der Gebührenordnungsposition 03100 berechnungsfähig, sofern im aktuellen Quartal ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden hat.
Die Gebührenordnungsposition 03020 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.

03030 **Versichertenpauschale bei unvorhergesehener Inanspruchnahme zwischen 19:00 und 7:00 Uhr, an Samstagen, Sonntagen, gesetzlichen Feiertagen, am 24.12. und 31.12. bei persönlichem Arzt-Patienten-Kontakt** 9,81 € / 77 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt im Zusammenhang mit der Erbringung der Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen 01100, 01101, 01411, 01412 oder 01415,

Fakultativer Leistungsinhalt

- In Anhang 1 aufgeführte Leistungen,

höchstens zweimal im Behandlungsfall

Die Versichertenpauschale nach der Nr. 03030 ist im belegärztlich-stationären Behandlungsfall nicht berechnungsfähig.
Erfolgt im Behandlungsfall lediglich eine Inanspruchnahme durch den Patienten unvorhergesehen im Zusammenhang mit der Erbringung der Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen 01100, 01101, 01411, 01412 oder 01415, so ist anstelle der Versichertenpauschalen 03000 bzw. 03100 die Versichertenpauschale 03030 zu berechnen.
Die Gebührenordnungsposition 03030 ist im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03100 von der Vertragsarztpraxis, die die Gebührenordnungsposition 03100 berechnet hat, für denselben Patienten nicht berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 03030 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 01436 und 30702 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 03030 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01600, 01601, 01610, 03000 und 03100 berechnungsfähig.

03100 **Versichertenpauschale gemäß § 87 Abs. 2b Satz 7 bis 10 SGB V für die Behandlung und Betreuung eines Patienten mit nur einer chronischen Erkrankung und bei Erfüllung der weiteren Voraussetzungen gemäß den Nrn. 1 bis 4 der Bestimmungen zum Abschnitt 3.2.1.1 (Versorgungspauschale)**

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt und/oder Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Allgemeine und fortgesetzte ärztliche Betreuung eines Patienten in Diagnostik und Therapie bei Kenntnis seines häuslichen und familiären Umfeldes,
- Fortlaufende Beratung hinsichtlich Verlauf und Behandlung der chronischen Erkrankung,
- Leitliniengestützte Behandlung der chronischen Erkrankung,
- Anleitung zum Umgang mit der chronischen Erkrankung,
- Koordination diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen, insbesondere auch mit anderen behandelnden Ärzten, nichtärztlichen Hilfen und flankierenden Diensten,
- Einleitung präventiver und rehabilitativer Maßnahmen sowie die Integration nichtärztlicher Hilfen und flankierender Dienste in die Behandlungsmaßnahmen,
- Erstellung und ggf. Aktualisierung eines Medikationsplans und ggf. Anpassung der Selbstmedikation und der Arzneimittelhandhabung,
- Erhebung von Behandlungsdaten und Befunden bei anderen Leistungserbringern und Übermittlung erforderlicher Behandlungsdaten und Befunde an andere Leistungserbringer, sofern eine schriftliche Einwilligung des Versicherten, die widerrufen werden kann, vorliegt,
- Dokumentation, insbesondere Zusammenführung, Bewertung und Aufbewahrung der wesentlichen Behandlungsdaten,
- Überprüfung und fortlaufende Kontrolle der Arzneimitteltherapie mit dem Ziel des wirtschaftlichen und versorgungsgerechten Umgangs mit Arzneimitteln,
- Weitere persönliche oder andere Arzt-Patienten-Kontakte gemäß 4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen,
- In Anhang 1 aufgeführte Leistungen,

einmal im Behandlungsfall, höchstens zweimal im Krankheitsfall

ab Beginn des 19. bis zum vollendeten 54. Lebensjahr	45,36 €

356 Punkte

ab Beginn des 55. bis zum vollendeten 75. Lebensjahr 51,34 €
403 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 03100 kann im Laufe eines Quartals nur von einer Vertragsarztpraxis und im Folgequartal durch keine andere Vertragsarztpraxis berechnet werden.
Die Gebührenordnungsposition 03100 ist nicht in zwei aufeinanderfolgenden Quartalen berechnungsfähig und höchstens zweimal im Krankheitsfall. Bei zweimaliger Berechnung im Krankheitsfall muss mindestens ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt im Krankheitsfall stattgefunden haben.
Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 03100 setzt die Angabe der gesicherten Diagnose der chronischen Erkrankung nach Nr. 1 der Bestimmungen zum Abschnitt 3.2.1.1 gemäß ICD-10-GM voraus.
Die Dokumentation der ggf. erfolgten schriftlichen, widerrufbaren Einwilligung des Versicherten zur Erhebung, Dokumentation und Übermittlung von Behandlungsdaten und Befunden an andere Leistungserbringer erfolgt nach Maßgabe der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung auf der Grundlage des § 73 SGB V und verbleibt beim Hausarzt.
Bei Behandlung im organisierten Not(-fall)dienst sind anstelle der Versichertenpauschale nach der Gebührenordnungsposition 03100 die Notfallpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 01210, 01212, 01214, 01216 und 01218 zu berechnen.
Bei einer Behandlung im Rahmen einer nach Art und Umfang definierten Überweisung (Definitionsauftrag) ist die Versichertenpauschale nach der Gebührenordnungsposition 03100 nicht berechnungsfähig.
Erfolgt im Behandlungsfall lediglich eine Inanspruchnahme durch den Patienten unvorhergesehen im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen 01100, 01101, 01411, 01412 oder 01415, so ist anstelle der Versichertenpauschale 03100 die Versichertenpauschale 03030 zu berechnen.
Die Gebührenordnungspositionen der "Onkologie-Vereinbarung" (Anlage 7 des Bundesmantelvertrags-Ärzte (BMV-Ä)), die Leistungen gemäß § 6 (Abgrenzungen der fachärztlichen Versorgung) Anlage 5 des Bundesmantelvertrags-Ärzte (BMV-Ä) und die Gebührenordnungspositionen 35111 bis 35113, 35120, 35130, 35131, 35140 bis 35142, 35150 bis 35152, 35163 bis 35169 und 35173 bis 35179 sowie die Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 30.5, 30.7, 30.9 und 35.2 sind im Quartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03100 und im Folgequartal für die Behandlung desselben Patienten von derselben Vertragsarztpraxis, die die Gebührenordnungsposition 03100 berechnet hat, nicht berechnungsfähig. Diese Ausschlüsse finden in versorgungsbereichsübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten keine Anwendung, sofern diese Leistungen von Vertragsärzten

des fachärztlichen Versorgungsbereiches durchgeführt und berechnet werden.
Die Gebührenordnungspositionen 01600, 01601, 01610, 01630, 03000, 03030, 11301, 19401 und 40091 bis 40095 sind im Quartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03100 und im Folgequartal für die Behandlung desselben Patienten von derselben Vertragsarztpraxis, die die Gebührenordnungsposition 03100 berechnet hat, nicht berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungspositionen 01430, 01431, 01435, 01437, 01700, 01701, 12222 bis 12224, 37314 und 37714 sind im Quartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03100 und im Folgequartal für die Behandlung desselben Patienten von demselben Vertragsarzt, der die Gebührenordnungsposition 03100 berechnet hat, nicht berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 03100 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01436, 38200 und 38205 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 3.2.4 und 3.2.5 sowie den Gebührenordnungspositionen des Kapitels 37 berechnungsfähig.

03110 **Zuschlag im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03100 für Patienten mit intensivem Betreuungsbedarf gemäß der Nr. 5 der Bestimmungen zum Abschnitt 3.2.1.1**

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt und/oder Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä im Folgequartal nach Berechnung der Gebührenordnungsposition 03100,

einmal im Behandlungsfall, höchstens zweimal im Krankheitsfall

ab Beginn des 19. bis zum vollendeten 54. Lebensjahr	19,37 € 152 Punkte
ab Beginn des 55. bis zum vollendeten 75. Lebensjahr	22,04 € 173 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 03110 ist nicht in zwei aufeinanderfolgenden Quartalen berechnungsfähig und höchstens zweimal im Krankheitsfall.
Die Gebührenordnungsposition 03100 ist im Quartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03110 für die Behandlung desselben Patienten von derselben Vertragsarztpraxis, die die Gebührenordnungsposition 03110 berechnet hat, nicht berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 03110 ist auch bei Durchführung der Leistung im Rahmen einer Videosprechstunde berechnungsfähig und dies durch Angabe einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung zu dokumentieren. Für die Abrechnung gelten die Anforderungen gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä entsprechend.

3.2.1.2 Versorgungsbereichsspezifische Vorhaltung, ärztlich angeordnete Hilfeleistungen

1. Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 03060 bis 03065 ist die Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung gemäß Anlage 8 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä). Die Genehmigung wird erteilt, wenn der Kassenärztlichen Vereinigung jährlich durch eine Erklärung der Praxis die Anstellung eines/von nichtärztlichen Praxisassistenten gemäß Anlage 8 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) mit mindestens 20 Wochenstunden angezeigt wurde. Weitere Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 03060 bis 03065 ist die Erfüllung einer der folgenden Bedingungen:
   - Die Praxis hat in den letzten vier Quartalen durchschnittlich eine Mindestzahl von Behandlungsfällen gemäß Präambel 3.1 Nr. 10 und 11 je Quartal versorgt. Für die Bestimmung der Mindestzahl ist
     - die Anzahl der Ärzte gemäß Nr. 1 der Präambel 3.1 der Praxis unter Berücksichtigung des Tätigkeitsumfangs laut Zulassungs- bzw. Genehmigungsbescheid zu ermitteln

     und
     - je Quartal bis zu einer Anzahl von 1 (entsprechend einem Arzt gemäß Präambel 3.1 Nr. 1 mit vollem Tätigkeitsumfang) mit 700 Behandlungsfällen und bei einer Anzahl größer 1 mit 521 Behandlungsfällen für jeden weiteren Arzt (entsprechend einem Arzt gemäß Präambel 3.1 Nr. 1 mit vollem Tätigkeitsumfang) zu multiplizieren.

   oder
   - Die Praxis hat in den letzten vier Quartalen durchschnittlich eine Mindestzahl von Behandlungsfällen gemäß Präambel 3.1 Nr. 10 und Nr. 11 je Quartal, die mindestens das 75. Lebensjahr vollendet haben, versorgt. Für die Bestimmung der Mindestzahl ist
     - die Anzahl der Ärzte gemäß Nr. 1 der Präambel 3.1 der Praxis unter Berücksichtigung des Tätigkeitsumfangs laut Zulassungs- bzw. Genehmigungsbescheid zu ermitteln

     und
     - je Quartal bis zu einer Anzahl von 1 (entsprechend einem Arzt gemäß Präambel 3.1 Nr. 1 mit vollem Tätigkeitsumfang) mit 120 und bei einer Anzahl größer 1 mit 80 Behandlungsfällen für jeden weiteren Arzt (entsprechend einem Arzt gemäß Präambel 3.1 Nr. 1 mit vollem Tätigkeitsumfang) zu multiplizieren.

   Sofern bei einem Arzt gemäß Präambel 3.1 Nr. 1 kein voller Tätigkeitsumfang laut Zulassungs- bzw. Genehmigungsbescheid vorliegt, ist die Mindestzahl von Behandlungsfällen gemäß Präambel 3.1 Nr. 10 und 11 entsprechend dem Tätigkeitsumfang anteilig zu ermitteln. Neu oder kürzer als 18 Monate zugelassene Ärzte gemäß Präambel 3.1 Nr. 1 werden in den auf die Zulassung folgenden sechs Quartalen mit einem Tätigkeitsumfang von null berücksichtigt. Die Auflösung des Beschäftigungsverhältnisses mit den angestellten nichtärztlichen Praxisassistenten ist gemäß § 8 Abs. 5 der Anlage 8 zum BMV-Ä der Kassenärztlichen Vereinigung anzuzeigen.

2. Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 03060 bis 03065 durch Ärzte, die an einem Selektivvertrag gemäß § 73b SGB V (HzV-Verträge) und/oder einem Vertrag zur knappschaftsärztlichen Versorgung teilnehmen, ist der Nachweis aller selektivvertraglichen/knappschaftsärztlichen Behandlungsfälle gemäß Nr. 11 der Präambel 3.1 im Quartal gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung anhand der Gebührenordnungsposition 88194.
3. Erstmals zwei Jahre nach Erteilung der Genehmigung wird durch die Kassenärztliche Vereinigung geprüft, ob die Kriterien der Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 03060 bis 03065 weiterhin erfüllt sind. Anschließend daran erfolgt eine jährliche Prüfung durch die Kassenärztliche Vereinigung.
4. Die Gebührenordnungspositionen 03060 bis 03065 können nur von delegierenden Vertragsärzten unter Berücksichtigung
   - der berufsrechtlichen Bestimmungen,
   - der Anlage 8 zu § 15 Abs. 1 BMV-Ä und
   - der Voraussetzungen dieser Präambel

   berechnet werden, sofern die in diesen Gebührenordnungspositionen erbrachten Leistungen von entsprechend qualifizierten nichtärztlichen Praxisassistenten erbracht werden.
5. Die Gebührenordnungspositionen 03060 bis 03065 können vom delegierenden Vertragsarzt nur unter der Voraussetzung berechnet werden, dass die Tätigkeit des nichtärztlichen Praxisassistenten in ausreichender Form vom Arzt überwacht wird und dieser jederzeit erreichbar ist. Der Arzt ist im Falle des Hausbesuches regelmäßig, spätestens an dem auf den Besuch folgenden Werktag (außer Samstag), über die von dem nichtärztlichen Praxisassistenten erhobenen Befunde und Anweisungen zu informieren. Die von dem nichtärztlichen Praxisassistenten erhobenen Befunde, gegebenen Anweisungen bzw. durchgeführten Maßnahmen sind zu dokumentieren.
6. Neben den Gebührenordnungspositionen 03062 und 03063 können nur die folgenden Leistungen berechnet werden: Leistungen des Abschnitts 32.2 sowie die Gebührenordnungspositionen 03064, 03065, 03322 und 31600.
7. Die Gebührenordnungspositionen 03062 bis 03065 können nur berechnet werden, wenn in dem aktuellen Quartal oder dem Quartal, das der Berechnung unmittelbar vorausgeht, eine Versichertenpauschale berechnet wurde.
8. Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 03041, 03042, 03044 und 03045 ist die Erfüllung einer Mindestanzahl der folgenden Kriterien durch die Praxis im aktuellen Quartal in Behandlungsfällen gemäß Nr. 10 der Präambel 3.1, in denen ein Arzt gemäß Nr. 1 der Präambel 3.1 vertragsärztliche Leistungen durchführt und berechnet. Die Gebührenordnungspositionen 03041, 03042 und 03044 bis 03048 werden durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.

Nr.	Kriterium
1	Durchführung von mindestens 5 % an Leistungen gemäß den Gebührenordnungspositionen 01410, 01411, 01412, 01413, 01415, 01721, 03062, 03063, 38100 und/oder 38105 im Verhältnis zu allen Behandlungsfällen gemäß Nr. 10 der Präambel 3.1
2	Durchführung von mindestens 12 % an Leistungen gemäß den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 3.2.4, 3.2.5 (einschl. Höchstwerte), 30980, 30984 und/oder des Abschnittes 37.3 im Verhältnis zu allen Behandlungsfällen gemäß Nr. 10 der Präambel 3.1
3	Durchführung von mindestens 1 % an Leistungen gemäß den Gebührenordnungspositionen des Abschnittes 37.2 im Verhältnis zu allen Behandlungsfällen gemäß Nr. 10 der Präambel 3.1
4	Durchführung von mindestens 7 % im 1., 2. und 3. Quartal des Kalenderjahres bzw. von mindestens 25 % im 4. Quartal des Kalenderjahres an Leistungen gemäß der Anlage 1 der Schutzimpfungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses im Verhältnis zu allen Behandlungsfällen gemäß Nr. 10 der Präambel 3.1
5	Durchführung von mindestens 3 % an Leistungen gemäß den Gebührenordnungspositionen 02300, 02301, 02302, 02310, 02311, 02312, 02313 (einschl. Höchstwerte) und/oder 31600 im Verhältnis zu allen Behandlungsfällen gemäß Nr. 10 der Präambel 3.1
6	Durchführung von mindestens 2 % an Leistungen gemäß den Gebührenordnungspositionen 33012 und/oder 33042 im Verhältnis zu allen Behandlungsfällen gemäß Nr. 10 der Präambel 3.1
7	Durchführung von mindestens 3 % an Leistungen gemäß den Gebührenordnungspositionen 03241, 03321, 03322, 03324 und/oder 03330 im Verhältnis zu allen Behandlungsfällen gemäß Nr. 10 der Präambel 3.1
8	Durchführung von mindestens 1 % an Leistungen gemäß der Gebührenordnungsposition 01450 im Verhältnis zu allen Behandlungsfällen gemäß Nr. 10 der Präambel 3.1
9	Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit in fachgleichen (Teil)-Berufsausübungsgemeinschaften zwischen Ärzten gemäß Nr. 1 der Präambel 3.1 oder in fachgleichen Praxen von Ärzten gemäß Nr. 1 der Präambel 3.1 mit angestelltem/n Arzt/Ärzten und/oder Regelmäßige Teilnahme an Qualitätszirkeln gemäß Nr. 4 der Qualitätssicherungs-Richtlinien der KBV gemäß § 75 Abs. 7 SGB V

Nr.	Kriterium
10	Angebot von mindestens 14-täglich stattfindenden Sprechstunden gemäß § 17 Absatz 1a Satz 2 BMV-Ä - nach 15 Uhr am Mittwoch und/oder - nach 15 Uhr am Freitag und/oder - nach 19 Uhr an mindestens einem Werktag und/oder - vor 8 Uhr an mindestens einem Werktag Für die Erfüllung dieses Kriteriums muss die Dauer einer Sprechstunde in den genannten Zeitfenstern mindestens 60 Minuten umfassen. Die Meldung des Sprechstundenangebotes an die zuständige Kassenärztliche Vereinigung erfolgt nach den Vorgaben gemäß § 17 Absatz 1 Satz 6 BMV-Ä.

03040 **Zusatzpauschale zu den Gebührenordnungspositionen 03000 und 03030 für die Vorhaltung der zur Erfüllung von Aufgaben der hausärztlichen Grundversorgung notwendigen Strukturen gemäß § 87 Abs. 2q SGB V (Vorhaltepauschale),** 16,31 € 128 Punkte

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 03040 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.
Bei der Nebeneinanderberechnung der Gebührenordnungsposition 03040 und der Gebührenordnungsposition 03030 in demselben Behandlungsfall ist ein Abschlag in Höhe von 50 % auf die Gebührenordnungsposition 03040 vorzunehmen. Bei zweimaliger Berechnung der Gebührenordnungsposition 03030 im Behandlungsfall neben der Gebührenordnungsposition 03040 ist kein Abschlag auf die Gebührenordnungsposition 03040 vorzunehmen.
Neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 1.2 ist für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 03040 in demselben Behandlungsfall mindestens ein weiterer persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt bzw. Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde außerhalb des organisierten Not(-fall)dienstes gemäß der Gebührenordnungsposition 03000 notwendig.
Die Gebührenordnungsposition 03040 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen der "Onkologie-Vereinbarung" (Anlage 7 des Bundesmantelvertrags-Ärzte (BMV-Ä)) berechnungsfähig. Diese Ausschlüsse finden in versorgungsbereichsübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten keine Anwendung, sofern diese Leistungen von Vertragsärzten des fachärztlichen Versorgungsbereiches durchgeführt werden.
Die Gebührenordnungsposition 03040 ist im Behandlungsfall nicht neben Leistungen gemäß § 6 (Abgrenzungen der fachärztlichen Versorgung) Anlage 5 des Bundesmantelvertrags-Ärzte (BMV-Ä) berechnungsfähig.

Diese Ausschlüsse finden in versorgungsbereichsübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten keine Anwendung, sofern diese Leistungen von Vertragsärzten des fachärztlichen Versorgungsbereiches durchgeführt werden.
Bei Praxen mit weniger als 400 Behandlungsfällen je Arzt gemäß Nr. 10 der Präambel 3.1, in denen ein Arzt gemäß Nr. 1 der Präambel 3.1 vertragsärztliche Leistungen durchführt und berechnet (Behandlungsfälle der Praxis gemäß Nr. 10 der Präambel 3.1, in denen ein Arzt gemäß Nr. 1 der Präambel 3.1 vertragsärztliche Leistungen durchführt und berechnet, dividiert durch Anzahl der Ärzte gemäß Nr. 1 der Präambel 3.1), ist ein Abschlag in Höhe von 13 Punkten auf die Gebührenordnungsposition 03040 vorzunehmen. Bei Praxen mit mehr als 1200 Behandlungsfällen je Arzt gemäß Nr. 10 der Präambel 3.1, in denen ein Arzt gemäß Nr. 1 der Präambel 3.1 vertragsärztliche Leistungen durchführt und berechnet, ist ein Aufschlag in Höhe von 9 Punkten auf die Gebührenordnungsposition 03040 vorzunehmen. Für die Bestimmung der Anzahl der Ärzte gemäß Nr. 1 der Präambel 3.1 ist der Umfang der Tätigkeit laut Zulassungs- bzw. Genehmigungsbescheid zu berücksichtigen.
Bei Praxen mit weniger als 10 Leistungen gemäß der Anlage 1 der Schutzimpfungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses in Behandlungsfällen gemäß Nr. 10 der Präambel 3.1 ist ein Abschlag in Höhe von 40 % auf die Gebührenordnungsposition 03040 vorzunehmen. Hiervon abweichend erfolgt für Praxen, in denen Ärzte gemäß Präambel 3.1 Nr. 1 bei mehr als 20 % der Patienten (Behandlungsfälle der Praxis gemäß Nr. 10 der Präambel 3.1, in denen ein Arzt gemäß Nr. 1 der Präambel 3.1 vertragsärztliche Leistungen durchführt und berechnet) spezialisierte diabetologische Behandlungen (diabetologische Schwerpunktpraxen) oder spezialisierte Behandlungen von an HIV-/AIDS-erkrankten Patienten gemäß Abschnitt 30.10 (HIV-Schwerpunktpraxen) oder substitutionsgestützte Behandlungen Opioidabhängiger gemäß Abschnitt 1.8 (Substitutionspraxen) durchführen, kein Abschlag.
Die Gebührenordnungsposition 03040 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35111 bis 35113, 35120, 35130, 35131, 35140 bis 35142, 35150 bis 35152, 35163 bis 35169 und 35173 bis 35179 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 30.5, 30.7, 30.9 und 35.2 berechnungsfähig.
Diese Ausschlüsse finden in versorgungsbereichsübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten keine Anwendung, sofern diese Leistungen von Vertragsärzten des fachärztlichen Versorgungsbereiches durchgeführt werden.
Die Gebührenordnungsposition 03040 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 03043 berechnungsfähig.

Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 03040 gemäß der achten Bestimmung zum Abschnitt 3.2.1.2 für die Erfüllung der zusätzlichen Kriterien gemäß § 87 Abs. 2q Satz 3 SGB V,

einmal im Behandlungsfall

03041	bei Erfüllung von mindestens 2 und weniger als 8 Kriterien	1,27 € 10 Punkte
03042	bei Erfüllung von mindestens 8 Kriterien	3,82 € 30 Punkte

Für Praxen, in denen Ärzte gemäß Präambel 3.1 Nr. 1 bei mehr als 20 % der Patienten (Behandlungsfälle der Praxis gemäß Nr. 10 der Präambel 3.1, in denen ein Arzt gemäß Nr. 1 der Präambel 3.1 vertragsärztliche Leistungen durchführt und berechnet) spezialisierte diabetologische Behandlungen (diabetologische Schwerpunktpraxen) oder spezialisierte Behandlungen von an HIV-/AIDS-erkrankten Patienten gemäß Abschnitt 30.10 (HIV-Schwerpunktpraxen) oder substitutionsgestützte Behandlungen Opioidabhängiger gemäß Abschnitt 1.8 (Substitutionspraxen) durchführen, ist die Gebührenordnungsposition 03041 ohne die Erfüllung einer Mindestanzahl von Kriterien berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 03041 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 03042 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 03042 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 03041 berechnungsfähig.

03043	**Zusatzpauschale zur Gebührenordnungsposition 03100 für die Vorhaltung der zur Erfüllung von Aufgaben der hausärztlichen Grundversorgung notwendigen Strukturen gemäß § 87 Abs. 2q SGB V (Vorhaltepauschale bei Patienten mit Versorgungspauschale),** einmal im Behandlungsfall, höchstens zweimal im Krankheitsfall	22,81 € 179 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 03043 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.
Neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 1.2 ist für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 03043 in demselben Behandlungsfall mindestens ein weiterer persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt bzw. Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde außerhalb des organisierten Not(-fall)dienstes gemäß der Gebührenordnungsposition 03100 notwendig.
Die Gebührenordnungspositionen der "Onkologie-Vereinbarung" (Anlage 7 des Bundesmantelvertrags-Ärzte (BMV-Ä)), die Leistungen gemäß § 6 (Abgrenzungen der fachärztlichen Versorgung) Anlage 5 des Bundesmantelvertrags-Ärzte (BMV-Ä) und die Gebührenordnungspositionen 35111 bis 35113, 35120, 35130, 35131, 35140 bis 35142, 35150 bis 35152, 35163 bis 35169 und 35173 bis 35179 sowie die Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 30.5, 30.7, 30.9 und 35.2 sind im Quartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03043 und im Folgequartal für die Behandlung desselben Patienten von derselben Vertragsarztpraxis, die die Gebührenordnungsposition 03100 berechnet hat, nicht berechnungsfähig. Diese Ausschlüsse finden in versorgungsbereichsübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften,

Medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten keine Anwendung, sofern diese Leistungen von Vertragsärzten des fachärztlichen Versorgungsbereiches durchgeführt und berechnet werden.
Bei Praxen mit weniger als 400 Behandlungsfällen je Arzt gemäß Nr. 10 der Präambel 3.1, in denen ein Arzt gemäß Nr. 1 der Präambel 3.1 vertragsärztliche Leistungen durchführt und berechnet (Behandlungsfälle der Praxis gemäß Nr. 10 der Präambel 3.1, in denen ein Arzt gemäß Nr. 1 der Präambel 3.1 vertragsärztliche Leistungen durchführt und berechnet, dividiert durch Anzahl der Ärzte gemäß Nr. 1 der Präambel 3.1), ist ein Abschlag in Höhe von 18 Punkten auf die Gebührenordnungsposition 03043 vorzunehmen. Bei Praxen mit mehr als 1200 Behandlungsfällen je Arzt gemäß Nr. 10 der Präambel 3.1, in denen ein Arzt gemäß Nr. 1 der Präambel 3.1 vertragsärztliche Leistungen durchführt und berechnet, ist ein Aufschlag in Höhe von 13 Punkten auf die Gebührenordnungsposition 03043 vorzunehmen. Für die Bestimmung der Anzahl der Ärzte gemäß Nr. 1 der Präambel 3.1 ist der Umfang der Tätigkeit laut Zulassungs- bzw. Genehmigungsbescheid zu berücksichtigen.
Bei Praxen mit weniger als 10 Leistungen gemäß der Anlage 1 der Schutzimpfungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses in Behandlungsfällen gemäß Nr. 10 der Präambel 3.1 ist ein Abschlag in Höhe von 40 % auf die Gebührenordnungsposition 03043 vorzunehmen. Hiervon abweichend erfolgt für Praxen, in denen Ärzte gemäß Präambel 3.1 Nr. 1 bei mehr als 20 % der Patienten (Behandlungsfälle der Praxis gemäß Nr. 10 der Präambel 3.1, in denen ein Arzt gemäß Nr. 1 der Präambel 3.1 vertragsärztliche Leistungen durchführt und berechnet) spezialisierte diabetologische Behandlungen (diabetologische Schwerpunktpraxen) oder spezialisierte Behandlungen von an HIV-/AIDS-erkrankten Patienten gemäß Abschnitt 30.10 (HIV-Schwerpunktpraxen) oder substitutionsgestützte Behandlungen Opioidabhängiger gemäß Abschnitt 1.8 (Substitutionspraxen) durchführen, kein Abschlag.
Die Gebührenordnungsposition 03043 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 03040 berechnungsfähig.

Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 03043 gemäß der achten Bestimmung zum Abschnitt 3.2.1.2 für die Erfüllung der zusätzlichen Kriterien gemäß § 87 Abs. 2q Satz 3 SGB V,

einmal im Behandlungsfall, höchstens zweimal im Krankheitsfall

03044	bei Erfüllung von mindestens 2 und weniger als 8 Kriterien	1,78 € 14 Punkte
03045	bei Erfüllung von mindestens 8 Kriterien	5,35 € 42 Punkte

Für Praxen, in denen Ärzte gemäß Präambel 3.1 Nr. 1 bei mehr als 20 % der Patienten (Behandlungsfälle der Praxis gemäß Nr. 10 der Präambel 3.1, in denen ein Arzt

gemäß Nr. 1 der Präambel 3.1 vertragsärztliche Leistungen durchführt und berechnet) spezialisierte diabetologische Behandlungen (diabetologische Schwerpunktpraxen) oder spezialisierte Behandlungen von an HIV-/AIDS-erkrankten Patienten gemäß Abschnitt 30.10 (HIV-Schwerpunktpraxen) oder substitutionsgestützte Behandlungen Opioidabhängiger gemäß Abschnitt 1.8 (Substitutionspraxen) durchführen, ist die Gebührenordnungsposition 03044 ohne die Erfüllung einer Mindestanzahl von Kriterien berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 03044 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 03045 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 03045 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 03044 berechnungsfähig.

03046 **Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 03110 im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03043,** 9,81 € 77 Punkte
einmal im Behandlungsfall

03047 **Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 03046 im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03044,** 0,76 € 6 Punkte
einmal im Behandlungsfall

03048 **Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 03046 im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03045,** 2,29 € 18 Punkte
einmal im Behandlungsfall

03060 **Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 03040 und 03043** 2,80 € 22 Punkte
Obligater Leistungsinhalt
- Unterstützung der hausärztlichen Versorgung durch qualifizierte nichtärztliche Praxisassistenten gemäß Anlage 8 und/oder Anlage 24 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä),

Fakultativer Leistungsinhalt
- Unterstützung bei der Betreuung von Patienten,
- Unterstützung bei der Koordination diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen, insbesondere auch mit anderen behandelnden Ärzten, nichtärztlichen Hilfen und flankierenden Diensten,
- Information und Beratung von Patienten, Angehörigen und Bezugspersonen,

je Behandlungsfall gemäß Präambel 3.1 Nr. 10

Der Höchstwert für die Gebührenordnungspositionen 03060 und 03061 beträgt insgesamt je Praxis 23.800 Punkte im Quartal.
Sofern Fälle der tatsächlichen Inanspruchnahmen einer Arztpraxis gemäß Präambel 3.1 Nr. 11 mit in die Fallzählung einfließen, reduziert sich der Höchstwert für die Gebührenordnungspositionen 03060 und 03061 um 34 Punkte je Fall gemäß Präambel 3.1 Nr. 11, jedoch auf nicht weniger als 0 Punkte.

Die Gebührenordnungsposition 03060 wird entsprechend der Erklärung der Praxis durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung bis zum Höchstwert zugesetzt.
Bei Berechnung der Gebührenordnungsposition 03060 als Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 03043 ist ein Aufschlag in Höhe von 9 Punkten vorzunehmen.

03061 **Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 03060,** 1,53 €
je Behandlungsfall gemäß Präambel 3.1 Nr. 10 12 Punkte

Der Höchstwert für die Gebührenordnungspositionen 03060 und 03061 beträgt insgesamt je Praxis 23.800 Punkte im Quartal.
Sofern Fälle der tatsächlichen Inanspruchnahmen einer Arztpraxis gemäß Präambel 3.1 Nr. 11 mit in die Fallzählung einfließen, reduziert sich der Höchstwert für die Gebührenordnungspositionen 03060 und 03061 um 34 Punkte je Fall gemäß Präambel 3.1 Nr. 11, jedoch auf nicht weniger als 0 Punkte.
Die Gebührenordnungsposition 03061 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung bis zum Höchstwert zugesetzt.
Bei Berechnung der Gebührenordnungsposition 03061 als Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 03060 in Verbindung mit der Gebührenordnungsposition 03043 ist ein Aufschlag in Höhe von 5 Punkten vorzunehmen.

03062 **Gebührenordnungsposition einschl. Wegekosten** - entfernungsunabhängig - **für ärztlich angeordnete Hilfeleistungen anderer Personen** nach § 28 Abs. 1 Satz 2 SGB V, die in der Häuslichkeit der Patienten in Abwesenheit des Arztes erbracht werden, wenn die Voraussetzungen des § 3 der Anlage 8 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) vorliegen 21,15 € 166 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher nichtärztlicher Praxisassistent-Patienten-Kontakt,
- Aufsuchen eines Patienten zum Zweck der Versorgung
  - in der Häuslichkeit
  und/oder
  - in Alten- oder Pflegeheimen
  und/oder
  - in anderen beschützenden Einrichtungen

und/oder

- Aufsuchen eines Patienten zum Zweck der postoperativen Versorgung im Rahmen der Gebührenordnungsposition 31600 (1. Besuch),
- Dokumentation gemäß Nr. 5 der Präambel des Abschnitts 3.2.1.2,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Leistungen gemäß § 5 Abs. 1 der Anlage 8 zum BMV-Ä,
- In Anhang 1 Spalte VP aufgeführte Leistungen,

je Sitzung

Der mit dem gesonderten Aufsuchen beauftragte nichtärztliche Praxisassistent darf nur Leistungen erbringen, die vom Arzt im Einzelfall angeordnet worden sind.
Die Gebührenordnungsposition 03062 ist in begründetem Einzelfall neben Besuchen nach den Gebührenordnungspositionen 01410 bis 01413, 01415 und 01418 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 03062 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03063, 37535 und 37635 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 03062 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 38100 und 38105 berechnungsfähig.

03063 **Gebührenordnungsposition einschl. Wegekosten** - entfernungsunabhängig - **für ärztlich angeordnete Hilfeleistungen anderer Personen** nach § 28 Abs. 1 Satz 2 SGB V, die in der Häuslichkeit der Patienten in Abwesenheit des Arztes erbracht werden, für einen weiteren Patienten in derselben sozialen Gemeinschaft und/oder für Patienten im Rahmen der weiteren postoperativen Behandlung gemäß der Gebührenordnungsposition 31600 bei Vorliegen der Voraussetzungen des § 3 der Anlage 8 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä)

15,54 €
122 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher nichtärztlicher Praxisassistent-Patienten-Kontakt,
- Aufsuchen eines weiteren Patienten in derselben sozialen Gemeinschaft (z. B. Familie) zum Zweck der Versorgung
  - in der Häuslichkeit
  und/oder
  - in Alten- oder Pflegeheimen
  und/oder
  - in anderen beschützenden Einrichtungen

und/oder

- Aufsuchen eines Patienten zum Zweck der weiteren postoperativen Versorgung im Rahmen der Gebührenordnungsposition 31600 (ab dem 2. Besuch),
- Dokumentation gemäß Nr. 5 der Präambel des Abschnitts 3.2.1.2,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Leistungen gemäß § 5 Abs. 1 der Anlage 8 zum BMV-Ä,
- In Anhang 1 Spalte VP aufgeführte Leistungen,

je Sitzung

Der mit dem gesonderten Aufsuchen beauftragte nichtärztliche Praxisassistent darf nur Leistungen erbringen, die vom Arzt im Einzelfall angeordnet worden sind.
Die Gebührenordnungsposition 03063 ist in begründetem Einzelfall neben Besuchen nach den Gebührenordnungspositionen 01410 bis 01413, 01415 und 01418 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 03063 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03062, 37535 und 37635 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 03063 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 38100 und 38105 berechnungsfähig.

03064 **Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 03062** 2,55 €
20 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 03064 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.

03065 **Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 03063** 1,78 €
14 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 03065 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.

3.2.2 Chronikerpauschalen, Gesprächsleistung

Die Gebührenordnungspositionen 03220 bis 03222 sind nur bei Patienten berechnungsfähig, die folgende Kriterien erfüllen:
- Vorliegen mindestens einer lang andauernden, lebensverändernden Erkrankung,
- Notwendigkeit einer kontinuierlichen ärztlichen Behandlung und Betreuung.

Eine kontinuierliche ärztliche Behandlung liegt vor, wenn im Zeitraum der letzten vier Quartale unter Einschluss des aktuellen Quartals wegen derselben gesicherten chronischen Erkrankung(en) jeweils mindestens ein Arzt-Patienten-Kontakt gemäß 4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen pro Quartal in mindestens drei Quartalen in derselben Praxis stattgefunden hat. Hierbei müssen in mindestens zwei Quartalen persönliche Arzt-Patienten-Kontakte stattgefunden haben, wobei davon ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt auch als Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä erfolgen kann. Die Gebührenordnungspositionen 03220 bis 03222 können bei Neugeborenen und Säuglingen auch ohne die Voraussetzung der kontinuierlichen ärztlichen Behandlung berechnet werden. Eine kontinuierliche ärztliche Behandlung liegt auch vor, wenn der Patient mit mindestens einer lebensverändernden chronischen Erkrankung seinen ihn betreuenden Hausarzt gewechselt hat. In diesem Fall muss der die hausärztliche Betreuung übernehmende Hausarzt die bei einem anderen Hausarzt stattgefundenen Arzt-Patienten-Kontakte dokumentieren. Die Dokumentation ist mit der Abrechnung mittels einer kodierten Zusatznummer nachzuweisen. Eine kontinuierliche ärztliche Behandlung liegt auch vor, wenn zwei Quartale vor dem aktuellen Quartal wegen derselben gesicherten chronischen Erkrankung die Gebührenordnungsposition 03100 berechnet wurde.

03220 **Zuschlag zu der Versichertenpauschale nach der Gebührenordnungsposition 03000 für die Behandlung und Betreuung eines Patienten mit mindestens einer lebensverändernden chronischen Erkrankung** 16,56 € 130 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Fortlaufende Beratung hinsichtlich Verlauf und Behandlung der chronischen Erkrankung(en),
- Leitliniengestützte Behandlung der chronischen Erkrankung(en),
- Anleitung zum Umgang mit der/den chronischen Erkrankung(en),
- Koordination ärztlicher und/oder pflegerischer Maßnahmen im Zusammenhang mit der Behandlung der chronischen Erkrankung(en),
- Erstellung und ggf. Aktualisierung eines Medikationsplans und ggf. Anpassung der Selbstmedikation und der Arzneimittelhandhabung,
- Überprüfung und fortlaufende Kontrolle der Arzneimitteltherapie mit dem Ziel des wirtschaftlichen und versorgungsgerechten Umgangs mit Arzneimitteln,

einmal im Behandlungsfall

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 03220 setzt die Angabe der gesicherten Diagnose(n) der chronischen Erkrankung(en) gemäß ICD-10-GM voraus.
Die Gebührenordnungsposition 03220 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen der "Onkologie-Vereinbarung" (Anlage 7 des Bundesmantelvertrags-Ärzte (BMV-Ä)) berechnungsfähig. Diese Ausschlüsse finden in versorgungsbereichsübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten keine Anwendung, sofern diese Leistungen von Vertragsärzten des fachärztlichen Versorgungsbereiches erbracht werden.
Die Gebührenordnungsposition 03220 ist im Behandlungsfall nicht neben Leistungen gemäß § 6 (Abgrenzungen der fachärztlichen Versorgung) Anlage 5 des Bundesmantelvertrags-Ärzte (BMV-Ä) berechnungsfähig. Diese Ausschlüsse finden in versorgungsbereichsübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten keine Anwendung, sofern diese Leistungen von Vertragsärzten des fachärztlichen Versorgungsbereiches erbracht werden.
Die Gebührenordnungsposition 03220 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35111 bis 35113, 35120, 35130, 35131, 35140 bis 35142 und 35150 bis 35152, 35163 bis 35169 und 35173 bis 35179 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 30.5, 30.7, 30.9 und 35.2 berechnungsfähig. Diese Ausschlüsse finden in versorgungsbereichsübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten keine Anwendung, sofern diese

Leistungen von Vertragsärzten des fachärztlichen Versorgungsbereiches erbracht werden.
Bei Berechnung der Gebührenordnungsposition 03100 durch eine Vertragsarztpraxis kann die Gebührenordnungsposition 03220 im Laufe desselben Quartals und im Folgequartal durch keine andere Vertragsarztpraxis berechnet werden.
Die Gebührenordnungsposition 03220 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03370 bis 03373, 37300, 37302, 37305, 37306, 37711, 37800 und 37802 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 03220 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01630 und 32779 berechnungsfähig.

03221 **Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 03220 für die intensive Behandlung und Betreuung eines Patienten mit mindestens einer lebensverändernden chronischen Erkrankung** — 5,10 € / 40 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Mindestens zwei persönliche Arzt-Patienten-Kontakte,
- Überprüfung und/oder Anpassung und/oder Einleitung von Maßnahmen der leitliniengestützten Behandlung der chronischen Erkrankung(en),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Fortlaufende Beratung hinsichtlich Verlauf und Behandlung der chronischen Erkrankung(en),
- Anleitung zum Umgang mit der/den chronischen Erkrankung(en),
- Koordination ärztlicher und/oder pflegerischer Maßnahmen im Zusammenhang mit der Behandlung der chronischen Erkrankung(en),
- Erstellung und ggf. Aktualisierung eines Medikationsplans und ggf. Anpassung der Selbstmedikation und der Arzneimittelhandhabung,
- Überprüfung und fortlaufende Kontrolle der Arzneimitteltherapie mit dem Ziel des wirtschaftlichen und versorgungsgerechten Umgangs mit Arzneimitteln,

einmal im Behandlungsfall

Bei Berechnung der Gebührenordnungsposition 03100 durch eine Vertragsarztpraxis kann die Gebührenordnungsposition 03221 im Laufe desselben Quartals und im Folgequartal durch keine andere Vertragsarztpraxis berechnet werden.
Die Gebührenordnungsposition 03221 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01630 und 32779 berechnungsfähig.

03222 **Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 03220,** — 1,27 € / 10 Punkte

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 03222 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.
Die Gebührenordnungsposition 03222 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01630 und 03362 berechnungsfähig.

03230 **Problemorientiertes ärztliches Gespräch, das aufgrund von Art und Schwere der Erkrankung erforderlich ist** 16,31 € 128 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Gespräch von mindestens 10 Minuten Dauer,
- mit einem Patienten

und/oder

- einer Bezugsperson,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Beratung und Erörterung zu den therapeutischen, familiären, sozialen oder beruflichen Auswirkungen und deren Bewältigung im Zusammenhang mit der/den Erkrankung(en), die aufgrund von Art und Schwere das Gespräch erforderlich macht (machen),

je vollendete 10 Minuten

Die Gebührenordnungsposition 03230 ist auch bei Durchführung der Leistung im Rahmen einer Videosprechstunde berechnungsfähig und dies durch Angabe einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung zu dokumentieren. Für die Abrechnung gelten die Anforderungen gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä entsprechend.
Die Gebührenordnungsposition 03230 ist im Notfall und im organisierten Not(-fall)dienst nicht berechnungsfähig.
Bei der Nebeneinanderberechnung diagnostischer bzw. therapeutischer Gebührenordnungspositionen und der Gebührenordnungsposition 03230 ist eine mindestens 10 Minuten längere Arzt-Patienten-Kontaktzeit als in den entsprechenden Gebührenordnungspositionen angegeben Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 03230.
Die Gebührenordnungsposition 03230 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03370, 03372, 03373, 35100, 35110, 35150 bis 35152, 35163 bis 35169, 35173 bis 35179, 37300, 37302, 37305, 37306 und 37711 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 35.2.1 und 35.2.2 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 03230 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 30700 berechnungsfähig.

3.2.3 Besondere Leistungen

1. Die Gebührenordnungsposition 03355 ist nur von Fachärzten für Allgemeinmedizin und Fachärzten für Innere Medizin jeweils mit der Zusatzweiterbildung „Diabetologie“ oder der Qualifikation „Diabetologie Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG)“ berechnungsfähig.
2. Die Gebührenordnungspositionen 03325 und 03326 sind nur von Ärzten gemäß Präambel 3.1 Nr. 1 berechnungsfähig, die Patienten im Rahmen des Telemonitoring Herzinsuffizienz gemäß Nr. 37 Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses als primär behandelnder Arzt (PBA) behandeln.

03241 **Computergestützte Auswertung eines kontinuierlich aufgezeichneten Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden Dauer** — 10,96 € / 86 Punkte

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 03241 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Vereinbarung zur Durchführung von Langzeitelektrokardiographischen Untersuchungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.
Die Gebührenordnungsposition 03241 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13253 und 27323 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 03241 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13250 und 13545 berechnungsfähig.

03242 **Testverfahren bei Demenzverdacht** — 2,93 € / 23 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

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

bis zu dreimal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 03242 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 01613 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 03242 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 03360 berechnungsfähig.

03321 **Belastungs-Elektrokardiographie (Belastungs-EKG)** — 25,23 € / 198 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Untersuchung in Ruhe und nach Belastung mit mindestens 12 Ableitungen sowie während physikalisch definierter und reproduzierbarer Belastung mit mindestens 3 Ableitungen und fortlaufender Kontrolle des Kurvenverlaufes,
- Wiederholte Blutdruckmessung

Die Gebührenordnungsposition 03321 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13251, 17330 und 17332 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 03321 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13250, 13545 und 27321 berechnungsfähig.

03322 **Aufzeichnung eines Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden Dauer** — 6,12 € / 48 Punkte

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 03322 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Vereinbarung zur Durchführung von Langzeitelektrokardiographischen Untersuchungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.
Die Gebührenordnungsposition 03322 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13252 und 27322 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 03322 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13250 und 13545 berechnungsfähig.

03324 **Langzeit-Blutdruckmessung** 7,26 €
57 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Automatisierte Aufzeichnung von mindestens 20 Stunden Dauer,
- Computergestützte Auswertung,
- Aufzeichnung der Blutdruckwerte mindestens alle 15 Minuten während der Wach- und mindestens alle 30 Minuten während der Schlafphase mit gleichzeitiger Registrierung der Herzfrequenz,
- Auswertung und Beurteilung des Befundes

Die Gebührenordnungsposition 03324 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13254 und 27324 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 03324 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13250 und 13545 berechnungsfähig.

03325 **Indikationsstellung zur Überwachung eines Patienten im Rahmen des Telemonitoring bei Herzinsuffizienz gemäß Nr. 37 Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses** 8,28 €
65 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Aufklärung und Beratung zur Teilnahme am Telemonitoring bei Herzinsuffizienz,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Schriftliche Übermittlung medizinisch relevanter Informationen an das Telemedizinische Zentrum (z. B. Medikation, anamnestische Daten, Vorliegen der Indikationsvoraussetzungen),

je vollendete 5 Minuten, höchstens dreimal im Krankheitsfall

Die Gebührenordnungsposition 03325 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01481, 04325 und 13578 berechnungsfähig.

03326 **Zusatzpauschale für die Betreuung eines Patienten im Rahmen des Telemonitoring bei Herzinsuffizienz gemäß Nr. 37 Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses** 16,31 €
128 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Kommunikation mit dem verantwortlichen Telemedizinischen Zentrum (TMZ),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Bestätigung eingehender Warnmeldungen an das TMZ innerhalb von 48 Stunden,
- Information des TMZ über ergriffene Maßnahmen,
- Telefonische Kontaktaufnahme mit dem Patienten,

- Überprüfung der Indikation zur Überwachung eines Patienten im Rahmen des Telemonitoring bei Herzinsuffizienz,

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 03326 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01481, 04326 und 13579 berechnungsfähig.

03330 **Spirographische Untersuchung** 6,75 €
53 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Darstellung der Flussvolumenkurve,
- In- und exspiratorische Messungen,
- Graphische Registrierung

Die Gebührenordnungsposition 03330 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13255 und 27330 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 03330 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 31013 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 03330 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 13250 berechnungsfähig.

03331 **Prokto-/Rektoskopischer Untersuchungskomplex** 11,98 €
94 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Rektale Untersuchung,
- Proktoskopie

und/oder

- Rektoskopie,
- Patientenaufklärung,
- Information zum Ablauf der vorbereitenden Maßnahmen vor dem Eingriff und zu einer möglichen Sedierung und/oder Prämedikation,
- Nachbeobachtung und -betreuung

Fakultativer Leistungsinhalt

- Prämedikation/Sedierung

Die Gebührenordnungsposition 03331 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 04516, 08333, 13257 und 30600 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 03331 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 13250 berechnungsfähig.

03335 **Orientierende audiometrische Untersuchung nach vorausgegangener, dokumentierter, auffälliger Hörprüfung** 11,47 €
90 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

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

Fakultativer Leistungsinhalt

- Otoskopie,

- Kontinuierliche Frequenzänderung

Die Gebührenordnungsposition 03335 ist nur berechnungsfähig bei Verwendung eines entsprechend dem Medizinprodukterecht-Durchführungsgesetz i. V. m. der europäischen Medizinprodukteverordnung zugelassenen Audiometers mit mindestens einmal jährlich durchgeführter messtechnischer Kontrolle gemäß § 15 der Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV) durch einen zugelassenen Wartungsdienst entsprechend der MPBetreibV. Der Vertragsarzt hat in einer der Quartalsabrechnung beizufügenden Erklärung zu bestätigen, dass die Wartung durchgeführt wurde.
Entgegen Nr. 4.3.2 der Allgemeinen Bestimmungen kann die Gebührenordnungsposition 03335 auch dann berechnet werden, wenn durch die Arztpraxis die kontinuierliche Frequenzänderung nicht vorgehalten wird.
Die Gebührenordnungsposition 03335 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01718, 03351 und 03352 berechnungsfähig.

03350 **Orientierende entwicklungsneurologische Untersuchung** eines Neugeborenen, Säuglings, Kleinkindes oder Kindes — 15,67 € / 123 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

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

Vertragsärzte des Hausärztlichen Versorgungsbereiches können die Gebührenordnungsposition 03350 berechnen, wenn sie nachweisen, dass sie diese Leistungen bereits vor dem 31.12.2002 abgerechnet haben und/oder über eine mindestens einjährige pädiatrische Weiterbildung verfügen.
Die Gebührenordnungsposition 03350 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01711 bis 01719, 01723, 03352 und 35142 berechnungsfähig.

03351 **Orientierende Untersuchung der Sprachentwicklung** eines Säuglings, Kleinkindes, Kindes oder Jugendlichen — 21,66 € / 170 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

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

Fakultativer Leistungsinhalt

- Orientierende audiometrische Untersuchung entsprechend der Leistung nach der Nr. 03335,

einmal im Behandlungsfall

Vertragsärzte des hausärztlichen Versorgungsbereiches können die Gebührenordnungsposition 03351 berechnen, wenn sie nachweisen, dass sie diese Leistungen bereits vor dem 31.12.2002 abgerechnet

haben und/oder über eine mindestens einjährige pädiatrische Weiterbildung verfügen.
Die Gebührenordnungsposition 03351 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01711 bis 01720, 01723, 03335 und 03352 berechnungsfähig.

03352 **Zuschlag** zu den Gebührenordnungspositionen 01712 bis 01720 und 01723 für die Erbringung des Inhalts der Gebührenordnungspositionen 03350 und/oder 03351 bei pathologischem Ergebnis einer Kinderfrüherkennungs- bzw. Jugendgesundheitsuntersuchung — 9,68 € / 76 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 03352 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03335, 03350 und 03351 berechnungsfähig.

03355 **Anleitung zur Selbstanwendung eines Real-Time-Messgerätes zur kontinuierlichen interstitiellen Glukosemessung (rtCGM)** — 9,17 € / 72 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Anleitung eines Patienten und/oder einer Bezugsperson zur Selbstanwendung eines rtCGM gemäß § 3 Nr. 3 der Nr. 20 der Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses von mindestens 10 Minuten Dauer,

je vollendete 10 Minuten

Die Gebührenordnungsposition 03355 ist je rtCGM-System in höchstens zwei aufeinanderfolgenden Quartalen höchstens 7-mal im Krankheitsfall berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 03355 ist ausschließlich im Zusammenhang mit der ersten Verordnung eines oder dem Umstieg auf ein anderes rtCGM-System berechnungsfähig.

3.2.4 Hausärztliche geriatrische Versorgung

1. Die Gebührenordnungspositionen 03360 und 03362 sind nur bei Patienten berechnungsfähig, die aufgrund ihrer Krankheitsverläufe einen geriatrischen Versorgungsbedarf aufweisen und folgende Kriterien erfüllen:
   - Höheres Lebensalter (ab vollendetem 70. Lebensjahr)

   und
   - Geriatrietypische Morbidität (Patienten, bei denen mindestens ein nachfolgendes geriatrisches Syndrom dokumentiert ist) und/oder Vorliegen eines Pflegegrades
     - Multifaktoriell bedingte Mobilitätsstörung einschließlich Fallneigung und Altersschwindel,
     - Komplexe Beeinträchtigung kognitiver, emotionaler oder verhaltensbezogener Art,
     - Frailty-Syndrom (Kombinationen von unbeabsichtigtem Gewichtsverlust, körperlicher und/oder geistiger Erschöpfung, muskulärer Schwäche, verringerter Ganggeschwindigkeit und verminderter körperlicher Aktivität),

- Dysphagie,
- Inkontinenz(en),
- Therapierefraktäres chronisches Schmerzsyndrom

oder

- Vorliegen einer der folgenden Erkrankungen: F00-F02 dementielle Erkrankungen, G30 Alzheimer-Erkrankung, G20.1 Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung und G20.2 Primäres Parkinson-Syndrom mit schwerster Beeinträchtigung auch bei Patienten, die das 70. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

2. Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 03360 und 03362 setzt die Angabe eines ICD-Kodes gemäß der ICD-10-GM voraus, der den geriatrischen Versorgungsbedarf dokumentiert.

03360 **Hausärztlich-geriatrisches Basisassessment** 14,40 €
113 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Erhebung und/oder Monitoring organbezogener und übergreifender motorischer, emotioneller und kognitiver Funktionseinschränkungen,
- Beurteilung der Selbstversorgungsfähigkeiten mittels standardisierter, wissenschaftlich validierter Testverfahren (z. B. Barthel-Index, PGBA, IADL nach Lawton/Brody, geriatrisches Screening nach LACHS),
- Beurteilung der Mobilität und Sturzgefahr durch standardisierte Testverfahren (z. B. Timed "up & go", Tandem-Stand, Esslinger Sturzrisikoassessment),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Beurteilung von Hirnleistungsstörungen mittels standardisierter Testverfahren (z. B. MMST, SKT oder TFDD),
- Anleitung zur Anpassung des familiären und häuslichen Umfeldes an die ggf. vorhandene Fähigkeits- und Funktionsstörung,
- Anleitung zur Anpassung des Wohnraumes, ggf. Arbeitsplatzes,
- Abstimmung mit dem mitbehandelnden Arzt,

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 03360 ist im Krankheitsfall höchstens zweimal berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 03360 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03100, 03370 bis 03373, 30984, 37300, 37302, 37305, 37306, 37711 und 37800 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 03360 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01613 und 03242 berechnungsfähig.

03362 **Hausärztlich-geriatrischer Betreuungskomplex** 22,17 €
174 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Einleitung und/oder Koordination der Behandlung, ggf. Durchführung therapeutischer Maßnahmen zur Behandlung von geriatrischen Syndromen, z. B.

  - Stuhl- und/oder Harninkontinenz,
  - Sturz, lokomotorische Probleme (z. B. Schwindel, Gangunsicherheit),
  - Frailty-Syndrom,
  - Immobilität und verzögerte Remobilität,
  - Hemiplegiesyndrom,
  - Kognitive und neuropsychologische Störungen einschließlich Depression und Demenz,
  - Metabolische Instabilität,
- Überprüfung, ggf. Priorisierung und Anpassung aller verordneten Arzneimittel und der Selbstmedikation sowie ggf. Überprüfung der Arzneimittelhandhabung,
- Erstellung und/oder Aktualisierung eines Medikationsplans,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Verordnung und/oder Einleitung von physio- und/oder ergotherapeutischen und/oder logopädischen Maßnahmen,
- Koordination der pflegerischen Versorgung,

einmal im Behandlungsfall

Für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 03362 neben der Versichertenpauschale nach den Gebührenordnungspositionen 03000, 03030 oder 03100 ist in demselben Behandlungsfall mindestens ein weiterer persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt notwendig.
Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 03362 setzt das Vorliegen der Ergebnisse eines geriatrischen Basisassessments entsprechend den Inhalten der Gebührenordnungsposition 03360 und/oder eines weiterführenden geriatrischen Assessments nach der Gebührenordnungsposition 30984 voraus. Die Durchführung des geriatrischen Basisassessments und/oder des weiterführenden geriatrischen Assessments darf nicht länger als vier Quartale zurückliegen.
Die Gebührenordnungsposition 03362 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03100, 03370 bis 03373, 30984, 37300, 37302, 37305, 37306 und 37711 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 03362 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01630, 03222 und 37802 berechnungsfähig.

3.2.5 Palliativmedizinische Versorgung

1. Die Gebührenordnungspositionen 03370 bis 03373 sind für die Behandlung von schwerstkranken und sterbenden Patienten in jedem Alter berechnungsfähig, die an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und so weit fortgeschrittenen Erkrankung leiden, dass dadurch nach fachlicher Einschätzung des behandelnden Arztes die Lebenserwartung auf Tage, Wochen oder Monate gesunken ist. Eine Erkrankung ist nicht heilbar, wenn nach dem allgemein anerkannten Stand der Medizin Behandlungsmaßnahmen nicht zur Beseitigung dieser Erkrankung führen können. Sie ist fortschreitend, wenn ihrem Verlauf trotz medizinischer Maßnahmen nach dem allgemein anerkannten Stand der Medizin nicht nachhaltig entgegengewirkt

werden kann. Der behandelnde Arzt ist verpflichtet, in jedem Einzelfall zu überprüfen, ob eine angemessene ambulante Versorgung in der Häuslichkeit (darunter fallen auch Pflege- und Hospizeinrichtungen) möglich ist.

2. Der grundsätzliche Anspruch eines Patienten auf eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) im Sinne des § 37b SGB V wird durch das Erbringen der nachfolgenden Gebührenordnungspositionen nicht berührt.
3. Die Gebührenordnungspositionen 03371, 03372 und 03373 sind nicht bei Patienten berechnungsfähig, die eine Vollversorgung nach § 5 Abs. 2 der Richtlinie zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV) des Gemeinsamen Bundesausschusses erhalten.
4. Die Gebührenordnungspositionen 03370 bis 03373 sind nicht berechnungsfähig, wenn der behandelnde Vertragsarzt äquivalente Leistungen bei dem Patienten im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung gemäß § 37b SGB V i. V. m. § 132d Abs. 1 SGB V erbringt.

03370 **Palliativmedizinische Ersterhebung des Patientenstatus inkl. Behandlungsplan** 43,44 € 341 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Untersuchung des körperlichen und psychischen Zustandes des Patienten,
- Beratung und Aufklärung des Patienten und/oder der betreuenden Person zur Ermittlung des Patientenwillens und ggf. Erfassung des Patientenwillens,
- Erstellung und Dokumentation eines palliativmedizinischen Behandlungsplans unter Berücksichtigung des Patientenwillens,

einmal im Krankheitsfall

Die Gebührenordnungsposition 03370 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03100, 03220, 03230, 03360, 03362 und 37800 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 03370 ist im Krankheitsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 37300 berechnungsfähig.

03371 **Zuschlag zu der Versichertenpauschale 03000 oder 03100 für die palliativmedizinische Betreuung des Patienten in der Arztpraxis** 20,26 € 159 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Dauer mindestens 15 Minuten,
- Palliativmedizinische Betreuung des Patienten (z. B. Schmerztherapie, Symptomkontrolle),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Koordinierung der palliativmedizinischen und -pflegerischen Versorgung in Zusammenarbeit mit anderen spezialisierten Leistungserbringern wie z. B. Vertragsärzten, Psychotherapeuten, Pflegediensten, psychosozialen Betreuungsdiensten, Hospizen,

- Anleitung und Beratung der Betreuungs- und Bezugspersonen,

einmal im Behandlungsfall

Abweichend von Nr. 4.4.2 der Allgemeinen Bestimmungen und der Leistungslegende ist der Zuschlag nach der Gebührenordnungsposition 03371 im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03100 auch ohne Berechnung der Grundleistung nach der Gebührenordnungsposition 03100 berechnungsfähig, sofern im aktuellen Quartal ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden hat.
Die Gebührenordnungsposition 03371 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03100, 03220, 03360, 03362, 03372, 03373, 37305, 37306 und 37400 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 03371 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 37302, 37711 und 37802 berechnungsfähig.

03372 **Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 01410 oder 01413 für die palliativmedizinische Betreuung in der Häuslichkeit** 15,80 € 124 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Dauer mindestens 15 Minuten,
- Palliativmedizinische Betreuung des Patienten (z. B. Schmerztherapie, Symptomkontrolle),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Koordinierung der palliativmedizinischen und -pflegerischen Versorgung in Zusammenarbeit mit anderen spezialisierten Leistungserbringern wie z. B. Vertragsärzten, Psychotherapeuten, Pflegediensten, psychosozialen Betreuungsdiensten, Hospizen,
- Anleitung und Beratung der Betreuungs- und Bezugspersonen,

je vollendete 15 Minuten

Der Höchstwert für die Gebührenordnungsposition 03372 beträgt am Behandlungstag 620 Punkte.
Die Gebührenordnungsposition 03372 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03100, 03220, 03230, 03360, 03362, 03371, 03373, 37305, 37306 und 37400 berechnungsfähig.

03373 **Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 01411, 01412 oder 01415 für die palliativmedizinische Betreuung in der Häuslichkeit** 15,80 € 124 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Palliativmedizinische Betreuung des Patienten (z. B. Schmerztherapie, Symptomkontrolle),

je Besuch

Die Gebührenordnungsposition 03373 ist für Besuche im Rahmen des organisierten Not(-fall)dienstes, für Besuche im Rahmen der Notfallversorgung durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung

teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser sowie für dringende Visiten auf der Belegstation nicht berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 03373 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01100 bis 01102, 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 03100, 03220, 03230, 03360, 03362, 03371, 03372, 37305, 37306 und 37400 berechnungsfähig.

4 Versorgungsbereich Kinder- und Jugendmedizin

4.1 Präambel

1. Die in diesem Kapitel aufgeführten Gebührenordnungspositionen können - unbeschadet der Regelung gemäß 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen - ausschließlich von
   - Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin

   berechnet werden.
2. Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin können - wenn sie im Wesentlichen spezielle Leistungen erbringen - gemäß § 73 Abs. 1a SGB V auf deren Antrag die Genehmigung zur Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung erhalten.
3. Die in der Präambel unter 1. aufgeführten Vertragsärzte können zusätzlich die arztgruppenspezifischen Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen 01510 bis 01512, 01520 bis 01522, 01530, 01531, 01540 bis 01545, 02100, 02101, 02102 sowie die Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 4.4, 4.5, 31.2, 31.3, 31.4.3, 31.5, 31.6, 32.3, 33 und 34 berechnen, wenn sie die Voraussetzungen zur Berechnung von Gebührenordnungspositionen gemäß Abschnitt 4.4 und/oder 4.5 erfüllen.
4. Wird ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt oder Zusatzweiterbildung im Arztfall ausschließlich im hausärztlichen Versorgungsbereich tätig, sind die pädiatrischen Versichertenpauschalen aus Abschnitt 4.2.1 berechnungsfähig. Wird ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt oder Zusatzweiterbildung im Arztfall im fachärztlichen Versorgungsbereich tätig, sind abweichend von 4.1 der Allgemeinen Bestimmungen die Versichertenpauschalen aus Abschnitt 4.2.1 mit einem Aufschlag in Höhe von 60 % der jeweiligen Punktzahl berechnungsfähig. Finden im Behandlungsfall ausschließlich Arzt-Patienten-Kontakte im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) statt, erfolgt der Aufschlag auf die Versichertenpauschale nach der Gebührenordnungsposition 04000 auf Basis der um die Abschläge gemäß Abs. 5 Nr. 1 der Allgemeinen Bestimmungen 4.3.1 reduzierten Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen.

   Die Regelungen unter 6.1 der Allgemeinen Bestimmungen bleiben davon unberührt. Erfolgt die Behandlung eines Versicherten auf Überweisung zur Durchführung von Auftragsleistungen (Indikations- bzw. Definitionsauftrag gemäß § 24 Abs. 7 Nr. 1 BMV-Ä) ist für den Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin gemäß 4.1 der Allgemeinen Bestimmungen neben den Gebührenordnungspositionen

seines Abschnitts die Gebührenordnungsposition 01436 - Konsultationspauschale - berechnungsfähig.

5. Außer den in diesem Kapitel genannten Gebührenordnungspositionen sind von den in der Präambel genannten Vertragsärzten - unbeschadet der Regelungen gemäß 5 und 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen - zusätzlich nachfolgende Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig: 01100 bis 01102, 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 01220 bis 01224, 01226, 01320 bis 01323, 01410 bis 01416, 01418, 01425, 01426, 01430, 01431, 01435 bis 01438, 01442 bis 01444, 01450, 01452, 01476, 01477, 01480, 01481, 01483, 01500 bis 01503, 01546, 01600 bis 01602, 01610, 01611, 01615, 01620 bis 01624, 01626, 01630, 01640, 01642, 01643, 01645, 01647, 01648, 01670 bis 01672, 01681, 01682, 01702 bis 01707, 01709 bis 01723, 01732, 01799, 01820 bis 01824, 01828, 01941, 01942, 01949 bis 01953, 01955, 01956, 01960, 02300 bis 02302, 02310 bis 02313, 02500, 02501, 02510 bis 02512, 02520 und 30706.
6. Die Gebührenordnungspositionen 01821 bis 01824 und 01828 sind von Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin berechnungsfähig, wenn sie eine mindestens einjährige Weiterbildung im Gebiet Frauenheilkunde und Geburtshilfe nachweisen können oder wenn entsprechende Leistungen bereits vor dem 31.12.2002 durchgeführt und abgerechnet wurden.
7. Außer den in diesem Kapitel genannten Gebührenordnungspositionen sind bei Vorliegen der entsprechenden Qualifikationsvoraussetzungen von den in der Präambel genannten Vertragsärzten - unbeschadet der Regelungen gemäß 5 und 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen - zusätzlich nachfolgende Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig: 01474, 01479, 01920 bis 01922, 30400 bis 30402, 30410, 30411, 30420, 30421, 30430, 30610, 30611, 30700 bis 30705, 30708, 30780 bis 30782, 31912, 33000 bis 33002, 33010 bis 33012, 33040 bis 33044, 33046, 33050 bis 33053, 33060 bis 33062, 33076, 33080, 33081, 33090 bis 33092, 33100, 33105, 37700, 37701, 37704, 37705, 37710, 37711, 37714, 37720, 37800 bis 37802 und 37804, Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 30.1, 30.2.1, 30.3.1, 30.5, 30.7.2, 30.7.3, 30.8, 30.9, 30.10, 30.11, 30.12, 31.1, 31.4.2, 32.1, 32.2, 36.2.2, 36.2.3, 36.2.4, 36.2.5, 36.2.6, 36.2.7, 36.2.8, 36.2.9, 36.2.10, 36.2.11, 36.2.12, 36.2.13, 36.3, 36.6, 37.2, 37.3, 37.4 und 37.6 sowie Gebührenordnungspositionen der Kapitel 35, 38 und 40.
8. Außer den in diesem Kapitel genannten Gebührenordnungspositionen sind bei Vorliegen der entsprechenden Qualifikationsvoraussetzungen von den in der Präambel genannten Vertragsärzten - unbeschadet der Regelungen gemäß 5 und 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen - zusätzlich die Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 19.4.1, 19.4.2, 19.4.3 und 19.4.4 berechnungsfähig, wenn sie die Voraussetzungen zur Berechnung von Gebührenordnungspositionen gemäß Abschnitt 4.4 und/oder 4.5 erfüllen. Vor dem 1. Oktober 2026 erteilte Genehmigungen zur Durchführung und Abrechnung von Leistungen der Abschnitte 11.3, 11.4.1 und 11.4.3 gelten bis

zum Inkrafttreten einer neuen Qualitätssicherungsvereinbarung für genetische Untersuchungen fort.

9. Bei der Berechnung der zusätzlichen Gebührenordnungspositionen in den Nrn. 3, 5, 6 und 7 sind die Maßnahmen zur Qualitätssicherung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V, die berufsrechtliche Verpflichtung zur grundsätzlichen Beschränkung auf das jeweilige Gebiet sowie die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zu beachten.
10. Werden die in den Versichertenpauschalen enthaltenen Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen 01600, 01601, 01610 und 01612 durchgeführt, sind für die Versendung bzw. den Transport die Kostenpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 40110 und 40111 berechnungsfähig. Wird die in den Versichertenpauschalen enthaltene Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 02400 erbracht, ist für die Durchführung der Leistung die Kostenpauschale nach der Gebührenordnungsposition 40154 berechnungsfähig.
11. In fachgleichen (Teil-)Berufsausübungsgemeinschaften zwischen Ärzten gemäß Nr. 1 dieser Präambel und in fachgleichen Praxen von Ärzten gemäß Nr. 1 dieser Präambel mit angestelltem/n Arzt/Ärzten gemäß Nr. 1 dieser Präambel erfolgt ein Aufschlag in Höhe von 22,5 % auf die Versichertenpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 04000 und 04030. Finden im Behandlungsfall ausschließlich Arzt-Patienten-Kontakte im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) statt, erfolgt der Aufschlag auf die Versichertenpauschale nach der Gebührenordnungsposition 04000 auf Basis der um die Abschläge gemäß Abs. 5 Nr. 1 der Allgemeinen Bestimmungen 4.3.1 reduzierten Versichertenpauschale.
12. Für die Gebührenordnungspositionen 04230 und 04231 wird ein Punktzahlvolumen für die gemäß den Gebührenordnungspositionen 04230 und 04231 erbrachten und berechneten Gespräche gebildet, aus dem alle gemäß den Gebührenordnungspositionen 04230 und 04231 erbrachten Leistungen zu vergüten sind. Das Punktzahlvolumen beträgt 64 Punkte multipliziert mit der Anzahl der Behandlungsfälle gemäß Nr. 13 dieser Präambel. In Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten beträgt das Punktzahlvolumen 64 Punkte für jeden Behandlungsfall gemäß Nr. 13 dieser Präambel, bei dem ein Arzt gemäß Nr. 1 dieser Präambel vertragsärztliche Leistungen durchführt und berechnet.
13. Relevant für die Fallzählung der Vergütung der Gebührenordnungspositionen 04230 und 04231 sind Behandlungsfälle gemäß § 21 Abs. 1 und Abs. 2 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä), ausgenommen Notfälle im organisierten Not(-fall)dienst (Muster 19 der Vordruck-Vereinbarung) und Überweisungsfälle zur Durchführung ausschließlich von Probenuntersuchungen oder zur Befundung von dokumentierten Untersuchungsergebnissen und Behandlungsfälle, in denen ausschließlich Kostenerstattungen des Kapitels 40 berechnet werden, sowie stationäre (belegärztliche) Behandlungsfälle.

14. Die in der Präambel unter 1. aufgeführten Vertragsärzte können die arztgruppenspezifische Gebührenordnungsposition 08619 berechnen.
15. Die Gebührenordnungspositionen dieses Kapitels sind für Versicherte bis zum vollendeten 21. Lebensjahr berechnungsfähig.

4.2 Gebührenordnungspositionen der allgemeinen Kinder- und Jugendmedizin

4.2.1 Pädiatrische Versichertenpauschalen

04000 **Versichertenpauschale**

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt und/oder Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Allgemeine und fortgesetzte ärztliche Betreuung eines Patienten in Diagnostik und Therapie bei Kenntnis seines häuslichen und familiären Umfeldes,
- Koordination diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen, insbesondere auch mit anderen behandelnden Ärzten, nichtärztlichen Hilfen und flankierenden Diensten,
- Einleitung präventiver und rehabilitativer Maßnahmen sowie die Integration nichtärztlicher Hilfen und flankierender Dienste in die Behandlungsmaßnahmen,
- Erhebung von Behandlungsdaten und Befunden bei anderen Leistungserbringern und Übermittlung erforderlicher Behandlungsdaten und Befunde an andere Leistungserbringer, sofern eine schriftliche Einwilligung des Versicherten, die widerrufen werden kann, vorliegt,
- Dokumentation, insbesondere Zusammenführung, Bewertung und Aufbewahrung der wesentlichen Behandlungsdaten,
- Weitere persönliche oder andere Arzt-Patienten-Kontakte gemäß 4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen,
- In Anhang 1 aufgeführte Leistungen,

einmal im Behandlungsfall

bis zum vollendeten 4. Lebensjahr	28,67 € 225 Punkte
ab Beginn des 5. bis zum vollendeten 18. Lebensjahr	18,09 € 142 Punkte
ab Beginn des 19. bis zum vollendeten 54. Lebensjahr	14,52 € 114 Punkte
ab Beginn des 55. bis zum vollendeten 75. Lebensjahr	18,86 € 148 Punkte
ab Beginn des 76. Lebensjahres	25,48 € 200 Punkte

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

Bei Behandlung im organisierten Not(-fall)dienst sind anstelle der Versichertenpauschale nach der Gebührenordnungsposition 04000 die Notfallpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 01210, 01212, 01214, 01216 und 01218 zu berechnen.

Bei einer Behandlung im Rahmen einer nach Art und Umfang definierten Überweisung (Definitionsauftrag) ist die Versichertenpauschale nach der Gebührenordnungsposition 04000 nicht berechnungsfähig.

Erfolgt im Behandlungsfall lediglich eine Inanspruchnahme durch den Patienten unvorhergesehen im Zusammenhang mit der Erbringung der Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen 01100, 01101, 01411, 01412 oder 01415, so ist anstelle der Versichertenpauschale 04000 die Versichertenpauschale 04030 zu berechnen.

Die Gebührenordnungsposition 04000 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 01436 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 04000 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01600, 01601, 01610 und 04030 berechnungsfähig.

04008 **Zuschlag zu der Versichertenpauschale nach der Gebührenordnungsposition 04000 für die Vermittlung eines aus medizinischen Gründen dringend erforderlichen Behandlungstermins gemäß § 73 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 SGB V** — 16,69 € / 131 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Vermittlung eines Behandlungstermins bei einem an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Vertragsarzt,
- Überweisung an einen an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Vertragsarzt

Die Gebührenordnungsposition 04008 ist berechnungsfähig, sofern die Behandlung des Versicherten spätestens am 4. Kalendertag nach Feststellung der Behandlungsnotwendigkeit durch den Hausarzt beginnt.

Die Gebührenordnungsposition 04008 ist auch berechnungsfähig, wenn der Termin der Behandlung des Versicherten spätestens auf dem 35. Kalendertag nach Feststellung der Behandlungsnotwendigkeit durch den Hausarzt beginnt und eine Terminvermittlung durch die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigung oder eine eigenständige Terminvereinbarung durch den Patienten (oder eine Bezugsperson) aufgrund der medizinischen Besonderheit des Einzelfalls nicht angemessen oder nicht zumutbar ist. Die Berechnungsfähigkeit der Gebührenordnungsposition 04008 ab dem 24. Kalendertag nach Feststellung der Behandlungsnotwendigkeit setzt die Angabe einer medizinischen Begründung voraus.

Der Tag nach der Feststellung der Behandlungsnotwendigkeit gilt jeweils als erster Zähltag.
Die Gebührenordnungsposition 04008 ist auch bei Durchführung der Leistung im Rahmen einer Videosprechstunde berechnungsfähig und dies durch Angabe einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung zu dokumentieren. Für die Abrechnung gelten die Anforderungen gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä entsprechend.
Die Gebührenordnungsposition 04008 ist auch bei Überweisung an einen Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, der die Voraussetzungen zur Berechnung von Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 4.4 oder 4.5 erfüllt, berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 04008 ist nur dann mehrfach im Behandlungsfall berechnungsfähig, wenn der Patient in demselben Quartal zu mehreren Fachärzten unterschiedlicher Arztgruppen vermittelt wird.
Die Gebührenordnungsposition 04008 ist nicht berechnungsfähig, wenn der vermittelte Patient nach Kenntnis des vermittelnden Arztes bei der an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Arztgruppe derselben Praxis in demselben Quartal bereits behandelt wurde. Der Arzt ist verpflichtet, sich zu erkundigen, ob der Patient in demselben Quartal bei dieser Arztgruppe in dieser Praxis bereits behandelt wurde.
Abweichend von Nr. 4.4.2 der Allgemeinen Bestimmungen und der Leistungslegende ist der Zuschlag nach der Gebührenordnungsposition 04008 in selektivvertraglichen Fällen auch ohne Berechnung der Grundleistung nach der Gebührenordnungsposition 04000 berechnungsfähig, sofern die Leistung nach der Gebührenordnungsposition 04008 nicht Gegenstand des Selektivvertrags ist. Der Fall ist gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung anhand der Gebührenordnungsposition 88196 nachzuweisen.
Bei der Abrechnung der Gebührenordnungsposition 04008 ist die (Neben-)Betriebsstättennummer der Praxis, an die der Patient vermittelt wurde, anzugeben.

04010 **Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 04000 für die Behandlung aufgrund einer TSS-Vermittlung und/oder Vermittlung durch den Hausarzt gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.10.1, 4.3.10.2 oder 4.3.10.3,**

einmal im Arztgruppenfall

Die Gebührenordnungsposition 04010 kann durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt werden.
Die Gebührenordnungsposition 04010 ist im Arztgruppenfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 01710 berechnungsfähig.

04020 **Hygienezuschlag zu der Versichertenpauschale nach der Gebührenordnungsposition 04000,** 0,25 € / 2 Punkte

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 04020 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.

04030 **Versichertenpauschale bei unvorhergesehener Inanspruchnahme zwischen 19:00 und 7:00 Uhr, an Samstagen, Sonntagen, gesetzlichen Feiertagen, am 24.12. und 31.12. bei persönlichem Arzt-Patienten-Kontakt** 9,81 € 77 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt im Zusammenhang mit der Erbringung der Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen 01100, 01101, 01411, 01412 oder 01415,

Fakultativer Leistungsinhalt

- In Anhang 1 aufgeführte Leistungen,

höchstens zweimal im Behandlungsfall

Die Versichertenpauschale nach der Nr. 04030 ist im belegärztlich-stationären Behandlungsfall nicht berechnungsfähig.
Erfolgt im Behandlungsfall lediglich eine Inanspruchnahme durch den Patienten unvorhergesehen im Zusammenhang mit der Erbringung der Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen 01100, 01101, 01411, 01412 oder 01415, so ist anstelle der Versichertenpauschale 04000 die Versichertenpauschale 04030 zu berechnen.
Die Gebührenordnungsposition 04030 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 01436 und 30702 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 04030 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01600, 01601, 01610 und 04000 berechnungsfähig.

04040 **Zusatzpauschale zu den Gebührenordnungspositionen 04000 und 04030 für die Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrags gemäß § 73 Abs. 1 SGB V** 17,58 € 138 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Vorhaltung der zur Erfüllung von Aufgaben der hausärztlichen Grundversorgung notwendigen Strukturen,

einmal im Behandlungsfall

Bei der Nebeneinanderberechnung der Gebührenordnungsposition 04040 und der Gebührenordnungsposition 04030 in demselben Behandlungsfall ist ein Abschlag in Höhe von 50 % auf die Gebührenordnungsposition 04040 vorzunehmen. Bei zweimaliger Berechnung der Gebührenordnungsposition 04030 im Behandlungsfall neben der Gebührenordnungsposition 04040 ist kein Abschlag auf die Gebührenordnungsposition 04040 vorzunehmen.
Neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 1.2 ist für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 04040 in demselben Behandlungsfall mindestens ein weiterer persönlicher Arzt-Patienten-

Kontakt außerhalb des organisierten Not(-fall)dienstes gemäß der Gebührenordnungsposition 04000 notwendig.
Die Gebührenordnungsposition 04040 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen der "Onkologie-Vereinbarung" (Anlage 7 des Bundesmantelvertrags-Ärzte (BMV-Ä)) berechnungsfähig. Diese Ausschlüsse finden in versorgungsbereichsübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten keine Anwendung, sofern diese Leistungen von Vertragsärzten des fachärztlichen Versorgungsbereiches erbracht werden.
Die Gebührenordnungsposition 04040 ist im Behandlungsfall nicht neben Leistungen gemäß § 6 (Abgrenzungen der fachärztlichen Versorgung) Anlage 5 des Bundesmantelvertrags-Ärzte (BMV-Ä) berechnungsfähig. Diese Ausschlüsse finden in versorgungsbereichsübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten keine Anwendung, sofern diese Leistungen von Vertragsärzten des fachärztlichen Versorgungsbereiches erbracht werden.
Bei Praxen mit weniger als 400 Behandlungsfällen je Arzt gemäß Nr. 12 der Präambel 4.1, in denen ein Arzt gemäß Nr. 1 der Präambel 4.1 vertragsärztliche Leistungen durchführt und berechnet (Behandlungsfälle der Praxis gemäß Nr. 12 der Präambel 4.1, in denen ein Arzt gemäß Nr. 1 der Präambel 4.1 vertragsärztliche Leistungen durchführt und berechnet, dividiert durch Anzahl der Ärzte gemäß Nr. 1 der Präambel 4.1) ist ein Abschlag in Höhe von 13 Punkten auf die Gebührenordnungsposition 04040 vorzunehmen. Bei Praxen mit mehr als 1200 Behandlungsfällen je Arzt gemäß Nr. 12 der Präambel 4.1, in denen ein Arzt gemäß Nr. 1 der Präambel 4.1 vertragsärztliche Leistungen durchführt und berechnet, ist ein Aufschlag in Höhe von 13 Punkten auf die Gebührenordnungsposition 04040 vorzunehmen. Für die Bestimmung der Anzahl der Ärzte gemäß Nr. 1 der Präambel 4.1 ist der Umfang der Tätigkeit laut Zulassungs- bzw. Genehmigungsbescheid zu berücksichtigen.
Die Gebührenordnungsposition 04040 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.
Die Gebührenordnungsposition 04040 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35111 bis 35113, 35120, 35130, 35131, 35140 bis 35142 und 35150 bis 35152, 35163 bis 35169 und 35173 bis 35179 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 30.5, 30.7, 30.9 und 35.2 berechnungsfähig. Diese Ausschlüsse finden in versorgungsbereichsübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten keine Anwendung, sofern diese Leistungen von Vertragsärzten des fachärztlichen Versorgungsbereiches erbracht werden.
Die Gebührenordnungsposition 04040 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 32779 berechnungsfähig.

4.2.2 Chronikerpauschalen, Gesprächsleistung

Die Gebührenordnungspositionen 04220 bis 04222 sind nur bei Patienten berechnungsfähig, die folgende Kriterien erfüllen:
- Vorliegen mindestens einer lang andauernden, lebensverändernden Erkrankung,
- Notwendigkeit einer kontinuierlichen ärztlichen Behandlung und Betreuung.

Eine kontinuierliche ärztliche Behandlung liegt vor, wenn im Zeitraum der letzten vier Quartale unter Einschluss des aktuellen Quartals wegen derselben gesicherten chronischen Erkrankung(en) jeweils mindestens ein Arzt-Patienten-Kontakt gemäß 4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen pro Quartal in mindestens drei Quartalen in derselben Praxis stattgefunden hat. Hierbei müssen in mindestens zwei Quartalen persönliche Arzt-Patienten-Kontakte stattgefunden haben, wobei davon ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt auch als Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä erfolgen kann. Die Gebührenordnungspositionen 04220 bis 04222 können bei Neugeborenen und Säuglingen auch ohne die Voraussetzung der kontinuierlichen ärztlichen Behandlung berechnet werden. Eine kontinuierliche ärztliche Behandlung liegt auch vor, wenn der Patient mit mindestens einer lebensverändernden chronischen Erkrankung seinen ihn betreuenden Hausarzt gewechselt hat. In diesem Fall muss der die hausärztliche Betreuung übernehmende Hausarzt die bei einem anderen Hausarzt stattgefundenen Arzt-Patienten-Kontakte dokumentieren. Die Dokumentation ist mit der Abrechnung mittels einer kodierten Zusatznummer nachzuweisen.

04220 **Zuschlag zu der Versichertenpauschale nach der Gebührenordnungsposition 04000 für die Behandlung und Betreuung eines Patienten mit mindestens einer lebensverändernden chronischen Erkrankung** — 16,56 € / 130 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Fortlaufende Beratung hinsichtlich Verlauf und Behandlung der chronischen Erkrankung(en),
- Leitliniengestützte Behandlung der chronischen Erkrankung(en),
- Anleitung zum Umgang mit der/den chronischen Erkrankung(en),
- Koordination ärztlicher und/oder pflegerischer Maßnahmen im Zusammenhang mit der Behandlung der chronischen Erkrankung(en),
- Erstellung und ggf. Aktualisierung eines Medikationsplans und ggf. Anpassung der Selbstmedikation und der Arzneimittelhandhabung,
- Überprüfung und fortlaufende Kontrolle der Arzneimitteltherapie mit dem Ziel des wirtschaftlichen und versorgungsgerechten Umgangs mit Arzneimitteln,

einmal im Behandlungsfall

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 04220 setzt die Angabe der gesicherten Diagnose(n) der chronischen Erkrankung(en) gemäß ICD-10-GM voraus.
Die Gebührenordnungsposition 04220 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen der "Onkologie-Vereinbarung" (Anlage 7 des Bundesmantelvertrags-Ärzte (BMV-Ä)) berechnungsfähig. Diese Ausschlüsse finden in versorgungsbereichsübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten keine Anwendung, sofern diese Leistungen von Vertragsärzten des fachärztlichen Versorgungsbereiches erbracht werden.
Die Gebührenordnungsposition 04220 ist im Behandlungsfall nicht neben Leistungen gemäß § 6 (Abgrenzungen der fachärztlichen Versorgung) Anlage 5 des Bundesmantelvertrags-Ärzte (BMV-Ä) berechnungsfähig. Diese Ausschlüsse finden in versorgungsbereichsübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten keine Anwendung, sofern diese Leistungen von Vertragsärzten des fachärztlichen Versorgungsbereiches erbracht werden.
Die Gebührenordnungsposition 04220 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35111 bis 35113, 35120, 35130, 35131, 35140 bis 35142 und 35150 bis 35152, 35163 bis 35169 und 35173 bis 35179 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 4.4, 4.5, 30.5, 30.7, 30.9 und 35.2 berechnungsfähig. Diese Ausschlüsse finden in versorgungsbereichsübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten keine Anwendung, sofern diese Leistungen von Vertragsärzten des fachärztlichen Versorgungsbereiches erbracht werden.
Die Gebührenordnungsposition 04220 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 04370 bis 04373, 37300, 37302, 37305, 37306, 37711, 37800 und 37802 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 04220 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01630 und 32779 berechnungsfähig.

04221 **Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 04220 für die intensive Behandlung und Betreuung eines Patienten mit mindestens einer lebensverändernden chronischen Erkrankung** — 5,10 € / 40 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Mindestens zwei persönliche Arzt-Patienten-Kontakte,
- Überprüfung und/oder Anpassung und/oder Einleitung von Maßnahmen der leitliniengestützten Behandlung der chronischen Erkrankung(en),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Fortlaufende Beratung hinsichtlich Verlauf und Behandlung der chronischen Erkrankung(en),
- Anleitung zum Umgang mit der/den chronischen Erkrankung(en),

- Koordination ärztlicher und/oder pflegerischer Maßnahmen im Zusammenhang mit der Behandlung der chronischen Erkrankung(en),
- Erstellung und ggf. Aktualisierung eines Medikationsplans und ggf. Anpassung der Selbstmedikation und der Arzneimittelhandhabung,
- Überprüfung und fortlaufende Kontrolle der Arzneimitteltherapie mit dem Ziel des wirtschaftlichen und versorgungsgerechten Umgangs mit Arzneimitteln,

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 04221 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01630 und 32779 berechnungsfähig.

04222 **Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 04220,** 1,27 €
einmal im Behandlungsfall 10 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 04222 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.
Die Gebührenordnungsposition 04222 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 01630 berechnungsfähig.

04230 **Problemorientiertes ärztliches Gespräch, das aufgrund von Art und Schwere der Erkrankung erforderlich ist** 16,31 €
128 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Gespräch von mindestens 10 Minuten Dauer,
- mit einem Patienten

und/oder

- einer Bezugsperson,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Beratung und Erörterung zu den therapeutischen, familiären, sozialen oder beruflichen Auswirkungen und deren Bewältigung im Zusammenhang mit der/den Erkrankung(en), die aufgrund von Art und Schwere das Gespräch erforderlich macht (machen),

je vollendete 10 Minuten

Die Gebührenordnungsposition 04230 ist auch bei Durchführung der Leistung im Rahmen einer Videosprechstunde berechnungsfähig und dies durch Angabe einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung zu dokumentieren. Für die Abrechnung gelten die Anforderungen gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä entsprechend.
Die Gebührenordnungsposition 04230 ist im Notfall und im organisierten Not(-fall)dienst nicht berechnungsfähig.
Bei der Nebeneinanderberechnung diagnostischer bzw. therapeutischer Gebührenordnungspositionen und der Gebührenordnungsposition 04230 ist eine mindestens 10 Minuten längere Arzt-Patienten-Kontaktzeit als in den entsprechenden Gebührenordnungspositionen angegeben Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 04230.
Die Gebührenordnungsposition 04230 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 04231, 04370, 04372, 04373, 35100,

35110, 35150 bis 35152, 35163 bis 35169, 35173 bis 35179, 37300, 37302, 37305, 37306 und 37711 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 35.2.1 und 35.2.2 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 04230 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 30700 berechnungsfähig.

04231 **Gespräch, Beratung und/oder Erörterung (Abschnitte 4.4 und 4.5)** 16,31 €
128 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Dauer mindestens 10 Minuten,
- mit einem Patienten

und/oder

- einer Bezugsperson,

je vollendete 10 Minuten

Die Gebührenordnungsposition 04231 ist auch bei Durchführung der Leistung im Rahmen einer Videosprechstunde berechnungsfähig und dies durch Angabe einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung zu dokumentieren. Für die Abrechnung gelten die Anforderungen gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä entsprechend.
Die Gebührenordnungsposition 04231 ist nur für Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin, die die Voraussetzungen zur Berechnung von Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 4.4 oder 4.5 erfüllen, berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 04231 ist im Notfall und im organisierten Not(-fall)dienst nicht berechnungsfähig.
Bei der Nebeneinanderberechnung diagnostischer bzw. therapeutischer Gebührenordnungspositionen und der Gebührenordnungsposition 04231 ist eine mindestens 10 Minuten längere Arzt-Patienten-Kontaktzeit als in den entsprechenden Gebührenordnungspositionen angegeben Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 04231.
Die Gebührenordnungsposition 04231 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 04230, 04370, 04372, 04373, 35100, 35110, 35150 bis 35152, 35163 bis 35169, 35173 bis 35179, 37300, 37302, 37305, 37306 und 37711 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 35.2.1 und 35.2.2 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 04231 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 30700 berechnungsfähig.

4.2.3 Besondere Leistungen

1. Die Gebührenordnungspositionen 04325 und 04326 sind nur von Ärzten gemäß Präambel 4.1 Nr. 1 berechnungsfähig, die Patienten im Rahmen des Telemonitoring Herzinsuffizienz gemäß Nr. 37 Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses als primär behandelnder Arzt (PBA) behandeln.

04241 **Computergestützte Auswertung eines kontinuierlich aufgezeichneten Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden Dauer** — 10,96 € / 86 Punkte

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 04241 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Vereinbarung zur Durchführung von Langzeitelektrokardiographischen Untersuchungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.
Die Gebührenordnungsposition 04241 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13253 und 27323 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 04241 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 04410, 13250 und 13545 berechnungsfähig.

04242 **Funktionelle Entwicklungstherapie** bei Ausfallerscheinungen in bzw. im — 14,52 € / 114 Punkte
- Motorik

und/oder
- Sensorik

und/oder
- Sprachbereich

und/oder
- Sozialverhalten,

Obligater Leistungsinhalt
- Einzelbehandlung,
- Dauer mindestens 15 Minuten,

je vollendete 15 Minuten

04243 **Funktionelle Entwicklungstherapie** bei Ausfallerscheinungen in bzw. im — 6,88 € / 54 Punkte
- Motorik

und/oder
- Sensorik

und/oder
- Sprachbereich

und/oder
- Sozialverhalten

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

je Teilnehmer, je vollendete 15 Minuten

04321 **Belastungs-Elektrokardiographie (Belastungs-EKG)** — 25,23 € / 198 Punkte

Obligater Leistungsinhalt
- Untersuchung in Ruhe und nach Belastung mit mindestens 12 Ableitungen sowie während physikalisch definierter und reproduzierbarer Belastung mit mindestens 3 Ableitungen und fortlaufender Kontrolle des Kurvenverlaufes,
- Wiederholte Blutdruckmessung

Die Gebührenordnungsposition 04321 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13251, 17330 und 17332 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 04321 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 04410, 04434, 13250, 13545 und 27321 berechnungsfähig.

04322 **Aufzeichnung eines Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden Dauer** 6,12 € 48 Punkte

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 04322 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Vereinbarung zur Durchführung von langzeitelektrokardiographischen Untersuchungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.
Die Gebührenordnungsposition 04322 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13252 und 27322 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 04322 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 04410, 04434, 13250 und 13545 berechnungsfähig.

04324 **Langzeit-Blutdruckmessung** 7,26 € 57 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Automatisierte Aufzeichnung von mindestens 20 Stunden Dauer,
- Computergestützte Auswertung,
- Aufzeichnung der Blutdruckwerte mindestens alle 15 Minuten während der Wach- und mindestens alle 30 Minuten während der Schlafphase mit gleichzeitiger Registrierung der Herzfrequenz,
- Auswertung und Beurteilung des Befundes

Die Gebührenordnungsposition 04324 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13254 und 27324 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 04324 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 04410, 13250 und 13545 berechnungsfähig.

04325 **Indikationsstellung zur Überwachung eines Patienten im Rahmen des Telemonitoring bei Herzinsuffizienz gemäß Nr. 37 Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses** 8,28 € 65 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Aufklärung und Beratung zur Teilnahme am Telemonitoring bei Herzinsuffizienz,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Schriftliche Übermittlung medizinisch relevanter Informationen an das Telemedizinische Zentrum (z. B. Medikation, anamnestische Daten, Vorliegen der Indikationsvoraussetzungen),

je vollendete 5 Minuten, höchstens dreimal im Krankheitsfall

Die Gebührenordnungsposition 04325 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01481, 03325 und 13578 berechnungsfähig.

04326 **Zusatzpauschale für die Betreuung eines Patienten im Rahmen des Telemonitoring bei Herzinsuffizienz gemäß Nr. 37 Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses** 16,31 € 128 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Kommunikation mit dem verantwortlichen Telemedizinischen Zentrum (TMZ),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Bestätigung eingehender Warnmeldungen an das TMZ innerhalb von 48 Stunden,
- Information des TMZ über ergriffene Maßnahmen,
- Telefonische Kontaktaufnahme mit dem Patienten,
- Überprüfung der Indikation zur Überwachung eines Patienten im Rahmen des Telemonitoring bei Herzinsuffizienz,

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 04326 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01481, 03326 und 13579 berechnungsfähig.

04330 **Spirographische Untersuchung** 6,75 € 53 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Darstellung der Flussvolumenkurve,
- In- und exspiratorische Messungen,
- Graphische Registrierung

Die Gebührenordnungsposition 04330 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13255 und 27330 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 04330 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 31013 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 04330 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 13250 berechnungsfähig.

04331 **Prokto-/Rektoskopischer Untersuchungskomplex** 11,98 € 94 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Rektale Untersuchung,
- Proktoskopie

und/oder

- Rektoskopie,
- Patientenaufklärung,

- Information zum Ablauf der vorbereitenden Maßnahmen vor dem Eingriff und zu einer möglichen Sedierung und/oder Prämedikation,
- Nachbeobachtung und -betreuung

Fakultativer Leistungsinhalt

- Prämedikation/Sedierung

Die Gebührenordnungsposition 04331 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 04516, 08333, 13257 und 30600 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 04331 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 13250 berechnungsfähig.

04335 **Orientierende audiometrische Untersuchung nach vorausgegangener, dokumentierter, auffälliger Hörprüfung** — 11,47 € / 90 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

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

Fakultativer Leistungsinhalt

- Otoskopie,
- Kontinuierliche Frequenzänderung

Die Gebührenordnungsposition 04335 ist nur berechnungsfähig bei Verwendung eines entsprechend dem Medizinprodukterecht-Durchführungsgesetz i. V. m. der europäischen Medizinprodukteverordnung zugelassenen Audiometers mit mindestens einmal jährlich durchgeführter messtechnischer Kontrolle gemäß § 15 der Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV) durch einen zugelassenen Wartungsdienst entsprechend der MPBetreibV. Der Vertragsarzt hat in einer der Quartalsabrechnung beizufügenden Erklärung zu bestätigen, dass die Wartung durchgeführt wurde.
Entgegen Nr. 4.3.2 der Allgemeinen Bestimmungen kann die Gebührenordnungsposition 04335 auch dann berechnet werden, wenn durch die Arztpraxis die kontinuierliche Frequenzänderung nicht vorgehalten wird.
Die Gebührenordnungsposition 04335 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01718, 04353 und 04354 berechnungsfähig.

04350 **Untersuchung und Beurteilung** der funktionellen Entwicklung eines Säuglings, Kleinkindes oder Kindes bis zum vollendeten 6. Lebensjahr — 23,31 € / 183 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

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

je Sitzung

Die Gebührenordnungsposition 04350 ist im Behandlungsfall höchstens zweimal berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 04350 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01711 bis 01719, 01723, 04351, 04352 und 04354 berechnungsfähig.

04351 **Orientierende entwicklungsneurologische Untersuchung** eines Neugeborenen, Säuglings, Kleinkindes oder Kindes — 15,67 € / 123 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

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

Die Gebührenordnungsposition 04351 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01711 bis 01719, 01723, 04350, 04352, 04354 und 35142 berechnungsfähig.

04352 **Erhebung des vollständigen Entwicklungsstatus** bei Störungen im Bereich der Koordination, Visuomotorik, der kognitiven Wahrnehmungsfähigkeit unter Berücksichtigung entwicklungsneurologischer, psychologischer und sozialer Aspekte — 40,26 € / 316 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

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

Fakultativer Leistungsinhalt

- Entwicklungsneurologische Untersuchungen entsprechend der Gebührenordnungsposition 04351,

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 04352 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01711 bis 01720, 01723, 04350, 04351 und 04354 berechnungsfähig.

04353 **Orientierende Untersuchung der Sprachentwicklung** — 21,66 € / 170 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

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

Fakultativer Leistungsinhalt

- Orientierende audiometrische Untersuchung entsprechend der Gebührenordnungsposition 04335,

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 04353 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01711 bis 01720, 01723, 04335 und 04354 berechnungsfähig.

04354 **Zuschlag** zu den Gebührenordnungspositionen 01712 bis 01720 und 01723 für die Erbringung des Inhalts der Gebührenordnungspositionen 04351 und/oder 04353 bei pathologischem Ergebnis einer Kinderfrüherkennungs- bzw. Jugendgesundheitsuntersuchung — 9,68 € / 76 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 04354 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 04335 und 04350 bis 04353 berechnungsfähig.

4.2.4 Sozialpädiatrische Versorgung

1. Die Gebührenordnungsposition 04356 ist nur berechnungsfähig von Vertragsärzten gemäß Präambel 4.1 Nr. 1, die gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung eine sozialpädiatrische Qualifikation im Umfang von mindestens 40 Stunden gemäß dem Curriculum "Entwicklungs- und Sozialpädiatrie für die kinder- und jugendärztliche Praxis" der Bundesärztekammer oder eine ärztliche Tätigkeit von mindestens sechs Monaten - auch im Rahmen der Weiterbildungszeit - in einem Sozialpädiatrischen Zentrum bzw. in einer interdisziplinären Frühförderstelle nachweisen. Bis zum 30. Juni 2016 ist die Gebührenordnungsposition 04356 auch ohne Nachweis der Qualifikation berechnungsfähig, wenn Vertragsärzte gemäß Präambel 4.1 Nr. 1 die Leistung nach der Gebührenordnungsposition 04355 im Vorjahresquartal und in dem auf das Vorjahresquartal folgenden Quartal durchschnittlich in mindestens 50 Behandlungsfällen je Quartal abgerechnet haben.
2. Die Gebührenordnungsposition 04356 ist nur berechnungsfähig, wenn die Praxis mindestens folgende Kooperationen vorhält:
   - Logopädie,
   - Physiotherapie,
   - Ergotherapie,
   - Sozialpädiatrisches Zentrum,
   - Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie.

04355 **Sozialpädiatrisch orientierte eingehende Beratung, Erörterung und/oder Abklärung** — 23,44 € / 184 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Dauer mindestens 15 Minuten,
- Als Einzelsitzung,
- Berücksichtigung krankheitsspezifischer, teilhabebezogener und prognostischer sowie entwicklungsabhängiger, familiendynamischer Faktoren,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Erhebung der bestehenden Befunde und/oder Erkenntnisse,
- Befunderhebung(en) unter sozialpädiatrischen Kriterien zur (drohenden) Störung, körperlichen, psychischen oder psychosomatischen Erkrankung oder (drohenden) Behinderung oder bei Verdacht/Hinweisen auf Vernachlässigung und/oder Kindesmisshandlung:
  - Entwicklungsstand,

  - Intelligenz,
  - Körperlicher und neurologischer Befund,
  - Psychischer Befund,
  - Psychosozialer Hintergrund,
- Prüfung der Anwendung ganzheitlicher Förder- und/oder Therapieverfahren,
- Berücksichtigung der Therapieprinzipien der Sozialpädiatrie,
- Dokumentation unter Anwendung standardisierter Verfahren,
- Anleitung der Bezugsperson(en),
- Einleitung und/oder Koordination störungsspezifischer Maßnahmen,

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 04355 ist nur bei mindestens einer der im Folgenden genannten Erkrankungen berechnungsfähig: G25 Sonstige extrapyramidale Krankheiten und Bewegungsstörungen, G31 Sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems, anderenorts nicht klassifiziert, G40 Epilepsie, G43 Migräne, G44.2 Spannungskopfschmerz, G80 Infantile Zerebralparese, F45.0 Somatisierungsstörung, F45.1 Undifferenzierte Somatisierungsstörung, F45.2 Hypochondrische Störung, F45.3 Somatoforme autonome Funktionsstörung, F45.4 Anhaltende Schmerzstörung, F45.8 Sonstige somatoforme Störungen, F60-F69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, F80-F89 Entwicklungsstörungen, F90-F98 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend, R27.8 Sonstige Koordinationsstörungen, T73 Schäden durch sonstigen Mangel sowie T74 Missbrauch von Personen.
Die Gebührenordnungsposition 04355 ist auch bei Durchführung der Leistung im Rahmen einer Videosprechstunde berechnungsfähig und dies durch Angabe einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung zu dokumentieren. Für die Abrechnung gelten die Anforderungen gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä entsprechend.
Bei der Nebeneinanderberechnung diagnostischer bzw. therapeutischer Gebührenordnungspositionen und der Gebührenordnungsposition 04355 ist eine mindestens 15 Minuten längere Arzt-Patienten-Kontaktzeit als in den entsprechenden Gebührenordnungspositionen angegeben Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 04355.
Die Gebührenordnungsposition 04355 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216 und 01218 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 30.3.1, 30.3.2, 30.11, 35.1 und 35.2 berechnungsfähig.

04356 **Zuschlag** im Zusammenhang mit der Gebührenordnungsposition 04355 **für die weiterführende sozialpädiatrisch orientierte Versorgung** — 24,59 € / 193 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt

und/oder

- Persönlicher Kontakt des Arztes zu einer Bezugsperson,

- Erhebung und/oder Monitoring von lokalisierten oder übergreifenden motorischen, kognitiven, emotionellen und/oder organbedingten Einschränkungen und/oder Auffälligkeiten,
- Beratung zu weiterführenden Maßnahmen,
- Dauer mindestens 15 Minuten,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Erstellung eines (interdisziplinären) Therapieplanes,
- Koordination der Heilmittelversorgung und der Schnittstelle zum Sozialpädiatrischen Zentrum,
- Untersuchung und Beratung zur Indikationsstellung einer Überweisung an ein Sozialpädiatrisches Zentrum oder eine vergleichbare Einrichtung,
- Einleitung/Überwachung medikamentöser Therapiemaßnahmen,
- Dokumentation unter Anwendung standardisierter Verfahren,
- Informationen zu entsprechenden helfenden Institutionen und/oder Personen,

höchstens dreimal im Krankheitsfall

Die Gebührenordnungsposition 04356 ist nur bei mindestens einer der im Folgenden genannten Erkrankungen berechnungsfähig: G25 Sonstige extrapyramidale Krankheiten und Bewegungsstörungen, G31 Sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems, anderenorts nicht klassifiziert, G40 Epilepsie, G43 Migräne, G44.2 Spannungskopfschmerz, G80 Infantile Zerebralparese, F45.0 Somatisierungsstörung, F45.1 Undifferenzierte Somatisierungsstörung, F45.2 Hypochondrische Störung, F45.3 Somatoforme autonome Funktionsstörung, F45.4 Anhaltende Schmerzstörung, F45.8 Sonstige somatoforme Störungen, F60-F69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, F80-F89 Entwicklungsstörungen, F90-F98 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend, R27.8 Sonstige Koordinationsstörungen, T73 Schäden durch sonstigen Mangel sowie T74 Missbrauch von Personen.
Bei der Nebeneinanderberechnung diagnostischer bzw. therapeutischer Gebührenordnungspositionen und der Gebührenordnungsposition 04356 ist eine mindestens 15 Minuten längere Arzt-Patienten-Kontaktzeit als in den entsprechenden Gebührenordnungspositionen angegeben Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 04356.
Die Gebührenordnungsposition 04356 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216 und 01218 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 30.3.1, 30.3.2, 30.11, 35.1 und 35.2 berechnungsfähig.

4.2.5 Palliativmedizinische Versorgung

1. Die Gebührenordnungspositionen 04370 bis 04373 sind für die Behandlung von schwerstkranken und sterbenden Patienten in jedem Alter berechnungsfähig, die an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und so weit fortgeschrittenen Erkrankung leiden, dass dadurch nach fachlicher Einschätzung des behandelnden Arztes die Lebenserwartung auf Tage, Wochen oder Monate gesunken ist. Eine

Erkrankung ist nicht heilbar, wenn nach dem allgemein anerkannten Stand der Medizin Behandlungsmaßnahmen nicht zur Beseitigung dieser Erkrankung führen können. Sie ist fortschreitend, wenn ihrem Verlauf trotz medizinischer Maßnahmen nach dem allgemein anerkannten Stand der Medizin nicht nachhaltig entgegengewirkt werden kann. Der behandelnde Arzt ist verpflichtet, in jedem Einzelfall zu überprüfen, ob eine angemessene ambulante Versorgung in der Häuslichkeit (darunter fallen auch Pflege- und Hospizeinrichtungen) möglich ist.

2. Der grundsätzliche Anspruch eines Patienten auf eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) im Sinne des § 37b SGB V wird durch das Erbringen der nachfolgenden Gebührenordnungspositionen nicht berührt.
3. Die Gebührenordnungspositionen 04371, 04372 und 04373 sind nicht bei Patienten berechnungsfähig, die eine Vollversorgung nach § 5 Abs. 2 der Richtlinie zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV) des Gemeinsamen Bundesausschusses erhalten.
4. Die Gebührenordnungspositionen 04370 bis 04373 sind nicht berechnungsfähig, wenn der behandelnde Vertragsarzt äquivalente Leistungen bei dem Patienten im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung gemäß § 37b SGB V i. V. m. § 132d Abs. 1 SGB V erbringt.

04370 **Palliativmedizinische Ersterhebung des Patientenstatus inkl. Behandlungsplan** 43,44 € 341 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Untersuchung des körperlichen und psychischen Zustandes des Patienten,
- Beratung und Aufklärung des Patienten und/oder der betreuenden Person zur Ermittlung des Patientenwillens und ggf. Erfassung des Patientenwillens,
- Erstellung und Dokumentation eines palliativmedizinischen Behandlungsplans unter Berücksichtigung des Patientenwillens,

einmal im Krankheitsfall

Die Gebührenordnungsposition 04370 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 04220, 04230, 04231 und 37800 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 04370 ist im Krankheitsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 37300 berechnungsfähig.

04371 **Zuschlag zu der Versichertenpauschale 04000 für die palliativmedizinische Betreuung des Patienten in der Arztpraxis** 20,26 € 159 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Dauer mindestens 15 Minuten,
- Palliativmedizinische Betreuung des Patienten (z. B. Schmerztherapie, Symptomkontrolle),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Koordinierung der palliativmedizinischen und -pflegerischen Versorgung in Zusammenarbeit mit anderen spezialisierten Leistungserbringern wie z. B. Vertragsärzten, Psychotherapeuten, Pflegediensten, psychosozialen Betreuungsdiensten, Hospizen,
- Anleitung und Beratung der Betreuungs- und Bezugspersonen,

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 04371 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 04220, 04372, 04373, 37305, 37306 und 37400 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 04371 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 37302, 37711 und 37802 berechnungsfähig.

04372 **Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 01410 oder 01413 für die palliativmedizinische Betreuung in der Häuslichkeit** 15,80 € 124 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Dauer mindestens 15 Minuten,
- Palliativmedizinische Betreuung des Patienten (z. B. Schmerztherapie, Symptomkontrolle),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Koordinierung der palliativmedizinischen und -pflegerischen Versorgung in Zusammenarbeit mit anderen spezialisierten Leistungserbringern wie z. B. Vertragsärzten, Psychotherapeuten, Pflegediensten, psychosozialen Betreuungsdiensten, Hospizen,
- Anleitung und Beratung der Betreuungs- und Bezugspersonen,

je vollendete 15 Minuten

Der Höchstwert für die Gebührenordnungsposition 04372 beträgt am Behandlungstag 620 Punkte.
Die Gebührenordnungsposition 04372 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 04220, 04230, 04231, 04371, 04373, 37305, 37306 und 37400 berechnungsfähig.

04373 **Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 01411, 01412 oder 01415 für die palliativmedizinische Betreuung in der Häuslichkeit** 15,80 € 124 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Palliativmedizinische Betreuung des Patienten (z. B. Schmerztherapie, Symptomkontrolle),

je Besuch

Die Gebührenordnungsposition 04373 ist für Besuche im Rahmen des organisierten Not(-fall)dienstes, für Besuche im Rahmen der Notfallversorgung durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser sowie für dringende Visiten auf der Belegstation nicht berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 04373 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01100 bis 01102, 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 04220, 04230, 04231, 04371, 04372, 37305, 37306 und 37400 berechnungsfähig.

4.4 Gebührenordnungspositionen der schwerpunktorientierten Kinder- und Jugendmedizin

4.4.1 Gebührenordnungspositionen der Kinder-Kardiologie

1. Die Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 4.4.1 können - unter Berücksichtigung von 1.3 der Allgemeinen Bestimmungen - nur von Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder-Kardiologie berechnet werden.
2. Darüber hinaus kann von Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder-Kardiologie die Gebührenordnungsposition 04537 des Abschnitts 4.5.2 berechnet werden.

04410 **Zusatzpauschale Kinderkardiologie** 94,15 €
739 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Duplex-Echokardiographische Untersuchung (Nr. 33022),
- Druckmessung(en),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Infusion(en) (Nr. 02100),
- Arterielle Blutentnahme (Nr. 02330),
- Intraarterielle Injektion (Nr. 02331),
- Belastungs-EKG (Nr. 04321),
- Aufzeichnung Langzeit-EKG (Nr. 04322),
- Computergestützte Auswertung Langzeit-EKG (Nr. 04241),
- Langzeit-Blutdruckmessung (Nr. 04324),
- Doppler-Echokardiographische Untersuchung (Nr. 33021),
- Echokardiographische Untersuchung (Nr. 33020),
- Untersuchung mit Einschwemmkatheter in Ruhe,
- Untersuchung mit Einschwemmkatheter in Ruhe sowie während und nach physikalisch reproduzierbarer Belastung,
- Laufbandergometrie(n),
- Intraluminale Messung(en) des Arteriendrucks oder des zentralen Venendrucks,
- Messung(en) von Herzzeitvolumen und/oder Kreislaufzeiten,
- Applikation der Testsubstanz(en),

einmal im Behandlungsfall

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 04410 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Ultraschallvereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.
Entgegen Nr. 4.3.2 der Allgemeinen Bestimmungen kann die Gebührenordnungsposition 04410 auch dann berechnet werden, wenn die Arztpraxis nicht über die Möglichkeit zur Erbringung von Einschwemmkathetern, der intraluminalen Messung des Arteriendrucks oder des zentralen Venendrucks, der Messung von

Herzzeitvolumen und/oder Kreislaufzeiten und von Leistungsinhalten der Gebührenordnungspositionen 13300 und 13301 verfügt.
In der Gebührenordnungsposition 04410 sind die Kosten für den Einschwemmkatheter mit Ausnahme des Swan-Ganz-Katheters enthalten.
Die Gebührenordnungsposition 04410 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 04410 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02100, 02330, 02331, 04220, 04221, 04241, 04321, 04322, 04324, 13545, 33020 bis 33022, 34283, 36882 und 36883 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 4.4.2, 4.4.3 und 4.5 berechnungsfähig.

04411 **Funktionsanalyse eines Herzschrittmachers zur antibradykarden Therapie** 50,45 € 396 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Funktionsanalyse eines Herzschrittmachers zur antibradykarden Therapie,
- Überprüfung des Batteriezustandes,
- Überprüfung und Dokumentation der programmierbaren Parameter und Messwerte durch Ausdruck des Programmiergerätes,
- Kontrolle der Funktionsfähigkeit der Elektrode(n)

Fakultativer Leistungsinhalt

- Umprogrammierung

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 04411 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Rhythmusimplantat-Kontrolle gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.
Die Gebührenordnungsposition 04411 ist höchstens fünfmal im Krankheitsfall berechnungsfähig. Bei Versicherten, bei denen gleichzeitig eine Strahlentherapie durchgeführt wird, besteht mit Begründung im Krankheitsfall keine Obergrenze. Als Begründung ist der ICD-10-Kode der für die Strahlentherapie maßgeblichen Erkrankung bei der Abrechnung anzugeben.
Die Gebührenordnungsposition 04411 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 04220, 04221, 04413 bis 04416 und 36881 bis 36883 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 4.4.2, 4.4.3 und 4.5 berechnungsfähig.

04413 **Funktionsanalyse eines implantierten Kardioverters bzw. Defibrillators** 93,26 € 732 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Funktionsanalyse eines implantierten Kardioverters bzw. Defibrillators,
- Überprüfung des Batteriezustandes,

- Überprüfung und Dokumentation der programmierbaren Parameter und Messwerte durch Ausdruck des Programmiergerätes,
- Kontrolle der Funktionsfähigkeit der Elektrode(n)

Fakultativer Leistungsinhalt

- Umprogrammierung

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 04413 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Rhythmusimplantat-Kontrolle gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.
Die Gebührenordnungspositionen 04413 und 04414 sind in Summe höchstens fünfmal im Krankheitsfall berechnungsfähig. Bei Versicherten, bei denen gleichzeitig eine Strahlentherapie durchgeführt wird, besteht mit Begründung im Krankheitsfall keine Obergrenze. Als Begründung ist der ICD-10-Kode der für die Strahlentherapie maßgeblichen Erkrankung bei der Abrechnung anzugeben.
Die Gebührenordnungsposition 04413 ist einmal im Krankheitsfall neben der Gebührenordnungsposition 13584 berechnungsfähig. Zum Zweck der Umprogrammierung oder bei nicht vorhergesehener Inanspruchnahme ist die Gebührenordnungsposition 04413 weitere zweimal im Krankheitsfall neben der Gebührenordnungsposition 13584 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 04413 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 04414 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 04413 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 04220, 04221, 04411, 04415, 04416 und 36881 bis 36883 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 4.4.2, 4.4.3 und 4.5 berechnungsfähig.

04414 **Telemedizinische Funktionsanalyse eines implantierten Kardioverters bzw. Defibrillators** 93,26 € 732 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Telemedizinische Funktionsanalyse eines implantierten Kardioverters bzw. Defibrillators,
- Überprüfung des Batteriezustandes,
- Überprüfung und Dokumentation der erhobenen Parameter und Messwerte,
- Kontrolle der Funktionsfähigkeit der Elektrode(n)

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 04414 setzt im Krankheitsfall mindestens eine Funktionsanalyse gemäß der Gebührenordnungsposition 04413 - möglichst in der Arztpraxis des telemedizinisch überwachenden Vertragsarztes - voraus.
Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 04414 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Rhythmusimplantat-Kontrolle gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.
Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 04414 setzt den Nachweis der Erfüllung der Vorgaben gemäß Anlage 31 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) voraus.

Die Gebührenordnungspositionen 04413 und 04414 sind in Summe höchstens fünfmal im Krankheitsfall berechnungsfähig. Bei Versicherten, bei denen gleichzeitig eine Strahlentherapie durchgeführt wird, besteht mit Begründung im Krankheitsfall keine Obergrenze. Als Begründung ist der ICD-10-Kode der für die Strahlentherapie maßgeblichen Erkrankung bei der Abrechnung anzugeben.
Die Gebührenordnungsposition 04414 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 04413 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 04414 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 04220, 04221, 04411, 04415, 04416, 13584 und 36881 bis 36883 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 4.4.2, 4.4.3 und 4.5 berechnungsfähig.

04415 **Funktionsanalyse eines implantierten Systems zur kardialen Resynchronisationstherapie (CRT-P, CRT-D)** 114,79 € 901 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Funktionsanalyse eines implantierten Systems zur kardialen Resynchronisationstherapie (CRT-P, CRT-D),
- Überprüfung des Batteriezustandes,
- Überprüfung und Dokumentation der programmierbaren Parameter und Messwerte durch Ausdruck des Programmiergerätes,
- Kontrolle der Funktionsfähigkeit der Elektrode(n)

Fakultativer Leistungsinhalt

- Umprogrammierung

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 04415 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Rhythmusimplantat-Kontrolle gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.
Die Gebührenordnungspositionen 04415 und 04416 sind in Summe höchstens fünfmal im Krankheitsfall berechnungsfähig. Bei Versicherten, bei denen gleichzeitig eine Strahlentherapie durchgeführt wird, besteht mit Begründung im Krankheitsfall keine Obergrenze. Als Begründung ist der ICD-10-Kode der für die Strahlentherapie maßgeblichen Erkrankung bei der Abrechnung anzugeben.
Die Gebührenordnungsposition 04415 ist einmal im Krankheitsfall neben der Gebührenordnungsposition 13584 berechnungsfähig. Zum Zweck der Umprogrammierung oder bei nicht vorhergesehener Inanspruchnahme ist die Gebührenordnungsposition 04415 weitere zweimal im Krankheitsfall neben der Gebührenordnungsposition 13584 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 04415 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 04416 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 04415 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 04220, 04221, 04411, 04413, 04414 und 36881 bis 36883 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 4.4.2, 4.4.3 und 4.5 berechnungsfähig.

04416 **Telemedizinische Funktionsanalyse eines implantierten Systems zur kardialen Resynchronisationstherapie (CRT-P, CRT-D)** 114,79 € 901 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Telemedizinische Funktionsanalyse eines implantierten Systems zur kardialen Resynchronisationstherapie (CRT-P, CRT-D),
- Überprüfung des Batteriezustandes,
- Überprüfung und Dokumentation der erhobenen Parameter und Messwerte,
- Kontrolle der Funktionsfähigkeit der Elektrode(n)

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 04416 setzt im Krankheitsfall mindestens eine Funktionsanalyse gemäß der Gebührenordnungsposition 04415 - möglichst in der Arztpraxis des telemedizinisch überwachenden Vertragsarztes - voraus.
Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 04416 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Rhythmusimplantat-Kontrolle gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.
Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 04416 setzt den Nachweis der Erfüllung der Vorgaben gemäß Anlage 31 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) voraus.
Die Gebührenordnungspositionen 04415 und 04416 sind in Summe höchstens fünfmal im Krankheitsfall berechnungsfähig. Bei Versicherten, bei denen gleichzeitig eine Strahlentherapie durchgeführt wird, besteht mit Begründung im Krankheitsfall keine Obergrenze. Als Begründung ist der ICD-10-Kode der für die Strahlentherapie maßgeblichen Erkrankung bei der Abrechnung anzugeben.
Die Gebührenordnungsposition 04416 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 04415 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 04416 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 04220, 04221, 04411, 04413, 04414, 13584 und 36881 bis 36883 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 4.4.2, 4.4.3 und 4.5 berechnungsfähig.

04417 **Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 04411, 04413 und 04415** 5,10 € 40 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 04417 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 04517, 04519 und 04524 berechnungsfähig.

04419 **Ergospirometrische Untersuchung** 50,20 € 394 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Ergospirometrische Untersuchung in Ruhe und unter physikalisch definierter und reproduzierbarer Belastungsstufe,
- Gleichzeitige obligatorische Untersuchung der Atemgase, Ventilationsparameter und der Herz-Kreislauf-Parameter
- Monitoring,
- Dokumentation mittels „9-Felder-Grafik“

Fakultativer Leistungsinhalt

- Beratung der Bezugsperson(en)

Die Gebührenordnungsposition 04419 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 04220, 04221 und 36881 bis 36883 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 4.4.2, 4.4.3 und 4.5 berechnungsfähig.

04420 **Behandlung eines Herz-Transplantatträgers** 26,88 €
211 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Behandlung eines Herz-Transplantatträgers,
- Kontrolle der Transplantatfunktion(en),
- Überwachung des spezifischen Therapieschemas,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Instruktion der Bezugsperson(en),
- Abstimmung mit dem Hausarzt,

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 04420 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 04220, 04221 und 36881 bis 36883 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 4.4.2, 4.4.3 und 4.5 berechnungsfähig.

04421 **Externe elektrische Kardioversion, einschließlich Sachkosten** 238,88 €
1875 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Patientenaufklärung in angemessenem Zeitabstand vor dem Eingriff,
- Externe elektrische Kardioversion,
- Kontinuierliches EKG-Monitoring,
- 12-Kanal-EKG(s),
- mindestens ein weiterer Arzt-Patienten-Kontakt innerhalb von 5 Tagen nach Kardioversion,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Aufklärung und Instruktion der Bezugsperson(en),
- Verabreichung von Analgetika und/oder Sedativa,
- Aufzeichnung eines Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden Dauer,
- Computergestützte Auswertung eines kontinuierlich aufgezeichneten Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden Dauer,

höchstens dreimal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 04421 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 04220, 04430, 04431, 04433 bis 04437, 04439, 04441 bis 04443, 04511 bis 04519, 04523, 04524, 04527 bis 04530, 04532, 04534 bis 04536, 04538, 04550, 04551, 04560 bis 04562, 04564 bis 04566, 04572, 04573 und 04580 berechnungsfähig.

4.4.2 Neuropädiatrische Gebührenordnungspositionen

1. Die Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 4.4.2 können - unter Berücksichtigung von 1.3 der Allgemeinen Bestimmungen -

nur von Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie berechnet werden.
2. Bei Vorliegen der entsprechenden Qualifikationsvoraussetzungen sind von den Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie - unbeschadet der Regelungen gemäß 5 und 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen - zusätzlich nachfolgende Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig: Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 30.11.
3. Die Gebührenordnungspositionen 01510 bis 01512, 02100 und 02101 sind entgegen der Bestimmungen im Anhang 1 des EBM für Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie neben den Versichertenpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 04000 und 04030 berechnungsfähig. In diesem Fall sind die Gebührenordnungspositionen 01510 bis 01512, 02100 und 02101 mit einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung zu versehen.

04430 **Neuropädiatrisches Gespräch, Behandlung, Beratung, Erörterung und/oder Abklärung** (Einzelbehandlung) 16,31 € 128 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Dauer mindestens 10 Minuten,
- als Einzelbehandlung,
- Berücksichtigung krankheitsspezifischer, behinderungsbezogener und prognostischer sowie entwicklungsabhängiger, sprachlicher und familiendynamischer Faktoren,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Erhebung der biographischen Anamnese zur Störung, Erkrankung oder Behinderung,
- Vertiefte Exploration mit differentialdiagnostischer Einordnung eines neuropädiatrischen Krankheitsbildes und der möglichen Komorbiditäten,
- Syndrombezogene therapeutische Intervention,
- Anleitung der Bezugsperson(en),

je vollendete 10 Minuten

Die Gebührenordnungsposition 04430 ist auch bei Durchführung der Leistung im Rahmen einer Videosprechstunde berechnungsfähig und dies durch Angabe einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung zu dokumentieren. Für die Abrechnung gelten die Anforderungen gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä entsprechend.
Die Gebührenordnungsposition 04430 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35150 bis 35152, 35163 bis 35169 und 35173 bis 35179 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 35.2.1 und 35.2.2 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 04430 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 04220 und 04221 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 4.4.1, 4.4.3 und 4.5 berechnungsfähig.

04431 **Ausführliche neurologisch-motoskopische Untersuchung** 14,52 €

Obligater Leistungsinhalt 114 Punkte

- Prüfung von
  - altersgemäßer Haltungs- und Bewegungskontrolle,
  - muskulärem Ruhe- und Aktivitätstonus, Muskelkraft,
  - Eigen- und Fremdreflexen sowie der Hirnnerven,
  - Oberflächen- und Tiefensensibilität,
  - statischem und dynamischem Gleichgewicht,
  - Koordination, Bewegungsübergängen und -zwischenstufen,
  - Feinmotorik,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Lateralisation, Mittellinienkreuzung,
- Motometrische Testung,

je vollendete 15 Minuten, höchstens zweimal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 04431 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01711 bis 01720, 01723, 04220 und 04221 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 4.4.1, 4.4.3 und 4.5 berechnungsfähig.

04433 **Zusatzpauschale Koordination der neuropädiatrischen Betreuung** 43,32 €
bei der fortgesetzten Betreuung von Patienten bei mindestens einer der Diagnosen: 340 Punkte

- Epilepsie (G40, G41),
- Migräne (G43),
- infantile Zerebralparese, sonstige Lähmung (G80 bis G83),
- kombinierte Entwicklungsstörung (F83),
- tiefgreifende Entwicklungsstörung (F84 bis F89),
- geistige Behinderung (F70 bis F79),
- schwerwiegendes Fehlbildungssyndrom, Myelomeningocele (Q01 bis Q18, Q71 bis Q74, Q76 bis Q78, Q85 bis Q87, Q90 bis Q99),
- Hydrocephalus, Hypoxischer Hirnschaden (G91 bis G94),
- metabolische Erkrankung, Neuropathien, neurodegenerative Erkrankung (G10 bis G25, G32 bis G37, G50 bis G64, G90.60),
- Muskeldystrophie, Myopathien (G70 bis G73),
- Zustand nach SHT III (S06.1 bis S06.9),
- Aufmerksamkeitsstörungen (F90),

Obligater Leistungsinhalt

- Ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ärztliche Koordination intra- und/oder multiprofessioneller, komplementärer Versorgungsstrukturen und/oder -instanzen, psycho-, physio-, ergo- und/oder sprachtherapeutischer Einrichtungen und/oder multiprofessioneller Teams, der Gruppenarbeit mit Patienten, Angehörigen und Laienhelfern sowie der Anleitung der Eltern,

einmal im Behandlungsfall

Die Angabe der Diagnose nach ICD-10 ist Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 04433.
Die Gebührenordnungsposition 04433 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 04220 und 04221 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 4.4.1, 4.4.3 und 4.5 berechnungsfähig.

04434 **Elektroenzephalographische Untersuchung** 34,91 €
274 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Ableitungsdauer mindestens 20 Minuten,
- Aufzeichnungsdauer mindestens 20 Minuten,
- Auswertung,
- Übergangswiderstandsmessung

Fakultativer Leistungsinhalt

- Provokation(en)

Die für die Gebührenordnungsposition 04434 erforderliche Berichtspflicht gilt als erfüllt, wenn im Behandlungsfall ein Bericht/ Arztbrief erstellt wurde.
Die Gebührenordnungsposition 04434 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 04435, 14320, 14321, 16310, 16311, 21310, 21311, 30900 bis 30902 und 30905 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 04434 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 04220, 04221, 04321 und 04322 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 4.4.1, 4.4.3 und 4.5 berechnungsfähig.

04435 **Pädiatrische Kurz-Schlaf-EEG-Untersuchung** 77,97 €
612 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Ableitungsdauer mindestens 45 Minuten,
- Aufzeichnung inklusive vollständiger Einschlaf- und Aufwachphase,
- Auswertung

Fakultativer Leistungsinhalt

- Provokation(en),
- Polygraphie

Die Gebührenordnungsposition 04435 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 04434, 14320, 14321, 16310, 16311, 21310, 21311, 30900 bis 30902 und 30905 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 04435 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 04220 und 04221 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 4.4.1, 4.4.3 und 4.5 berechnungsfähig.

04436 **Neurophysiologische Untersuchung (SEP, VEP, AEP, MEP)** 33,51 €
263 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Bestimmung somatosensibel evozierter Potenziale

und/oder

- Bestimmung visuell evozierter Potenziale

und/oder

- Bestimmung akustisch evozierter Potenziale

und/oder

- Bestimmung magnetisch evozierter Potenziale,
- beidseitig,

je Sitzung

Die Gebührenordnungsposition 04436 ist im Behandlungsfall insgesamt höchstens zweimal berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 04436 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 14331, 16321 und 21321 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 04436 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01705 und 01706 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 04436 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 04220 und 04221 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 4.4.1, 4.4.3 und 4.5 berechnungsfähig.

04437 **Zusatzpauschale Abklärung einer peripheren neuromuskulären Erkrankung** — 26,63 € / 209 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Elektromyographische Untersuchung(en) mit Oberflächen- und/oder Nadelelektroden

und/oder

- Elektroneurographische Untersuchung(en) mit Bestimmung(en) der motorischen oder sensiblen Nervenleitgeschwindigkeit,
- Ein- und/oder beidseitig

Die Gebührenordnungsposition 04437, 16322 und 27331 ist im Behandlungsfall höchstens dreimal berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 04437 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 16322 und 27331 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 04437 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 04220 und 04221 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 4.4.1, 4.4.3 und 4.5 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 04437 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31614 bis 31621 berechnungsfähig.

04439 **Elektronystagmo-/Okulographie, Blinkreflexprüfung** — 15,03 € / 118 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Elektronystagmo-/Okulographie

und/oder

- Blinkreflexprüfung,
- Ein- und/oder beidseitig,

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 04439 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 04220, 04221, 14330, 16320 und 21320 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 4.4.1, 4.4.3 und 4.5 berechnungsfähig.

4.4.3 Gebührenordnungspositionen der pädiatrischen Hämatologie und Onkologie

Die Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 4.4.3 können - unter Berücksichtigung von 1.3 der Allgemeinen Bestimmungen - nur von Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder-Hämatologie und -Onkologie berechnet werden.

04441 **Zusatzpauschale Behandlung einer laboratoriumsmedizinisch oder histologisch/zytologisch gesicherten, primär hämatologischen und/oder onkologischen und/oder immunologischen Systemerkrankung** — 24,33 € / 191 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Behandlung einer laboratoriumsmedizinisch oder histologisch/ zytologisch gesicherten, primär hämatologischen und/oder onkologischen und/oder immunologischen Systemerkrankung,
- Erstellung eines krankheitsspezifischen Therapiekonzeptes unter Berücksichtigung individueller Faktoren,

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 04441 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 04220, 04221, 36882 und 36883 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 4.4.1, 4.4.2 und 4.5 berechnungsfähig.

04442 **Zusatzpauschale intensive, aplasieinduzierende und/oder toxizitätsadaptierte, antiproliferative Behandlung** — 22,55 € / 177 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Intensive, aplasieinduzierende

und/oder

- Toxizitätsadaptierte Behandlung,
- Erfassung und Dokumentation der Toxizität,

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 04442 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 04220, 04221, 36882 und 36883 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 4.4.1, 4.4.2 und 4.5 berechnungsfähig.

04443 **Zusatzpauschale intensivierte Nachbetreuung nach Tumorbehandlung und/oder** allogener(n) oder autologer(n) **Transplantation(en) hämatopoetischer Stammzellen** — 24,08 € / 189 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Intensivierte Nachbetreuung nach Tumorbehandlung

und/oder

- Intensivierte Nachbehandlung nach allogener oder autologer Transplantation(en) hämatopoetischer Stammzellen

und/oder

- Nachbetreuung von Patienten mit Stammzellentransplantation,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Überwachung des spezifischen Therapieschemas
- Erfassung und Dokumentation der Toxizität,

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 04443 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 04220, 04221, 36882 und 36883 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 4.4.1, 4.4.2 und 4.5 berechnungsfähig.

4.5 Pädiatrische Gebührenordnungspositionen mit Zusatzweiterbildung

4.5.1 Pädiatrisch-gastroenterologische Gebührenordnungspositionen

1. Die Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 4.5.1 können - unter Berücksichtigung von 1.3 der Allgemeinen Bestimmungen - nur von Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzweiterbildung Kinder-Gastroenterologie berechnet werden.
2. Die Gebührenordnungspositionen 01510 bis 01512, 02100 und 02101 sind entgegen der Bestimmung im Anhang 1 des EBM für Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzweiterbildung Kinder-Gastroenterologie neben den Versichertenpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 04000 und 04030 berechnungsfähig. In diesem Fall sind die Gebührenordnungspositionen 01510 bis 01512, 02100 und 02101 mit einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung zu versehen.

04511 **Zusatzpauschale Ösophago-Gastroduodenoskopie** 111,86 €
878 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Ösophagoskopie

und/oder

- Ösophagogastroskopie

und/oder

- Ösophagogastroduodenoskopie,
- Patientenaufklärung zur Untersuchung und zu den möglichen therapeutischen Maßnahmen in derselben Sitzung in angemessenem Zeitabstand vor dem Eingriff,
- Aufklärung und Instruktion der Bezugsperson(en),
- Information zum Ablauf der vorbereitenden Maßnahmen vor dem Eingriff und zu einer Sedierung und/oder Prämedikation,
- Nachbeobachtung und -betreuung,
- Foto-/Videodokumentation(en)

Fakultativer Leistungsinhalt

- ^{13}C-Harnstoff-Atemtest (Nr. 02400),

- Ureasenachweis, einschl. Kosten,
- Probeexzision(en),
- Probepunktion(en),
- Fremdkörperentfernung(en),
- Blutstillung(en),
- Prämedikation, Sedierung, ggf. unter Monitoring von Blutdruck und Pulsoxymetrie

Entgegen Nr. 4.3.2 der Allgemeinen Bestimmungen kann die Gebührenordnungsposition auch dann berechnet werden, wenn die Arztpraxis nicht über die Möglichkeit zur Durchführung des ^{13}C-Harnstoff-Atemtests nach der Gebührenordnungsposition 02400 verfügt.
Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 04511 im Zusammenhang mit der Durchführung der Entfernung eines Gastrostomiekatheters entsprechend der Gebührenordnungsposition 04524 ist durch Angabe einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung zu dokumentieren.
Die Gebührenordnungsposition 04511 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02400, 04513, 04517 und 04519 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 04511 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 04220, 04221 und 36881 bis 36883 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 4.4, 4.5.2, 4.5.3, 4.5.4 und 4.5.5 berechnungsfähig.

04512 **Langzeit-ph-Metrie des Ösophagus von mindestens 12 Stunden Dauer mit Sondeneinführung** 59,63 € / 468 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Lagekontrolle der Sonde,
- Aufklärung und Instruktion der Bezugsperson(en)

Fakultativer Leistungsinhalt

- Fixierung der Sonde

Die Gebührenordnungsposition 04512 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302 und 04515 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 04512 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 04220, 04221 und 36881 bis 36883 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 4.4, 4.5.2, 4.5.3, 4.5.4 und 4.5.5 berechnungsfähig.

04513 **Perkutane Gastrostomie oder Wechsel eines Gastrostomiekatheters** 152,50 € / 1197 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Perkutane Gastrostomie oder Wechsel eines Gastrostomiekatheters,
- Gastroskopie (Nr. 04511),
- Patientenaufklärung in angemessenem Zeitabstand vor dem Eingriff zur Untersuchung und zu den möglichen therapeutischen Maßnahmen in derselben Sitzung,

- Aufklärung und Instruktion der Bezugsperson(en),
- Information zum Ablauf der vorbereitenden Maßnahmen vor dem Eingriff und zu einer Sedierung und/oder Prämedikation,
- Nachbeobachtung und -betreuung

Fakultativer Leistungsinhalt

- Prämedikation/Sedierung,
- Endoskopische Durchführung,
- Lokalanästhesie,
- Einführen einer Verweilsonde

Die Gebührenordnungsposition 04513 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02320, 02340, 02341, 02344, 04511, 04517, 04519 und 04524 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 04513 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 04220, 04221 und 36881 bis 36883 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 4.4, 4.5.2, 4.5.3, 4.5.4 und 4.5.5 berechnungsfähig.

04514 **Zusatzpauschale pädiatrische Koloskopie** 203,85 €
1600 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Totale Koloskopie mit Darstellung des Zökums,
- Patientenaufklärung zur Koloskopie und Prämedikation in angemessenem Zeitabstand vor dem Eingriff,
- Aufklärung und Instruktion der Bezugsperson(en),
- Aufklärung zum Vorgehen und zu einer möglichen Polyp(en)abtragung und anderer therapeutischer Maßnahmen in derselben Sitzung,
- Information zu Ablauf und Dauer der Darmreinigung,
- Aushändigung aller Substanzen zur Darmreinigung,
- Foto-/Videodokumentation(en),
- Nachbeobachtung,
- Einhaltung der Maßnahmen der Überprüfung der Hygienequalität entsprechend der Qualitätssicherungsvereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V,
- Vorhaltung der geeigneten Notfallausstattung entsprechend der Qualitätssicherungsvereinbarung gemäß § 135 SGB V

Fakultativer Leistungsinhalt

- Lagekontrolle durch ein bildgebendes Verfahren,
- Gerinnungsuntersuchungen und kleines Blutbild,
- Darstellung des terminalen Ileums,
- Probeexzision(en),
- Prämedikation, Sedierung ggf. unter Monitoring von Blutdruck und Pulsoxymetrie

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 04514 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.
Die Gebührenordnungsposition 04514 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01741, 02300 bis 02302, 02401 und 04518 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 04514 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 04220, 04221 und 36881 bis 36883 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 4.4, 4.5.2, 4.5.3, 4.5.4 und 4.5.5 berechnungsfähig.

04515 **Zuschlag** zu den Gebührenordnungspositionen 04511, 04513 und 04514 — 66,00 € / 518 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Einführen eines jejunalen Schenkels durch den Pylorus bei gastroösophagealem Reflux oder Magenentleerungsstörung (PEJ)

und/oder

- Endoskopische Sklerosierungsbehandlung(en)

und/oder

- Ligatur(en) bei Varizen und Ulzeration(en)

und/oder

- Vollständige Entfernung eines oder mehrerer Polypen bzw. Mukosektomie mittels Heiß- oder Kaltschlinge

und/oder

- Ösophagus-Manometrie

Die Gebührenordnungsposition 04515 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01742 und 04512 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 04515 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 04220, 04221 und 36881 bis 36883 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 4.4, 4.5.2, 4.5.3, 4.5.4 und 4.5.5 berechnungsfähig.

04516 **Zusatzpauschale pädiatrische Rektoskopie** — 11,98 € / 94 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Rektoskopie,
- Patientenaufklärung in angemessenem Zeitabstand vor dem Eingriff,
- Aufklärung und Instruktion der Bezugsperson(en),
- Information zum Ablauf der vorbereitenden Maßnahmen vor dem Eingriff und zu einer Sedierung und/oder Prämedikation,
- Aufklärung zum Vorgehen und zu einer möglichen Polyp(en)abtragung und anderer therapeutischer Maßnahmen in derselben Sitzung,
- Nachbeobachtung und -betreuung,
- Information zu Ablauf und Dauer der Darmreinigung

Fakultativer Leistungsinhalt

- Blutstillung,
- Fremdkörperentfernung,
- Gewebebiopsie(n) und Veranlassung einer histologischen Untersuchung,
- Prämedikation, Sedierung, ggf. unter Monitoring von Blutdruck und Pulsoxymetrie

Die Gebührenordnungsposition 04516 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 03331, 04331, 08333, 13257 und 30600 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 04516 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 04220, 04221, 13250 und 36881 bis 36883 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 4.4, 4.5.2, 4.5.3, 4.5.4 und 4.5.5 berechnungsfähig.

04517 **Wechsel eines Jejunostomiekatheters** 152,50 €
1197 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Transorale Jejunoskopie mit Wechsel eines Jejunostomiekatheters,
- Patientenaufklärung in angemessenem Zeitabstand vor dem Eingriff zur Untersuchung und zu den möglichen therapeutischen Maßnahmen in derselben Sitzung,
- Aufklärung und Instruktion der Bezugsperson(en),
- Information zum Ablauf der vorbereitenden Maßnahmen vor dem Eingriff und zu einer Sedierung und/oder Prämedikation,
- Nachbeobachtung und -betreuung

Fakultativer Leistungsinhalt

- Blutstillung(en),
- Prämedikation/Sedierung,
- Lokalanästhesie,
- Einführen einer Verweilsonde

Die Gebührenordnungsposition 04517 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02320, 02340, 02341, 02344, 04511, 04513, 04519 und 04524 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 04517 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 04220, 04221 und 36881 bis 36883 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 4.4, 4.5.2, 4.5.3, 4.5.4 und 4.5.5 berechnungsfähig.

04518 **Zusatzpauschale pädiatrische (Teil-)Koloskopie und/oder Sigmoidoskopie** 133,52 €
1048 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- (Teil-)Koloskopie entsprechend der Gebührenordnungsposition 04514 mindestens mit Darstellung des Kolon transversum

und/oder

- Sigmoidoskopie

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 04518 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.
Die Gebührenordnungsposition 04518 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01741, 02300 bis 02302 und 04514 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 04518 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 04220, 04221, 13422 und 36881 bis

36883 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 4.4, 4.5.2, 4.5.3, 4.5.4 und 4.5.5 berechnungsfähig.

04519 **Entfernung eines Jejunostomiekatheters** 111,86 €
878 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Patientenaufklärung in angemessenem Zeitabstand vor dem Eingriff zur Untersuchung und zu den möglichen therapeutischen Maßnahmen in derselben Sitzung,
- Aufklärung und Instruktion der Bezugsperson(en),
- Information zum Ablauf der vorbereitenden Maßnahmen vor dem Eingriff und zu einer möglichen Sedierung und/oder Prämedikation,
- Nachbeobachtung und -betreuung

Fakultativer Leistungsinhalt

- Transorale Jejunoskopie für die Entfernung eines Jejunostomiekatheters,
- Blutstillung(en),
- Prämedikation, ggf. Sedierung, ggf. unter Monitoring von Blutdruck und Pulsoxymetrie,
- Lokalanästhesie

Die Gebührenordnungsposition 04519 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02400, 04511, 04513, 04517 und 04524 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 04519 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 04220, 04221 und 36881 bis 36883 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 4.4, 4.5.2, 4.5.3, 4.5.4 und 4.5.5 berechnungsfähig.

04520 **Zusätzliche Leistung(en) im Zusammenhang mit den Gebührenordnungspositionen 04514 oder 04518** 29,69 €
233 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Fremdkörperentfernung(en)

und/oder

- Polypektomie(n) von Polypen mit einer Größe > 5 mm mittels Heiß- oder Kaltschlinge

und/oder

- Schlingenbiopsie(n) mittels Heiß- oder Kaltschlinge

und/oder

- Blutstillung(en)

Die Gebührenordnungsposition 04520 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01742, 02300 bis 02302 und 13423 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 04520 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 04220, 04221, 04410, 04411, 04413 bis 04416, 04419, 04420, 04430, 04431, 04433 bis 04437, 04439, 04441 bis 04443, 04530, 04532, 04534 bis 04538, 04550, 04551, 04560 bis 04562, 04564 bis 04566, 04572, 04573, 04580 und 36881 bis 36883 berechnungsfähig.

04523 **Zusatzpauschale Behandlung eines Dünndarm- und/oder Leber-Transplantatträgers** 26,88 € 211 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Behandlung eines Dünndarm- und/oder Leber-Transplantatträgers,
- Kontrolle der Transplantatfunktionen,
- Überwachung des spezifischen Therapieschemas,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Beratung und Instruktion der Bezugsperson(en),
- Abstimmung mit dem Hausarzt,

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 04523 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 04220 und 04221 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 4.4, 4.5.2, 4.5.3, 4.5.4 und 4.5.5 berechnungsfähig.

04524 **Entfernung eines Gastrostomiekatheters** 6,50 € 51 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 04524 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 04513, 04517 und 04519 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 04524 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 04220, 04221 und 36881 bis 36883 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 4.4, 4.5.2, 4.5.3, 4.5.4 und 4.5.5 berechnungsfähig.

04527 **Zusatzpauschale Behandlung eines Bauchspeicheldrüsen-Transplantatträgers** 26,88 € 211 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Behandlung eines Bauchspeicheldrüsen-Transplantatträgers,
- Kontrolle der Transplantatfunktionen,
- Überwachung des spezifischen Therapieschemas,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Beratung und Instruktion der Bezugsperson(en),
- Abstimmung mit dem Hausarzt,

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 04527 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 04220, 04221 und 04561 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 4.4, 4.5.2, 4.5.3 und 4.5.5 berechnungsfähig.

04528 **Zusatzpauschale Durchführung einer Kapselendoskopie bei Erkrankungen des Dünndarms** entsprechend der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (Nr. 16 der Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung) und entsprechend der 141,29 € 1109 Punkte

Qualitätssicherungsvereinbarung Kapselendoskopie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V

Obligater Leistungsinhalt

- Aufklärung zur Kapselendoskopie in angemessenem Zeitabstand vor der Untersuchung,
- Durchführung einer Kapselendoskopie bei Erkrankungen des Dünndarms,
- Dokumentation gemäß § 3 der Nr. 16 der Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" sowie § 7 und § 8 der Qualitätssicherungsvereinbarung Kapselendoskopie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Aushändigung aller Substanzen zur Darmreinigung,
- Information zu Ablauf und Dauer der Darmreinigung,

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 04528 enthält nicht die Kosten für die Untersuchungskapsel.
Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 04528 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung Kapselendoskopie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.
Die Gebührenordnungsposition 04528 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 04220 und 04221 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 4.4, 4.5.2, 4.5.3, 4.5.4 und 4.5.5 berechnungsfähig.

04529 **Zusatzpauschale Auswertung einer Untersuchung mittels Kapselendoskopie bei Erkrankungen des Dünndarms** entsprechend der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (Nr. 16 der Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung) und entsprechend der Qualitätssicherungsvereinbarung Kapselendoskopie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V — 315,20 € / 2474 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Auswertung einer Untersuchung mittels Kapselendoskopie bei Erkrankungen des Dünndarms,
- Dokumentation gemäß § 3 der Nr. 16 der Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" sowie § 7 und § 8 der Qualitätssicherungsvereinbarung Kapselendoskopie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V,

einmal im Behandlungsfall

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 04529 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung Kapselendoskopie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.
Die Gebührenordnungsposition 04529 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 04220 und 04221 und nicht neben

den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 4.4, 4.5.2, 4.5.3, 4.5.4 und 4.5.5 berechnungsfähig.

4.5.2 Pädiatrisch-pneumologische Gebührenordnungspositionen

1. Die Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 4.5.2 können - unter Berücksichtigung von 1.3 der Allgemeinen Bestimmungen - nur von Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie berechnet werden.
2. Die Gebührenordnungsposition 04537 kann darüber hinaus von Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzweiterbildung "Kinder-Kardiologie" berechnet werden.

04530 **Zusatzpauschale pädiatrische Pneumologie** 39,62 €
311 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Ganzkörperplethysmographische Lungenfunktionsdiagnostik mit graphischer(-en) Registrierung(en) ab dem vollendeten 5. Lebensjahr

und/oder

- Bestimmung des Atemwegwiderstandes (Resistance) mittels Oszillations- oder Verschlussdruckmethode und fortlaufender graphischer Registrierung bei Kindern bis zum vollendeten 6. Lebensjahr

und/oder

- Bestimmung(en) der Diffusionskapazität in Ruhe und/oder physikalisch definierter und reproduzierbarer Belastung ab dem vollendeten 5. Lebensjahr

und/oder

- Bestimmung(en) der Lungendehnbarkeit (Compliance) mittels Ösophaguskatheter,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Bestimmung(en) des intrathorakalen Gasvolumens,
- Applikation(en) von bronchospasmolytisch wirksamen Substanzen,
- Bestimmung(en) der prozentualen Sauerstoffsättigung im Blut (Oxymetrie),
- Spirographische Untersuchung(en) mit Darstellung der Flussvolumenkurve bei in- und exspiratorischer Messung,
- Druckmessung an der Lunge mittels P0 I und Pmax und grafischer Registrierung bei Kindern ab dem 7. Lebensjahr, Jugendlichen und Heranwachsenden,
- Bestimmung des Atemwegswiderstandes (Resistance) mittels Oszillations- oder Verschlussdruckmethode und fortlaufender graphischer Registrierung bei Kindern ab dem 7. Lebensjahr, Jugendlichen und Heranwachsenden,
- Bestimmung des Säurebasenhaushalts und des Gasdrucks im Blut (Blutgasanalyse)
  - in Ruhe

  und/oder
  - unter definierter und reproduzierbarer Belastung

  und/oder
  - unter Sauerstoffinsufflation,

- Bestimmung(en) des Residualvolumens mittels Fremdgasmethode,
- Bestimmung von Hämoglobin(en) (z.B. Met-Hb, CO-Hb) mittels des für die Oxymetrie bzw. für die Blutgasanalyse eingesetzten Gerätes,

einmal im Behandlungsfall

Entgegen 4.3.2 der Allgemeinen Bestimmungen kann die Gebührenordnungsposition 04530 auch dann berechnet werden, wenn die Arztpraxis nicht über die Möglichkeit zur Bestimmung von Hämoglobin(en) (z.B. Met-Hb, CO-Hb) mittels des für die Oxymetrie bzw. für die Blutgasanalyse eingesetzten Gerätes verfügt.
Die Gebührenordnungsposition 04530 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 02330 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 04530 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 04220, 04221 und 04536 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 4.4, 4.5.1, 4.5.3, 4.5.4 und 4.5.5 berechnungsfähig.

04532 **Zuschlag** zu der Gebührenordnungsposition 04530 **für die Durchführung eines unspezifischen bronchialen Provokationstests** — 46,76 € / 367 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Wiederholte Messungen mit Darstellung der Druckflusskurve

oder

- quantitativer inhalativer Mehrstufentest unter kontinuierlicher Registrierung der Druckflusskurve oder Flussvolumenkurve
- Nachbeobachtung von mindestens 30 Minuten Dauer

Fakultativer Leistungsinhalt

- Bronchospasmolysebehandlung nach Provokation

Die Gebührenordnungsposition 04532 ist nicht mehrfach an demselben Tag berechnungsfähig. Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 04532 ist die Erfüllung der notwendigen sachlichen und personellen Bedingungen für eine gegebenenfalls erforderliche notfallmedizinische Versorgung.
Die Gebührenordnungsposition 04532 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 04220, 04221, 04536, 36882 und 36883 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 4.4, 4.5.1, 4.5.3, 4.5.4 und 4.5.5 berechnungsfähig.

04534 **Ergospirometrische Untersuchung** — 50,20 € / 394 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Ergospirometrische Untersuchung in Ruhe und unter physikalisch definierter Belastung und reproduzierbarer Belastungsstufe ab dem vollendeten 5. Lebensjahr,
- Gleichzeitige obligatorische Untersuchung der Atemgase, Ventilationsparameter und der Herz-Kreislauf-Parameter,
- Monitoring,
- Dokumentation mittels „9-Felder-Grafik“

Die Gebührenordnungsposition 04534 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 04220, 04221, 36882 und 36883 und

nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 4.4, 4.5.1, 4.5.3, 4.5.4 und 4.5.5 berechnungsfähig.

04535 **Schweißtest zur Mukoviszidose-Diagnostik** 8,79 €
69 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Gewinnung von Schweiß zur Bestimmung des Elektrolytgehaltes,

je Untersuchung

Die Gebührenordnungsposition 04535 ist höchstens zweimal im Krankheitsfall berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 04535 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 04220, 04221, 36882 und 36883 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 4.4, 4.5.1, 4.5.3, 4.5.4 und 4.5.5 berechnungsfähig.

04536 **Bestimmung des Säurebasenhaushalts und Blutgasanalyse** 10,70 €
84 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Bestimmung des Säurebasenhaushalts und des Gasdrucks im Blut (Blutgasanalyse)
  - in Ruhe

  und/oder
  - unter definierter und reproduzierbarer Belastung

  und/oder
  - unter Sauerstoffinsufflation

Die Gebührenordnungsposition 04536 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02330, 13256, 13652, 13661, 32247, 36884 und 37705 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 04536 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 04220, 04221, 04530, 04532 und 13250 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 4.4, 4.5.1, 4.5.3, 4.5.4, 4.5.5 und 36.6.3 berechnungsfähig.

04537 **Zusatzpauschale Behandlung eines Lungen- oder Herz-Lungen-Transplantatträgers** 26,88 €
211 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Behandlung eines Lungen- oder Herz-Lungen-Transplantatträgers,
- Kontrolle der Transplantatfunktionen,
- Überwachung des spezifischen Therapieschemas,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Beratung und Instruktion der Bezugsperson(en),
- Abstimmung mit dem Hausarzt,

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 04537 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 04220, 04221, 04411, 04413 bis 04416, 04420 und 36881 bis 36883 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 4.4.2, 4.4.3, 4.5.1, 4.5.3, 4.5.4 und 4.5.5 berechnungsfähig.

04538 **FeNO-Messung zur Indikationsstellung einer Therapie mit Dupilumab** 11,21 €
88 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 04538 ist bei Überprüfung einer bereits gestellten Indikation zur Therapie mit Dupilumab oder zur Verlaufskontrolle der Therapie mit Dupilumab nicht berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 04538 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 04220, 04221, 04580 und 13678 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 4.4, 4.5.1, 4.5.3 und 4.5.4 berechnungsfähig.

4.5.3 Gebührenordnungspositionen der pädiatrischen Rheumatologie

1. Die Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 4.5.3 können - unter Berücksichtigung von 1.3 der Allgemeinen Bestimmungen - nur von Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzweiterbildung Kinder-Rheumatologie berechnet werden.
2. Die Gebührenordnungspositionen 01510 bis 01512, 02100 und 02101 sind entgegen der Bestimmung im Anhang 1 des EBM für Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzweiterbildung Kinder-Rheumatologie neben den Versichertenpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 04000 und 04030 berechnungsfähig. In diesem Fall sind die Gebührenordnungspositionen 01510 bis 01512, 02100 und 02101 mit einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung zu versehen.

04550 **Zusatzpauschale pädiatrische Rheumatologie für die Behandlung und/oder Betreuung eines Patienten mit mindestens einer der nachfolgend genannten Indikationen:** 29,56 €
232 Punkte

- chronische Arthritis, Kollagenose, Vaskulitis,
- systemische autoinflammatorische Erkrankung (z. B. periodisches Fiebersyndrom, PAPA, Blau-Syndrom, chronische Osteitis/ Osteomyelitis),
- andere entzündlich rheumatische Systemerkrankung (z. B. M. Behcet, Sarkoidose, chronische idiopathische Uveitis),
- chronisches, funktionsbeeinträchtigendes, lokalisiertes oder generalisiertes Schmerzsyndrom mit Manifestation am Bewegungsapparat (Fibromyalgie),

Obligater Leistungsinhalt

- Kontinuierliche Betreuung eines Säuglings, Kleinkindes, Kindes, Jugendlichen oder Heranwachsenden mit chronischer rheumatischer Erkrankung,
- Erhebung der Krankheitsaktivität rheumatischer Erkrankungen bei Kindern, Jugendlichen und Heranwachsenden mittels visueller Analogskala bzw. numerischer Ratingskala,
- Anleitung und Führung der Bezugsperson(en),
- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Aufstellung eines Behandlungsplanes mit Bezugsperson(en),

- Konsiliarische Erörterung mit dem überweisenden Arzt bzw. mit dem hausärztlichen Kinderarzt,
- Aufstellung eines Hilfsmittelplanes,
- Erprobung des Einsatzes von Hilfsmitteln, Therapiemitteln der physikalischen Medizin und Ergotherapie,
- Abstimmung mit dem Hilfsmitteltechniker,
- Überprüfung der qualitätsgerechten Zurichtung der Orthesen und Hilfsmittel,
- Beratung bezüglich Schule, Ausbildung und Berufswahl,

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 04550 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 04220, 04221 und 36881 bis 36883 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 4.4, 4.5.1, 4.5.2, 4.5.4 und 4.5.5 berechnungsfähig.

04551 **Zusatzpauschale spezielle pädiatrisch-rheumatologische Funktionsdiagnostik bzw. rheumatologisches Assessment zur Verlaufskontrolle mindestens einer gesicherten rheumatologischen Erkrankung oder zur Abklärung bei Verdacht auf mindestens eine der nachfolgenden Erkrankungen:** 19,62 € 154 Punkte

- chronische Arthritis
- Kollagenose
- Vaskulitis
- systemische autoinflammatorische Erkrankung (z. B. periodisches Fiebersyndrom, PAPA, Blau-Syndrom, chronische Osteitis/ Osteomyelitis)
- andere entzündlich rheumatische Systemerkrankung (z. B. M. Behcet, Sarkoidose, chronische idiopathische Uveitis)
- chronisches, funktionsbeeinträchtigendes, lokalisiertes oder generalisiertes Schmerzsyndrom mit Manifestation am Bewegungsapparat (Fibromyalgie),

Obligater Leistungsinhalt

- Rheumatologische Untersuchung von Funktions- und Fähigkeitsstörungen mit Quantifizierung der Funktionseinschränkung mittels standardisiertem qualitätsgesichertem Fragebogen (Childhood Health Assessment Questionnaire, CHAQ)

und/oder

- Erhebung des Juvenile Arthritis Disease Activity Score (JADAS) bei Kindern, Jugendlichen und Heranwachsenden mit juveniler idiopathischer Arthritis

und/oder

- Erhebung des JADAS und/oder JSpADA (Juvenile Spondyloarthritis Disease Activity Index) bei Kindern, Jugendlichen und Heranwachsenden mit axialer Spondyloarthritis einschließlich ankylosierender Spondylitis (Morbus Bechterew) und/oder anderer juveniler Spondyloarthritis

und/oder

- Erhebung des SLEDAI und/oder ECLAM bei systemischem Lupus erythematodes

und/oder
- Erhebung des BVAS bei Vaskulitiden

und/oder
- Erhebung des Disease Activity Score (DAS) und/oder manueller Muskeltest (Manual Muscle Testing, MMT-8) und/oder Childhood Myositis Assessment Scale (CMAS) bei Myositiden,

Fakultativer Leistungsinhalt
- Erhebung der Krankheitsaktivität rheumatischer Erkrankungen bei Kindern, Jugendlichen und Heranwachsenden mittels visueller Analogskala bzw. numerischer Ratingskala,

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 04551 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 04220, 04221 und 36881 bis 36883 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 4.4, 4.5.1, 4.5.2, 4.5.4 und 4.5.5 berechnungsfähig.

4.5.4 Gebührenordnungspositionen der pädiatrischen Nephrologie und Dialyse

1. Die Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 4.5.4 können - unter Berücksichtigung von 1.3 der Allgemeinen Bestimmungen - nur von Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzweiterbildung Kinder-Nephrologie berechnet werden.
2. Die Gebührenordnungspositionen 04560, 04561 und 04563 können - unter Berücksichtigung von 1.3 der Allgemeinen Bestimmungen - nur von Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzweiterbildung Kinder-Nephrologie und/oder Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin, die über eine Genehmigung zur Durchführung von Blutreinigungsverfahren gemäß § 135 Abs. 2 SGB V verfügen, berechnet werden. Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 04562, 04564 bis 04566 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Vereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus. Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 04572 und 04573 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach Nr. 1 Ambulante Durchführung der Apheresen als extrakorporales Hämotherapieverfahren, Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses voraus.
3. Der Leistungsumfang der Gebührenordnungsposition 04564 bei Durchführung einer Zentrums- bzw. Praxisdialyse oder bei Apheresen entsprechend der Gebührenordnungsposition 04572 oder 04573 schließt die ständige Anwesenheit des Arztes ein. Der Leistungsumfang der Gebührenordnungsposition 04564 bei Heimdialyse oder zentralisierter Heimdialyse sowie der Gebührenordnungspositionen 04565 und 04566 schließt die ständige Bereitschaft des Arztes ein.
4. Neben den Gebührenordnungspositionen 04564 bis 04566, 04572 und 04573 sind aus den Abschnitten 1.1, 1.2, 1.3 und 1.4 nur die

Gebührenordnungspositionen 01100, 01101, 01220 bis 01222, 01320 bis 01323, 01411, 01412 und 01415 berechnungsfähig.

5. Die Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 2.1 und 2.3 sind, soweit es sich um Maßnahmen zum Anlegen, zur Steuerung und zur Beendigung der Dialyse bzw. von Apheresen handelt, nicht neben den Gebührenordnungspositionen 04564 bis 04573 berechnungsfähig.
6. Solange sich der Kranke in Dialyse- bzw. LDL-Apherese-Behandlung befindet, können die Gebührenordnungspositionen 32038, 32039, 32065, 32066, bzw. 32067, 32068, 32081, 32082, 32083, 32086 und 32112 weder von dem die Dialyse bzw. LDL-Apherese durchführenden noch von dem Arzt berechnet werden, dem diese Leistungen als Auftrag zugewiesen werden. Für die Gebührenordnungsposition 04565 gilt dies in gleicher Weise zusätzlich für die Gebührenordnungsposition 32036.

04560 **Zusatzpauschale kontinuierliche Betreuung eines chronisch niereninsuffizienten Patienten** 26,88 € 211 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Kontinuierliche Betreuung eines chronisch niereninsuffizienten Patienten mit einer glomerulären Filtrationsrate unter 40 ml/min/1,73 m² Körperoberfläche

und/oder

- Kontinuierliche Betreuung eines chronisch niereninsuffizienten Patienten mit nephrotischem Syndrom,
- Aufklärung über ein Dialyse- und/oder Transplantationsprogramm,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Beratung und Instruktion der Bezugsperson(en),
- Eintragung und Vorbereitung in ein Dialyse- und/oder Transplantationsprogramm

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 04560 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 04220, 04221, 04562, 13256 und 32247 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 4.4, 4.5.1, 4.5.2, 4.5.3, 4.5.5 und 36.6.3 berechnungsfähig.

04561 **Zusatzpauschale kindernephrologische Behandlung eines Nieren- oder Nieren-Bauchspeicheldrüsen-Transplantatträgers** 26,88 € 211 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Behandlung eines Nieren- oder Nieren-Bauchspeicheldrüsen-Transplantatträgers,
- Kontrolle der Transplantatfunktion(en),
- Überwachung des spezifischen Therapieschemas,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Beratung und Instruktion der Bezugsperson(en),
- Abstimmung mit dem Hausarzt,

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 04561 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 04220, 04221, 04562, 13256 und 32247 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 4.4, 4.5.1, 4.5.2, 4.5.3, 4.5.5 und 36.6.3 berechnungsfähig.

04562 **Zusatzpauschale kontinuierliche Betreuung eines dialysepflichtigen Patienten** 38,48 € 302 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Kontinuierliche Betreuung eines dialysepflichtigen Patienten,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Bestimmung der Blutgase und des Säure-Basen-Status (Nr. 32247),
- Beratung und Instruktion der Bezugsperson(en),

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 04562 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 37705 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 04562 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 04220, 04221, 04560, 04561, 13256 und 32247 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 4.4, 4.5.1, 4.5.2, 4.5.3, 4.5.5 und 36.6.3 berechnungsfähig.

04563 **Zuschlag zu der Versichertenpauschale nach der Gebührenordnungsposition 04000 für die Wahrnehmung des Versorgungsauftrages gemäß § 3 Abs. 3 Buchstabe e) Anlage 9.1 BMV-Ä (Versorgung chronisch niereninsuffizienter Patienten),** 121,03 € 950 Punkte

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 04563 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 04517, 04519 und 04524 berechnungsfähig.

04564 **Zusatzpauschale kindernephrologische Betreuung** bei **Hämodialyse** als Zentrums- bzw. **Praxishämodialyse, Heimdialyse** oder **zentralisierter Heimdialyse,** oder bei **intermittierender Peritonealdialyse (IPD),** einschl. **Sonderverfahren** (z. B. Hämofiltration, Hämodiafiltration nach der Vereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren gemäß § 135 Abs. 2 SGB V), 18,98 € 149 Punkte

je Dialysetag

Die Leistungen entsprechend der Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 2.1 und 2.3 sind, soweit es sich um Maßnahmen zum Anlegen, zur Steuerung und zur Beendigung der Dialyse bzw. der Apherese handelt, nicht neben der Gebührenordnungsposition 04564 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 04564 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 01102 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 1.5 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 04564 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 04220, 04221, 13256 und 32247 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 4.4, 4.5.1, 4.5.2, 4.5.3, 4.5.5 und 36.6.3 berechnungsfähig.

04565 **Zusatzpauschale kindernephrologische Betreuung bei Durchführung einer Peritonealdialyse** (CAPD oder CCPD), 9,43 € 74 Punkte

je Dialysetag

Die Leistungen entsprechend der Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 2.1 und 2.3 sind, soweit es sich um Maßnahmen zum Anlegen, zur Steuerung und zur Beendigung der Dialyse bzw. der Apherese handelt, nicht neben der Gebührenordnungsposition 04565 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 04565 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 01102 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 1.5 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 04565 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 04220, 04221, 13256 und 32247 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 4.4, 4.5.1, 4.5.2, 4.5.3, 4.5.5 und 36.6.3 berechnungsfähig.

04566 **Zuschlag** zu den Gebührenordnungspositionen 04564 und 04565 für die Durchführung einer Trainingsdialyse, 28,67 € 225 Punkte

je vollendeter Trainingswoche

Eine vollendete Trainingswoche umfasst mindestens 3 Hämodialysetage oder mindestens 4 von 7 Peritonealdialysetagen.
Die Leistungen entsprechend der Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 2.1 und 2.3 sind, soweit es sich um Maßnahmen zum Anlegen, zur Steuerung und zur Beendigung der Dialyse bzw der Apherese handelt, nicht neben der Gebührenordnungsposition 04566 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 04566 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 01102 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 1.5 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 04566 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 04220, 04221, 13256 und 32247 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 4.4, 4.5.1, 4.5.2, 4.5.3, 4.5.5 und 36.6.3 berechnungsfähig.

04572 **Zusatzpauschale kindernephrologische Betreuung** bei **LDL-Apherese** gemäß Nr. 1 Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses, 18,98 € 149 Punkte

je Apherese

Die Leistungen entsprechend der Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 2.1 und 2.3 sind, soweit es sich um Maßnahmen zum Anlegen, zur Steuerung und zur Beendigung der Dialyse bzw. der

Apherese handelt, nicht neben der Gebührenordnungsposition 04572 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 04572 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 01102 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 1.5 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 04572 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 04220, 04221, 13256 und 32247 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 4.4, 4.5.1, 4.5.2, 4.5.3, 4.5.5 und 36.6.3 berechnungsfähig.

04573 **Zusatzpauschale kindernephrologische Betreuung** bei einer **Apherese bei rheumatoider Arthritis** gemäß Nr. 1 Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses, — 18,98 € / 149 Punkte

je Apherese

Die Leistungen entsprechend der Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 2.1 und 2.3 sind, soweit es sich um Maßnahmen zum Anlegen, zur Steuerung und zur Beendigung der Dialyse bzw. der Apherese handelt, nicht neben der Gebührenordnungsposition 04573 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 04573 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 01102 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 1.5 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 04573 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 04220, 04221, 13256 und 32247 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 4.4, 4.5.1, 4.5.2, 4.5.3, 4.5.5 und 36.6.3 berechnungsfähig.

4.5.5 Gebührenordnungspositionen der pädiatrischen Endokrinologie und Diabetologie

1. Die Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 4.5.5 können - unter Berücksichtigung von 1.3 der Allgemeinen Bestimmungen - nur von Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzweiterbildung Kinder-Endokrinologie und -Diabetologie berechnet werden.
2. Die Gebührenordnungsposition 04590 kann darüber hinaus von Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzweiterbildung „Diabetologie“ oder „Kinder-Endokrinologie und -Diabetologie“ oder der Qualifikation „Diabetologe Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG)“ berechnet werden.

04580 **Zusatzpauschale Diagnostik und Behandlung eines Patienten mit morphologischen Veränderungen einer Hormondrüse und/oder mit einer laboratoriumsmedizinisch gesicherten Hormonüber- oder -unterfunktion** — 17,71 € / 139 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Diagnostik und Behandlung eines Patienten mit morphologischen Veränderungen einer Hormondrüse und/oder mit einer

laboratoriumsmedizinisch gesicherten Hormonüber- oder -unterfunktion,
- Einleitung, ggf. Durchführung und Verlaufskontrolle einer entsprechenden medikamentösen oder operativen Therapie bzw. Strahlentherapie,

Fakultativer Leistungsinhalt
- Einleitung einer endokrinologischen Stufendiagnostik (z. B. Insulin-Hypoglykämietest, Releasing-Hormon-Test, Durstversuch),
- Einbeziehung der Bezugsperson(en),

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 04580 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 04220 und 04221 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 4.4, 4.5.1, 4.5.2, 4.5.3, 4.5.4 und 36.6.3 berechnungsfähig.

04590 **Anleitung zur Selbstanwendung eines Real-Time-Messgerätes zur kontinuierlichen interstitiellen Glukosemessung (rtCGM)** 9,17 € 72 Punkte

Obligater Leistungsinhalt
- Anleitung eines Patienten und/oder einer Bezugsperson zur Selbstanwendung eines rtCGM gemäß § 3 Nr. 3 der Nr. 20 der Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses von mindestens 10 Minuten Dauer,

je vollendete 10 Minuten

Die Gebührenordnungsposition 04590 ist je rtCGM-System in höchstens zwei aufeinanderfolgenden Quartalen höchstens 7-mal im Krankheitsfall berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 04590 ist ausschließlich im Zusammenhang mit der ersten Verordnung eines oder dem Umstieg auf ein anderes rtCGM-System berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 04590 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 04517, 04519 und 04524 berechnungsfähig.

III.b Fachärztlicher Versorgungsbereich

5 Anästhesiologische Gebührenordnungspositionen

5.1 Präambel

1. Die in diesem Kapitel aufgeführten Gebührenordnungspositionen können ausschließlich von Fachärzten für Anästhesiologie berechnet werden.
2. Fachärzte für Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte und Ärzte ohne Gebietsbezeichnung können - wenn sie im Wesentlichen anästhesiologische Leistungen erbringen - gemäß § 73 Abs. 1a SGB V auf deren Antrag die Genehmigung zur ausschließlichen Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung erhalten und

Gebührenordnungspositionen dieses Kapitels berechnen. Nach Erhalt der Genehmigung können sie Gebührenordnungspositionen des Kapitels 3 nicht mehr berechnen.

3. Außer den in diesem Kapitel genannten Gebührenordnungspositionen sind von den in der Präambel genannten Vertragsärzten - unbeschadet der Regelungen gemäß 5 und 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen - zusätzlich nachfolgende Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig: 01100 bis 01102, 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 01220 bis 01224, 01226, 01320 bis 01323, 01410 bis 01416, 01418, 01420, 01422, 01424 bis 01426, 01430, 01431, 01435 bis 01437, 01442 bis 01444, 01450, 01452, 01500 bis 01503, 01510 bis 01512, 01600 bis 01602, 01610 bis 01612, 01615, 01620 bis 01624, 01626, 01630, 01640, 01642, 01643, 01645, 01647, 01648, 01670 bis 01672, 01681, 01682, 01701, 01783, 01800, 01802 bis 01811, 01852, 01856, 01857, 01903, 01910, 01913, 01949 bis 01953, 01955, 01956, 01960, 02100, 02101, 02110 bis 02112, 02120, 02200, 02300 bis 02302, 02320 bis 02323, 02330, 02331, 02340 bis 02344, 02360, 02510 bis 02512 und 30706.
4. Außer den in diesem Kapitel genannten Gebührenordnungspositionen sind bei Vorliegen der entsprechenden Qualifikationsvoraussetzungen von den in der Präambel genannten Vertragsärzten - unbeschadet der Regelungen gemäß 5 und 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen - zusätzlich nachfolgende Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig: 01474, 01479, 30400 bis 30402, 30410, 30411, 30420, 30421, 30610, 30611, 30700 bis 30705, 30708, 30780 bis 30782, 33000 bis 33002, 33010 bis 33012, 33020 bis 33023, 33030, 33031, 33040 bis 33044, 33046, 33050 bis 33052, 33060 bis 33064, 33070 bis 33076, 33080, 33081, 33090 bis 33092, 33100, 33105, 36884, 37100, 37102, 37113, 37120, 37700, 37701, 37704, 37705, 37710, 37711, 37714, 37720, 37800 bis 37802 und 37804, Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 30.1, 30.2, 30.3.1, 30.5, 30.7.2, 30.7.3, 30.8, 30.12, 30.13, 31.2.2, 31.2.3, 31.2.4, 31.2.5, 31.2.6, 31.2.7, 31.2.8, 31.2.9, 31.2.10, 31.2.11, 31.2.12, 31.2.13, 31.2.20, 31.3, 31.4.3, 31.5, 31.6, 31.8, 36.2.2, 36.2.3, 36.2.4, 36.2.5, 36.2.6, 36.2.7, 36.2.8, 36.2.9, 36.2.10, 36.2.11, 36.2.12, 36.2.13, 36.3, 36.5, 36.6.2, 37.3, 37.4 und 38.2 sowie Gebührenordnungspositionen der Kapitel 32, 35 und 40.
5. Voraussetzung für die Berechnung von anästhesiologischen Gebührenordnungspositionen für sämtliche Anästhesieformen, in allen Abschnitten des EBM, ist ein im Rahmen des Qualitätsmanagements nach § 135a Absatz 2 Nummer 2 SGB V definiertes Anästhesiemanagement, das die notwendigen apparativen, räumlichen, personellen und organisatorischen Bedingungen (wie z. B. Monitoring, Ausrüstung zur Reanimations- und Schockbehandlung, Lagerungs- und Ruhemöglichkeiten für die Überwachungszeit) sowie eine entsprechende fachspezifische Dokumentation beinhaltet.
6. Zur Durchführung einer Regionalanästhesie und/oder Vollnarkose sind gemäß eines einheitlichen Qualitätsstandards eine dokumentierte präoperative Untersuchung und Beratung des Patienten zwecks

Erfassung und Aufklärung über ein anästhesiologisches Risiko, die dokumentierte Durchführung des gewählten anästhesiologischen Verfahrens und eine dokumentierte postoperative Überwachung des Patienten erforderlich.

7. Bei der Berechnung der zusätzlich berechnungsfähigen Gebührenordnungspositionen in den Nummern 3 und 4 sind die Maßnahmen zur Qualitätssicherung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V, die berufsrechtliche Verpflichtung zur grundsätzlichen Beschränkung auf das jeweilige Gebiet sowie die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zu beachten.
8. Die Erbringung von Narkosen gemäß Abschnitt 5.3 im Zusammenhang mit zahnärztlichen und/oder mund-, kiefer-, gesichtschirurgischen Eingriffen ist nur berechnungsfähig bei:
   - Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr, sofern wegen mangelnder Kooperationsfähigkeit und/oder durch den Eingriff bedingt eine andere Art der Schmerzausschaltung nicht möglich ist. Die ICD-10-Kodierung ist mit Begründung anzugeben.
   - Patienten mit mangelnder Kooperationsfähigkeit bei geistiger Behinderung und/oder schwerer Dyskinesie. Die ICD-10-Kodierung ist mit Begründung anzugeben.
   - Eingriffen entsprechend dem Abschnitt 31.2.8 des EBM, sofern eine Behandlung in Lokalanästhesie nicht möglich ist.
9. Die Erbringung von Narkosen gemäß Abschnitt 5.3 im Zusammenhang mit endoskopischen Untersuchungen der Verdauungswege ist nur berechnungsfähig bei Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr, bei Patienten mit mangelnder Kooperationsfähigkeit bei geistiger Behinderung und/oder schwerer Dyskinesie. Die ICD-10-Kodierung ist mit Begründung anzugeben.
10. Außer bei den in der Präambel Nr. 8 und 9 genannten Indikationen können Narkosen gemäß Abschnitt 5.3 im Zusammenhang mit zahnärztlichen und/oder mund-, kiefer-, gesichtschirurgischen Eingriffen oder endoskopischen Untersuchungen der Verdauungswege nur berechnet werden bei Vorliegen von Kontraindikationen gegen die Durchführung des Eingriffs in Lokalanästhesie oder Analgosedierung. Die ICD-10-Kodierung ist mit Begründung anzugeben.
11. Werden die in den Grundpauschalen enthaltenen Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen 01600 und 01601 durchgeführt, sind für die Versendung bzw. den Transport die Kostenpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 40110 und 40111 berechnungsfähig.
12. Die in der Präambel unter 1. aufgeführten Vertragsärzte können die arztgruppenspezifische Gebührenordnungsposition 08619 berechnen.
13. Die Erbringung von Narkosen gemäß Abschnitt 5.3 im Zusammenhang mit Leistungen aus Abschnitt 2 des AOP-Kataloges zum Vertrag nach § 115b SGB V ist nur berechnungsfähig, sofern Kontraindikationen gegen die Durchführung des Eingriffs in Lokalanästhesie oder Leitungsanästhesie vorliegen und in Spalte 6 des Abschnitt 2 ein

ausdrücklicher Hinweis auf die Anästhesie gemäß 5.3 vermerkt ist. Die ICD-10-Kodierung ist mit Begründung einer Narkose anzugeben.

5.2 Anästhesiologische Grundpauschalen

Grundpauschale

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt und/oder Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Weitere persönliche oder andere Arzt-Patienten-Kontakte gemäß 4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen,
- Ärztlicher Bericht entsprechend der Gebührenordnungsposition 01600,
- Individueller Arztbrief entsprechend der Gebührenordnungsposition 01601,
- In Anhang 1 aufgeführte Leistungen,

einmal im Behandlungsfall

05210	für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr	12,74 € 100 Punkte
05211	für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr	11,47 € 90 Punkte
05212	für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres	13,38 € 105 Punkte

Die Gebührenordnungspositionen 05210 bis 05212 sind nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01436, 01440, 01510 bis 01512, 01520 bis 01522, 01530, 01531, 01540 bis 01545, 01549 und 02100 bis 02102 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungspositionen 05210 bis 05212 sind im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01600 und 01601 berechnungsfähig.

05215	**Hygienezuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 05210 bis 05212,** einmal im Behandlungsfall	0,25 € 2 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 05215 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.
Die Gebührenordnungsposition 05215 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01522 und 01549 berechnungsfähig.

05220	**Zuschlag für die anästhesiologische Grundversorgung** gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.8 zu den Gebührenordnungspositionen 05210 bis 05212, einmal im Behandlungsfall	9,56 € 75 Punkte

Der Zuschlag nach der Gebührenordnungsposition 05220 kann gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.8 ausschließlich in Behandlungsfällen abgerechnet werden, in denen nur Leistungen der fachärztlichen Grundversorgung gemäß Anhang 3 und/oder regionaler Vereinbarungen erbracht und berechnet werden.
Die Gebührenordnungsposition 05220 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01522, 01540 bis 01545, 01549 und 02102 berechnungsfähig.

05222 **Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 05220,** 2,55 €
einmal im Behandlungsfall 20 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 05222 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.
Die Gebührenordnungsposition 05222 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01522, 01540 bis 01545, 01549 und 02102 berechnungsfähig.

05227 **Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 05210 bis 05212,** 0,38 €
einmal im Behandlungsfall 3 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 05227 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.
Die Gebührenordnungsposition 05227 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01522, 01540 bis 01545, 01549 und 02102 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 05227 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 01630 berechnungsfähig.

05228 **Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 05210 bis 05212 für die Behandlung aufgrund einer TSS-Vermittlung und/oder Vermittlung durch den Hausarzt gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.10.1, 4.3.10.2 oder 4.3.10.3,**
einmal im Arztgruppenfall

Die Gebührenordnungsposition 05228 kann durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt werden.
Die Gebührenordnungsposition 05228 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01522, 01541 und 01549 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 05228 ist im Arztgruppenfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 01710 berechnungsfähig.

05230 **Aufwandserstattung für das Aufsuchen eines Kranken in der Praxis eines anderen Arztes oder Zahnarztes** zur Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungspositionen 01856, 01913, 31840, 31841 oder von Anästhesien/Narkosen des Kapitels 5 oder 31 6,75 €
53 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 05230 ist für Partner derselben Berufsausübungsgemeinschaft oder Praxisgemeinschaft nicht berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 05230 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01410 bis 01413, 01415, 01418, 01440, 01510 bis 01512, 01520 bis 01522, 01530, 01531, 01540 bis 01545, 01549 und 02100 bis 02102 berechnungsfähig.

5.3 Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen

05310 **Präanästhesiologische Untersuchung vor einer geplanten ambulanten oder belegärztlichen Operation der Abschnitte 31.2, 36.2 oder vor einer geplanten Leistung nach der Gebührenordnungsposition 05320, 05330, 05340, 05341, 05360 oder 05370** — 16,82 € / 132 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

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

Fakultativer Leistungsinhalt

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

einmal im Behandlungsfall

Für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 05310 sind die Bestimmungen der Abschnitte 31.2 bzw. 36.2 zu beachten.
Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 05310 im Zusammenhang mit der Durchführung der Kardioversion entsprechend den Gebührenordnungspositionen 04421 und 13552 ist durch Angabe einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung zu dokumentieren.
Die Gebührenordnungsposition 05310 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01220 bis 01222, 01440, 01510 bis 01512, 01520 bis 01522, 01530, 01531, 01540 bis 01545, 01549, 01852, 01856, 01903, 01913, 02100 bis 02102, 02342, 05311, 30710, 30712, 30720 bis 30724, 30730, 30731, 30740, 30751, 30760 und 31540 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 05310 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31840, 31841, 36840 und 36841 berechnungsfähig.

05311 **Präanästhesiologische Untersuchung vor einer geplanten Leistung gemäß § 115f Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V (Hybrid-DRG-Leistungskatalog)** — 16,82 € / 132 Punkte

- bei nicht durchgeführter Leistung und sofern diese nicht im Anhang 2 zum EBM enthalten ist

oder

- bei zeitlich verzögerter Durchführung der Leistung mindestens vier Wochen nach Durchführung der präanästhesiologischen Untersuchung nach der Gebührenordnungsposition 05311 aufgrund initial nicht gegebener Narkosefähigkeit

Obligater Leistungsinhalt

- Überprüfung der Narkosefähigkeit des Patienten,

- Aufklärungsgespräch mit Dokumentation,

Fakultativer Leistungsinhalt

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

einmal im Behandlungsfall

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 05311 bei nachfolgender Durchführung einer Leistung gemäß § 115f Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V (Hybrid-DRG-Leistungskatalog) und Abrechnung einer Fallpauschale gemäß § 115f Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V (Hybrid-DRG-Fallpauschalen) setzt die Begründung der zeitlich verzögerten Durchführung der Leistung zur Erreichung der Narkosefähigkeit im Einzelfall voraus. In diesem Zusammenhang ist die Zusatzangabe der Gebührenordnungsposition 88110 für die Berechnungsfähigkeit der Gebührenordnungsposition 05311 erforderlich.
Die Gebührenordnungsposition 05311 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01220 bis 01222, 01440, 01510 bis 01512, 01520 bis 01522, 01530, 01531, 01540 bis 01545, 01549, 01852, 01856, 01903, 01913, 02100 bis 02102, 02342, 05310, 30710, 30712, 30720 bis 30724, 30730, 30731, 30740, 30751, 30760 und 31540 berechnungsfähig.

05315 **Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31840, 31841, 36840 und 36841** 1,78 € 14 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 05315 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.
Die Gebührenordnungsposition 05315 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01522, 01540 bis 01545, 01549, 02102, 05361, 05370, 05371 und 31540 berechnungsfähig.

05320 **Leitungsanästhesie eines Nerven oder Ganglions an der Schädelbasis** 21,02 € 165 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

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

Fakultativer Leistungsinhalt

- Retrobulbäre und/oder parabulbäre und/oder peribulbäre Anästhesie

Die Gebührenordnungsposition 05320 ist bei der Leitungsanästhesie der nervi occipitales oder auriculares nicht berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 05320 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01220 bis 01222, 01440, 01510 bis 01512, 01520 bis 01522, 01530, 01531, 01540 bis 01545, 01549, 01856, 01857, 01913, 02100 bis 02102, 02300 bis 02302, 02342, 05330, 05331, 05340, 05341, 05360, 05361, 05370, 05371, 30708, 30710, 30712, 30720 bis 30724, 30730, 30731, 30740, 30751, 30760 und 31540 und

nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 31.5.3 und 36.5.3 berechnungsfähig.

05330 **Anästhesie und/oder Narkose,** bis zu einer Schnitt-Naht-Zeit bzw. Eingriffszeit von 15 Minuten, einschließlich der prä- und postanästhesiologischen Rüstzeiten, mittels eines oder mehrerer der nachfolgend genannten Verfahren: 127,02 € 997 Punkte

- Plexusanästhesie

und/oder

- Spinal- und/oder Periduralanästhesie

und/oder

- Intravenöse regionale Anästhesie einer Extremität

und/oder

- Narkose mit Maske, Larynxmaske und/oder endotracheale Intubation einschließlich Kapnometrie

Obligater Leistungsinhalt

- Anästhesien oder Narkose

Fakultativer Leistungsinhalt

- Anästhesien nach der Nr. 05320,
- Kontrolle der Katheterlage durch Injektion eines Lokalanästhetikums,
- Legen einer Blutleere,
- Infusion(en) (Nr. 02100),
- Magenverweilsondeneinführung (Nr. 02320),
- Anlage suprapubischer Harnblasenkatheter (Nr. 02321),
- Wechsel/Entfernung suprapubischer Harnblasenkatheter (Nr. 02322),
- Wechsel/Legen transurethraler Dauerkatheter (Nr. 02323),
- arterielle Blutentnahme (Nr. 02330),
- Multigasmessung,
- Gesteuerte Blutdrucksenkung,
- Dokumentierte Überwachung bis zur Stabilisierung der Vitalfunktionen

Die Gebührenordnungsposition 05330 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01220 bis 01222, 01440, 01510 bis 01512, 01520 bis 01522, 01530, 01531, 01540 bis 01545, 01549, 01856, 01857, 01913, 02100 bis 02102, 02300 bis 02302, 02320 bis 02323, 02330, 02331, 02340 bis 02344, 05320, 05340, 05341, 05360, 05361, 05370, 05371, 30708, 30710, 30712, 30720 bis 30724, 30730, 30731, 30740, 30751, 30760 und 31540 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 31.5.3 und 36.5.3 berechnungsfähig.

05331 **Zuschlag** zu der Gebührenordnungsposition 05330 **bei Fortsetzung einer Anästhesie und/oder Narkose,** 44,46 € 349 Punkte

je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit bzw. Eingriffszeit

Die Gebührenordnungsposition 05331 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01220 bis 01222, 01440, 01510 bis

01512, 01520 bis 01522, 01530, 01531, 01540 bis 01545, 01549, 01856, 01857, 01913, 02100 bis 02102, 02300 bis 02302, 02320 bis 02323, 02330, 02331, 02340 bis 02344, 05320, 05340, 05341, 05360, 05361, 05370, 05371, 30708, 30710, 30712, 30720 bis 30724, 30730, 30731, 30740, 30751, 30760 und 31540 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 31.5.3 und 36.5.3 berechnungsfähig.

05340 **Überwachung der Vitalfunktionen** 25,10 €
197 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Überwachung der Vitalfunktionen (Stand-by),
- Persönliche Anwesenheit des Arztes,
- Pulsoxymetrie,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Infusion(en) (Nr. 02100),
- Magenverweilsondeneinführung (Nr. 02320),
- Anlage suprapubischer Harnblasenkatheter (Nr. 02321),
- Wechsel/Entfernung suprapubischer Harnblasenkatheter (Nr. 02322),
- Wechsel/Legen transurethraler Dauerkatheter (Nr. 02323),
- arterielle Blutentnahme (Nr. 02330),
- Kontinuierliches EKG-Monitoring,

je vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit bzw. Eingriffszeit

Die Gebührenordnungsposition 05340 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01220 bis 01222, 01440, 01510 bis 01512, 01520 bis 01522, 01530, 01531, 01540 bis 01545, 01549, 01856, 01857, 01913, 02100 bis 02102, 02300 bis 02302, 02320 bis 02323, 02330, 02331, 02342, 05320, 05330, 05331, 05341, 05360, 05361, 05370, 05371, 30708, 30710, 30712, 30720 bis 30724, 30730, 30731, 30740, 30751, 30760 und 31540 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 31.5.3 und 36.5.3 berechnungsfähig.

05341 Einleitung und Unterhaltung einer **Analgesie** und/oder Sedierung während eines operativen oder stationsersetzenden Eingriffs gemäß § 115b SGB V 25,10 €
197 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

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

je vollendete 10 Minuten

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 05341 im Zusammenhang mit der Durchführung der Kardioversion entsprechend den Gebührenordnungspositionen 04421 und 13552 ist durch Angabe einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung zu dokumentieren.

Die Gebührenordnungsposition 05341 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01220 bis 01222, 01440, 01510 bis 01512, 01520 bis 01522, 01530, 01531, 01540 bis 01545, 01549, 01856, 01913, 02100 bis 02102, 02300 bis 02302, 02340 bis 02342, 05320, 05330, 05331, 05340, 05360, 05361, 05370, 05371, 30708, 30710, 30712, 30720 bis 30724, 30730, 30731, 30740, 30751, 30760 und 31540 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 31.5.3 und 36.5.3 berechnungsfähig.

05350 **Beobachtung und Betreuung** eines Patienten nach einem operativen oder diagnostischen Eingriff im Anschluss an die Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 05330 — 56,44 € / 443 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Beobachtung und Betreuung für mindestens 2 Stunden,
- Stabilisierung und Kontrolle der Vitalfunktionen,
- Steuerung der postoperativen Analgesie,
- Abschlussuntersuchung,

Fakultativer Leistungsinhalt

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

je Sitzung

Haben an der Beobachtung und Betreuung eines Patienten nach einem operativen oder diagnostischen Eingriff im Anschluss an die Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 05330 mehrere Ärzte mitgewirkt, hat der die Gebührenordnungsposition 05350 abrechnende Arzt mit der Quartalsabrechnung zu bestätigen, dass kein anderer Vertragsarzt die Beobachtung und Betreuung berechnet hat.
Die Gebührenordnungsposition 05350 kann auch dann berechnet werden, wenn eine ambulante Anästhesie/Narkose nach der Gebührenordnungsposition 05330 zur Durchführung von vertragszahnärztlichen Leistungen erbracht wurde und die Beobachtung und Betreuung eines Kranken während der Aufwach- und/oder Erholungszeit bis zum Eintritt der Transportfähigkeit über mindestens zwei Stunden erfolgte.
Die Gebührenordnungsposition 05350 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01220 bis 01222, 01440, 01500, 01501, 01510 bis 01512, 01520 bis 01522, 01530, 01531, 01540 bis 01545, 01549, 01856, 01857, 01913, 02100 bis 02102, 02340 bis 02342, 02344, 05360, 05361, 05370, 05371, 13256, 30708, 30710, 30712, 30720 bis 30724, 30730, 30731, 30740, 30751, 30760, 32247 und 36884 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 31.3, 31.5, 36.3 und 36.5 berechnungsfähig.

5.4 Anästhesien und Analgesien im Zusammenhang mit der Erbringung von Leistungen des Abschnitts 8.4

1. Die Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts sind nur im Zusammenhang mit der Erbringung von Leistungen des Abschnitts 8.4 (auch bei Erbringung durch einen anderen Arzt) berechnungsfähig.
2. Haben an der Erbringung einer dieser Leistungen mehrere Ärzte mitgewirkt, hat der die Gebührenordnungspositionen dieses Abschnittes abrechnende Arzt in einer der Quartalsabrechnung beizufügenden und von ihm unterzeichneten Erklärung zu bestätigen, dass er mit den anderen Ärzten eine Vereinbarung darüber getroffen hat, wonach nur er allein in den jeweiligen Fällen diese Gebührenordnungspositionen berechnet.

05360 **Periduralanästhesie im Zusammenhang mit der Erbringung einer Leistung entsprechend der Gebührenordnungspositionen 08411 bis 08416** — 51,47 € / 404 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Anlage eines Katheters zur Durchführung einer Periduralanalgesie

Fakultativer Leistungsinhalt

- Kontrolle der Katheterlage durch Injektion eines Lokalanästhetikums,
- Injektion(en), Filterwechsel und Verbandswechsel

Die Gebührenordnungsposition 05360 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01500, 01501, 01510 bis 01512, 01520 bis 01522, 01530, 01531, 01540 bis 01545, 01549, 02100 bis 02102, 02342, 05320, 05330, 05331, 05340, 05341, 05350, 30702, 30704, 30710, 30712, 30720 bis 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760, 30790, 30791 und 31540 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 31.5 und 36.5 berechnungsfähig.

05361 **Dokumentierte Überwachung** im Anschluss an die Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 05360 — 27,14 € / 213 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- kontinuierliches EKG-Monitoring,
- kontinuierliche Pulsoxymetrie,
- Zwischen- und Abschlussuntersuchungen,
- Dauer mindestens 30 Minuten

Die Gebührenordnungsposition 05361 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01500, 01501, 01510 bis 01512, 01520 bis 01522, 01530, 01531, 01540 bis 01545, 01549, 02100 bis 02102, 02342, 05315, 05320, 05330, 05331, 05340, 05341, 05350, 31840, 31841, 36840 und 36841 berechnungsfähig.

05370 **Anästhesie und/oder Narkose, bis zu einer Schnitt-Naht-Zeit von 15 Minuten,** einschließlich der prä- und postanästhesiologischen Rüstzeiten, im Zusammenhang mit der Erbringung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 08415, mittels eines oder mehrerer der nachfolgend genannten Verfahren: — 107,53 € / 844 Punkte

- Spinal- und/oder Periduralanästhesie

und/oder
- Intubationsnarkose

Obligater Leistungsinhalt
- Anästhesie oder Narkose

Fakultativer Leistungsinhalt
- Injektion eines Lokalanästhetikums in den liegenden Katheter,
- Durchführung einer Spinalanästhesie,
- Infusion(en) (Nr. 02100),
- Magenverweilsondeneinführung (Nr. 02320),
- Anlage suprapubischer Harnblasenkatheter (Nr. 02321),
- Wechsel/Entfernung suprapubischer Harnblasenkatheter (Nr. 02322),
- Wechsel/Legen transurethraler Dauerkatheter (Nr. 02323),
- arterielle Blutentnahme (Nr. 02330),
- Multigasmessung,
- Dokumentierte Überwachung bis zur Stabilisierung der Vitalfunktionen

Die Gebührenordnungsposition 05370 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01500, 01501, 01510 bis 01512, 01520 bis 01522, 01530, 01531, 01540 bis 01545, 01549, 02100 bis 02102, 02320 bis 02323, 02330, 02342, 05315, 05320, 05330, 05331, 05340, 05341, 05350, 31840, 31841, 36840 und 36841 berechnungsfähig.

05371 **Zuschlag** zu der Gebührenordnungsposition 05370 **bei Fortsetzung einer Anästhesie und/oder Narkose,** — 40,51 € / 318 Punkte

je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit

Die Gebührenordnungsposition 05371 ist im Behandlungsfall höchstens zweimal berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 05371 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01500, 01501, 01510 bis 01512, 01520 bis 01522, 01530, 01531, 01540 bis 01545, 01549, 02100 bis 02102, 02320 bis 02323, 02330, 02342, 05315, 05320, 05330, 05331, 05340, 05341, 05350, 31840, 31841, 36840 und 36841 berechnungsfähig.

05372 **Beobachtung und Betreuung eines Patienten** im Anschluss an die Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 05370 — 59,24 € / 465 Punkte

Obligater Leistungsinhalt
- Beobachtung und Betreuung für mindestens 2 Stunden,
- Stabilisierung und Kontrolle der Vitalfunktionen,
- Steuerung der postoperativen Analgesie,
- Abschlussuntersuchung

Fakultativer Leistungsinhalt
- Bestimmung der Blutgase und des Säure-Basen-Status,
- Nachinjektion(en) in den liegenden Periduralkatheter

Die Gebührenordnungsposition 05372 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01220 bis 01222, 01440, 01510 bis

01512, 01520 bis 01522, 01530, 01531, 01540 bis 01545, 01549, 01856, 01857, 01913, 02100 bis 02102, 02340 bis 02342, 02344, 13256, 30708, 30710, 30712, 30720 bis 30724, 30730, 30731, 30740, 30751, 30760, 31540, 32247 und 36884 berechnungsfähig.

6 Augenärztliche Gebührenordnungspositionen

6.1 Präambel

1. Die in diesem Kapitel aufgeführten Gebührenordnungspositionen können ausschließlich von Fachärzten für Augenheilkunde berechnet werden.
2. Außer den in diesem Kapitel genannten Gebührenordnungspositionen sind von den in der Präambel genannten Vertragsärzten - unbeschadet der Regelungen gemäß 5 und 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen - zusätzlich nachfolgende Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig: 01100 bis 01102, 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 01220 bis 01224, 01226, 01320 bis 01323, 01410 bis 01416, 01418, 01420, 01422, 01424, 01430, 01431, 01435 bis 01437, 01440, 01442 bis 01444, 01450, 01452, 01500 bis 01503, 01510 bis 01512, 01600 bis 01602, 01610 bis 01612, 01615, 01620 bis 01624, 01626, 01630, 01640, 01642, 01643, 01647, 01648, 01670 bis 01672, 01681, 01682, 01701, 01783, 01800, 01802 bis 01811, 01949, 01950, 01953, 01955, 01956, 01960, 02100, 02101, 02110 bis 02112, 02120, 02200, 02300 bis 02302, 02310, 02320, 02323, 02330, 02331, 02340, 02341, 02344, 02360, 02510 bis 02512 und 30706.
3. Außer den in diesem Kapitel genannten Gebührenordnungspositionen sind bei Vorliegen der entsprechenden Qualifikationsvoraussetzungen von den in der Präambel genannten Vertragsärzten - unbeschadet der Regelungen gemäß 5 und 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen - zusätzlich nachfolgende Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig: 01474, 01479, 30400 bis 30402, 30410, 30411, 30420, 30421, 30700 bis 30705, 30708, 30780 bis 30782, 33000 bis 33002, 33010 bis 33012, 33020 bis 33023, 33030, 33031, 33040 bis 33044, 33046, 33050 bis 33052, 33060 bis 33064, 33070 bis 33076, 33080, 33081, 33090 bis 33092, 33100, 33105, 36884, 37100, 37102, 37113, 37120, 37800 bis 37802 und 37804, Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 30.1, 30.2.1, 30.3.1, 30.7.2, 30.8, 30.12, 30.13, 31.2.2, 31.2.3, 31.2.4, 31.2.5, 31.2.6, 31.2.7, 31.2.8, 31.2.9, 31.2.10, 31.2.11, 31.2.12, 31.2.13, 31.2.19, 31.2.20, 31.3, 31.4.3, 31.5, 31.6, 31.8, 36.2.2, 36.2.3, 36.2.4, 36.2.5, 36.2.6, 36.2.7, 36.2.8, 36.2.9, 36.2.10, 36.2.11, 36.2.12, 36.2.13, 36.3, 36.5, 36.6.2, 37.3 und 37.4 sowie Gebührenordnungspositionen der Kapitel 32, 34, 35, 38 und 40.
4. Bei der Berechnung der zusätzlich berechnungsfähigen Gebührenordnungspositionen in den Nummern 2 und 3 sind die Maßnahmen zur Qualitätssicherung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V, die berufsrechtliche Verpflichtung zur grundsätzlichen Beschränkung auf das jeweilige Gebiet sowie die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zu beachten.

5. Werden die in den Grundpauschalen enthaltenen Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen 01600 und 01601 durchgeführt, sind für die Versendung bzw. den Transport die Kostenpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 40110 und 40111 berechnungsfähig.
6. Die Gebührenordnungsposition 06225 kann nur in Behandlungsfällen berechnet werden, in denen die augenärztliche Behandlung ausschließlich durch (einen) konservativ(e) tätige(n) Augenarzt/-ärzte erfolgt ist. Ein Augenarzt ist konservativ tätig:
   - sofern der Augenarzt in dem Quartal keine der folgenden Leistungen erbracht und berechnet hat: 31101 bis 31108, 31321 bis 31328, 31331 bis 31338, 31350, 31351, 31362, 31364, 36101 bis 36108, 36321 bis 36328, 36331 bis 36338, 36350, 36351, 36358 und 36364,
   - sofern der Augenarzt in dem Quartal keine Leistung(en) erbracht und berechnet hat, die auf regionaler Ebene den o.g. Leistungen entsprechen oder in regional vereinbarten Pauschalen enthalten sind.

   Erfolgt in einem Behandlungsfall die Inanspruchnahme sowohl eines/von konservativ tätigen Augenarztes/-ärzten als auch eines/von nicht konservativ tätigen Augenarztes/-ärzten gemäß obiger Definition, so kann die Gebührenordnungsposition 06225 nicht berechnet werden. Mit der Abgabe der Abrechnung erfolgt die Erklärung des Arztes, dass die genannten Voraussetzungen zur Abrechnung der Gebührenordnungsposition 06225 für alle Behandlungsfälle, auch außerhalb der kollektiv-vertraglichen Versorgung, erfüllt worden sind.
7. Die Gebührenordnungsposition 06362 ist nur bei Patienten berechnungsfähig, bei denen gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (§ 2 der Nr. 27 der Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung) ein Keratokonus und eine subjektive Sehverschlechterung vorliegen sowie anhand mindestens eines der folgenden Kriterien eine Progedienz des Keratokonus innerhalb der letzten 12 Monate festgestellt wurde:
   - Zunahme der maximalen Hornhautbrechkraft um >= 1 dpt,
   - Zunahme des durch die subjektive Refraktion bestimmten Astigmatismus um >= 1 dpt,
   - Abnahme der Basiskurve der bestsitzenden Kontaktlinse um >= 0,1 mm

   und ein operativer Eingriff gemäß den Gebührenordnungspositionen 31364 oder 36364 geplant ist.
8. Die in der Präambel unter 1. aufgeführten Vertragsärzte können die arztgruppenspezifische Gebührenordnungsposition 08619 berechnen.

6.2 Augenärztliche Grundpauschalen

Grundpauschale

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt und/oder Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Weitere persönliche oder andere Arzt-Patienten-Kontakte gemäß 4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen,
- Ärztlicher Bericht entsprechend der Gebührenordnungsposition 01600,
- Individueller Arztbrief entsprechend der Gebührenordnungsposition 01601,
- Klinisch-neurologische augenärztliche Basisdiagnostik,
- Bestimmung des Visus,
- Subjektive und objektive Refraktionsbestimmung,
- Bestimmung des Interferenzvisus,
- Untersuchung des Dämmerungssehens,
- Tonometrische Untersuchung,
- Gonioskopie,
- Spaltlampenmikroskopie,
- Beurteilung des zentralen Fundus,
- Messung der Hornhautkrümmungsradien,
- Prüfung der Augenstellung und Beweglichkeit in neun Hauptblickrichtungen,
- Prüfung der Kopfhaltung bei binokularer Sehanforderung in Ferne und Nähe,
- Prüfung der Simultanperzeption, Fusion und Stereopsis,
- Prüfung auf Heterophorie und (Pseudo-)Strabismus,
- Prüfung der Pupillenfunktion,
- Prüfung des Farbsinns,
- Prüfung der Tränenwege durch Messung der Sekretionsmenge und Durchgängigkeit,
- Bestimmung der break-up time,
- Entnahme von Abstrichmaterial aus dem Bindehautsack,
- Anpassung einfacher vergrößernder Sehhilfen,
- Kontrolle vorhandener Sehhilfen,
- Ausstellung einer Sehhilfenverordnung und/oder schriftliche Bestätigung über die für Erstellung bzw. Anpassung einer Sehhilfe erforderlichen und im Rahmen der augenärztlichen Untersuchung ermittelten Werte (ausgenommen Arbeitsplatzbrillen (z. B. Bildschirmarbeitsplatzbrillen), Arbeitsschutzbrillen, Hobbybrillen (z. B. Musizierbrillen), Sportbrillen (z. B. Schießbrillen), sofern eine Verordnung von Sportbrillen nicht gemäß § 14 Abs. 3 der Hilfsmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses erfolgt),
- In Anhang 1 aufgeführte Leistungen,

einmal im Behandlungsfall

06210	für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr	18,98 € 149 Punkte
06211	für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr	14,91 € 117 Punkte

06212 für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres — 17,33 € / 136 Punkte

Die Gebührenordnungspositionen 06210 bis 06212 sind nicht neben der Gebührenordnungsposition 01436 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungspositionen 06210 bis 06212 sind im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01600 und 01601 berechnungsfähig.

06215 **Hygienezuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 06210 bis 06212,** — 0,25 € / 2 Punkte

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 06215 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.

06220 **Zuschlag für die augenärztliche Grundversorgung** gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.8 zu den Gebührenordnungspositionen 06210 bis 06212, — 2,68 € / 21 Punkte

einmal im Behandlungsfall

Der Zuschlag nach der Gebührenordnungsposition 06220 kann gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.8 ausschließlich in Behandlungsfällen abgerechnet werden, in denen nur Leistungen der fachärztlichen Grundversorgung gemäß Anhang 3 und/oder regionaler Vereinbarungen erbracht und berechnet werden.

06222 **Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 06220,** — 0,76 € / 6 Punkte

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 06222 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.

06225 **Zuschlag zu den Grundpauschalen nach den Nrn. 06210 bis 06212 für die Behandlung eines Versicherten ausschließlich durch (einen) konservativ tätige(n) Augenarzt/-ärzte gemäß Nr. 6 der Präambel 6.1** — 16,05 € / 126 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt und/oder Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä,

einmal im Behandlungsfall

06227 **Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 06210 bis 06212,** — 0,25 € / 2 Punkte

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 06227 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.
Die Gebührenordnungsposition 06227 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 01630 berechnungsfähig.

06228 **Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 06210 bis 06212 für die Behandlung aufgrund einer TSS-Vermittlung und/oder Vermittlung durch den Hausarzt gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.10.1, 4.3.10.2 oder 4.3.10.3,**

einmal im Arztgruppenfall

Die Gebührenordnungsposition 06228 kann durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt werden.
Die Gebührenordnungsposition 06228 ist im Arztgruppenfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 01710 berechnungsfähig.

6.3 Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen

06310 Fortlaufende **Tonometrie** 12,87 €
101 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Verlaufsbestimmung des Augeninnendrucks durch mindestens 4 tonometrische Untersuchungen an demselben Tag

und/oder

- Bestimmung des Abflusswiderstandes mittels fortlaufender Tonometrie,
- Ein- und/oder beidseitig

Die Gebührenordnungsposition 06310 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31716 bis 31731, 31737 und 31738 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 06310 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31716 bis 31723, 31737 und 31738 berechnungsfähig.

06312 **Elektrophysiologische Untersuchung** 25,48 €
200 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Bestimmung visuell evozierter Hirnpotentiale

und/oder

- Elektrookulographie

und/oder

- Elektroretinographie,
- Ein- und/oder beidseitig,

einmal im Behandlungsfall

06320 **Zusatzpauschale Untersuchung und ggf. Behandlung einer krankhaften Störung des binokularen Sehens für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr** 30,83 €
242 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Quantitative Untersuchung des Binokularsehens,
- Beurteilung des Fundus mit Fixationsprüfung(en)

und/oder

- Prüfung auf Trennschwierigkeiten mit enggestellten Reihenoptotypen,

Fakultativer Leistungsinhalt

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

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 06320 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 06321 berechnungsfähig.

06321 **Zusatzpauschale Untersuchung und ggf. Behandlung einer krankhaften Störung des binokularen Sehens für Versicherte ab Beginn des 6. Lebensjahres** — 26,12 € / 205 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Quantitative Untersuchung des Binokularsehens,
- Beurteilung des Fundus mit Fixationsprüfung(en)

und/oder

- Prüfung auf Trennschwierigkeiten mit enggestellten Reihenoptotypen,

Fakultativer Leistungsinhalt

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

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 06321 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 06320 berechnungsfähig.

06330 **Perimetrie** — 19,88 € / 156 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Rechnerisch gestützte schwellenbestimmende Perimetrie an mindestens 50 Prüforten

und/oder

- Indikationsbezogene gleichwertige Perimetrie,
- Dokumentation,
- Ein- und/oder beidseitig

Fakultativer Leistungsinhalt

- Statistische Trendanalyse

06331 **Fluoreszenzangiographische Untersuchung der terminalen Strombahn am Augenhintergrund einschl. Applikation des Teststoffes (Fluorescein-Natrium oder Indozyaningrün), einschl. Sachkosten mit Ausnahme von Indozyaningrün** — 64,21 € / 504 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Fluoreszenzangiographische Untersuchung der terminalen Strombahn am Augenhintergrund,
- Applikation des Teststoffes (Fluorescein-Natrium oder Indozyaningrün),
- Befundauswertung,
- Ein- und/oder beidseitig

Die Gebührenordnungsposition 06331 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02100 bis 02102, 02300 bis 02302 und 06350 bis 06352 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 06331 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 06332 berechnungsfähig.

06332 **Photodynamische Therapie(n) mit Verteporfin** gemäß Nr. 8 der Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses, einschl. Sachkosten mit Ausnahme von Verteporfin und Indozyaningrün — 292,52 € / 2296 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

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

Fakultativer Leistungsinhalt

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

einmal im Behandlungsfall

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 06332 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V voraus.
Die Gebührenordnungsposition 06332 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02100 bis 02102, 02300 bis 02302 und 06350 bis 06352 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 06332 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 06331 berechnungsfähig.

06333 **Binokulare Untersuchung des gesamten Augenhintergrundes** — 6,75 € / 53 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Binokulare Untersuchung des gesamten Augenhintergrundes in Mydriasis

06334 **Zusatzpauschale für die Betreuung eines Patienten nach Durchführung einer intravitrealen Medikamenteneingabe am rechten Auge nach den Gebührenordnungspositionen 31371, 31373, 36371 oder 36373** 16,44 € 129 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Beratung und Betreuung hinsichtlich Verlauf und Behandlung der intravitreal behandelten Erkrankung(en)

Fakultativer Leistungsinhalt

- Koordination ärztlicher Maßnahmen im Zusammenhang mit der Behandlung der intravitreal behandelten Erkrankung(en)

Die Gebührenordnungsposition 06334 ist im Zeitraum von 3 Wochen nach intravitrealer Medikamenteneingabe in das rechte Auge nicht berechnungsfähig. Das Datum der letzten intravitrealen Medikamenteneingabe in das rechte Auge ist anzugeben.
Die Gebührenordnungsposition 06334 ist im Zeitraum von 26 Tagen einmal berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 06334 ist höchstens 6-mal innerhalb von 12 Monaten nach der letzten intravitrealen Medikamenteneingabe in das rechte Auge berechnungsfähig.
Sofern bei der Durchführung der Gebührenordnungsposition 06334 bei einem Patienten mehrere Ärzte ggf. praxisübergreifend beteiligt sind, hat der eine Gebührenordnungsposition abrechnende Arzt sicherzustellen, dass die Untersuchung frühestens 3 Wochen nach intravitrealer Medikamenteneingabe in das rechte Auge, höchstens einmal innerhalb von 26 Tagen und höchstens 6-mal innerhalb von 12 Monaten nach der letzten intravitrealen Medikamenteneingabe in das rechte Auge erfolgt.
Sofern die Gebührenordnungsposition 06334 als Zusatzpauschale nach einer beidseitigen intravitrealen Medikamenteneingabe nach den Gebührenordnungspositionen 31373 oder 36373 abgerechnet wird, ist ein Abschlag in Höhe von 15 Punkten auf die Gebührenordnungsposition 06334 vorzunehmen.
Die Gebührenordnungsposition 06334 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 06336 berechnungsfähig.

06335 **Zusatzpauschale für die Betreuung eines Patienten nach Durchführung einer intravitrealen Medikamenteneingabe am linken Auge nach den Gebührenordnungspositionen 31372, 31373, 36372 oder 36373** 16,44 € 129 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Beratung und Betreuung hinsichtlich Verlauf und Behandlung der intravitreal behandelten Erkrankung(en)

Fakultativer Leistungsinhalt

- Koordination ärztlicher Maßnahmen im Zusammenhang mit der Behandlung der intravitreal behandelten Erkrankung(en)

Die Gebührenordnungsposition 06335 ist im Zeitraum von 3 Wochen nach intravitrealer Medikamenteneingabe in das linke Auge nicht berechnungsfähig. Das Datum der letzten intravitrealen Medikamenteneingabe in das linke Auge ist anzugeben.
Die Gebührenordnungsposition 06335 ist im Zeitraum von 26 Tagen einmal berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 06335 ist höchstens 6-mal innerhalb von 12 Monaten nach der letzten intravitrealen Medikamenteneingabe in das linke Auge berechnungsfähig.
Sofern bei der Durchführung der Gebührenordnungsposition 06335 bei einem Patienten mehrere Ärzte ggf. praxisübergreifend beteiligt sind, hat der eine Gebührenordnungsposition abrechnende Arzt sicherzustellen, dass die Untersuchung frühestens 3 Wochen nach intravitrealer Medikamenteneingabe in das linke Auge, höchstens einmal innerhalb von 26 Tagen und höchstens 6-mal innerhalb von 12 Monaten nach der letzten intravitrealen Medikamenteneingabe in das linke Auge erfolgt.
Sofern die Gebührenordnungsposition 06335 als Zusatzpauschale nach einer beidseitigen intravitrealen Medikamenteneingabe nach den Gebührenordnungspositionen 31373 oder 36373 abgerechnet wird, ist ein Abschlag in Höhe von 15 Punkten auf die Gebührenordnungsposition 06335 vorzunehmen.
Die Gebührenordnungsposition 06335 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 06337 berechnungsfähig.

06336 **Optische Kohärenztomographie am rechten Auge zur Diagnostik gemäß Nr. 29 der Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses** 51,47 € 404 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Optische Kohärenztomographie zur Diagnostik mittels SD-OCT oder technischer Weiterentwicklung,
- Befundauswertung,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Bildliche Dokumentation gemäß § 5 Abs. 3 der Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V zur intravitrealen Medikamenteneingabe,

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 06336 ist im Zeitraum von 26 Tagen einmal berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 06336 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 06334 und 06338 berechnungsfähig.

06337 **Optische Kohärenztomographie am linken Auge zur Diagnostik gemäß Nr. 29 der Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses** 51,47 € 404 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Optische Kohärenztomographie zur Diagnostik mittels SD-OCT oder technischer Weiterentwicklung,
- Befundauswertung,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Bildliche Dokumentation gemäß § 5 Abs. 3 der Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V zur intravitrealen Medikamenteneingabe,

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 06337 ist im Zeitraum von 26 Tagen einmal berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 06337 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 06335 und 06339 berechnungsfähig.

06338 **Optische Kohärenztomographie am rechten Auge zur Therapiesteuerung gemäß Nr. 29 der Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses** 51,47 € 404 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Optische Kohärenztomographie zur Therapiesteuerung mittels SD-OCT oder technischer Weiterentwicklung,
- Befundauswertung,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Bildliche Dokumentation gemäß § 5 Abs. 3 der Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V zur intravitrealen Medikamenteneingabe,

einmal am Behandlungstag

Die Gebührenordnungsposition 06338 ist im Zeitraum von 3 Wochen nach intravitrealer Medikamenteneingabe in das rechte Auge nicht berechnungsfähig. Das Datum der letzten intravitrealen Medikamenteneingabe in das rechte Auge ist anzugeben.
Die Gebührenordnungsposition 06338 ist im Zeitraum von 26 Tagen einmal berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 06338 ist höchstens 6-mal innerhalb von 12 Monaten nach der letzten intravitrealen Medikamenteneingabe in das rechte Auge berechnungsfähig.
Entgegen Nr. 8 der Präambel 31.2.1 und Nr. 4 der Präambel 36.2.1 kann die Gebührenordnungsposition 06338 am Operationstag neben den Gebührenordnungspositionen 31371, 31373, 36371 und 36373 berechnet werden.
Sofern bei der Durchführung der Gebührenordnungsposition 06338 bei einem Patienten mehrere Ärzte ggf. praxisübergreifend beteiligt sind, hat der eine Gebührenordnungsposition abrechnende Arzt sicherzustellen, dass die Untersuchung frühestens 3 Wochen nach intravitrealer Medikamenteneingabe in das rechte Auge, höchstens einmal innerhalb

von 26 Tagen und höchstens 6-mal innerhalb von 12 Monaten nach der letzten intravitrealen Medikamenteneingabe in das rechte Auge erfolgt.
Die Gebührenordnungsposition 06338 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 06336 berechnungsfähig.

06339 **Optische Kohärenztomographie am linken Auge zur Therapiesteuerung gemäß Nr. 29 der Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses** 51,47 € 404 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Optische Kohärenztomographie zur Therapiesteuerung mittels SD-OCT oder technischer Weiterentwicklung,
- Befundauswertung,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Bildliche Dokumentation gemäß § 5 Abs. 3 der Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V zur intravitrealen Medikamenteneingabe,

einmal am Behandlungstag

Die Gebührenordnungsposition 06339 ist im Zeitraum von 3 Wochen nach intravitrealer Medikamenteneingabe in das linke Auge nicht berechnungsfähig. Das Datum der letzten intravitrealen Medikamenteneingabe in das linke Auge ist anzugeben.
Die Gebührenordnungsposition 06339 ist im Zeitraum von 26 Tagen einmal berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 06339 ist höchstens 6-mal innerhalb von 12 Monaten nach der letzten intravitrealen Medikamenteneingabe in das linke Auge berechnungsfähig.
Entgegen Nr. 8 der Präambel 31.2.1 und Nr. 4 der Präambel 36.2.1 kann die Gebührenordnungsposition 06339 am Operationstag neben den Gebührenordnungspositionen 31372, 31373, 36372 und 36373 berechnet werden.
Sofern bei der Durchführung der Gebührenordnungsposition 06339 bei einem Patienten mehrere Ärzte ggf. praxisübergreifend beteiligt sind, hat der eine Gebührenordnungsposition abrechnende Arzt sicherzustellen, dass die Untersuchung frühestens 3 Wochen nach intravitrealer Medikamenteneingabe in das linke Auge, höchstens einmal innerhalb von 26 Tagen und höchstens 6-mal innerhalb von 12 Monaten nach der letzten intravitrealen Medikamenteneingabe in das linke Auge erfolgt.
Die Gebührenordnungsposition 06339 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 06337 berechnungsfähig.

06340 **Anpassung einer Verbandlinse bei vorliegender Indikation gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung** 18,22 € 143 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Mindestens 3 Arzt-Patienten-Kontakte im Behandlungsfall,

Fakultativer Leistungsinhalt

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

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 06340 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302 und 06350 bis 06352 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 06340 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31708 bis 31731, 31737 und 31738 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 06340 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 06341 und 06342 berechnungsfähig.

06341 **Erstanpassung und Auswahl der Kontaktlinse(n) gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung** — 64,59 € / 507 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

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

Fakultativer Leistungsinhalt

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

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 06341 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 06340 und 06342 berechnungsfähig.

06342 **Prüfung auf Sitz und Verträglichkeit einer (von) gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung verordneten Kontaktlinse(n)** — 10,83 € / 85 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

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

Fakultativer Leistungsinhalt

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

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 06342 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 06340 und 06341 berechnungsfähig.

06343 **Bestimmung und/oder Anpassung von und/oder Einweisung in den Gebrauch von Fernrohr-, Lupenbrillen oder elektronischen Sehhilfen** (z. B. Bildschirmvergrößerung), — 32,36 € / 254 Punkte

einmal im Behandlungsfall

06350 **Kleinchirurgischer Eingriff am Auge I und/oder primäre Wundversorgung am Auge** 8,92 € 70 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Operativer Eingriff am Auge mit einer Dauer von bis zu 5 Minuten

und/oder

- Einführung von/einer Verweilsonde(n)

und/oder

- Primäre Wundversorgung am Auge

und/oder

- (Peri-)Orbitale operative Entfernung von Warzen oder anderen papillomvirusbedingten Hautveränderungen,

einmal am Behandlungstag

Die Gebührenordnungspositionen 06350 bis 06352 sind bei Patienten mit den Diagnosen Nävuszellnävussyndrom (ICD-10-GM: D22.-) und/ oder mehreren offenen Wunden (ICD-10-GM: T01.-) mehrfach in einer Sitzung - auch nebeneinander, jedoch insgesamt höchstens fünfmal je Behandlungstag - berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 06350 ist bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr nach der Gebührenordnungsposition 31321 oder 36321 berechnungsfähig, sofern der Eingriff in Narkose erfolgt. Die Voraussetzungen gemäß § 115b SGB V müssen dabei nicht erfüllt sein, sofern die Eingriffe nicht im Katalog zum Vertrag nach § 115b SGB V genannt sind. In diesen Fällen ist die postoperative Behandlung nach den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 31.4.2 und 31.4.3 nicht berechnungsfähig. Die in der Präambel 31.2.1 Nr. 8 bzw. Präambel 36.2.1 Nr. 4 benannten Einschränkungen entfallen in diesen Fällen, es gelten die Abrechnungsausschlüsse der Gebührenordnungsposition 06350 entsprechend.

Lokalanästhesien und Leitungsanästhesien sind, soweit erforderlich, Bestandteil der Gebührenordnungsposition 06350.

Die Gebührenordnungsposition 06350 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02360, 06331, 06332, 06340, 06351 und 06352 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 06350 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 31.4.3 berechnungsfähig.

06351 **Kleinchirurgischer Eingriff am Auge II und/oder primäre Wundversorgung am Auge mittels Naht** 16,94 € 133 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Primäre Wundversorgung am Auge mittels Naht

und/oder

- (Peri-)Orbitale Exzision von Haut- oder Schleimhaut

und/oder

- Operative Lösung von Verwachsungen der Bindehaut ohne plastische Deckung

und/oder

- Operation des Flügelfells

und/oder

- Thermo- oder Kryotherapie der Hornhaut und/oder der Bindehaut,

einmal am Behandlungstag

Die Gebührenordnungspositionen 06350 bis 06352 sind bei Patienten mit den Diagnosen Nävuszellnävussyndrom (ICD-10-GM: D22.-) und/ oder mehreren offenen Wunden (ICD-10-GM: T01.-) mehrfach in einer Sitzung - auch nebeneinander, jedoch insgesamt höchstens fünfmal je Behandlungstag - berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 06351 ist bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr nach der Gebührenordnungsposition 31321 oder 36321 berechnungsfähig, sofern der Eingriff in Narkose erfolgt. Die Voraussetzungen gemäß § 115b SGB V müssen dabei nicht erfüllt sein, sofern die Eingriffe nicht im Katalog zum Vertrag nach § 115b SGB V genannt sind. In diesen Fällen ist die postoperative Behandlung nach den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 31.4.2 und 31.4.3 nicht berechnungsfähig. Die in der Präambel 31.2.1 Nr. 8 bzw. Präambel 36.2.1 Nr. 4 benannten Einschränkungen entfallen in diesen Fällen, es gelten die Abrechnungsausschlüsse der Gebührenordnungsposition 06351 entsprechend.

Lokalanästhesien und Leitungsanästhesien sind, soweit erforderlich, Bestandteil der Gebührenordnungsposition 06351.

Die Gebührenordnungsposition 06351 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02360, 06331, 06332, 06340, 06350 und 06352 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 06351 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 31.4.3 berechnungsfähig.

06352 **Kleinchirurgischer Eingriff am Auge III und/oder primäre Wundversorgung am Auge bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern** — 33,38 € / 262 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Primäre Wundversorgung am Auge bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern

und/oder

- Entfernung eines oder mehrerer festsitzender Fremdkörper am Auge

und/oder

- Operation des evertierten Tränenpünktchens

und/oder

- Hintere Sklerotomie

und/oder

- Entfernung einer Bindehaut- oder Lidgeschwulst (Chalazion)

und/oder

- Sondierung des Tränen-Nasenganges bei Säuglingen und Kleinkindern oder Sprengung von Strikturen der Tränenwege, ggf. beidseitig

und/oder

- Naht einer Bindehaut- oder einer nicht perforierenden Hornhaut- oder Lederhautwunde, ggf. einschließlich Ausschneidung der Wundränder,

einmal am Behandlungstag

Die Gebührenordnungspositionen 06350 bis 06352 sind bei Patienten mit den Diagnosen Nävuszellnävussyndrom (ICD-10-GM: D22.-) und/ oder mehreren offenen Wunden (ICD-10-GM: T01.-) mehrfach in einer Sitzung - auch nebeneinander, jedoch insgesamt höchstens fünfmal je Behandlungstag - berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 06352 ist bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr nach der Gebührenordnungsposition 31321 oder 36321 berechnungsfähig, sofern der Eingriff in Narkose erfolgt. Die Voraussetzungen gemäß § 115b SGB V müssen dabei nicht erfüllt sein, sofern die Eingriffe nicht im Katalog zum Vertrag nach § 115b SGB V genannt sind. In diesen Fällen ist die postoperative Behandlung nach den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 31.4.2 und 31.4.3 nicht berechnungsfähig. Die in der Präambel 31.2.1 Nr. 8 bzw. Präambel 36.2.1 Nr. 4 benannten Einschränkungen entfallen in diesen Fällen, es gelten die Abrechnungsausschlüsse der Gebührenordnungsposition 06352 entsprechend.
Lokalanästhesien und Leitungsanästhesien sind, soweit erforderlich, Bestandteil der Gebührenordnungsposition 06352.
Die Gebührenordnungsposition 06352 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02360, 06331, 06332, 06340, 06350 und 06351 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 06352 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 31.4.3 berechnungsfähig.

06362 **Hornhauttomographie gemäß Nr. 27 Anlage I der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses** — 29,43 € / 231 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Messung der Hornhautdicke des Auges mittels Hornhauttomographie bei progredientem Keratokonus,

je Auge einmal am Behandlungstag

Die Gebührenordnungsposition 06362 ist je Auge höchstens zweimal im Krankheitsfall berechnungsfähig. Die dreimalige Berechnung der Gebührenordnungsposition 06362 im Krankheitsfall setzt eine ausführliche Begründung der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall voraus.

7 Chirurgische, kinderchirurgische und plastisch-chirurgische Gebührenordnungspositionen

7.1 Präambel

1. Die in diesem Kapitel aufgeführten Gebührenordnungspositionen können ausschließlich von
   - Fachärzten für Chirurgie,
   - Fachärzten für Kinderchirurgie,
   - Fachärzten für Plastische und Ästhetische Chirurgie

   berechnet werden.
2. Fachärzte für Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte und Ärzte ohne Gebietsbezeichnung können - wenn sie im Wesentlichen chirurgische Leistungen erbringen - gemäß § 73 Abs. 1a SGB V auf deren Antrag die Genehmigung zur ausschließlichen Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung erhalten und Gebührenordnungspositionen dieses Kapitels berechnen. Nach Erhalt der Genehmigung können sie Gebührenordnungspositionen des Kapitels 3 nicht mehr berechnen.
3. Die in der Präambel unter 1. aufgeführten Vertragsärzte können die arztgruppenspezifischen Gebührenordnungspositionen nach den Nrn. 13310, 13400, 13401, 13402, 13410, 13411, 13412, 13413, 13414, 13416, 13421, 13422, 13423, 13424, 13662, 13663, 13664 und 13670 sowie bei Vorliegen der entsprechenden Qualifikationsvoraussetzungen die Gebührenordnungsposition 08320 berechnen. Fachärzte für Kinderchirurgie können darüber hinaus die arztgruppenübergreifenden Gebührenordnungspositionen 01476, 01477, 01722 und 01799 sowie die arztgruppenspezifischen Gebührenordnungspositionen nach den Nrn. 26310, 26311, 26312, 26313 und 26320 berechnen. Fachärzte für Chirurgie können darüber hinaus die arztgruppenübergreifenden Gebührenordnungspositionen 01472, 01476 und 01477 berechnen.
4. Außer den in diesem Kapitel genannten Gebührenordnungspositionen sind von den in der Präambel genannten Vertragsärzten - unbeschadet der Regelungen gemäß 5 und 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen - zusätzlich nachfolgende Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig: 01100 bis 01102, 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 01220 bis 01224, 01226, 01320 bis 01323, 01410 bis 01416, 01418, 01420, 01422, 01424 bis 01426, 01430, 01431, 01435 bis 01437, 01440, 01442 bis 01444, 01450, 01452, 01500 bis 01503, 01510 bis 01512, 01520 bis 01522, 01530, 01531, 01600 bis 01602, 01610 bis 01613, 01615, 01620 bis 01624, 01626, 01630, 01640, 01642, 01643, 01645, 01647, 01648, 01670 bis 01672, 01681, 01682, 01701, 01722, 01731, 01737, 01740 bis 01742, 01747, 01748, 01758, 01783, 01800, 01802 bis 01811, 01850, 01851, 01853 bis 01855, 01857 bis 01859, 01949 bis 01953, 01955, 01956, 01960, 01965, 01966, 02100, 02101, 02110 bis 02112, 02120, 02200, 02300 bis 02302, 02310 bis 02314, 02320 bis 02323, 02325 bis 02328, 02330, 02331, 02340, 02341, 02343, 02344, 02350, 02360, 02400, 02401, 02500, 02510 bis 02512 und 30706.
5. Außer den in diesem Kapitel genannten Gebührenordnungspositionen sind bei Vorliegen der entsprechenden Qualifikationsvoraussetzungen von den in der Präambel genannten Vertragsärzten - unbeschadet der Regelungen gemäß 5 und 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen - zusätzlich nachfolgende Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig: 01474, 01479,

30400 bis 30402, 30410, 30411, 30420, 30421, 30440, 30700 bis 30705, 30708, 30780 bis 30782, 36884, 37100, 37102, 37113, 37120, 37700, 37701, 37704, 37705, 37710, 37711, 37714, 37720, 37800 bis 37802 und 37804, Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 30.1, 30.2, 30.3.1, 30.5, 30.6, 30.7.2, 30.7.3, 30.8, 30.12, 30.13, 31.2, 31.3, 31.4.3, 31.5, 31.6, 31.8, 36.2, 36.3, 36.5, 36.6.2, 37.3 und 37.4 sowie Gebührenordnungspositionen der Kapitel 32, 33, 34, 35, 38 und 40.

6. Bei der Berechnung der zusätzlich berechnungsfähigen Gebührenordnungspositionen in den Nummern 4 und 5 sind die Maßnahmen zur Qualitätssicherung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V, die berufsrechtliche Verpflichtung zur grundsätzlichen Beschränkung auf das jeweilige Gebiet sowie die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zu beachten.
7. Werden die in den Grundpauschalen enthaltenen Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen 01600 und 01601 durchgeführt, sind für die Versendung bzw. den Transport die Kostenpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 40110 und 40111 berechnungsfähig.
8. Die in der Präambel unter 1. aufgeführten Vertragsärzte können die arztgruppenspezifische Gebührenordnungsposition 08619 berechnen.

7.2 Chirurgische Grundpauschalen

Grundpauschale

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt und/oder Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Weitere persönliche oder andere Arzt-Patienten-Kontakte gemäß 4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen,
- Ärztlicher Bericht entsprechend der Gebührenordnungsposition 01600,
- Individueller Arztbrief entsprechend der Gebührenordnungsposition 01601,
- In Anhang 1 aufgeführte Leistungen,

einmal im Behandlungsfall

07210	für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr	29,05 € 228 Punkte
07211	für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr	29,43 € 231 Punkte
07212	für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres	34,02 € 267 Punkte

Die Gebührenordnungspositionen 07210 bis 07212 sind nicht neben der Gebührenordnungsposition 01436 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungspositionen 07210 bis 07212 sind im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01600 und 01601 berechnungsfähig.

07215 **Hygienezuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 07210 bis 07212,** 0,25 €
2 Punkte

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 07215 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.

07220 **Zuschlag für die chirurgische Grundversorgung** gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.8 zu den Gebührenordnungspositionen 07210 bis 07212, 4,08 €
32 Punkte

einmal im Behandlungsfall

Der Zuschlag nach der Gebührenordnungsposition 07220 kann gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.8 ausschließlich in Behandlungsfällen abgerechnet werden, in denen nur Leistungen der fachärztlichen Grundversorgung gemäß Anhang 3 und/oder regionaler Vereinbarungen erbracht und berechnet werden.

07222 **Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 07220,** 1,15 €
9 Punkte

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 07222 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.

07227 **Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 07210 bis 07212,** 0,25 €
2 Punkte

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 07227 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.
Die Gebührenordnungsposition 07227 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 01630 berechnungsfähig.

07228 **Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 07210 bis 07212 für die Behandlung aufgrund einer TSS-Vermittlung und/oder Vermittlung durch den Hausarzt gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.10.1, 4.3.10.2 oder 4.3.10.3,**

einmal im Arztgruppenfall

Die Gebührenordnungsposition 07228 kann durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt werden.
Die Gebührenordnungsposition 07228 ist im Arztgruppenfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 01710 berechnungsfähig.

7.3 Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen

07310 **Zusatzpauschale Behandlung und ggf. Diagnostik von Erkrankung(en) des Stütz- und Bewegungsapparates (angeboren, traumatisch, posttraumatisch, perioperativ) , entzündlicher(n) Erkrankung(en) des Stütz- und Bewegungsapparates, Skelettanomalie(n) bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern**

29,69 €
233 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

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

Fakultativer Leistungsinhalt

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

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 07310 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302 und 02511 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 07310 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31614 bis 31621 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 07310 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02311, 02312, 02340, 02341, 02344, 02350, 02360, 07311, 07320, 07330, 07340, 07345, 18310 und 30214 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 07310 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31601, 31602 und 31608 bis 31637 berechnungsfähig.

07311 **Zusatzpauschale Behandlung und ggf. Diagnostik von Erkrankung(en) des Stütz- und Bewegungsapparates (angeboren, erworben, degenerativ, posttraumatisch, perioperativ), entzündlicher(n) Erkrankung(en) des Stütz- und Bewegungsapparates bei Jugendlichen und Erwachsenen**

27,77 €
218 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Funktionsdiagnostik (ggf. segmental) und Differentialdiagnostik,
- Dokumentation von Bewegungseinschränkungen (z. B. nach der Neutral-Null-Methode),
- Weiterführende neurologische Diagnostik,

- Mindestens 3 Arzt-Patienten-Kontakte im Behandlungsfall,

Fakultativer Leistungsinhalt

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

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 07311 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302 und 02511 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 07311 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31614 bis 31621 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 07311 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02311, 02312, 02340, 02341, 02344, 02350, 02360, 07310, 07320, 07330, 07340, 07345, 18311 und 30214 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 07311 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31601, 31602 und 31608 bis 31637 berechnungsfähig.

07320 **Zusatzpauschale Diagnostik und/oder Therapie bei visceralchirurgischer(n) Erkrankung(e)n und/oder Eingriff(en)** 20,26 € 159 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Diagnostik und/oder Therapie bei visceralchirurgischen Erkrankungen und/oder Eingriffen

und/oder

- Einleitung/Koordinierung interdisziplinärer Diagnostik und/oder Therapie

und/oder

- Wiederholte eingehende symptombezogene Untersuchung,
- Mindestens 2 Arzt-Patienten-Kontakte im Behandlungsfall,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Manuelle Reposition(en) von Hernien, eines Darmprolaps und/oder eines Anus praeter-Prolaps,
- Wundbehandlungen,

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 07320 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31614 bis 31621 und 31630 bis 31637 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 07320 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02340, 02341, 02344, 02360, 07310, 07311, 07330, 07340 und 07345 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 07320 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31601, 31602 und 31608 bis 31637 berechnungsfähig.

07330 **Zusatzpauschale Behandlung eines Patienten mit einer Funktionsstörung der Hand** 27,01 € 212 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Behandlung eines Patienten mit einer Funktionsstörung der Hand mit einer Leistungseinschränkung mindestens in einer Funktionsebene,
- Dokumentation der Leistungseinschränkung mit Angabe des Bewegungsumfangs,
- Erstellung eines Behandlungsplanes

und/oder

- Anlage und/oder Wiederanlage eines immobilisierenden Verbandes

und/oder

- Anlage und/oder Wiederanlage eines Schienenverbandes

und/oder

- Anlage und/oder Wiederanlage einer Orthese,
- Mindestens 3 Arzt-Patienten-Kontakte im Behandlungsfall,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Anleitung zur Durchführung von Bewegungsübungen,
- Lokale Infiltrationsbehandlung,

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 07330 ist nur von Fachärzten für Chirurgie oder Plastische Chirurgie mit der Zusatzbezeichnung Handchirurgie und von Fachärzten für Chirurgie nach Antrag und Genehmigung durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 07330 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 07330 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31614 bis 31621 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 07330 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02340, 02341, 02344, 02350, 02360, 07310, 07311, 07320, 07340, 07345 und 18330 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 07330 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31601, 31602 und 31608 bis 31637 berechnungsfähig.

07340 **Behandlung einer/eines/von sekundär heilenden Wunde(n), Verbrennung(en) ab 2. Grades, septischen** 34,53 € 271 Punkte

Wundheilungsstörung(en), Abszesses/n, septischen Knochenprozesses/n und/oder Decubitalulcus (-ulcera)

Obligater Leistungsinhalt

- Abtragung von Nekrosen

und/oder

- Wunddebridement

und/oder

- Anlage und/oder Wechsel eines Kompressionsverbandes

und/oder

- Einbringung und/oder Wechsel einer Wundtamponade,
- Mindestens 5 Arzt-Patienten-Kontakte im Behandlungsfall,

Fakultativer Leistungsinhalt

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

einmal im Behandlungsfall

Die Leistung nach der Nr. 07340 kann nicht berechnet werden beim diabetischen Fuß, beim chronisch venösen Ulcus cruris, bei der chronisch venösen Insuffizienz, beim postthrombotischen Syndrom, beim Lymphödem und bei oberflächlichen sowie tiefen Beinvenenthrombosen.
Die Gebührenordnungsposition 07340 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02312 und 02313 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 07340 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31614 bis 31621 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 07340 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02310, 02311, 02340, 02341, 02344, 02350, 02360, 07310, 07311, 07320, 07330 und 30214 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 07340 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 31.4.3 berechnungsfähig.

07345 **Zusatzpauschale Behandlung und/oder Betreuung** eines Patienten mit einer gesicherten **onkologischen Erkrankung bei laufender onkologischer Therapie oder Betreuung im Rahmen der Nachsorge** — 24,33 € / 191 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Behandlung und/oder Betreuung eines Patienten mit einer laboratoriumsmedizinisch oder histologisch/zytologisch gesicherten onkologischen Erkrankung,
- Fortlaufende Beratung zum Umgang mit der onkologischen Erkrankung,
- Verlaufskontrolle und Dokumentation des Therapieerfolges,
- Erstellung, Überprüfung und Anpassung eines die onkologische Erkrankung begleitenden spezifischen Therapiekonzeptes unter Berücksichtigung individueller Faktoren,

- Kontrolle und/oder Behandlung ggf. auftretender therapiebedingter Nebenwirkungen,
- Planung und Koordination der komplementären Arznei-, Heil- und Hilfsmittelversorgung unter besonderer Berücksichtigung der gesicherten onkologischen Erkrankung,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Anleitung und Führung der Bezugs- und Betreuungsperson(en),
- Fortlaufende Überprüfung des häuslichen, familiären und sozialen Umfelds im Hinblick auf die Grunderkrankung,
- Konsiliarische Erörterung/Fachliche Beratung und regelmäßiger Informationsaustausch mit dem onkologisch verantwortlichen Arzt sowie mit weiteren mitbehandelnden Ärzten,
- Überprüfung und Koordination supportiver Maßnahmen,
- Einleitung und/oder Koordination der psychosozialen Betreuung des Patienten und seiner Familie und/oder Bezugs- und Betreuungsperson(en),
- Ggf. Hinzuziehung komplementärer Dienste bzw. häuslicher Krankenpflege,

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 07345 ist nur bei mindestens einer der im Folgenden genannten Erkrankungen berechnungsfähig: Bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane C15-C26, der Bronchien und der Lunge C34.-, des Herzens, des Mediastinums und der Pleura C38.-, Bösartige Neubildung sonstiger und ungenau bezeichneter Lokalisationen des Atmungssystems und sonstiger intrathorakaler Organe C39.-, Bösartige Neubildungen des Knochens und des Gelenkknorpels C40-C41, der Haut C43-C44, des mesothelialen Gewebes und des Weichteilgewebes C45-C49, der Brustdrüse C50.-, der Schilddrüse und sonstiger endokriner Drüsen C73-C75, Bösartige Neubildungen sonstiger und ungenau bezeichneter Lokalisation C76.-, Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildungen C77-C80.

Die Gebührenordnungsposition 07345 ist bei laufender medikamentöser, im Sinne einer systemischen Chemotherapie mit z. B. zytostatischen Substanzen, operativer und/oder strahlentherapeutischer Behandlung und/oder bei Betreuung im Rahmen der Nachsorge bis höchstens 2 Jahre nach Beendigung einer medikamentösen, operativen und/oder strahlentherapeutischen Behandlung eines Patienten mit gesicherter onkologischer Erkrankung berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 07345 ist im Behandlungsfall nicht neben den Kostenpauschalen 86510, 86512, 86514, 86516, 86520 und 86522 gemäß Anhang 2 der „Onkologie-Vereinbarung“ (Anlage 7 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä)) berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 07345 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 07310, 07311, 07320 und 07330 berechnungsfähig.

8 Frauenärztliche, geburtshilfliche und reproduktionsmedizinische Gebührenordnungspositionen

8.1 Präambel

1. Die in diesem Kapitel aufgeführten Gebührenordnungspositionen können ausschließlich von Fachärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe berechnet werden.
2. Fachärzte für Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte und Ärzte ohne Gebietsbezeichnung können - wenn sie im Wesentlichen frauenärztliche Leistungen erbringen - gemäß § 73 Abs. 1a SGB V auf deren Antrag die Genehmigung zur ausschließlichen Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung erhalten und Gebührenordnungspositionen dieses Kapitels berechnen. Nach Erhalt der Genehmigung können sie Gebührenordnungspositionen des Kapitels 3 nicht mehr berechnen.
3. Die in der Präambel unter 1. aufgeführten Vertragsärzte können die arztgruppenspezifischen Gebührenordnungspositionen 05360, 05361 und 05372 berechnen.
4. Außer den in diesem Kapitel genannten Gebührenordnungspositionen sind von den in der Präambel genannten Vertragsärzten - unbeschadet der Regelungen gemäß 5 und 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen - zusätzlich nachfolgende Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig: 01100 bis 01102, 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 01220 bis 01224, 01226, 01320 bis 01323, 01410 bis 01416, 01418, 01420, 01422, 01424 bis 01426, 01430, 01431, 01435 bis 01437, 01440, 01442 bis 01444, 01450, 01452, 01471, 01482, 01500 bis 01503, 01510 bis 01512, 01600 bis 01602, 01610 bis 01612, 01615, 01620 bis 01624, 01626, 01630, 01640, 01642, 01643, 01645, 01647, 01648, 01670 bis 01672, 01681, 01682, 01701 bis 01704, 01707, 01709 bis 01711, 01735, 01737, 01740, 01750 bis 01755, 01758 bis 01761, 01764, 01765, 01770 bis 01777, 01780 bis 01790, 01800, 01802 bis 01812, 01815, 01816, 01820 bis 01825, 01827, 01828, 01830 bis 01833, 01840, 01850, 01851, 01855, 01857, 01859, 01900 bis 01902, 01904 bis 01907, 01910 bis 01912, 01915, 01949 bis 01953, 01955, 01956, 01960, 01965, 02100, 02101, 02110 bis 02112, 02120, 02200, 02300 bis 02302, 02310, 02314, 02320 bis 02323, 02325 bis 02328, 02330, 02331, 02340, 02341, 02343, 02344, 02360, 02510 bis 02512 und 30706.
5. Außer den in diesem Kapitel genannten Gebührenordnungspositionen sind bei Vorliegen der entsprechenden Qualifikationsvoraussetzungen von den in der Präambel genannten Vertragsärzten - unbeschadet der Regelungen gemäß 5 und 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen - zusätzlich nachfolgende Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig: 01474, 01479, 01698, 01762, 01763, 01766, 01767, 01769, 01826, 01920 bis 01922, 30400 bis 30402, 30410, 30411, 30420, 30421, 30610, 30611, 30700 bis 30705, 30708, 30780 bis 30782, 33000 bis 33002, 33010 bis

33012, 33020 bis 33023, 33030, 33031, 33040 bis 33044, 33046, 33050 bis 33052, 33060 bis 33064, 33070 bis 33076, 33080, 33081, 33090 bis 33092, 33100, 33105, 36884, 37100, 37102, 37113, 37120, 37800 bis 37802 und 37804, Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 30.1, 30.2.1, 30.3.1, 30.5, 30.7.2, 30.8, 30.12, 30.13, 31.2, 31.3, 31.4.3, 31.5, 31.6, 31.8, 36.2, 36.3, 36.5, 36.6.2, 37.3 und 37.4 sowie Gebührenordnungspositionen der Kapitel 32, 34, 35, 38 und 40.

6. Außer den in diesem Kapitel genannten Gebührenordnungspositionen sind bei Vorliegen der entsprechenden Qualifikationsvoraussetzungen von den in der Präambel genannten Vertragsärzten - unbeschadet der Regelung gemäß 5 und 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen - zusätzlich die Gebührenordnungspositionen 19327 und 19328 berechnungsfähig.

   Die Qualifikationsvoraussetzungen für die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 01762, 01763, 01766, 01767, 01769, 01826, 19327 und 19328 gelten bei Fachärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit der Zusatz-Weiterbildung Gynäkologische Exfoliativ-Zytologie als erfüllt.
7. Bei der Berechnung der zusätzlichen Gebührenordnungspositionen in den Nummern 4 und 5 sind die Maßnahmen zur Qualitätssicherung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V, die berufsrechtliche Verpflichtung zur grundsätzlichen Beschränkung auf das jeweilige Gebiet sowie die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zu beachten.
8. Werden die in den Grundpauschalen enthaltenen Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen 01600 und 01601 durchgeführt, sind für die Versendung bzw. den Transport die Kostenpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 40110 und 40111 berechnungsfähig.

8.2 Frauenärztliche Grundpauschalen

Grundpauschale

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt und/oder Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Weitere persönliche oder andere Arzt-Patienten-Kontakte gemäß 4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen,
- Ärztlicher Bericht entsprechend der Gebührenordnungsposition 01600,
- Individueller Arztbrief entsprechend der Gebührenordnungsposition 01601,
- Untersuchung und Behandlung der Harninkontinenz,
- Sterilitätsbehandlung mittels Gonadotropinstimulation und/oder Antiöstrogenen,
- Diagnostik und Behandlung einer Patientin mit einer morphologischen Veränderung einer Hormondrüse und/oder mit

einer laboratoriumsmedizinisch gesicherten Hormonüber- oder -unterfunktion,
- In Anhang 1 aufgeführte Leistungen,

einmal im Behandlungsfall

08210	für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr	14,40 € 113 Punkte
08211	für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr	18,73 € 147 Punkte
08212	für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres	19,24 € 151 Punkte

Die Gebührenordnungspositionen 08210 bis 08212 sind nicht neben der Gebührenordnungsposition 01436 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungspositionen 08210 bis 08212 sind am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 01828 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungspositionen 08210 bis 08212 sind im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01600 und 01601 berechnungsfähig.

08215 **Hygienezuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 08210 bis 08212,** — 0,25 €
2 Punkte

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 08215 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.

08220 **Zuschlag für die gynäkologische Grundversorgung** gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.8 zu den Gebührenordnungspositionen 08210 bis 08212, — 3,06 €
24 Punkte

einmal im Behandlungsfall

Der Zuschlag nach der Gebührenordnungsposition 08220 kann gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.8 ausschließlich in Behandlungsfällen abgerechnet werden, in denen nur Leistungen der fachärztlichen Grundversorgung gemäß Anhang 3 und/oder regionaler Vereinbarungen erbracht und berechnet werden.

08222 **Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 08220,** — 0,76 €
6 Punkte

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 08222 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.

08227 **Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 08210 bis 08212,** — 0,25 €
2 Punkte

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 08227 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.

Die Gebührenordnungsposition 08227 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 01630 berechnungsfähig.

08228 **Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 08210 bis 08212 für die Behandlung aufgrund einer TSS-Vermittlung und/oder Vermittlung durch den Hausarzt gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.10.1, 4.3.10.2 oder 4.3.10.3,**

einmal im Arztgruppenfall

Die Gebührenordnungsposition 08228 kann durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt werden.
Die Gebührenordnungsposition 08228 ist im Arztgruppenfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 01710 berechnungsfähig.

08230 **Zuschlag zur Grundpauschale im Rahmen der Reproduktionsmedizin, bei denen die Gebührenordnungspositionen 08530, 08531, 08535, 08536, 08550, 08555, 08558 und/oder 08635 berechnet werden,** 26,50 € 208 Punkte

einmal im Behandlungsfall

08231 **Zuschlag zur Grundpauschale im Rahmen der Geburtshilfe, bei denen Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 8.4 berechnet werden,** 12,49 € 98 Punkte

einmal im Behandlungsfall

8.3 Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen

08310 **Apparative Untersuchung einer Patientin mit Harninkontinenz** 77,08 € 605 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Elektromanometrische Druckmessung der Blase und des Abdomens,
- EMG,
- Fortlaufende grafische Registrierung,
- Messung des Abdominaldruckes,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Urethrozystoskopie (Nr. 08311),
- Urethradruckprofilmessung mit fortlaufender Registrierung,
- Physikalische Funktionsteste,

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 08310 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 08311, 30420 und 30421 berechnungsfähig.

08311 **Urethro(-zysto)skopie** 35,80 € 281 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Urethro(-zysto)skopie,

- Patientenaufklärung zur Untersuchung und zu den möglichen therapeutischen Maßnahmen in derselben Sitzung, in angemessenem Zeitabstand vor dem Eingriff,
- Information zum Ablauf der vorbereitenden Maßnahmen vor dem Eingriff und zu einer möglichen Sedierung und/oder Prämedikation,
- Nachbeobachtung und -betreuung

Fakultativer Leistungsinhalt

- Prämedikation/Sedierung,
- Lokalanästhesie,
- Probeexzision(en),
- Schlitzung des/der Harnleiterostiums/-ostien,
- Fremdkörperentfernung aus der weiblichen Harnröhre unter urethroskopischer Sicht

Die Gebührenordnungsposition 08311 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 08310 und 26311 berechnungsfähig.

08312 **Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 08311 für die transurethrale Therapie mit Botulinumtoxin,** 35,93 € 282 Punkte

je vollendete 10 Minuten

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 08312 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung voraus. Die Genehmigung wird erteilt, wenn jährlich gegenüber der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung die Teilnahme an von der jeweiligen Landesärztekammer anerkannten Fortbildungen zur Therapie von Blasenfunktionsstörungen im Umfang von insgesamt mindestens 8 CME-Punkten nachgewiesen wird.
Die Gebührenordnungsposition 08312 ist je Sitzung höchstens fünfmal berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 08312 ist im Krankheitsfall höchstens fünfzehnmal berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 08312 ist nur bei erwachsenen Patienten mit idiopathischer überaktiver Blase mit den Symptomen Harninkontinenz, imperativer Harndrang und Pollakisurie, die auf Anticholinergika nur unzureichend angesprochen oder diese nicht vertragen haben und/oder bei Erwachsenen mit Harninkontinenz mit neurogener Detrusorhyperaktivität bei neurogener Blase infolge einer stabilen subzervikalen Rückenmarksverletzung oder Multipler Sklerose berechnungsfähig.
Bei Berechnung des Zuschlags nach der Gebührenordnungsposition 08312 entfällt die Prüfzeit der in derselben Sitzung abgerechneten Gebührenordnungsposition 08311.
Die Gebührenordnungsposition 08312 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 26316 berechnungsfähig.

08313 **Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 08312 für die Beobachtung eines Patienten im Anschluss an die transurethrale Therapie mit Botulinumtoxin** 18,22 € 143 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Beobachtung für mindestens 30 Minuten,
- Abschlussuntersuchung(en) durch den Arzt,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Infusion(en) (Nr. 02100),

einmal am Behandlungstag

Die Gebührenordnungsposition 08313 ist höchstens dreimal im Krankheitsfall berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 08313 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02100 und 26317 berechnungsfähig.

08315 **Zytologische Untersuchung eines oder mehrerer speziell gefärbter Abstriche zur Diagnostik der hormonellen Funktion** — 3,44 € / 27 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 08315 ist bei demselben Material nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01762, 01763, 01766, 01767, 01826, 19310 und 19327 berechnungsfähig.

08320 **Stanzbiopsie(n) der Mamma unter Ultraschallsicht** — 50,32 € / 395 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Stanzbiopsie(n) der Mamma,
- Lokalanästhesie,
- Mamma - Sonographie (Nr. 33041),
- Veranlassung einer histologischen Untersuchung,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Optische Führungshilfe bei Sonographie (Nr. 33091),

je Seite

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 08320 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Ultraschall-Vereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.
Die Gebührenordnungsposition 08320 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02340, 02341, 02344, 33041, 33091 und 33092 berechnungsfähig.

08330 **Einlegen, Wechseln oder Entfernen eines Ringes oder Pessars, intrauterin oder vaginal**, wegen einer Krankheit — 7,90 € / 62 Punkte

Fakultativer Leistungsinhalt

- Lokalanästhesie

Die Gebührenordnungsposition 08330 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01830 und 02300 bis 02302 berechnungsfähig.

08331 **Subkutane Applikation eines Depot-Kontrazeptivums**, wegen einer Krankheit — 7,90 € / 62 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 08331 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01830 bis 01832, 02300 bis 02302, 02340, 02341 und 02344 berechnungsfähig.

08332 **Vaginoskopie bei einem Kind bis zum vollendeten 12. Lebensjahr oder bei Patientinnen mit Vaginalstenose** 12,36 € 97 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 08332 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302 berechnungsfähig.

08333 **Zusatzpauschale Prokto-/Rektoskopie** 11,98 € 94 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Rektale Untersuchung,
- Proktoskopie

und/oder

- Rektoskopie,
- Patientenaufklärung,
- Information zum Ablauf der vorbereitenden Maßnahmen vor dem Eingriff und zu einer möglichen Sedierung und/oder Prämedikation,
- Nachbeobachtung und -betreuung

Fakultativer Leistungsinhalt

- Prämedikation/Sedierung

Die Gebührenordnungsposition 08333 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 03331, 04331, 04516, 13257 und 30600 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 08333 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 13250 berechnungsfähig.

08334 **Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 08333 für die Polypentfernung(en)** 6,88 € 54 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Vollständige Entfernung eines oder mehrerer Polypen mittels Heiß- oder Kaltschlinge,
- Veranlassung einer histologischen Untersuchung

Die Gebührenordnungsposition 08334 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 13260 und 30601 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 08334 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 13250 berechnungsfähig.

08340 **Gewinnung von Zellmaterial aus der Gebärmutterhöhle, einschl. Kosten** 6,75 € 53 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Gewinnung von Zellmaterial aus der Gebärmutterhöhle,
- Aufbereitung zur zytologischen Untersuchung

Die Gebührenordnungsposition 08340 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302 berechnungsfähig.

08341 **Prüfung der Eileiter auf Durchgängigkeit mittels sonographischer Kontrastmitteluntersuchung** 14,01 € 110 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Prüfung der Eileiter auf Durchgängigkeit,
- Bilddokumentation,
- Sonographische Untersuchung,
- Kontrastmitteleinbringung(en),

einmal im Behandlungsfall

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 08341 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Ultraschall-Vereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.
Die Gebührenordnungsposition 08341 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 33042 bis 33044 und 33090 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 08341 ist im Zyklusfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 33091 und 33092 berechnungsfähig.

08345 **Zusatzpauschale Behandlung und/oder Betreuung** eines Patienten mit einer gesicherten **onkologischen Erkrankung bei laufender onkologischer Therapie oder Betreuung im Rahmen der Nachsorge** 24,33 € 191 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Behandlung und/oder Betreuung eines Patienten mit einer laboratoriumsmedizinisch oder histologisch/zytologisch gesicherten onkologischen Erkrankung,
- Fortlaufende Beratung zum Umgang mit der onkologischen Erkrankung,
- Verlaufskontrolle und Dokumentation des Therapieerfolges,
- Erstellung, Überprüfung und Anpassung eines die onkologische Erkrankung begleitenden spezifischen Therapiekonzeptes unter Berücksichtigung individueller Faktoren,
- Kontrolle und/oder Behandlung ggf. auftretender therapiebedingter Nebenwirkungen,
- Planung und Koordination der komplementären Arznei-, Heil- und Hilfsmittelversorgung unter besonderer Berücksichtigung der gesicherten onkologischen Erkrankung,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Anleitung und Führung der Bezugs- und Betreuungsperson(en),
- Fortlaufende Überprüfung des häuslichen, familiären und sozialen Umfelds im Hinblick auf die Grunderkrankung,
- Konsiliarische Erörterung/Fachliche Beratung und regelmäßiger Informationsaustausch mit dem onkologisch verantwortlichen Arzt sowie mit weiteren mitbehandelnden Ärzten,
- Überprüfung und Koordination supportiver Maßnahmen,

- Einleitung und/oder Koordination der psychosozialen Betreuung des Patienten und seiner Familie und/oder Bezugs- und Betreuungsperson(en),
- Ggf. Hinzuziehung komplementärer Dienste bzw. häuslicher Krankenpflege,

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 08345 ist nur bei mindestens einer der im Folgenden genannten Erkrankungen berechnungsfähig: Bösartige Neubildungen der Brustdrüse C50.-, der weiblichen Genitalorgane C51-C58, Bösartige Neubildungen sonstiger und ungenau bezeichneter Lokalisationen, Becken C76.3, Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildungen C77-C80.
Die Gebührenordnungsposition 08345 ist bei laufender medikamentöser, im Sinne einer systemischen Chemotherapie mit z. B. zytostatischen Substanzen, operativer und/oder strahlentherapeutischer Behandlung und/oder bei Betreuung im Rahmen der Nachsorge bis höchstens 2 Jahre nach Beendigung einer medikamentösen, operativen und/oder strahlentherapeutischen Behandlung eines Patienten mit gesicherter onkologischer Erkrankung berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 08345 ist im Behandlungsfall nicht neben den Kostenpauschalen 86510, 86512, 86514, 86516, 86520 und 86522 gemäß Anhang 2 der „Onkologie-Vereinbarung“ (Anlage 7 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä)) berechnungsfähig.

08347 **Erörterung der Besonderheiten des biomarkerbasierten Tests bei Patientinnen mit primärem Mammakarzinom gemäß Nr. 30 der Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses** — 8,28 € / 65 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Überprüfung der Indikation

oder

- Mitteilung und Erörterung des Testergebnisses,
- Dauer mindestens 5 Minuten,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ausgabe des Merkblattes gemäß Abschnitt B der Nr. 30 der Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses,

je vollendete 5 Minuten

Die Gebührenordnungsposition 08347 kann ausschließlich von Fachärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit dem Schwerpunkt gynäkologische Onkologie, der Zusatzweiterbildung "Medikamentöse Tumortherapie" oder mit einer Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung zur Teilnahme an der "Onkologie-Vereinbarung" (Anlage 7 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte) bzw. an regionalen Onkologie-Vereinbarungen berechnet werden.

Die Gebührenordnungsposition 08347 ist höchstens fünfmal im Krankheitsfall berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 08347 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 13507 berechnungsfähig.

8.4 Geburtshilfe

1. Bei belegärztlicher Behandlung ist die Bewertung der Gebührenordnungspositionen 08410 bis 08416 mit dem Faktor 1,1869 zu multiplizieren.

08410 **Verweilen im Gebärraum** ohne Erbringung weiterer berechnungsfähiger Leistungen, wegen der Betreuung einer Geburt erforderlich, — 44,85 € / 352 Punkte

je vollendete 30 Minuten

Die Gebührenordnungsposition 08410 ist nur bei belegärztlicher Behandlung berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 08410 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 01440 berechnungsfähig.

08411 **Betreuung und Leitung einer Geburt** — 380,94 € / 2990 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Erst- und Folgeuntersuchungen der Gebärenden,
- Abschlussuntersuchung nach beendeter Geburt

Fakultativer Leistungsinhalt

- Kardiotokographische Leistungen während der Geburt,
- Blutentnahmen beim Feten unter der Geburt,
- Lösung des Eipols,
- Dehnung des Muttermundes,
- Intrazervikale Prostaglandinapplikation,
- Eröffnung der Fruchtblase,
- Naht eines oder mehrerer Zervixrisse(s),
- Naht von Scheidenrissen,
- Naht von Dammrissen,
- Episiotomie,
- Naht einer Episiotomie

08412 **Zuschlag** zu der Gebührenordnungsposition **08411** bei Leitung und Betreuung einer **komplizierten Geburt** — 70,33 € / 552 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- bei Beckenendlage und/oder Mehrlingsschwangerschaft

und/oder

- bei Vakuum-Extraktion und/oder bei Entbindung durch Forceps

08413 **Äußere Wendung,** — 45,48 € / 357 Punkte

je Sitzung

Die Gebührenordnungsposition 08413 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 08414 berechnungsfähig.

08414 **Innere oder kombinierte Wendung** 66,00 €
518 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Innere Wendung,
- In Anästhesie

und/oder

- Operationsbereitschaft

Die Gebührenordnungsposition 08414 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 08413 berechnungsfähig.

08415 **Zuschlag** zur Gebührenordnungsposition 08411 bei Leitung und Betreuung einer Geburt **bei Schnittentbindung** 103,83 €
815 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Schnittentbindung

Fakultativer Leistungsinhalt

- Eingriffe an den Adnexen,
- Instrumentelle Dilatation der Zervix,
- Entfernung der Nachgeburt,
- Entfernung von Nachgeburtsresten

Die Gebührenordnungsposition 08415 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 08416 berechnungsfähig.

08416 **Entfernung der Nachgeburt im Zusammenhang mit der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 08411** 40,13 €
315 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Entfernung der Nachgeburt durch inneren Eingriff,
- Entfernung von Nachgeburtsresten durch inneren Eingriff

Fakultativer Leistungsinhalt

- Abrasio

Die Gebührenordnungsposition 08416 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 08415 berechnungsfähig.

8.5 Reproduktionsmedizin

1. Die Gebührenordnungspositionen 08520, 08531, 08535, 08536, 08537, 08538, 08539, 08550, 08555 und 08558 sind für zugelassene Ärzte, ermächtigte Ärzte oder ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen berechnungsfähig, die eine Genehmigung gemäß § 121 a SGB V nachweisen können.
2. Die Gebührenordnungsposition 08521 ist nur für Ärzte, die zum Führen der Gebietsbezeichnung Frauenarzt berechtigt sind, sowie von solchen anderen Ärzten berechnungsfähig, die über spezielle Kenntnisse auf dem Gebiet der Reproduktionsmedizin verfügen. Darüber hinaus ist für die Berechnung der Nachweis der Berechtigung zur Teilnahme an der psychosomatischen Grundversorgung

notwendig. Ferner ist die Gebührenordnungsposition 08521 nicht von dem Arzt berechnungsfähig, der die Maßnahme zur künstlichen Befruchtung durchführt.

3. Die Gebührenordnungsposition 08530 ist nur von solchen Ärzten berechnungsfähig, die zur Führung der Gebietsbezeichnung Frauenarzt berechtigt sind.
4. Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 08531, 08535, 08536, 08537, 08538, 08539, 08550, 08555 und 08558 setzt eine Genehmigung gemäß den Richtlinien über künstliche Befruchtung voraus.
5. Die Gebührenordnungspositionen 08575 und 08576 sind nur von Ärzten mit der Gebietsbezeichnung Humangenetik und/oder von Ärzten mit der Zusatzbezeichnung Medizinische Genetik berechnungsfähig.
6. Der Zyklusfall umfasst den 1. bis 28. Zyklustag für Patientinnen mit endogen gesteuertem Zyklus (Spontanzyklus) bzw. den Zeitraum vom 1. Stimulationstag bis 14 Tage nach Ovulationsauslösung bzw. Follikelpunktion zur intendierten Eizellentnahme für Patientinnen ohne endogen gesteuerten Zyklus. Für Patientinnen ohne endogen gesteuerten Zyklus und ohne hormonelle Stimulation umfasst der Zyklusfall einen Zeitraum von 28 Tagen.
7. Der Reproduktionsfall umfasst die Leistungen der erforderlichen Laboruntersuchungen vor der Keimzellgewinnung gemäß 12.1 der Richtlinien über künstliche Befruchtung des Gemeinsamen Bundesausschusses sowie die nach Maßgabe der Richtlinien über künstliche Befruchtung berechnungsfähigen Zyklusfälle.
8. Die in den Richtlinien über künstliche Befruchtung angegebene Höchstzahl berechnungsfähiger Zyklen ist bei der Abrechnung der Gebührenordnungspositionen 08530, 08531, 08535, 08536, 08537, 08539, 08550, 08555 und 08558 verbindlich. Korporale Maßnahmen sind in den Gebührenordnungspositionen 08535, 08536, 08537, 08538 und 08558 enthalten. Extrakorporale Maßnahmen sind in den Gebührenordnungspositionen 08539, 08550 und 08555 enthalten. Für die Gebührenordnungsposition 08521 sowie für extrakorporale Maßnahmen im Zusammenhang mit der Zusammenführung der Eizelle und Samenzelle (Gebührenordnungspositionen 08539, 08550 und 08555) ist die Krankenkasse der Ehefrau, für die Gebührenordnungspositionen 08520, 08540, 08575 und 08576 die Krankenkasse des Ehemannes leistungspflichtig.
9. Ärzte, die zum Führen der Gebietsbezeichnung Frauenarzt berechtigt sind, können neben der Gebührenordnungsposition 08540 im Behandlungsfall nur die Gebührenordnungspositionen 01102, 08211, 08510 und 08520 sowie die vertraglich vereinbarten Kostenpauschalen 32575, 32614, 32618, 32660 und 32781 auf dem Behandlungsausweis des Ehemannes berechnen. Ärzte, die zum Führen der Gebietsbezeichnung Frauenarzt mit Zusatzbezeichnung Medizinische Genetik berechtigt sind, können zusätzlich die Gebührenordnungspositionen 08575, 08576, 11352, 11700 bis 11708 und 11715 bis 11719 auf dem Behandlungsausweis des Ehemannes berechnen.

10. In den Gebührenordnungspositionen 08535, 08536, 08550, 08555 und 08558 sind alle zur Durchführung erforderlichen Leistungen des behandelnden Arztes und alle von ihm in diesem Zusammenhang veranlassten Leistungen enthalten, mit Ausnahme derjenigen nach den Nrn. 12.1, 12.2, 12.6 und 16. der Richtlinien über künstliche Befruchtung und mit Ausnahme der Kosten für Arzneimittel.
11. Die Gebührenordnungspositionen 08535, 08536, 08550, 08555 und 08558 und deren Leistungsbestandteile können im Zyklusfall nur von einem Arzt abgerechnet werden. Dies gilt auch, wenn mehrere Ärzte in die Behandlung eingebunden sind.
12. Die Gebührenordnungspositionen 08550, 08555 und 08558 sind nicht berechnungsfähig, wenn zur Eizellgewinnung ein stationärer Aufenthalt von mehr als zwei Tagen Dauer erfolgt.
13. Gemäß § 27a SGB V ist vor Beginn der Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung der Krankenkasse ein Behandlungsplan zur Genehmigung vorzulegen. Die gemäß Behandlungsplan im Zusammenhang mit Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung erbrachten Leistungen sind nach Maßgabe der Kassenärztlichen Vereinigung zu kennzeichnen.
14. In den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 8.5 sind die Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen 01600 und 01601 enthalten.
15. Die Gebührenordnungspositionen 08530, 08531, 08535, 08536, 08537 bis 08540, 08550, 08555 und 08558 sind Leistungen nach Nr. 12 der Richtlinien über künstliche Befruchtung.

08510	**Erstellung eines Behandlungsplans** gemäß § 27a Abs. 3 SGB V	8,54 € 67 Punkte
08520	**Beratung des Ehepaares** gemäß Nr. 16 der Richtlinien über künstliche Befruchtung, einmal im Reproduktionsfall	10,32 € 81 Punkte
08521	**Beratung des Ehepaares** gemäß Nr. 14 der Richtlinien über künstliche Befruchtung **einschließlich** einer **Bescheinigung** nach Nr. 15, einmal im Reproduktionsfall *Die Gebührenordnungsposition 08521 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35100 und 35110 berechnungsfähig. Die Gebührenordnungsposition 08521 ist im Zyklusfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 08530 berechnungsfähig.*	14,14 € 111 Punkte
08530	**Intrazervikale, intrauterine oder intratubare homologe Insemination im Spontanzyklus** gemäß Nr. 10.1 der Richtlinien über künstliche Befruchtung, ggf. nach Auslösen der Ovulation durch HCG-Gabe, ggf. nach Stimulation mit Antiöstrogenen, einmal im Zyklusfall	13,76 € 108 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 08530 ist im Zyklusfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 08521, 08531, 08535, 08536, 08550, 08555 und 08558 berechnungsfähig.

08531 **Intrazervikale, intrauterine oder intratubare homologe Insemination nach hormoneller Stimulation** gemäß Nr. 10.2 der Richtlinien über künstliche Befruchtung **mit Gonadotropinen**, — 24,72 € / 194 Punkte

einmal im Zyklusfall

Die Gebührenordnungsposition 08531 ist im Zyklusfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 08530, 08535, 08536, 08550, 08555 und 08558 berechnungsfähig.

08535 **Stimulationsbehandlung zur In-Vitro-Fertilisation (IVF), Intracytoplasmatischen Spermieninjektion (ICSI) oder zum intratubaren Gametentransfer (GIFT),** — 253,66 € / 1991 Punkte

einmal im Zyklusfall

Die Gebührenordnungsposition 08535 ist im Zyklusfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 08530, 08531, 08536, 33042 bis 33044, 33081 und 33090 bis 33092 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Kapitels 32, ausgenommen der Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 32575, 32614, 32618, 32660 und 32781, berechnungsfähig.

08536 **Hormonelle Vorbereitung des Endometriums gemäß Nummer 12.3 Buchstabe b bei medizinischer Indikation nach Nummer 11.5 Buchstabe b der Richtlinien über künstliche Befruchtung zur Durchführung einer extrakorporalen Befruchtung mittels intrazytoplasmatischer Spermieninjektion (ICSI),** — 42,68 € / 335 Punkte

einmal im Zyklusfall

Die Gebührenordnungsposition 08536 ist im Zyklusfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 08530, 08531, 08535, 08537 bis 08539, 08550, 08635, 33042 bis 33044, 33081 und 33090 bis 33092 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Kapitels 32, ausgenommen der Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 32575, 32614, 32618, 32660 und 32781 berechnungsfähig.

08537 **Ultraschallgezielte und/oder laparoskopische Follikelpunktion zur intendierten Eizellentnahme im Zusammenhang mit Nr. 10.3, 10.4, und 10.5 der Richtlinien über künstliche Befruchtung,** — 46,50 € / 365 Punkte

einmal im Zyklusfall

Die Gebührenordnungsposition 08537 ist im Zyklusfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 08536, 33042 bis 33044, 33081 und 33090 bis 33092 berechnungsfähig.

08538 **Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 08537 bei ambulanter Durchführung** — 56,95 € / 447 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 08538 ist im Zyklusfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 08536 berechnungsfähig.

08539 **Identifizierung von Eizelle(n) in der Follikelflüssigkeit und Beurteilung der Reifestadien der Eizelle(n), nach Durchführung einer ultraschallgezielten und/oder einer laparoskopischen Follikelpunktion entsprechend der Gebührenordnungsposition 08537,** 20,00 € 157 Punkte

einmal im Zyklusfall

Die Gebührenordnungsposition 08539 ist im Zyklusfall nur im Zusammenhang mit der Gebührenordnungsposition 08537 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 08539 ist im Zyklusfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 08536 berechnungsfähig.

08540 **Gewinnung und Untersuchung(en) des Spermas gemäß Nr. 12.2 der Richtlinien über künstliche Befruchtung, Aufbereitung und Kapazitation, ggf. einschl. laboratoriumsmedizinischer Untersuchung(en)** 21,40 € 168 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 08540 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 32190 berechnungsfähig.

08550 **Extrakorporale Befruchtung mit natürlicher Eizell-Spermien-Interaktion (In-vitro-Fertilisation (IVF)), einschl. Kultivierung bis längstens zum Embryo-Transfer (ET) gemäß Nr. 10.3 der Richtlinien über künstliche Befruchtung, einschl. aller zur Durchführung erforderlichen Leistungen im Zyklusfall außer den Maßnahmen nach Nr. 12.1, 12.2. und 12.6, einschl. der Kosten für Nährmedien,** 699,19 € 5488 Punkte

einmal im Zyklusfall

Die Gebührenordnungsposition 08550 ist im Zyklusfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 08530, 08531, 08536, 08555, 33042 bis 33044, 33081 und 33090 bis 33092 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Kapitels 32, ausgenommen der Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 32575, 32614, 32618, 32660 und 32781, berechnungsfähig.

08555 **Extrakorporale Befruchtung mittels intrazytoplasmatischer Spermieninjektion (ICSI), einschl. Kultivierung längstens bis zum Embryo-Transfer (ET) gemäß Nr. 10.5 der Richtlinien über künstliche Befruchtung, einschl. aller zur Durchführung erforderlichen Leistungen im Zyklusfall außer den Maßnahmen nach Nr. 12.1, 12.2 und 12.6, einschl. der Kosten für Nährmedien,** 1.156,06 € 9074 Punkte

einmal im Zyklusfall

Die Gebührenordnungsposition 08555 ist im Zyklusfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 08530, 08531, 08550, 33042 bis 33044, 33081 und 33090 bis 33092 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Kapitels 32, ausgenommen der

Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 32575, 32614, 32618, 32660 und 32781, berechnungsfähig.

08558 **Embryo-Transfer (ET), ggf. als Zygotentransfer und/oder als intratubarer Embryo-Transfer (EIFT) oder intratubarer Gameten-Transfer (GIFT), einschl. der Kosten für Nährmedien und Transferkatheter,** 164,73 € 1293 Punkte

einmal im Zyklusfall

Die Gebührenordnungsposition 08558 ist mit Ausnahme der Abrechnung eines intratubaren Gameten-Transfers (GIFT) im Zyklusfall nur im Zusammenhang mit den Gebührenordnungspositionen 08550 oder 08555 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 08558 ist im Zyklusfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 08530, 08531, 33042 bis 33044, 33081, 33090 und 33092 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Kapitels 32, ausgenommen der Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 32575, 32614, 32618, 32660 und 32781, berechnungsfähig.

08575 **Humangenetische Beratung und Begutachtung im Zusammenhang mit einer Maßnahme nach Nr. 10.5 der Richtlinien über künstliche Befruchtung bei evidentem genetischen und/oder teratogenen Risiko** 70,45 € 553 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Detaillierte Erfassung und Analyse des Stammbaums über mindestens 3 Generationen,
- Schriftliche humangenetische Beurteilung zu einem evidenten genetischen und/oder teratogenen Risiko,
- Quantifizierung des Risikos durch
  - Einbeziehung weitergehender Untersuchungen
  und/oder
  - Berechnung individueller Wahrscheinlichkeiten
  und/oder
  - Ermittlung genetisch bedingter Wiederholungsrisiken,

Fakultativer Leistungsinhalt

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

je vollendete 20 Minuten Arzt-Patienten-Kontaktzeit, bis zu sechsmal im Reproduktionsfall

Die Gebührenordnungsposition 08575 ist im Fall der Beratung gemäß der Richtlinie nur für einen der beiden Partner berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 08575 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01794, 01841, 11230 und 11233 berechnungsfähig.

08576 **Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 11352 und 11716 bis 11719 für Gemeinkosten und die wissenschaftliche ärztliche Beurteilung und Befundung im Zusammenhang mit einer Maßnahme nach Nr. 10.5 der Richtlinien über künstliche Befruchtung** 118,10 € 927 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Schriftlicher Befundbericht mit wissenschaftlich begründeter Beurteilung,

einmal im Reproduktionsfall

Die Gebührenordnungspositionen 11352 und 11716 bis 11719, für die der Zuschlag nach der Gebührenordnungsposition 08576 berechnet wird, sind nach Maßgabe der Kassenärztlichen Vereinigung als Leistung der künstlichen Befruchtung zu kennzeichnen.
Die Gebührenordnungsposition 08576 unterliegt einer Staffelung je Arzt in Abhängigkeit von der im Quartal durchgeführten Anzahl der Leistungen gemäß der Gebührenordnungsposition 08576. Ab der 1.301. Leistung wird die Gebührenordnungsposition 08576 mit 742 Punkten bewertet.
Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 08576 setzt eine Dokumentation der nachgewiesenen Variante oder Mutation in einer öffentlich zugänglichen Datenbank voraus, sofern diese Variante oder Mutation im Befund enthalten und bisher nicht in der Datenbank dokumentiert ist.
Die Gebührenordnungsposition 08576 kann entgegen Nr. 4.4.2 der Allgemeinen Bestimmungen auch in einem Folgequartal berechnet werden.
Die Gebührenordnungsposition 08576 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01793 und 01842 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 08576 ist im Krankheitsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 11302 berechnungsfähig.

8.6 Kryokonservierung von Ei- oder Samenzellen oder Keimzellgewebe sowie entsprechende medizinische Maßnahmen wegen keimzellschädigender Therapie

1. Die Gebührenordnungspositionen 08621 bis 08623 sind ausschließlich von Fachärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin einer Praxis oder Einrichtung berechnungsfähig, welche die Vorgaben gemäß § 6 Absatz 1 und Absatz 2 Nr. 1 der Richtlinie zur Kryokonservierung von Ei- oder Samenzellen oder Keimzellgewebe sowie entsprechende medizinische Maßnahmen wegen keimzellschädigender Therapie (Kryo-RL) erfüllen.
2. Abweichend von Nr. 1 sind bei männlichen Versicherten die Gebührenordnungspositionen 08621 und 08623, 08640, 08641, 08645, 08647 und 08648 auch von Fachärzten mit Zusatz-Weiterbildung Andrologie berechnungsfähig, welche die jeweils erforderlichen Maßnahmen nach § 5 Absatz 2 Nr. 4 Kryo-RL im Zusammenhang mit der Gewinnung von Samenzellen und der

Entnahme von Keimzellgewebe anbieten und die diesbezüglichen Vorgaben gemäß § 6 Kryo-RL erfüllen.

3. Die Gebührenordnungspositionen 08635 und 08637 bis 08649 sind für Vertragsärzte, ermächtigte Ärzte und ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen berechnungsfähig, welche die jeweiligen Vorgaben gemäß § 6 Kryo-RL erfüllen.
4. Die Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 8.6 können nur bei Versicherten berechnet werden, die gemäß § 2 Kryo-RL anspruchsberechtigt sind.
5. In der Gebührenordnungsposition 08635 sind alle zur Durchführung erforderlichen Leistungen des behandelnden Arztes und alle von ihm in diesem Zusammenhang veranlassten Leistungen enthalten, mit Ausnahme derjenigen nach § 5 Absatz 2 Nr. 1, Nr. 3 und Nr. 4 Kryo-RL und mit Ausnahme der Kosten für Arzneimittel.
6. Die Gebührenordnungsposition 08635 und deren Leistungsbestandteile können nur von einem Arzt abgerechnet werden. Dies gilt auch, wenn mehrere Ärzte in die Behandlung eingebunden sind.
7. Die im Zusammenhang mit Maßnahmen zur Kryokonservierung gemäß § 5 Absatz 2 Nr. 1 Kryo-RL durchgeführten oder veranlassten in-vitrodiagnostischen Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 32575, 32614, 32618, 32660 und 32781 sind nach Maßgabe der Kassenärztlichen Vereinigung zu kennzeichnen.

08619 **Beratung gemäß § 4 Nr. 1 Kryo-RL** 11,47 €
90 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt und/oder Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ausstellen einer Bescheinigung nach § 4 Nr. 1 Kryo-RL,

einmal im Krankheitsfall

Bei Durchführung der Leistung im Rahmen einer Videosprechstunde ist dies durch Angabe einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung zu dokumentieren. Für die Abrechnung gelten die Anforderungen gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä entsprechend.

08621 **Reproduktionsmedizinische Beratung und Aufklärung zur Kryokonservierung von Ei- oder Samenzellen oder von Hodengewebe und der dazugehörigen medizinischen Maßnahmen gemäß § 4 Nr. 2 Kryo-RL** 16,31 €
128 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt und/oder Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä,
- Dauer mindestens 10 Minuten,

je vollendete 10 Minuten, höchstens zweimal im Krankheitsfall

Bei Durchführung der Leistung im Rahmen einer Videosprechstunde ist dies durch Angabe einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung zu dokumentieren. Für die Abrechnung gelten die Anforderungen gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä entsprechend.
Die dreimalige Berechnung der Gebührenordnungsposition 08621 im Krankheitsfall ist mit Begründung der medizinischen Notwendigkeit zulässig.

08622 **Reproduktionsmedizinische Beratung und Aufklärung im Zusammenhang mit § 5 Abs. 2 Nr. 3 Kryo-RL** 16,31 € 128 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt und/oder Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä,
- Dauer mindestens 10 Minuten,

je vollendete 10 Minuten, höchstens dreimal im Krankheitsfall

Bei Durchführung der Leistung im Rahmen einer Videosprechstunde ist dies durch Angabe einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung zu dokumentieren. Für die Abrechnung gelten die Anforderungen gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä entsprechend.
Die viermalige Berechnung der Gebührenordnungsposition 08622 im Krankheitsfall ist mit Begründung der medizinischen Notwendigkeit zulässig.

08623 **Andrologische Beratung und Aufklärung zur Kryokonservierung und der dazugehörigen medizinischen Maßnahmen gemäß § 4 Nr. 2 Kryo-RL** 11,47 € 90 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt und/oder Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä,

einmal im Krankheitsfall

Bei Durchführung der Leistung im Rahmen einer Videosprechstunde ist dies durch Angabe einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung zu dokumentieren. Für die Abrechnung gelten die Anforderungen gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä entsprechend.

08635 **Stimulationsbehandlung zur Kryokonservierung von Eizellen gemäß § 5 Absatz 2 Nr. 2 Kryo-RL,** 253,66 € 1991 Punkte

einmal im Zyklusfall

Die Gebührenordnungsposition 08635 ist im Zyklusfall mit medizinischer Begründung bis zu dreimal berechnungsfähig. Ab der zweiten Stimulationsbehandlung nach der Gebührenordnungsposition 08635 im

Zyklusfall wird die Gebührenordnungsposition 08635 mit 1901 Punkten bewertet.
Die Gebührenordnungsposition 08635 ist im Zyklusfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 08536, 33042 bis 33044, 33081 und 33090 bis 33092 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Kapitels 32, ausgenommen der Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 32575, 32614, 32618, 32660 und 32781, berechnungsfähig.

08637 **Ultraschallgezielte und/oder laparoskopische Follikelpunktion zur intendierten Eizellentnahme im Zusammenhang mit der Kryokonservierung von Eizellen gemäß § 5 Absatz 2 Nr. 2 Kryo-RL** — 46,50 € / 365 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 08637 ist im Zyklusfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 33042 bis 33044, 33081 und 33090 bis 33092 berechnungsfähig.

08638 **Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 08637 bei ambulanter Durchführung der Follikelpunktion** — 56,95 € / 447 Punkte

08639 **Identifizierung von Eizelle(n) in der Follikelflüssigkeit und Beurteilung der Reifestadien der Eizelle(n) zur Kryokonservierung, nach Durchführung einer ultraschallgezielten und/oder einer laparoskopischen Follikelpunktion entsprechend der Gebührenordnungsposition 08637 gemäß § 5 Absatz 2 Nr. 2 Kryo-RL** — 20,00 € / 157 Punkte

08640 **Gewinnung, Untersuchung und Aufbereitung des Spermas zur Kryokonservierung, einschl. Spermiogramm zur Kryokonservierung gemäß § 5 Absatz 2 Nr. 4 Kryo-RL** — 21,40 € / 168 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 08640 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 32190 berechnungsfähig.

08641 **Aufbereiten und Untersuchung von Hodengewebe nach testikulärer Spermienextraktion zur Kryokonservierung gemäß § 5 Absatz 2 Nr. 4 Kryo-RL** — 30,83 € / 242 Punkte

je Material, höchstens achtmal

08642 **Aufbereiten und Untersuchung von Ovarialgewebe nach Entnahme zur Kryokonservierung gemäß § 5 Absatz 2 Nr. 3 Kryo-RL** — 154,16 € / 1210 Punkte

08643 **Aufbereiten und Einfrieren von Ovarialgewebe gemäß § 5 Kryo-RL** — 157,22 € / 1234 Punkte

08644 **Aufbereiten und Einfrieren von der/den Eizelle(n) gemäß § 5 Kryo-RL** — 167,15 € / 1312 Punkte

08645	**Aufbereiten und Einfrieren von Samenzellen oder Hodengewebe gemäß § 5 Kryo-RL**	125,75 € 987 Punkte
08646	**Auftauen und Aufbereiten von der/den Eizelle(n) gemäß § 5 Kryo-RL zwecks Herbeiführung einer Schwangerschaft gemäß den Richtlinien über künstliche Befruchtung des Gemeinsamen Bundesausschusses**	74,40 € 584 Punkte
08647	**Auftauen und Aufbereiten von Samenzellen oder männlichem Keimzellgewebe gemäß § 5 Kryo-RL zwecks Herbeiführung einer Schwangerschaft gemäß den Richtlinien über künstliche Befruchtung des Gemeinsamen Bundesausschusses**	48,92 € 384 Punkte
08648	**Spermienpräparation aus Hodengewebe nach testikulärer Spermienextraktion und Aufbereiten nach Kryokonservierung gemäß § 5 Kryo-RL zwecks Herbeiführung einer Schwangerschaft gemäß den Richtlinien über künstliche Befruchtung des Gemeinsamen Bundesausschusses** je Material, höchstens achtmal	38,22 € 300 Punkte
08649	**Auftauen und Aufbereiten von Ovarialgewebe gemäß § 5 Kryo-RL zwecks Wiederherstellung der Empfängnisfähigkeit**	111,61 € 876 Punkte

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 08649 im Zusammenhang mit dem Auftauen und Aufbereiten von Ovarialgewebe zwecks Wiederherstellung der Empfängnisfähigkeit setzt eine reproduktionsmedizinische Beratung und Aufklärung gemäß der Gebührenordnungsposition 08622 im selben Krankheitsfall voraus.

9 Hals-Nasen-Ohrenärztliche Gebührenordnungspositionen

9.1 Präambel

1. Die in diesem Kapitel aufgeführten Gebührenordnungspositionen können ausschließlich von Fachärzten für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde berechnet werden.
2. Außer den in diesem Kapitel genannten Gebührenordnungspositionen sind von den in der Präambel genannten Vertragsärzten - unbeschadet der Regelungen gemäß 5 und 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen - zusätzlich nachfolgende Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig: 01100 bis 01102, 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 01220 bis 01224, 01226, 01320 bis 01323, 01410 bis 01416, 01418, 01420, 01422, 01424 bis 01426, 01430, 01431, 01435 bis 01437, 01440, 01442 bis 01444, 01450, 01452, 01471, 01500 bis 01503, 01510 bis 01512, 01600 bis 01602, 01610 bis 01612, 01615, 01620 bis 01624, 01626, 01630, 01640, 01642, 01643, 01645, 01647, 01648, 01670 bis 01672, 01681, 01682, 01701, 01705, 01706, 01710, 01783, 01800, 01802 bis 01811, 01949 bis 01953, 01955, 01956, 01960, 02100, 02101, 02110

bis 02112, 02120, 02200, 02300 bis 02302, 02310, 02314, 02320, 02323, 02330, 02331, 02340, 02341, 02343, 02344, 02360, 02500, 02510 bis 02512 und 30706.

3. Außer den in diesem Kapitel genannten Gebührenordnungspositionen sind bei Vorliegen der entsprechenden Qualifikationsvoraussetzungen von den in der Präambel genannten Vertragsärzten - unbeschadet der Regelungen gemäß 5 und 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen - zusätzlich nachfolgende Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig: 01474, 01479, 30400 bis 30402, 30410, 30411, 30420, 30421, 30700 bis 30705, 30708, 30780 bis 30782, 33000 bis 33002, 33010 bis 33012, 33020 bis 33023, 33030, 33031, 33040 bis 33044, 33046, 33050 bis 33052, 33060 bis 33064, 33070 bis 33076, 33080, 33081, 33090 bis 33092, 33100, 33105, 36884, 37100, 37102, 37113, 37120, 37700, 37701, 37704, 37705, 37710, 37711, 37714, 37720, 37800 bis 37802 und 37804, Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 30.1, 30.2, 30.3.1, 30.7.2, 30.8, 30.9, 30.12, 30.13, 31.2, 31.3, 31.4.3, 31.5, 31.6, 31.8, 36.2, 36.3, 36.5, 36.6.2, 37.3 und 37.4 sowie Gebührenordnungspositionen der Kapitel 32, 34, 35, 38 und 40.
4. Bei der Berechnung der zusätzlichen Gebührenordnungspositionen in den Nummern 2 und 3 sind die Maßnahmen zur Qualitätssicherung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V, die berufsrechtliche Verpflichtung zur grundsätzlichen Beschränkung auf das jeweilige Gebiet sowie die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zu beachten.
5. Werden die in den Grundpauschalen enthaltenen Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen 01600 und 01601 durchgeführt, sind für die Versendung bzw. den Transport die Kostenpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 40110 und 40111 berechnungsfähig.
6. Neben den in diesem Kapitel genannten Gebührenordnungspositionen sind die Gebührenordnungspositionen 20338 bis 20340, 20377 und 20378 für die unter Nr. 1 genannten Ärzte nur berechnungsfähig, wenn die Arztpraxis über folgende technische Mindestvoraussetzungen verfügt:
   - Verwendung eines gemäß den Vorgaben des Medizinprodukterecht-Durchführungsgesetzes i. V. m. der europäischen Medizinprodukteverordnung zugelassenen Audiometers mit entsprechend vorgegebenen Referenzwerten von Hörschwellen und mindestens einmal jährlich durchgeführter messtechnischer Kontrolle gemäß § 15 der Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV) durch einen zugelassenen Wartungsdienst entsprechend der MPBetreibV. Der Vertragsarzt hat in einer der Quartalsabrechnung beizufügenden Erklärung zu bestätigen, dass die Wartung durchgeführt wurde.
   - Eine Kinderaudiometrieanlage mit einer Mindestausstattung von fünf Audiometrielautsprechern mit Störschalllautsprecher(n) entsprechend DIN EN 60645, mindestens Klasse 2 (im Halbkreis angeordnet, 0 Grad, 45 Grad, 90 Grad, Mindestausgangsleistung 90dB) passiv sprachsimulierendes Rauschen, Mindestabstand der Lautsprecher vom Patienten 1 m, Konditionierungsleuchten

für jeden Richtungslautsprecher oder Bilddarbietung rechts und links, zweikanaliges Audiometer mit schmalbandigem frequenzspezifischem Prüfgeräusch sowie mindestens einer Powerbox mit einer Ausgangsleistung von mindestens 100 dB aktiv voraus.
- Eine zweikanalige BERA für die Untersuchung(en) mittels elektrischer Reaktionsaudiometrie.

7. Die in der Präambel unter 1. aufgeführten Vertragsärzte können die arztgruppenspezifische Gebührenordnungsposition 08619 berechnen.

9.2 Hals-Nasen-Ohrenärztliche Grundpauschalen

Grundpauschale

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt und/oder Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Weitere persönliche oder andere Arzt-Patienten-Kontakte gemäß 4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen,
- Ärztlicher Bericht entsprechend der Gebührenordnungsposition 01600,
- Individueller Arztbrief entsprechend der Gebührenordnungsposition 01601,
- Endoskopische organbezogene Untersuchung(en),
- Ohrmikroskopie,
- In Anhang 1 aufgeführte Leistungen,

einmal im Behandlungsfall

09210	für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr	31,85 € 250 Punkte
09211	für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr	26,12 € 205 Punkte
09212	für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres	26,88 € 211 Punkte

Die Gebührenordnungspositionen 09210 bis 09212 sind nicht neben der Gebührenordnungsposition 01436 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungspositionen 09210 bis 09212 sind im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01600 und 01601 berechnungsfähig.

09215	**Hygienezuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 09210 bis 09212,** einmal im Behandlungsfall	0,25 € 2 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 09215 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.

09220 **Zuschlag für die Hals-Nasen-Ohrenärztliche Grundversorgung** gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.8 zu den Gebührenordnungspositionen 09210 bis 09212,
einmal im Behandlungsfall
3,44 €
27 Punkte

Der Zuschlag nach der Gebührenordnungsposition 09220 kann gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.8 ausschließlich in Behandlungsfällen abgerechnet werden, in denen nur Leistungen der fachärztlichen Grundversorgung gemäß Anhang 3 und/oder regionaler Vereinbarungen erbracht und berechnet werden.

09222 **Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 09220,**
einmal im Behandlungsfall
0,89 €
7 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 09222 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.

09227 **Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 09210 bis 09212,**
einmal im Behandlungsfall
0,25 €
2 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 09227 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.
Die Gebührenordnungsposition 09227 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 01630 berechnungsfähig.

09228 **Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 09210 bis 09212 für die Behandlung aufgrund einer TSS-Vermittlung und/oder Vermittlung durch den Hausarzt gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.10.1, 4.3.10.2 oder 4.3.10.3,**
einmal im Arztgruppenfall

Die Gebührenordnungsposition 09228 kann durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt werden.
Die Gebührenordnungsposition 09228 ist im Arztgruppenfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 01710 berechnungsfähig.

9.3 Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen

09310 **Tamponade der hinteren Nasenabschnitte und/oder des Nasenrachenraumes**
17,07 €
134 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 09310 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302 und 09360 bis 09362 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 09310 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 09329 berechnungsfähig.

09311 **Lupenlaryngoskopie**
9,43 €
74 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Untersuchung des Kehlkopfes mittels Endoskop (Laryngoskop)

Fakultativer Leistungsinhalt

- Untersuchung der oberen Trachea

Die Gebührenordnungsposition 09311 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 20310 berechnungsfähig.

09312 **Schwebe- oder Stützlaryngoskopie** 20,77 €
163 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Schwebe- oder Stützlaryngoskopie in Narkose

Die Gebührenordnungsposition 09312 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 09313, 09314 und 20311 bis 20313 berechnungsfähig.

09313 **Direkte Laryngoskopie mittels Endoskop** beim Neugeborenen, Säugling, Kleinkind oder Kind bis zum vollendeten 5. Lebensjahr 31,34 €
246 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Direkte Laryngoskopie mittels Endoskop

und/oder

- Direkte Laryngoskopie mittels Operationsmikroskop

Fakultativer Leistungsinhalt

- Schwebe- oder Stützlaryngoskopie (Nr. 09312)

Die Gebührenordnungsposition 09313 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 09312, 20311 und 20312 berechnungsfähig.

09314 **Stroboskopische Untersuchung der Stimmlippen** 10,19 €
80 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Stimmlippenstroboskopie,
- Schriftliche Auswertung,
- Dokumentation

Die Gebührenordnungsposition 09314 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 09312, 09318, 20313 und 20314 berechnungsfähig.

09315 **Bronchoskopie** 145,50 €
1142 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Bronchoskopie,
- Patientenaufklärung zur Untersuchung und zu den möglichen therapeutischen Maßnahmen in derselben Sitzung, in angemessenem Zeitabstand vor dem Eingriff,
- Information zum Ablauf der vorbereitenden Maßnahmen vor dem Eingriff und zu einer möglichen Sedierung und/oder Prämedikation,
- Nachbeobachtung und -betreuung,
- Oberflächenanästhesie,
- Überwachung der Vitalparameter und der Sauerstoffsättigung

Fakultativer Leistungsinhalt

- Prämedikation/Sedierung,
- Probeexzision(en),
- Probepunktion(en)

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 09315 im Zusammenhang mit der Durchführung einer Erhebung gemäß § 5 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege ist durch Angabe einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung zu dokumentieren.
Die Gebührenordnungsposition 09315 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02340, 02341, 02343, 02344, 02360, 09360 bis 09362 und 13662 berechnungsfähig.

09316 **Zuschlag** zu der Gebührenordnungsposition 09315 für — 28,54 € / 224 Punkte
- Fremdkörperentfernung

und/oder
- Blutstillung

und/oder
- Perbronchiale Biopsie

und/oder
- Sondierung von peripheren Rundherden

und/oder
- Broncho-alveoläre Lavage

Fakultativer Leistungsinhalt
- Röntgenübersichtsaufnahme(n) der Brustorgane (Nr. 34240)
- Röntgenübersichtsaufnahme(n) der Brustorgane (Nr. 34241)

Die Gebührenordnungsposition 09316 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02340, 02341, 02343, 02344, 02360, 09360 bis 09362, 34240 und 34241 berechnungsfähig.

09317 **Ösophagoskopie** — 41,92 € / 329 Punkte

Obligater Leistungsinhalt
- Bougierung des Ösophagus,
- Patientenaufklärung zur Untersuchung und zu den möglichen therapeutischen Maßnahmen in derselben Sitzung, in angemessenem Zeitabstand vor dem Eingriff,
- Information zum Ablauf der vorbereitenden Maßnahmen vor dem Eingriff und zu einer möglichen Sedierung und/oder Prämedikation,
- Nachbeobachtung und -betreuung

Fakultativer Leistungsinhalt
- Prämedikation/Sedierung,
- Probeexzision,
- Probepunktion,
- Fremdkörperentfernung(en)

Die Gebührenordnungsposition 09317 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02340, 02341, 02344, 02360 und 09360 bis 09362 berechnungsfähig.

09318 **Videostroboskopie** 17,33 €
136 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Videostroboskopische Untersuchung der Stimmlippen zur Bestimmung der Schwingungsperioden, -phasen, -amplituden und des Glottisschlusses bei unterschiedlichen Intensitäten und Frequenzen, in bewegtem und stehendem Bild,
- Bilddokumentation

Die Gebührenordnungsposition 09318 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 09314, 20313 und 20314 berechnungsfähig.

09320 **Tonschwellenaudiometrische Untersuchung** 18,60 €
146 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Untersuchung(en) ein- und/oder beidseitig,
- Bestimmung der Hörschwelle in Luft- und/oder Knochenleitung mit 8 bis 12 Prüffrequenzen oder mittels kontinuierlicher Frequenzänderung

Fakultativer Leistungsinhalt

- Vertäubung,
- Bestimmung der Intensitätsbreite

Die Gebührenordnungsposition 09320 ist nur berechnungsfähig bei Verwendung eines entsprechend dem Medizinprodukterecht-Durchführungsgesetz i. V. m. der europäischen Medizinprodukteverordnung zugelassenen Audiometers mit mindestens einmal jährlich durchgeführter messtechnischer Kontrolle gemäß § 15 der Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV) durch einen zugelassenen Wartungsdienst entsprechend der MPBetreibV. Der Vertragsarzt hat in einer der Quartalsabrechnung beizufügenden Erklärung zu bestätigen, dass die Wartung durchgeführt wurde.
Bei audiometrischen Untersuchungen mit Kopfhörern müssen sowohl für Normalhörige als auch für Schwerhörige die Bedingungen der DIN ISO 8253 - 1 erfüllt sein. Zusätzlich muss diese Norm auch für audiometrische Untersuchungen von Schwerhörigen oder Patienten mit unklarem Hörvermögen im freien Schallfeld erfüllt sein. Bei audiometrischen Untersuchungen zur Bestimmung der Hörschwelle im freien Schallfeld über Lautsprecher bei Normalhörigen muss zusätzlich die DIN ISO 8253 - 2 erfüllt sein.
Die Gebührenordnungsposition 09320 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 09321, 20320 und 20321 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 09320 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 20338 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 09320 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 09372 bis 09374 und 20372 bis 20374 berechnungsfähig.

09321 **Sprachaudiometrische Bestimmung(en) des Hörvermögens** im Zusammenhang mit der Erbringung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 09320 — 17,20 € / 135 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Untersuchung(en) ein- und/oder beidseitig, getrennt für das rechte und linke Ohr über Kopfhörer,
- Spachaudiometrie bei vorausgegangener Tonschwellenaudiometrie entsprechend der Gebührenordnungsposition 09320

und/oder

- Hörfeldskalierungen (mindestens 4 Frequenzen)

Fakultativer Leistungsinhalt

- Überschwellige audiometrische Untersuchungen (z. B. Bestimmung der Tinnitus-Verdeckungs-Kurve, SISI-Test, Lüscher-Test, Langenbeck-Geräuschaudiogramm),
- Störgeräusch(e),
- Messung im freien Schallfeld,
- Benutzung von Hörhilfen

Die Gebührenordnungsposition 09321 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 09320, 09335, 09336, 20320, 20321, 20335 und 20336 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 09321 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 09343, 20338 bis 20340 und 20343 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 09321 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 09372 bis 09374 und 20372 bis 20374 berechnungsfähig.

09322 **Zuschlag** zu der Gebührenordnungsposition 09320 für die Durchführung einer **Kinderaudiometrie an einer sonstigen Kinderaudiometrieanlage** — 5,99 € / 47 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Kinderaudiometrie beim Säugling, Kleinkind oder Kind,
- Unter Anwendung kindgerechter Hilfen,
- Unter Anwendung einer sonstigen kinderaudiometrischen Einrichtung

Die Gebührenordnungsposition 09322 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 09335, 20322 und 20335 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 09322 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 20338 berechnungsfähig.

09323 **Reflexbestimmung an den Mittelohrmuskeln** mittels Impedanzmessung — 8,66 € / 68 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Reflexbestimmung an den Mittelohrmuskeln mittels Impedanzmessung,
- Mindestens vier Prüfsequenzen,

- Ipsi- und/oder kontralaterale Ableitung,
- Ein- und/oder beidseitig

Die Gebührenordnungsposition 09323 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 09324, 20323 und 20324 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 09323 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 20338 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 09323 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 09372 und 20372 berechnungsfähig.

09324 **Abklärung einer vestibulo-cochleären Erkrankung mittels Messung(en) otoakustischer Emissionen** — 13,25 € / 104 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Untersuchung(en) ein- und/oder beidseitig,
- Messung(en) otoakustischer Emissionen, einschließlich Tympanometrie

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 09324 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Vereinbarung zur Bestimmung der otoakustischen Emissionen gemäß § 135 Abs. 1 SGB V voraus.
Die Gebührenordnungsposition 09324 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 09323, 09327, 20323, 20324, 20327 und 20371 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 09324 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01705 und 01706 berechnungsfähig.

09325 **Prüfung der Labyrinthe mit nystagmographischer Aufzeichnung** — 32,36 € / 254 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Untersuchung(en) ein- und/oder beidseitig,
- Nystagmographische Dokumentation unter Verwendung von ENG, CNG oder VNG

Die Gebührenordnungsposition 09325 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 09327, 20325, 20327 und 20371 berechnungsfähig.

09326 **Abklärung einer retro-cochleären Erkrankung** — 35,80 € / 281 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Untersuchung(en) ein- und/oder beidseitig,
- Untersuchung mittels elektrischer Reaktionsaudiometrie (BERA)

Die Gebührenordnungsposition 09326 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 09327, 20326 und 20327 berechnungsfähig.

09327 **Hörschwellenbestimmung** — 62,81 € / 493 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Untersuchung(en) ein- und/oder beidseitig,
- Untersuchung(en) mittels elektrischer Reaktionsaudiometrie (BERA, MMN),
- Sedierung oder Schlafauslösung

Fakultativer Leistungsinhalt

- Abklärung einer vestibulo-cochleären Erkrankung mittels Messung(en) otoakustischer Emissionen (Nr. 09324),
- Prüfung der Labyrinthe mit nystagmographischer Aufzeichnung (Nr. 09325),
- Abklärung einer retro-cochleären Erkrankung (Nr. 09326)

Die Gebührenordnungsposition 09327 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 09324 bis 09326 und 20324 bis 20327 berechnungsfähig.

09329 **Zusatzpauschale bei der Behandlung eines Patienten mit akuter, schwer stillbarer Nasenblutung** 38,09 € 299 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Rhinoendoskopie,
- Lokalanästhesie und/oder Einbringen von Medikamenten,
- Dauer mindestens 25 Minuten,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Tamponade der vorderen Nasenabschnitte,
- Tamponade der hinteren Nasenabschnitte und/oder des Nasenrachenraumes (Nr. 09310),
- Einbringen hämostyptischer Substanzen,

einmal am Behandlungstag

Die Gebührenordnungsposition 09329 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 09310 und 09360 bis 09362 berechnungsfähig.

09330 **Zusatzpauschale Untersuchung der Stimme** 29,05 € 228 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Phonationsdauer,
- Erfassung psychovegetativer Stigmata,
- Dauer mindestens 20 Minuten,
- Standardisierte Dokumentation,
- Differenzierende Beurteilung(en) von
  - Stimmqualität,
  - Stimmleistung,
  - Sprechstimmlage,
  - Stimmumfang,
  - Stimmintensität,
  - Stimmeinsatz,
  - Stimmresonanz

Fakultativer Leistungsinhalt

- Stimmfeldmessung mittels Schallpegelmessung bis 110 dB mit graphischer Darstellung der frequenzbezogenen Schallpegel für minimale und maximale Lautstärke,
- Zusatzpauschale(n) Untersuchung des Sprechens und der Sprache (Nr. 09331)

Die Gebührenordnungsposition 09330 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 09332, 09333, 20332 und 20333 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 09330 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 09331, 20330 und 20331 berechnungsfähig.

09331 **Zusatzpauschale Untersuchung des Sprechens und der Sprache** 38,48 €
302 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Dauer mindestens 15 Minuten,
- Standardisierte Dokumentation,
- Prüfung(en)
  - der Sprachentwicklung,
  - des aktiven und des passiven Wortschatzes,
  - der Grammatik und Syntax,
  - der Artikulationsleistungen,
  - der prosodischen Faktoren,
  - des Redeflusses,
  - des Sprachverständnisses,
  - der zentralen Sprachverarbeitung

Fakultativer Leistungsinhalt

- Standardisierte(r) Sprachentwicklungstest(s),
- Zusatzpauschale(n) Untersuchung der Stimme (Nr. 09330)

Die Gebührenordnungsposition 09331 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 09332 und 20330 bis 20332 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 09331 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 09330 berechnungsfähig.

09332 **Zusatzpauschale Abklärung einer Aphasie, Dysarthrie und/oder Dysphagie** 38,48 €
302 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Eingehende Untersuchung auf
  - Aphasie
  und/oder
  - Dysarthrie
  und/oder
  - Dysphagie,
- Anwendung standardisierter Verfahren

Die Gebührenordnungsposition 09332 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 09330, 09331 und 20330 bis 20332 berechnungsfähig.

09333 **Stimmfeldmessung** 8,66 €
68 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Stimmfeldmessung mittels Schallpegelmessung bis 110 dB,
- Messung von Stimmumfang und Dynamikbreite der Stimme,
- Graphische Darstellung der frequenzbezogenen Schallpegel für minimale und maximale Lautstärke

Die Gebührenordnungsposition 09333 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 09330, 20330 und 20333 berechnungsfähig.

09335 **Zuschlag** zu der Gebührenordnungsposition 09320 bei Durchführung einer **Kinderaudiometrie an einer speziellen Kinderaudiometrieanlage** 17,71 €
139 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Beobachtungsaudiometrie

und/oder

- konditionierte Bestimmung der Hörschwelle

und/oder

- Spielaudiometrie,
- an einer Kinderaudiometrieanlage,
- im freien Schallfeld und/oder mit Kopfhörern,
- bis zum vollendeten 12. Lebensjahr,
- ein- und/oder beidseitig

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 09335 setzt eine Kinderaudiometrieanlage mit einer Mindestausstattung von fünf Audiometrielautsprechern mit Störschalllautsprecher(n) entsprechend EN 60645 (im Halbkreis angeordnet, 0 Grad, 45 Grad, 90 Grad, Mindestausgangsleistung 90 dB) passiv sprachsimulierendes Rauschen, Mindestabstand der Lautsprecher vom Patienten 1 m, Konditionierungsleuchten für jeden Richtungslautsprecher oder Bilddarbietung rechts und links, zweikanaliges Audiometer mit schmalbandigem frequenzspezifischem Prüfgeräusch sowie mindestens einer Powerbox mit einer Ausgangsleistung von mindestens 100 dB aktiv voraus.
Die Gebührenordnungsposition 09335 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 09321, 09322, 20321, 20322 und 20335 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 09335 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 20338 berechnungsfähig.

09336 **Kindersprachaudiometrie an einer speziellen Kinderaudiometrieanlage** 19,37 €
152 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Kinderaudiometrische Untersuchung(en) des Sprachgehörs an einer Kinderaudiometrieanlage,

- Verwendung von Kindersprachtests entsprechend dem Sprachentwicklungsalter,
- im freien Schallfeld und/oder mit Kopfhörern,
- bis zum vollendeten 12. Lebensjahr,
- ein- und/oder beidseitig

Fakultativer Leistungsinhalt

- Bilddarbietung

Die Gebührenordnungsposition 09336 ist nur berechnungsfähig bei Verwendung eines entsprechend dem Medizinprodukterecht-Durchführungsgesetz i. V. m. der europäischen Medizinprodukteverordnung zugelassenen Audiometers mit mindestens einmal jährlich durchgeführter messtechnischer Kontrolle gemäß § 15 der Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV) durch einen zugelassenen Wartungsdienst entsprechend der MPBetreibV. Der Vertragsarzt hat in einer der Quartalsabrechnung beizufügenden Erklärung zu bestätigen, dass die Wartung durchgeführt wurde.
Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 09336 setzt eine Kinderaudiometrieanlage mit einer Mindestausstattung von fünf Audiometrielautsprechern mit Störschalllautsprecher(n) entsprechend EN 60645 (im Halbkreis angeordnet, 0 Grad, 45 Grad, 90 Grad, Mindestausgangsleistung 90 dB) passiv sprachsimulierendes Rauschen, Mindestabstand der Lautsprecher vom Patienten 1 m, Konditionierungsleuchten für jeden Richtungslautsprecher oder Bilddarbietung rechts und links, zweikanaliges Audiometer mit schmalbandigem frequenzspezifischem Prüfgeräusch sowie mindestens einer Powerbox mit einer Ausgangsleistung von mindestens 100 dB aktiv voraus.
Die Gebührenordnungsposition 09336 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 09321, 20321 und 20336 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 09336 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 20338 bis 20340 berechnungsfähig.

09343 **Zusatzpauschale bei der Diagnostik des Tinnitus** 26,12 €
205 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Tinnitusmatching,
- Messung der Verdeckbarkeit und/oder Maskierung,
- Beratung zum Umgang mit der Tinnituserkrankung (Dauer mindestens 10 Minuten),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Planung und Koordination der komplementären Heil- und Hilfsmittelversorgung,
- Einleitung und/oder Koordination weiterführender Behandlungen,

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 09343 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 09321 und 20321 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 09343 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 20343 berechnungsfähig.

09345 **Zusatzpauschale Behandlung und/oder Betreuung** eines Patienten mit einer gesicherten **onkologischen Erkrankung bei laufender onkologischer Therapie oder Betreuung im Rahmen der Nachsorge** — 24,33 € / 191 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Behandlung und/oder Betreuung eines Patienten mit einer laboratoriumsmedizinisch oder histologisch/zytologisch gesicherten onkologischen Erkrankung,
- Fortlaufende Beratung zum Umgang mit der onkologischen Erkrankung,
- Verlaufskontrolle und Dokumentation des Therapieerfolges,
- Erstellung, Überprüfung und Anpassung eines die onkologische Erkrankung begleitenden spezifischen Therapiekonzeptes unter Berücksichtigung individueller Faktoren,
- Kontrolle und/oder Behandlung ggf. auftretender therapiebedingter Nebenwirkungen,
- Planung und Koordination der komplementären Arznei-, Heil- und Hilfsmittelversorgung unter besonderer Berücksichtigung der gesicherten onkologischen Erkrankung,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Anleitung und Führung der Bezugs- und Betreuungsperson(en),
- Fortlaufende Überprüfung des häuslichen, familiären und sozialen Umfelds im Hinblick auf die Grunderkrankung,
- Konsiliarische Erörterung/Fachliche Beratung und regelmäßiger Informationsaustausch mit dem onkologisch verantwortlichen Arzt sowie mit weiteren mitbehandelnden Ärzten,
- Überprüfung und Koordination supportiver Maßnahmen,
- Einleitung und/oder Koordination der psychosozialen Betreuung des Patienten und seiner Familie und/oder Bezugs- und Betreuungsperson(en),
- Ggf. Hinzuziehung komplementärer Dienste bzw. häuslicher Krankenpflege,

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 09345 ist nur bei mindestens einer der im Folgenden genannten Erkrankungen berechnungsfähig: Bösartige Neubildungen der Lippe, der Mundhöhle und des Pharynx C00-C14, der Nasenhöhle, des Mittelohres, der Nebenhöhlen und des Larynx C30-C32, der oberen Atmungswege, Teil nicht näher bezeichnet C39.0, Kaposi-Sarkom des Gaumens C46.2, Bösartige Neubildungen der Haut des Kopf- und Gesichtsbereichs C43.0-C43.4, C44.0-C44.4, des Bindegewebes und sonstiger Weichteile des Kopfes, des Gesichtes und des Halses C49.0, Bösartige Neubildung ungenau bezeichneter Lokalisation des Atmungssystems C39.9 sowie ungenau bezeichneter

Lokalisation Kopf, Gesicht und Hals C76.0, Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildungen C77-C80.
Die Gebührenordnungsposition 09345 ist bei laufender medikamentöser, im Sinne einer systemischen Chemotherapie mit z. B. zytostatischen Substanzen, operativer und/oder strahlentherapeutischer Behandlung und/oder bei Betreuung im Rahmen der Nachsorge bis höchstens 2 Jahre nach Beendigung einer medikamentösen, operativen und/oder strahlentherapeutischen Behandlung eines Patienten mit gesicherter onkologischer Erkrankung berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 09345 ist im Behandlungsfall nicht neben den Kostenpauschalen 86510, 86512, 86514, 86516, 86520 und 86522 gemäß Anhang 2 der „Onkologie-Vereinbarung“ (Anlage 7 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä)) berechnungsfähig.

09350 **Wechsel und/oder Entfernung einer pharyngo-trachealen Sprechprothese und/oder Wechsel einer Trachealkanüle** — 21,28 € / 167 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Wechsel und/oder Entfernung einer pharyngo-trachealen Sprechprothese und/oder Wechsel einer Trachealkanüle,
- Absaugung

Die Gebührenordnungsposition 09350 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302 und 09360 bis 09362 berechnungsfähig.

09351 **Anlage einer Paukenhöhlendrainage** — 21,02 € / 165 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Anlage einer Paukenhöhlendrainage,
- Inzision des Trommelfells,
- Entleerung der Paukenhöhle,
- Einlegen eines Verweilröhrchens,

höchstens zweimal am Behandlungstag

Lokalanästhesien und Leitungsanästhesien sind, soweit erforderlich, Bestandteil der Gebührenordnungsposition 09351.
Die Gebührenordnungsposition 09351 ist bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr nach der Gebührenordnungsposition 31231 berechnungsfähig, sofern der Eingriff in Narkose erfolgt. Die Voraussetzungen gemäß § 115 b SGB V müssen dabei nicht erfüllt sein, sofern die Eingriffe nicht im Katalog zum Vertrag nach § 115b SGB V genannt sind. In diesen Fällen ist die postoperative Behandlung nach den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 31.4.3 nicht berechnungsfähig. Die in der Präambel 31.2.1 Nr. 8 benannten Einschränkungen entfallen in diesen Fällen, es gelten die Abrechnungsausschlüsse der Gebührenordnungsposition 09351 entsprechend.

Die Gebührenordnungsposition 09351 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02360 und 09360 bis 09362 berechnungsfähig.

09360 **Kleinchirurgischer Eingriff I im Hals-Nasen-Ohren-Mund-Bereich** 7,52 € 59 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Operativer Eingriff mit einer Dauer bis zu 5 Minuten im Hals-Nasen-Ohren-Mund-Bereich,

einmal am Behandlungstag

Die Gebührenordnungspositionen 09360 bis 09362 sind bei Patienten mit den Diagnosen Nävuszellnävussyndrom (ICD-10-GM: D22.-) und/ oder mehreren offenen Wunden (ICD-10-GM: T01.-) mehrfach in einer Sitzung - auch nebeneinander, jedoch insgesamt höchstens fünfmal je Behandlungstag - berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 09360 ist bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr nach der Gebührenordnungsposition 31231 oder nach der Gebührenordnungsposition 36231 berechnungsfähig, sofern der Eingriff in Narkose erfolgt. Die Voraussetzungen gemäß § 115b SGB V müssen dabei nicht erfüllt sein, sofern die Eingriffe nicht im Katalog zum Vertrag nach § 115b SGB V genannt sind. In diesen Fällen ist die postoperative Behandlung nach den Leistungen der Abschnitte 31.4.2 und 31.4.3 nicht berechnungsfähig. Die in der Präambel 31.2.1 Nr. 8 bzw. Präambel 36.2.1 Nr. 4 benannten Einschränkungen entfallen in diesen Fällen, es gelten die Abrechnungsausschlüsse der Gebührenordnungsposition 09360 entsprechend.
Lokalanästhesien und Leitungsanästhesien sind, soweit erforderlich, Bestandteil der Gebührenordnungsposition 09360.
Die Gebührenordnungsposition 09360 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02360, 09310, 09315 bis 09317, 09350, 09351, 09361 und 09362 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 09360 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 09329 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 09360 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 31.4.3 berechnungsfähig.

09361 **Kleinchirurgischer Eingriff II im Hals-Nasen-Ohren-Mund-Bereich und/oder primäre Wundversorgung im Hals-Nasen-Ohren-Mund-Bereich** 16,94 € 133 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Primäre Wundversorgung

und/oder

- Entfernung festsitzender Fremdkörper aus dem Hals-Nasen-Ohren-Mund-Bereich

und/oder

- Eröffnung eines Abszesses ohne Eröffnung einer Körperhöhle (auch Furunkel, Karbunkel) im Hals-Nasen-Ohren-Mund-Bereich

und/oder
- Punktion einer Kieferhöhle

und/oder
- Parazentese

und/oder
- Entfernung von Granulationen vom Trommelfell und/oder aus der Paukenhöhle

und/oder
- Geschlossene Reposition einer Nasenbeinfraktur

und/oder
- (Wieder-)Eröffnung eines peritonsillären Abszesses

und/oder
- Sondierung und/oder Bougierung einer Stirnhöhle vom Naseninnern aus

und/oder
- Aufrichtung und/oder Schienung des Trommelfells bei frischer Verletzung,

einmal am Behandlungstag

Die Gebührenordnungspositionen 09360 bis 09362 sind bei Patienten mit den Diagnosen Nävuszellnävussyndrom (ICD-10-GM: D22.-) und/ oder mehreren offenen Wunden (ICD-10-GM: T01.-) mehrfach in einer Sitzung - auch nebeneinander, jedoch insgesamt höchstens fünfmal je Behandlungstag - berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 09361 ist bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr nach der Gebührenordnungsposition 31231 oder nach der Gebührenordnungsposition 36231 berechnungsfähig, sofern der Eingriff in Narkose erfolgt. Die Voraussetzungen gemäß § 115b SGB V müssen dabei nicht erfüllt sein, sofern die Eingriffe nicht im Katalog zum Vertrag nach § 115b SGB V genannt sind. In diesen Fällen ist die postoperative Behandlung nach den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 31.4.2 und 31.4.3 nicht berechnungsfähig. Die in der Präambel 31.2.1 Nr. 8 bzw. Präambel 36.2.1 Nr. 4 benannten Einschränkungen entfallen in diesen Fällen, es gelten die Abrechnungsausschlüsse der Gebührenordnungsposition 09361 entsprechend.
Lokalanästhesien und Leitungsanästhesien sind, soweit erforderlich, Bestandteil der Gebührenordnungsposition 09361.
Die Gebührenordnungsposition 09361 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02360, 09310, 09315 bis 09317, 09350, 09351, 09360 und 09362 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 09361 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 09329 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 09361 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 31.4.3 berechnungsfähig.

09362 **Kleinchirurgischer Eingriff III im Hals-Nasen-Ohren-Mund-Bereich und/oder primäre Wundversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern im Hals-Nasen-Ohren-Mund-Bereich** 27,65 € 217 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Primäre Wundversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern im Hals-Nasen-Ohren-Mund-Bereich

und/oder

- Entfernung von Speichelsteinen mit Gangschlitzung

und/oder

- Anbohrung einer Stirnhöhle von außen

und/oder

- Entfernung von Polypen aus der Paukenhöhle

und/oder

- Galvanokaustik oder Kürettement im Kehlkopf

und/oder

- Fensterung einer Kieferhöhle, ggf. einschl. Absaugung,

einmal am Behandlungstag

Die Gebührenordnungspositionen 09360 bis 09362 sind bei Patienten mit den Diagnosen Nävuszellnävussyndrom (ICD-10-GM: D22.-) und/ oder mehreren offenen Wunden (ICD-10-GM: T01.-) mehrfach in einer Sitzung - auch nebeneinander, jedoch insgesamt höchstens fünfmal je Behandlungstag - berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 09362 ist bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr nach der Gebührenordnungsposition 31231 oder nach der Gebührenordnungsposition 36231 berechnungsfähig, sofern der Eingriff in Narkose erfolgt. Die Voraussetzungen gemäß § 115b SGB V müssen dabei nicht erfüllt sein, sofern die Eingriffe nicht im Katalog zum Vertrag nach § 115b SGB V genannt sind. In diesen Fällen ist die postoperative Behandlung nach den Leistungen der Abschnitte 31.4.2 und 31.4.3 nicht berechnungsfähig. Die in der Präambel 31.2.1 Nr. 8 bzw. Präambel 36.2.1 Nr. 4 benannten Einschränkungen entfallen in diesen Fällen, es gelten die Abrechnungsausschlüsse der Gebührenordnungsposition 09362 entsprechend.

Lokalanästhesien und Leitungsanästhesien sind, soweit erforderlich, Bestandteil der Gebührenordnungsposition 09362.

Die Gebührenordnungsposition 09362 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02360, 09310, 09315 bis 09317, 09350, 09351, 09360 und 09361 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 09362 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 09329 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 09362 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 31.4.3 berechnungsfähig.

09364 **Zusatzpauschale für die Nachsorge der operativen Behandlung eines Patienten mit chronischer Sinusitis nach ICD J32.-** 9,56 € 75 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Absaugung unter endoskopischer und/oder mikroskopischer Kontrolle,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Lokalanästhesie und/oder Einbringen von Medikamenten,

einmal am Behandlungstag

Die Gebührenordnungspositionen 09364 und/oder 20364 sind in Summe höchstens zehnmal im Behandlungsfall berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 09364 ist höchstens zehnmal im Behandlungsfall berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 09364 ist nur in einem Zeitraum von 28 Tagen nach stationärer operativer Behandlung berechnungsfähig. Das Datum der Entlassung ist auf dem Behandlungsschein anzugeben.
Die Gebührenordnungsposition 09364 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 31.4.3 berechnungsfähig.

09365 **Zusatzpauschale für die postoperative Nachsorge nach Tympanoplastik Typ II bis V** 9,56 € 75 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Ohrmikroskopie,
- Pflege und Reinigung des Gehörganges und/oder des Mittelohres,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Einbringen von Medikamenten,
- Tympanoskopie,

einmal am Behandlungstag

Die Gebührenordnungspositionen 09365 und/oder 20365 sind in Summe höchstens viermal im Behandlungsfall berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 09365 ist höchstens viermal im Behandlungsfall berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 09365 ist nur in einem Zeitraum von 28 Tagen nach stationärer operativer Behandlung berechnungsfähig. Das Datum der Entlassung ist auf dem Behandlungsschein anzugeben.
Die Gebührenordnungsposition 09365 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 31.4.3 berechnungsfähig.

09372 **Pauschale zur Neuverordnung eines Hörgerätes/von Hörgeräten beim Jugendlichen oder Erwachsenen bei Schwerhörigkeit** 62,94 € 494 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Ohrmikroskopie,
- Ton- und Sprachaudiometrie,
- Reflexbestimmung an den Mittelohrmuskeln mittels Impedanzmessung,
- Bestimmung der Unbehaglichkeitsschwelle,
- Untersuchung(en) ein- und/oder beidseitig,
- Anwendung eines Fragebogens gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung Hörgeräteversorgung,
- Beratung über Versorgungsmöglichkeiten,

- Verordnung eines Hörgerätes/von Hörgeräten gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung,

einmal im Krankheitsfall

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 09372 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung Hörgeräteversorgung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.
Die Gebührenordnungsposition 09372 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 09373 und 20373 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 09372 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 09320, 09321, 09323, 09374, 20320, 20321, 20323 und 20374 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 09372 ist im Krankheitsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 20372 berechnungsfähig.

09373 **Zusatzpauschale für die erste Nachuntersuchung nach erfolgter Hörgeräteversorgung beim Jugendlichen oder Erwachsenen** 66,63 € 523 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Ohrmikroskopie,
- Ton- und Sprachaudiometrie im freien Schallfeld unter Benutzung eines Hörgerätes/von Hörgeräten in einem schallisolierten Raum zur Überprüfung des Ergebnisses der Hörgeräteversorgung gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung,
- Anwendung eines Fragebogens gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung Hörgeräteversorgung,
- Kontrolle der Hörgerätehandhabung,
- Kontrolle des Sitzes des Hörgerätes/von Hörgeräten,
- Untersuchung(en) ein- und/oder beidseitig,

einmal im Krankheitsfall

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 09373 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung Hörgeräteversorgung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.
Die Gebührenordnungsposition 09373 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 09372, 09374, 20372 und 20374 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 09373 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 09320, 09321, 20320 und 20321 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 09373 ist im Krankheitsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 20373 berechnungsfähig.

09374 **Zusatzpauschale für die Nachsorge(n) bei Hörgeräteversorgung beim Jugendlichen oder Erwachsenen** 57,59 € 452 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Ohrmikroskopie,
- Ton- und/oder Sprachaudiometrie im freien Schallfeld unter Benutzung eines Hörgerätes/von Hörgeräten in einem schallisolierten Raum zur Überprüfung des Ergebnisses der Hörgeräteversorgung gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung,
- Kontrolle der Hörgerätehandhabung,
- Kontrolle des Sitzes des Hörgerätes/von Hörgeräten,
- Untersuchung(en) ein- und/oder beidseitig,

höchstens zweimal im Krankheitsfall

Die Gebührenordnungsposition 09374 ist nicht vor Ablauf von 3 Monaten nach Verordnung eines Hörgerätes/von Hörgeräten berechnungsfähig.
Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 09374 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung Hörgeräteversorgung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.
Die Gebührenordnungsposition 09374 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 09373 und 20373 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 09374 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 09320, 09321, 09372, 20320, 20321, 20372 und 20374 berechnungsfähig.

09375 **Zuschlag** zu den Gebührenordnungspositionen 09373 und 09374 für die **Koordination des Arztes mit dem Hörgeräteakustiker innerhalb von 7 Tagen nach Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungspositionen 09373 und 09374** — 7,39 € / 58 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Dokumentation entsprechend der Qualitätssicherungsvereinbarung Hörgeräteversorgung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V,
- Mitteilung der durch den Arzt aktuell erhobenen Befunde an den Hörgeräteakustiker,

einmal am Behandlungstag

Die Gebührenordnungsposition 09375 ist im Behandlungsfall höchstens zweimal berechnungsfähig.
Wegepauschalen sind im Zusammenhang mit der Gebührenordnungsposition 09375 nicht berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 09375 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 20375 berechnungsfähig.

10 Hautärztliche Gebührenordnungspositionen

10.1 Präambel

1. Die in diesem Kapitel aufgeführten Gebührenordnungspositionen können ausschließlich von Fachärzten für Haut- und Geschlechtskrankheiten berechnet werden.

2. Fachärzte für Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte und Ärzte ohne Gebietsbezeichnung können - wenn sie im Wesentlichen hautärztliche Leistungen erbringen - gemäß § 73 Abs. 1a SGB V auf deren Antrag die Genehmigung zur ausschließlichen Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung erhalten und Gebührenordnungspositionen dieses Kapitels berechnen. Nach Erhalt der Genehmigung können sie Gebührenordnungspositionen des Kapitels 3 nicht mehr berechnen.
3. Außer den in diesem Kapitel genannten Gebührenordnungspositionen sind von den in der Präambel genannten Vertragsärzten - unbeschadet der Regelungen gemäß 5 und 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen - zusätzlich nachfolgende Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig: 01100 bis 01102, 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 01220 bis 01224, 01226, 01320 bis 01323, 01410 bis 01416, 01418, 01420, 01422, 01424 bis 01426, 01430, 01431, 01435 bis 01437, 01440, 01442 bis 01444, 01450, 01452, 01500 bis 01503, 01510 bis 01512, 01600 bis 01602, 01610 bis 01612, 01615, 01620 bis 01624, 01626, 01630, 01640, 01642, 01643, 01647, 01648, 01670 bis 01672, 01681, 01682, 01701, 01731, 01737, 01740, 01745, 01949 bis 01953, 01955, 01956, 01960, 02100, 02101, 02110 bis 02112, 02120, 02200, 02300 bis 02302, 02310 bis 02314, 02320 bis 02323, 02325 bis 02328, 02330, 02331, 02340, 02341, 02343, 02344, 02350, 02360, 02500, 02510 bis 02512 und 30706.
4. Außer den in diesem Kapitel genannten Gebührenordnungspositionen sind bei Vorliegen der entsprechenden Qualifikationsvoraussetzungen von den in der Präambel genannten Vertragsärzten - unbeschadet der Regelungen gemäß 5 und 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen - zusätzlich nachfolgende Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig: 01474, 01479, 01920 bis 01922, 30400 bis 30402, 30410, 30411, 30420, 30421, 30430, 30431, 30700 bis 30705, 30708, 30780 bis 30782, 33000 bis 33002, 33010 bis 33012, 33020 bis 33023, 33030, 33031, 33040 bis 33044, 33046, 33050 bis 33052, 33060 bis 33064, 33070 bis 33076, 33080, 33081, 33090 bis 33092, 33100, 33105, 36884, 37100, 37102, 37113, 37120, 37800 bis 37802 und 37804, Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 30.1, 30.2, 30.3.1, 30.5, 30.6, 30.7.2, 30.8, 30.12, 30.13, 31.2, 31.3, 31.4.3, 31.5, 31.6, 31.8, 36.2, 36.3, 36.5, 36.6.2, 37.3 und 37.4 sowie Gebührenordnungspositionen der Kapitel 32, 34, 35, 38 und 40.
5. Neben den in diesem Kapitel genannten Gebührenordnungspositionen sind von den in der Präambel genannten Vertragsärzten zusätzlich die Gebührenordnungspositionen 19310, 19312, 19315 und 19320 berechnungsfähig. Diese Vertragsärzte können die Gebührenordnungspositionen 19310, 19312 und 19320 berechnen, wenn sie eine mindestens zweijährige dermatopathologische Zusatz-Weiterbildung nachweisen können. Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 19315 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach

der Qualitätssicherungsvereinbarung Histopathologie Hautkrebs-Screening gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.

6. Bei der Berechnung der zusätzlichen Gebührenordnungspositionen in den Nummern 3 und 4 sind die Maßnahmen zur Qualitätssicherung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V, die berufsrechtliche Verpflichtung zur grundsätzlichen Beschränkung auf das jeweilige Gebiet sowie die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zu beachten.
7. Außer den in diesem Kapitel genannten Gebührenordnungspositionen sind bei Vorliegen der entsprechenden Qualifikationsvoraussetzungen von den in der Präambel genannten Vertragsärzten - unbeschadet der Regelungen gemäß 5 und 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen - zusätzlich die Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 19.4.1, 19.4.2, 19.4.3 und 19.4.4 berechnungsfähig. Vor dem 1. Oktober 2026 erteilte Genehmigungen zur Durchführung und Abrechnung von Leistungen der Abschnitte 11.3, 11.4.1 und 11.4.3 gelten bis zum Inkrafttreten einer neuen Qualitätssicherungsvereinbarung für genetische Untersuchungen fort.
8. Werden die in den Grundpauschalen enthaltenen Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen 01600 und 01601 durchgeführt, sind für die Versendung bzw. den Transport die Kostenpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 40110 und 40111 berechnungsfähig.
9. Die Durchführung der Leistung nach der Gebührenordnungsposition 10350 muss in einer ärztlich geleiteten Betriebsstätte (einschließlich Apparategemeinschaft) in Anwesenheit eines Facharztes für Haut- und Geschlechtskrankheiten erfolgen.
10. Die in der Präambel unter 1. aufgeführten Vertragsärzte können die arztgruppenspezifischen Gebührenordnungspositionen nach den Nrn. 08619, 08621, 08623, 08640, 08641, 08645, 08647 und 08648 berechnen.

10.2 Hautärztliche Grundpauschalen

Grundpauschale

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt und/oder Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Weitere persönliche oder andere Arzt-Patienten-Kontakte gemäß 4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen,
- Ärztlicher Bericht entsprechend der Gebührenordnungsposition 01600,
- Individueller Arztbrief entsprechend der Gebührenordnungsposition 01601,
- Auflichtmikroskopie/Dermatoskopie,
- In Anhang 1 aufgeführte Leistungen,

einmal im Behandlungsfall

10210	für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr	17,33 € 136 Punkte
10211	für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr	18,22 € 143 Punkte
10212	für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres	18,73 € 147 Punkte

Die Gebührenordnungspositionen 10210 bis 10212 sind nicht neben der Gebührenordnungsposition 01436 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungspositionen 10210 bis 10212 sind im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01600 und 01601 berechnungsfähig.

10215 **Hygienezuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 10210 bis 10212,** — 0,25 €
2 Punkte

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 10215 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.

10220 **Zuschlag für die hautärztliche Grundversorgung** gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.8 zu den Gebührenordnungspositionen 10210 bis 10212, — 2,29 €
18 Punkte

einmal im Behandlungsfall

Der Zuschlag nach der Gebührenordnungsposition 10220 kann gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.8 ausschließlich in Behandlungsfällen abgerechnet werden, in denen nur Leistungen der fachärztlichen Grundversorgung gemäß Anhang 3 und/oder regionaler Vereinbarungen erbracht und berechnet werden.

10222 **Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 10220,** — 0,64 €
5 Punkte

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 10222 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.

10227 **Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 10210 bis 10212,** — 0,25 €
2 Punkte

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 10227 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.
Die Gebührenordnungsposition 10227 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 01630 berechnungsfähig.

10228 **Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 10210 bis 10212 für die Behandlung aufgrund einer TSS-Vermittlung und/oder Vermittlung durch den Hausarzt gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.10.1, 4.3.10.2 oder 4.3.10.3,**

einmal im Arztgruppenfall

Die Gebührenordnungsposition 10228 kann durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt werden.
Die Gebührenordnungsposition 10228 ist im Arztgruppenfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 01710 berechnungsfähig.

10.3 Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen

1. Die Gebührenordnungspositionen 10343 und 10344 sind nur für die (Teil-)Exzision von kleinen malignomverdächtigen oder malignen Hautveränderungen im Rahmen des Hautkrebsscreenings gemäß Abschnitt D. II. der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie berechnungsfähig. Exzisionen bzw. radikale Exzisionen von großen malignomverdächtigen oder malignen Hautveränderungen sind über die entsprechenden Gebührenordnungspositionen des Kapitels 31 bzw. 36 berechnungsfähig. Dabei gilt die Definition der Begriffe klein/groß, kleinflächig/großflächig, lokal/radikal und ausgedehnt nach den Allgemeinen Bestimmungen 4.3.7.
2. Die Gebührenordnungspositionen 10343 und 10344 sind bei Patienten mit mehreren verdächtigen Hautveränderungen gemäß Abschnitt D. II. der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie nebeneinander und/oder mehrfach in einer Sitzung - jedoch insgesamt höchstens fünfmal am Behandlungstag - berechnungsfähig.

10310 **Bestimmung der Erythemschwelle** 7,52 €
59 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Bestimmung der Erythemschwelle,
- Überprüfung(en) der lokalen Hautreaktion(en)

Fakultativer Leistungsinhalt

- Nachkontrolle(n)

10320 **Behandlung von Naevi flammei** 23,70 €
186 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Therapie mittels gepulstem Farbstofflaser,
- Metrische und fotografische Dokumentation vor Beginn und nach Abschluss der Therapie,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Behandlung in mehreren Sitzungen,

bis zu 1 cm² Gesamtfläche des behandelten Areals und
für jeden weiteren cm² je einmal

Die Behandlung seniler Angiome ist nicht Bestandteil dieser Gebührenordnungsposition.
Die Gebührenordnungsposition 10320 ist unabhängig von der Zahl der Sitzungen nur einmal je cm^2 Gesamtfläche des behandelten Areals berechnungsfähig. Im Fall eines Rezidivs ist die Gebührenordnungsposition 10320 erneut berechnungsfähig und setzt eine ausführliche Begründung der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall voraus.

Beträgt die insgesamt für die Gebührenordnungspositionen 10320, 10322 und 10324 abgerechnete Gesamtpunktzahl in einer (Neben-)Betriebsstätte mehr als 89.822 Punkte im Quartal, wird die Bewertung der darüber hinaus abgerechneten Gebührenordnungspositionen 10320, 10322 und 10324 jeweils um 67 Punkte gemindert.
Die Gebührenordnungsposition 10320 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302 und 10340 bis 10342 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 10320 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 10343 und 10344 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 10320 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 10324 und 10330 berechnungsfähig.

10322 **Behandlung von Hämangiomen** 19,37 €
152 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Therapie mittels gepulstem Farbstofflaser,
- Metrische und fotografische Dokumentation vor Beginn und nach Abschluss der Therapie,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Behandlung in mehreren Sitzungen,

bis zu 1 cm² Gesamtfläche des behandelten Areals und
für jeden weiteren cm² je einmal

Die Behandlung seniler Angiome ist nicht Bestandteil dieser Leistung.
Die Gebührenordnungsposition 10322 ist unabhängig von der Zahl der Sitzungen nur einmal je cm^2 Gesamtfläche des behandelten Areals berechnungsfähig. Im Fall erneuter Behandlungsbedürftigkeit ist die Gebührenordnungsposition 10322 erneut berechnungsfähig und setzt eine ausführliche Begründung der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall voraus.
Beträgt die insgesamt für die Gebührenordnungspositionen 10320, 10322 und 10324 abgerechnete Gesamtpunktzahl in einer (Neben-)Betriebsstätte mehr als 89.822 Punkte im Quartal, wird die Bewertung der darüber hinaus abgerechneten Gebührenordnungspositionen 10320, 10322 und 10324 jeweils um 67 Punkte gemindert.
Die Gebührenordnungsposition 10322 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302 und 10340 bis 10342 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 10322 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 10343 und 10344 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 10322 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 10324 und 10330 berechnungsfähig.

10324 **Behandlung von Naevi flammei und/oder Hämangiomen** 18,98 €
149 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Therapie mittels Laser,
- Metrische und fotografische Dokumentation vor Beginn und nach Abschluss der Therapie,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Behandlung in mehreren Sitzungen,

bis zu 1 cm² Gesamtfläche des behandelten Areals und
für jeden weiteren cm² je einmal

Die Behandlung seniler Angiome ist nicht Bestandteil dieser Leistung.
Die Gebührenordnungsposition 10324 ist unabhängig von der Zahl der Sitzungen nur einmal je cm^2 Gesamtfläche des behandelten Areals berechnungsfähig. Im Fall eines Rezidivs von Naevi flammei und/oder erneuter Behandlungsbedürftigkeit bei Hämangiomen ist die Gebührenordnungsposition 10324 erneut berechnungsfähig und setzt eine ausführliche Begründung der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall voraus.
Beträgt die insgesamt für die Gebührenordnungspositionen 10320, 10322 und 10324 abgerechnete Gesamtpunktzahl in einer (Neben-)Betriebsstätte mehr als 89.822 Punkte im Quartal, wird die Bewertung der darüber hinaus abgerechneten Gebührenordnungspositionen 10320, 10322 und 10324 jeweils um 67 Punkte gemindert.
Die Gebührenordnungsposition 10324 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302 und 10340 bis 10342 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 10324 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 10343 und 10344 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 10324 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 10320, 10322 und 10330 berechnungsfähig.

10330 **Behandlungskomplex einer ausgedehnten offenen Wunde** 34,53 €
271 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Mindestens 5 persönliche Arzt-Patienten-Kontakte im Behandlungsfall,
- Behandlung
  - einer offenen Wunde
  und/oder
  - einer Verbrennung
  und/oder
  - einer septischen Wundheilungsstörung,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Abtragung von Nekrosen,
- Wunddebridement,
- Anlage und/oder Wechsel eines Kompressionsverbandes,
- Einbringung und/oder Wechsel einer Wundtamponade,

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

einmal im Behandlungsfall

Die Leistung nach der Nr. 10330 kann nicht berechnet werden beim diabetischen Fuß, beim chronisch venösen Ulcus cruris, bei der chronisch venösen Insuffizienz, beim postthrombotischen Syndrom, beim Lymphödem und bei oberflächlichen sowie tiefen Beinvenenthrombosen.
Die Gebührenordnungsposition 10330 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02312 und 02313 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 10330 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02311, 02340, 02341, 02344, 02350, 02360, 10320, 10322, 10324, 10340 bis 10342 und 30214 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 10330 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 31.4.3 berechnungsfähig.

10340 **Kleinchirurgischer Eingriff I und/oder primäre Wundversorgung und/oder Epilation** 7,39 € 58 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Operativer Eingriff mit einer Dauer von bis zu 5 Minuten

und/oder

- Primäre Wundversorgung

und/oder

- Epilation durch Elektrokoagulation im Gesicht und/oder an den Händen bei krankhaftem und entstellendem Haarwuchs,

einmal am Behandlungstag

Die Gebührenordnungspositionen 10340 bis 10342 sind bei Patienten mit den Diagnosen Nävuszellnävussyndrom (ICD-10-GM: D22.-) und/ oder mehreren offenen Wunden (ICD-10-GM: T01.-) mehrfach in einer Sitzung - auch nebeneinander, jedoch insgesamt höchstens fünfmal je Behandlungstag - berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 10340 ist bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr nach der Gebührenordnungsposition 31101 oder 36101 berechnungsfähig, sofern der Eingriff in Narkose erfolgt. Die Voraussetzungen gemäß § 115b SGB V müssen dabei nicht erfüllt sein, sofern die Eingriffe nicht im Katalog zum Vertrag nach § 115b SGB V genannt sind. In diesen Fällen ist die postoperative Behandlung nach den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 31.4.2 und 31.4.3 nicht berechnungsfähig. Die in der Präambel 31.2.1 Nr. 8 bzw. Präambel 36.2.1 Nr. 4 benannten Einschränkungen entfallen in diesen Fällen, es gelten die Abrechnungsausschlüsse der Gebührenordnungsposition 10340 entsprechend.
Lokalanästhesien und Leitungsanästhesien sind, soweit erforderlich, Bestandteil der Gebührenordnungsposition 10340.

Die Gebührenordnungsposition 10340 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01741, 02300 bis 02302, 02311, 02321 bis 02323, 02325, 02326, 02330, 02331, 02340 bis 02344, 02350, 02360, 10320, 10322, 10324, 10341, 10342 und 30214 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 30.5 und 30.6 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 10340 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 10343 und 10344 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 10340 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02310, 02312 und 10330 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 10340 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 31.4.3 berechnungsfähig.

10341 **Kleinchirurgischer Eingriff II und/oder primäre Wundversorgung** 16,44 €
129 Punkte
Obligater Leistungsinhalt

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

einmal am Behandlungstag

Die Gebührenordnungspositionen 10340 bis 10342 sind bei Patienten mit den Diagnosen Nävuszellnävussyndrom (ICD-10-GM: D22.-) und/ oder mehreren offenen Wunden (ICD-10-GM: T01.-) mehrfach in einer Sitzung - auch nebeneinander, jedoch insgesamt höchstens fünfmal je Behandlungstag - berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 10341 ist bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr nach der Gebührenordnungsposition 31101 oder 36101 berechnungsfähig, sofern der Eingriff in Narkose erfolgt. Die Voraussetzungen gemäß § 115b SGB V müssen dabei nicht erfüllt sein, sofern die Eingriffe nicht im Katalog zum Vertrag nach § 115b SGB V

genannt sind. In diesen Fällen ist die postoperative Behandlung nach den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 31.4.2 und 31.4.3 nicht berechnungsfähig. Die in der Präambel 31.2.1 Nr. 8 bzw. Präambel 36.2.1 Nr. 4 benannten Einschränkungen entfallen in diesen Fällen, es gelten die Abrechnungsausschlüsse der Gebührenordnungsposition 10341 entsprechend.
Lokalanästhesien und Leitungsanästhesien sind, soweit erforderlich, Bestandteil der Gebührenordnungsposition 10341.
Die Gebührenordnungsposition 10341 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01741, 02300 bis 02302, 02311, 02321, 02322, 02331, 02340 bis 02344, 02350, 02360, 10320, 10322, 10324, 10340, 10342 und 30214 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 30.5 und 30.6 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 10341 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 10343 und 10344 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 10341 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02310, 02312 und 10330 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 10341 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 31.4.3 berechnungsfähig.

10342 **Kleinchirurgischer Eingriff III und/oder primäre Wundversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern** 29,81 € 234 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Primäre Wundversorgung einer Wunde mittels Naht bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern

und/oder

- Exzision eines Bezirkes oder einer intradermalen Geschwulst aus der Haut des Gesichts mit Wundverschluss

und/oder

- Hochtouriges Schleifen von Bezirken der Haut bei schweren Entstellungen durch Naevi oder Narben

und/oder

- Exzision eines großen Bezirkes aus Haut und/oder Schleimhaut oder einer kleinen unter der Haut und/oder Schleimhaut gelegenen Geschwulst

und/oder

- Exzision und/oder Probeexzision von tiefliegendem Körpergewebe (z. B. Fettgewebe) und/oder aus einem Organ ohne Eröffnung einer Körperhöhle (z. B. Zunge)

und/oder

- Emmert-Plastik

und/oder

- Venae sectio,

einmal am Behandlungstag

Die Gebührenordnungspositionen 10340 bis 10342 sind bei Patienten mit den Diagnosen Nävuszellnävussyndrom (ICD-10-GM: D22.-) und/ oder mehreren offenen Wunden (ICD-10-GM: T01.-) mehrfach in einer Sitzung - auch nebeneinander, jedoch insgesamt höchstens fünfmal je Behandlungstag - berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 10342 ist bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr nach der Gebührenordnungsposition 31101 oder 36101 berechnungsfähig, sofern der Eingriff in Narkose erfolgt. Die Voraussetzungen gemäß § 115b SGB V müssen dabei nicht erfüllt sein, sofern die Eingriffe nicht im Katalog zum Vertrag nach § 115b SGB V genannt sind. In diesen Fällen ist die postoperative Behandlung nach den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 31.4.2 und 31.4.3 nicht berechnungsfähig. Die in der Präambel 31.2.1 Nr. 8 bzw. Präambel 36.2.1 Nr. 4 benannten Einschränkungen entfallen in diesen Fällen, es gelten die Abrechnungsausschlüsse der Gebührenordnungsposition 10342 entsprechend.
Lokalanästhesien und Leitungsanästhesien sind, soweit erforderlich, Bestandteil der Gebührenordnungsposition 10342.
Die Gebührenordnungsposition 10342 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01741, 02300 bis 02302, 02311, 02321, 02322, 02331, 02340 bis 02344, 02350, 02360, 10320, 10322, 10324, 10340, 10341 und 30214 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 30.5 und 30.6 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 10342 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 10343 und 10344 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 10342 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02310, 02312 und 10330 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 10342 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 31.4.3 berechnungsfähig.

10343 **(Teil-)Exzision einer malignomverdächtigen oder malignen Hautveränderung am Körperstamm oder an den Extremitäten mit Ausnahme der in der Gebührenordnungsposition 10344 genannten Regionen** — 17,84 € / 140 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- (Teil-)Exzision einer kleinen malignomverdächtigen oder malignen Hautveränderung,
- Veranlassung einer histologischen Untersuchung,
- Dokumentation gemäß Abschnitt D. II. der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie

Fakultativer Leistungsinhalt

- Wundverschluss

Die Voraussetzungen gemäß § 115b SGB V müssen nicht erfüllt sein, sofern der Eingriff nicht im Katalog zum Vertrag nach § 115b SGB V genannt ist.
Die Gebührenordnungsposition 10343 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 10320, 10322, 10324 und 10340 bis 10342 berechnungsfähig.

10344 **(Teil-)Exzision einer kleinen malignomverdächtigen oder malignen Hautveränderung im Kopf-/Gesichtsbereich oder an der Hand** — 30,07 € / 236 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- (Teil-)Exzision einer kleinen malignomverdächtigen oder malignen Hautveränderung,
- Veranlassung einer histologischen Untersuchung,
- Dokumentation gemäß Abschnitt D. II. der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie

Fakultativer Leistungsinhalt

- Wundverschluss

Die Voraussetzungen gemäß § 115b SGB V müssen nicht erfüllt sein, sofern der Eingriff nicht im Katalog zum Vertrag nach § 115b SGB V genannt ist.
Die Gebührenordnungsposition 10344 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 10320, 10322, 10324 und 10340 bis 10342 berechnungsfähig.

10345 **Zusatzpauschale Behandlung und/oder Betreuung** eines Patienten mit einer gesicherten **onkologischen Erkrankung bei laufender onkologischer Therapie oder Betreuung im Rahmen der Nachsorge** — 24,33 € / 191 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Behandlung und/oder Betreuung eines Patienten mit einer laboratoriumsmedizinisch oder histologisch/zytologisch gesicherten onkologischen Erkrankung,
- Fortlaufende Beratung zum Umgang mit der onkologischen Erkrankung,
- Verlaufskontrolle und Dokumentation des Therapieerfolges,
- Erstellung, Überprüfung und Anpassung eines die onkologische Erkrankung begleitenden spezifischen Therapiekonzeptes unter Berücksichtigung individueller Faktoren,
- Kontrolle und/oder Behandlung ggf. auftretender therapiebedingter Nebenwirkungen,
- Planung und Koordination der komplementären Arznei-, Heil- und Hilfsmittelversorgung unter besonderer Berücksichtigung der gesicherten onkologischen Erkrankung,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Anleitung und Führung der Bezugs- und Betreuungsperson(en),
- Fortlaufende Überprüfung des häuslichen, familiären und sozialen Umfelds im Hinblick auf die Grunderkrankung,

- Konsiliarische Erörterung/Fachliche Beratung und regelmäßiger Informationsaustausch mit dem onkologisch verantwortlichen Arzt sowie mit weiteren mitbehandelnden Ärzten,
- Überprüfung und Koordination supportiver Maßnahmen,
- Einleitung und/oder Koordination der psychosozialen Betreuung des Patienten und seiner Familie und/oder Bezugs- und Betreuungsperson(en),
- Ggf. Hinzuziehung komplementärer Dienste bzw. häuslicher Krankenpflege,

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 10345 ist nur bei mindestens einer der im Folgenden genannten Erkrankungen berechnungsfähig: Melanom und sonstige bösartige Neubildungen der Haut C43-C44, Kaposi-Sarkom C46, Bösartige Neubildung sonstiger und ungenau bezeichneter Lokalisationen C76, Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildungen C77-C80, Mycosis fungoides C84.0.
Die Gebührenordnungsposition 10345 ist bei laufender medikamentöser, im Sinne einer systemischen Chemotherapie mit z. B. zytostatischen Substanzen, operativer und/oder strahlentherapeutischer Behandlung und/oder bei Betreuung im Rahmen der Nachsorge bis höchstens 2 Jahre nach Beendigung einer medikamentösen, operativen und/oder strahlentherapeutischen Behandlung eines Patienten mit gesicherter onkologischer Erkrankung berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 10345 ist im Behandlungsfall nicht neben den Kostenpauschalen 86510, 86512, 86514, 86516, 86520 und 86522 gemäß Anhang 2 der „Onkologie-Vereinbarung“ (Anlage 7 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä)) berechnungsfähig.

10350 **Balneophototherapie**, einschließlich Kosten — 50,71 € / 398 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Balneophototherapie gemäß Nummer 15 der Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztlicher Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses,
- Dokumentation,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Eingangsuntersuchung,
- Untersuchung im Verlauf,

einmal am Behandlungstag

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 10350 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung Balneophototherapie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.
Bei allen Verfahren zur Balneophototherapie ist eine Behandlungshäufigkeit von 3 bis 5 Anwendungen pro Woche anzustreben. Die Behandlung mittels Balneophototherapie ist auf höchstens 35 Einzelanwendungen beschränkt (Behandlungszyklus). Ein

neuer Behandlungszyklus kann frühestens 6 Monate nach Abschluss eines vorangegangenen Behandlungszyklus erfolgen.
Die Gebührenordnungsposition 10350 enthält alle Kosten, einschließlich der Kosten für die Mittel zur Herstellung der lichtsensibilisierenden Lösung für die Bade-PUVA und Sprechstundenbedarf.
Die Gebührenordnungsposition 10350 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 30430 und 30431 berechnungsfähig.

11 Humangenetische Gebührenordnungspositionen

11.1 Präambel

1. Die in diesem Kapitel aufgeführten Gebührenordnungspositionen können ausschließlich von
   - Fachärzten für Humangenetik,
   - Vertragsärzten mit der Zusatzbezeichnung Medizinische Genetik,
   - Vertragsärzten, die gemäß der Präambel zu ihren Kapiteln zur Abrechnung von Gebührenordnungspositionen dieses Kapitels berechtigt sind,

   berechnet werden.
2. Die Gebührenordnungspositionen 11233 bis 11236 sind nur von Fachärzten für Humangenetik und von Vertragsärzten mit der Zusatzbezeichnung Medizinische Genetik berechnungsfähig.
3. Die Gebührenordnungspositionen 11210 bis 11212 sind nur von Fachärzten für Humangenetik berechnungsfähig.
4. Außer den in diesem Kapitel genannten Gebührenordnungspositionen sind von den in der Präambel genannten Vertragsärzten - unbeschadet der Regelungen gemäß 5 und 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen - zusätzlich nachfolgende Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig: 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 01220 bis 01224, 01226, 01320 bis 01323, 01416, 01418, 01420, 01422, 01424, 01430, 01431, 01435 bis 01437, 01442, 01444, 01450, 01452, 01500 bis 01503, 01610, 01611, 01620, 01621, 01640, 01642, 01643, 01647, 01648, 01670 bis 01672, 01701, 01783, 01788 bis 01790, 01793 bis 01796, 01800, 01802 bis 01811, 01841, 01842, 01869, 01870, 02100, 02101, 02200, 02300 und 02330.
5. Außer den in diesem Kapitel genannten Gebührenordnungspositionen sind bei Vorliegen der entsprechenden Qualifikationsvoraussetzungen von den in der Präambel genannten Vertragsärzten - unbeschadet der Regelungen gemäß 5 und 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen - zusätzlich nachfolgende Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig: 30810 und 30811, Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 30.12 und 37.4 sowie Gebührenordnungspositionen der Kapitel 32, 35 und 40.
6. Die in der Präambel unter 1. aufgeführten Vertragsärzte können die arztgruppenspezifischen Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 19.4.1, 19.4.2, 19.4.3 und 19.4.4 und den Gebührenordnungspositionen 08575 und 08576 berechnen.

7. Gebührenordnungspositionen dieses Kapitels, die im Zusammenhang mit den Gebührenordnungspositionen 01793 bis 01796, 01841, 01842, 08575 und 08576 erbracht werden, sind nach Maßgabe der Kassenärztlichen Vereinigung zu kennzeichnen.
8. Bei der Berechnung der zusätzlichen Gebührenordnungspositionen in den Nummern 4 und 5 sind die Maßnahmen zur Qualitätssicherung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V, die berufsrechtliche Verpflichtung zur grundsätzlichen Beschränkung auf das jeweilige Gebiet sowie die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zu beachten.
9. In den Gebührenordnungspositionen dieses Kapitels sind die Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen 01600 bis 01602 enthalten.
10. Werden die in den Grundpauschalen enthaltenen Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen 01600 und 01601 durchgeführt, sind für die Versendung bzw. den Transport die Kostenpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 40110 und 40111 berechnungsfähig.
11. Die Qualifikationsvoraussetzungen für die Berechnung der Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 32.3.14 und 32.3.15 gemäß Nr. 5 gelten bei den in Nr. 1 genannten Vertragsärzten als erfüllt.
12. Die Arztpraxis, die auf Überweisung kurativ-ambulante Auftragsleistungen nach den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 11.4 durchführt, teilt der überweisenden Arztpraxis zum Zeitpunkt der abgeschlossenen Untersuchung die Gebührenordnungspositionen dieser Leistungen und die Höhe der Kosten gemäß der regionalen Euro-GO getrennt nach Leistungen der Abschnitte 11.4.1, 11.4.2 und 11.4.3 mit. Im Falle der Weiterüberweisung eines Auftrages oder eines Teilauftrages hat jede weiter überweisende Arztpraxis dem vorhergehenden Überweiser die Angaben nach Satz 1 sowohl über die selbst durchgeführten Leistungen als auch über die Leistungen mitzuteilen, die ihr von der Arztpraxis gemeldet wurden, an die sie weiterüberwiesen hatte.

11.2 Humangenetische Grundpauschalen

Grundpauschale

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt und/oder Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Weitere persönliche oder andere Arzt-Patienten-Kontakte gemäß 4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen,
- Ärztlicher Bericht entsprechend der Gebührenordnungsposition 01600,
- Individueller Arztbrief entsprechend der Gebührenordnungsposition 01601,
- Klärung der genetischen Fragestellung,

- Humangenetische Eigenanamnese,
- Humangenetische Familienanamnese,
- In Anhang 1 aufgeführte Leistungen,

einmal im Behandlungsfall

11210 für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr — 47,52 € / 373 Punkte

11211 für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr — 53,00 € / 416 Punkte

11212 für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres — 49,81 € / 391 Punkte

Die Gebührenordnungspositionen 11210 bis 11212 sind nicht neben der Gebührenordnungsposition 01436 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungspositionen 11210 bis 11212 sind im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01600 und 01601 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungspositionen 11210 bis 11212 sind im Krankheitsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 11301 und 19401 berechnungsfähig.

11215 **Hygienezuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 11210 bis 11212,** — 0,25 € / 2 Punkte

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 11215 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.

11228 **Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 11210 bis 11212 für die Behandlung aufgrund einer TSS-Vermittlung und/oder Vermittlung durch den Hausarzt gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.10.1, 4.3.10.2 oder 4.3.10.3,**

einmal im Arztgruppenfall

Die Gebührenordnungsposition 11228 kann durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt werden.
Die Gebührenordnungsposition 11228 ist im Arztgruppenfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 01710 berechnungsfähig.

11.3 Diagnostische Gebührenordnungspositionen

11230 **Wissenschaftlich begründete humangenetische Beurteilung** — 18,22 € / 143 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,

Fakultativer Leistungsinhalt

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

einmal im Krankheitsfall

Die Gebührenordnungsposition 11230 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 08575 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 11230 ist im Krankheitsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01794, 01841, 11233, 11301 und 19401 berechnungsfähig.

11233 **Ausführliche humangenetische Beurteilung** wegen evidentem genetischen und/oder teratogenen Risiko von bis zu 20 Minuten Dauer — 70,45 € / 553 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Detaillierte Erfassung und Analyse des Stammbaums über mindestens 3 Generationen,
- Schriftliche humangenetische Beurteilung zu einem genetischen und/oder teratogenen Risiko,
- Quantifizierung des Risikos durch
  - Einbeziehung weitergehender Untersuchungen
  und/oder
  - Berechnung individueller Wahrscheinlichkeiten
  und/oder
  - Ermittlung genetisch bedingter Wiederholungsrisiken,

Fakultativer Leistungsinhalt

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

einmal im Krankheitsfall

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 11233 setzt die Angabe der Art der Erkrankung voraus.
Die Gebührenordnungsposition 11233 ist im Fall der Beratung eines Erkrankten und seines Partners nur für den Erkrankten berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 11233 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 08575 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 11233 ist im Krankheitsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01794, 01841, 11230, 11301 und 19401 berechnungsfähig.

11234 **Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 11233** — 70,45 € / 553 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Beratung des Patienten und/oder des/der Personensorgeberechtigten,

je vollendete 20 Minuten Arzt-Patienten-Kontaktzeit, bis zu fünfmal im Krankheitsfall

Die Gebührenordnungspositionen 11233 und 11234 sind nur in demselben Quartal berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 11234 ist im Krankheitsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 11235, 11236, 11301 und 19401 berechnungsfähig.

11235 **Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 11233 für eine wissenschaftlich begründete humangenetische Beurteilung in Bezug auf komplexe genetisch bedingte manifeste Erkrankungen bei einem Patienten mit einem Verdacht auf eine seltene, genetische Erkrankung einschließlich der Tumorprädispositionssyndrome** — 96,95 € / 761 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Ausführliche schriftliche wissenschaftlich begründete humangenetische Beurteilung über das genetische und/oder teratogene Risiko unter Einbeziehung der relevanten Vorbefunde,
- Beurteilung der Prognose für den Erkrankten,
- Bestimmung des Risikos einer Erkrankung und/oder Anlageträgerschaft für Nachkommen,
- Schriftliche Zusammenfassung für den Patienten in verständlicher Form, ggf. einschließlich Hinweise auf psychosoziale Unterstützungsangebote und Selbsthilfeeinrichtungen,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Erfassung relevanter Vorbefunde in Kopie,
- Körperliche Untersuchung,
- Fallbezogene wissenschaftliche Recherche,
- Beratung des Patienten und/oder des/der Personensorgeberechtigten,
- Konsiliarische Erörterung/fachliche Beratung mit mitbehandelnden Ärzten sowie mit Ärzten mit indikationsspezifischer Expertise für den Bereich der Verdachtsdiagnose,

je weitere vollendete 20 Minuten Arzt-Patienten-Kontaktzeit, bis zu siebenmal im Krankheitsfall

Die Gebührenordnungsposition 11235 ist nur berechnungsfähig, sofern es sich um einen Verdacht auf eine seltene genetische Erkrankung, die eine Prävalenz von höchstens 5 zu 10.000 aufweist, und es sich gleichzeitig um den Indexpatienten der Familie handelt.
Die Gebührenordnungspositionen 11233 und 11235 sind nur in demselben Quartal berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 11235 ist im Krankheitsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 11234, 11236, 11301 und 19401 berechnungsfähig.

11236 **Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 11233 für eine wissenschaftlich begründete humangenetische Beurteilung in Bezug auf manifeste unklare, schwer abgrenzbare genetisch bedingte Fehlbildungssyndrome und/oder manifeste unklare** — 109,95 € / 863 Punkte

Entwicklungsstörungen bei einem Patienten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Körperliche Untersuchung,
- Foto- und/oder Videodokumentation,
- Erfassung relevanter Vorbefunde in Kopie,
- Fallbezogene wissenschaftliche Recherche,
- Ausführliche schriftliche wissenschaftlich begründete humangenetische Beurteilung,
- Beurteilung der Prognose für den Erkrankten,
- Beratung des Patienten und/oder des Personensorgeberechtigten,
- Schriftliche Zusammenfassung für den Patienten und/oder die/den Personensorgeberechtigte(n) in verständlicher Form, ggf. einschließlich Hinweise auf psychosoziale Unterstützungsangebote und Selbsthilfeeinrichtungen,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Konsiliarische Erörterung/fachliche Beratung mit mitbehandelnden Ärzten sowie mit Ärzten mit indikationsspezifischer Expertise für den Bereich der Verdachtsdiagnose,

je weitere vollendete 20 Minuten Arzt-Patienten-Kontaktzeit, bis zu neunmal im Krankheitsfall

Die Gebührenordnungsposition 11236 ist nur berechnungsfähig, sofern es sich bei dem Patienten um den Indexpatienten der Familie handelt und eines der folgenden Kriterien erfüllt ist:

- *Es liegt eine isolierte Intelligenzminderung, die mindestens einem IQ kleiner 70 entspricht, - dokumentiert im Rahmen einer neuropädiatrischen und/oder entwicklungsneurologischen Vordiagnostik klinisch und/oder mit standardisierten Testverfahren - vor.*
- *Postnatal bestehen lebensbeeinträchtigende Fehlbildungen und/oder Anomalien in zwei oder mehr Organsystemen.*

Die Gebührenordnungspositionen 11233 und 11236 sind nur in demselben Quartal berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 11236 ist im Krankheitsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 11234, 11235, 11301 und 19401 berechnungsfähig.

11.4 In-vitro-Diagnostik konstitutioneller genetischer Veränderungen

1. Die Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 11.4 sind nur für die In-vitro-Diagnostik konstitutioneller genetischer Veränderungen in Geweben und Organen berechnungsfähig. Genexpressionsanalysen sowie Analysen freier Nukleinsäuren im Plasma sind nach diesem Abschnitt nicht berechnungsfähig.
2. Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 11.4.2 und 11.4.3 setzt die Angabe voraus, ob die Leistungen als diagnostische, prädiktive oder als vorgeburtliche Untersuchungen durchgeführt wurden.

Die Gebührenordnungspositionen 11716, 11717, 11719, 11724 bis 11727 und 11730 sind im Ausnahmefall bei medizinischer Notwendigkeit auch vorgeburtlich berechnungsfähig, sofern die genetische Untersuchung geeignet ist, therapeutische Möglichkeiten zu eröffnen und/oder das peripartale Management zu beeinflussen. Die medizinische Notwendigkeit muss einzelfallbezogen bei der Abrechnung gegenüber der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung schriftlich nachgewiesen werden. Für den Nachweis ist das Vorliegen eines auffälligen Befundes aus einer Untersuchung mittels Ultraschall durch einen besonders qualifizierten Untersucher gemäß der Mutterschafts-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses erforderlich, in dem Hinweise auf möglicherweise genetisch bedingte Auffälligkeiten festgestellt wurden.

Vorgeburtliche Untersuchungen stellen je Fötus eigenständige Krankheitsfälle dar und sind nach Maßgabe der Kassenärztlichen Vereinigung zu kennzeichnen. Die Höchstwerte sind entsprechend für die Versicherte/den Versicherten und je Fötus gesondert anzuwenden.

3. Vor Durchführung einer Leistung nach den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 11.4.2 und 11.4.3 sind die Voraussetzungen gemäß § 6 der Qualitätssicherungsvereinbarung Molekulargenetik gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zu überprüfen und falls erforderlich, festzustellen. Liegen zum Indexpatienten keine oder nur unvollständige Informationen vor, so ist dies mit einer Begründung anzugeben. Gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung ist lediglich die Kenntnis der Information anzugeben.
4. Die Gebührenordnungspositionen 11715 bis 11719 und 11723 sind nur berechnungsfähig, sofern es sich um einen Verdacht auf eine konstitutionelle genetische Veränderung bei einer syndromalen genetischen Erkrankung oder um einen Verdacht auf eine seltene genetische Erkrankung, die eine Prävalenz von höchstens 5 zu 10.000 aufweist, handelt. Die Gebührenordnungspositionen 11721, 11722, 11724 bis 11728 und 11730 sind nur berechnungsfähig, sofern es sich um einen Verdacht auf eine seltene genetische Erkrankung, die eine Prävalenz von höchstens 5 zu 10.000 aufweist, handelt.
5. Darüber hinaus sind die Gebührenordnungspositionen 11719 und 11724 bis 11727 gemäß einer Indikationsstellung nach § 6 der Qualitätssicherungsvereinbarung Molekulargenetik gemäß § 135 Abs. 2 SGB V mit nachfolgender Ausnahme ausschließlich für den Indexpatienten der Familie berechnungsfähig: sofern nach einer Prüfung gemäß Nr. 3 zum Indexpatienten keine oder nur unvollständige Informationen bezogen auf das Untersuchungsziel vorliegen, sind die Gebührenordnungspositionen 11719 und 11724 bis 11727 mit ausführlicher Begründung der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall berechnungsfähig.
6. Sofern eine genetische Untersuchung durchgeführt wird, ist zu prüfen, ob bei einem anderen Mitglied der Familie die krankheitsauslösende(n) oder krankheitsrelevante(n) Mutation(en) genetisch gesichert wurde(n). Als Familie im Sinne dieses Abschnitts werden genetisch verwandte Personen bezeichnet. Ist (Sind) in der Familie (eine) krankheitsauslösende Mutation(en) gesichert und

gemäß der dritten Bestimmung zu diesem Abschnitt festgestellt, so sind nur die Gebührenordnungsposition 11723 sowie die Gebührenordnungspositionen "bei bekannter Mutation" des Abschnitts 11.4.2 berechnungsfähig. Voraussetzung für die Berechnungsfähigkeit der Gebührenordnungsposition 11723 ist weiterhin, dass die gesuchte Mutation eine medizinische Relevanz gemäß den Indikationen des Abschnitts 11.4.2 oder 11.4.3 aufweist. Wird das Untersuchungsziel durch die Beschränkung auf die bekannte(n) Mutation(en) des/ der Indexpatienten nicht erreicht, sind darüber hinausgehende Untersuchungen nur mit ausführlicher Begründung der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall berechnungsfähig.

7. Als Indexpatient wird eine erkrankte und genetisch mit dem Versicherten verwandte Person und als Anlagenträger ein (noch) symptomfreier Versicherter mit nachgewiesener Mutation bezeichnet. Eine Risikoperson ist ein Versicherter mit formalgenetisch möglicher Anlageträgerschaft. Die Untersuchung auf Anlageträgerschaft setzt eine Indikation gemäß § 3 Nr. 8 Gendiagnostikgesetz voraus.
8. Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 11721 bis 11728 und 11730 bis 11732 setzt die Begründung, die die Art der Erkrankung enthält, und die Angabe der Art der Untersuchung (Gensymbol nach HGNC) voraus.
9. Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 11.4.2 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung Molekulargenetik gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.
10. Der Leistungsinhalt der Gebührenordnungspositionen 11724 bis 11727 ist durch den Umfang der für die Fragestellung auszuwertenden kodierenden Sequenzlänge bestimmt, nicht durch die Sequenzlänge der Rohdaten.
11. Sofern (eine) indikationsbezogene genetische Untersuchung(en) mit (einer) Gebührenordnungsposition(en) des Abschnitts 11.4.2 vorgenommen werden kann/können, sind die Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 11.4.2 zu berechnen. Der Untersuchungsumfang der indikationsbezogenen Diagnostik nach Abschnitt 11.4.2 ist für diese Indikation abschließend.
12. Die vollständige Untersuchung eines Gens umfasst mindestens die Mutationsanalyse der kodierenden Sequenzen (Exone) und der transkriptions- und translationsrelevanten flankierenden Signalsequenzen.
13. Untersuchungen, die zur Amplifikations-, Kontaminations- oder Identitätskontrolle eingesetzt werden, sind nicht gesondert berechnungsfähig.
14. Untersuchungen zur Abklärung, ob genetische Eigenschaften vorliegen, die die Metabolisierung oder Wirkung eines Arzneimittels beeinflussen können, sind nicht nach den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 11.4.3 berechnungsfähig.
15. Die Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 11.4 - mit Ausnahme der Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 11.4.1 und der zytogenetischen Leistungen nach den

Gebührenordnungspositionen 11715 bis 11719 - unterliegen einer Staffelung je Arztpraxis in Abhängigkeit von der im Quartal abgerechneten Gesamtpunktzahl der Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 11.4. Gebührenordnungspositionen, bei denen eine gesonderte Staffelungsregelung gilt, werden hierbei nicht berücksichtigt. Rechnet die Arztpraxis mehr als 841.769 Punkte nach den in Satz 1 und 2 definierten Leistungen ab (Punktschwelle), wird die Bewertung der über die Punktschwelle hinaus abgerechneten Leistungen für Gebührenordnungspositionen der in Satz 1 und 2 definierten Leistungen um 20 % vermindert. Diese Verminderung gilt auch für Höchstwerte von Behandlungsfällen, bei denen die Punktschwelle bereits überschritten wurde.

16. Genetische Untersuchungen bei Verdacht auf hereditäres Mamma- und Ovarialkarzinom (HBOC) sind ausschließlich nach den Gebührenordnungspositionen 11440 und 11450 berechnungsfähig.
17. Für die Bestimmung der Staffelungen nach diesem Abschnitt mit Bezug auf die Arztpraxis gilt: Für die Staffelung werden die in sämtlichen Betriebs- und Nebenbetriebsstätten einer Arztpraxis erbrachten Gesamtpunktzahlen zusammengefasst. Unter den Begriff „Arztpraxis“ fallen Einzelpraxen, Praxen mit angestellten Ärzten, (Teil-)Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinische Versorgungszentren, ermächtigte Ärzte und ermächtigte Einrichtungen.
18. Der gemeinsame Höchstwert für die Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 11.4.2 und 11.4.3 - mit Ausnahme der Gebührenordnungspositionen 11715 bis 11719 - beträgt 30.538 Punkte im Krankheitsfall.
19. Die Gebührenordnungspositionen 11305, 11727 und 11743 sind nur von Fachärzten für Humangenetik und Fachärzten mit der Zusatzbezeichnung Medizinische Genetik berechnungsfähig.

11.4.1 Pauschalen der in-vitro-Diagnostik konstitutioneller genetischer Veränderungen

11301 **Grundpauschale humangenetische in-vitro-Diagnostik bei Probeneinsendung** — 28,28 € / 222 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Prüfung der Indikationsstellung,
- Probenaufarbeitung,
- Ärztliche Beurteilung und Befundung,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Prüfung der Indikationsstellung auf Grundlage zugesandter schriftlicher Unterlagen,
- Konsultation des Überweisers zum Auftrag,
- Probenvernichtung,

zweimal im Krankheitsfall

Die Gebührenordnungsposition 11301 ist im Behandlungsfall nicht neben Versicherten-, Grund- und/oder Konsiliarpauschalen und nicht neben der Gebührenordnungsposition 01870 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 11301 ist im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03100 von der Vertragsarztpraxis, die die Gebührenordnungsposition 03100 berechnet hat, für denselben Patienten nicht berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 11301 ist im Krankheitsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01727, 11210 bis 11212, 11230, 11233 bis 11236, 11303, 11743 und 19401 berechnungsfähig.

11302 **Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 11.4.2 und den Gebührenordnungspositionen 11716 bis 11719, 11721 bis 11726, 11728 und 11730 für Gemeinkosten und die wissenschaftliche ärztliche Beurteilung und Befundung komplexer genetischer Analysen im individuellen klinischen Kontext bei seltenen Erkrankungen** 118,10 € 927 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Ärztliche Beurteilung des Untersuchungsumfangs der erforderlichen genetischen Untersuchungen,
- Schriftlicher Befundbericht mit wissenschaftlich begründeter Beurteilung,

einmal im Krankheitsfall

Die Gebührenordnungspositionen 11302 und 11305 unterliegen einer Staffelung je Arztpraxis in Abhängigkeit von der im Quartal abgerechneten Gesamtpunktzahl der Gebührenordnungspositionen 11302 und 11305. Rechnet die Arztpraxis mehr als 1.413.278 Punkte nach den Gebührenordnungspositionen 11302 und 11305 ab (Punktschwelle), wird die Bewertung der über die Punktschwelle hinaus abgerechneten Leistungen für die Gebührenordnungspositionen 11302 und 11305 um 20 % vermindert. Diese Verminderung gilt auch für den Höchstwert von Behandlungsfällen, bei denen die Punktschwelle für die Untersuchungen nach den Gebührenordnungspositionen 11302 und 11305 bereits überschritten wurde.
Der Höchstwert für die Untersuchungen nach den Gebührenordnungspositionen 11302 und 11305 beträgt 1.159 Punkte im Krankheitsfall.
Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 11302 setzt die Kodierung nach ICD-10-GM unter Angabe des Zusatzkennzeichens für die Diagnosensicherheit voraus.
Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 11302 setzt eine Dokumentation der nachgewiesenen Variante oder Mutation in einer öffentlich zugänglichen Datenbank voraus, sofern diese Variante oder Mutation im Befund enthalten und bisher nicht in der Datenbank dokumentiert ist.
Die Gebührenordnungsposition 11302 kann entgegen Nr. 4.4.2 der Allgemeinen Bestimmungen auch in einem Folgequartal berechnet werden.

Die Gebührenordnungsposition 11302 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 11731 und 11732 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 11302 ist im Krankheitsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 11303, 11601 und 19401 berechnungsfähig.

11303 **Erneute Beurteilung und Befundung von Varianten mit unklarer klinischer oder wahrscheinlich pathogener Relevanz aus genetischen Analysen nach den Gebührenordnungspositionen 11719 und 11724 bis 11727, deren letzte Beurteilung mindestens ein Jahr zurückliegt, gemäß internationalen Standards** — 62,68 € / 492 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Schriftlicher Befundbericht mit wissenschaftlich begründeter Beurteilung,

einmal im Krankheitsfall

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 11303 setzt die Kodierung nach ICD-10-GM unter Angabe des Zusatzkennzeichens für die Diagnosensicherheit voraus.
Die Durchführung und Abrechnung der Gebührenordnungsposition 11303 setzt eine erneute Indikationsstellung im Rahmen eines persönlichen Arzt-Patienten-Kontaktes seitens des veranlassenden bzw. seitens des eigenerbringenden Arztes voraus.
Die Gebührenordnungsposition 11303 ist als Übergangsregelung bis zum 1. Oktober 2029 auch dann berechnungsfähig, sofern die genetischen Analysen nach den Gebührenordnungspositionen 11508 und 11513 (gültig bis zum 30. September 2026) durchgeführt wurden.
Die Gebührenordnungsposition 11303 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 11732 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 11303 ist im Krankheitsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 11301, 11302, 11305 und 19401 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 11.4.2 und 11.4.3 berechnungsfähig.

11305 **Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 11727 und 11743 für Gemeinkosten und die wissenschaftliche ärztliche Beurteilung und Befundung komplexer genetischer Analysen im individuellen klinischen Kontext bei seltenen Erkrankungen** — 147,66 € / 1159 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Ärztliche Beurteilung des Untersuchungsumfangs der erforderlichen genetischen Untersuchungen,
- Schriftlicher Befundbericht mit wissenschaftlich begründeter Beurteilung,

einmal im Krankheitsfall

Die Gebührenordnungspositionen 11302 und 11305 unterliegen einer Staffelung je Arztpraxis in Abhängigkeit von der im Quartal abgerechneten Gesamtpunktzahl der Gebührenordnungspositionen 11302 und 11305. Rechnet die Arztpraxis mehr als 1.413.278

Punkte nach den Gebührenordnungspositionen 11302 und 11305 ab (Punktschwelle), wird die Bewertung der über die Punktschwelle hinaus abgerechneten Leistungen für die Gebührenordnungspositionen 11302 und 11305 um 20 % vermindert. Diese Verminderung gilt auch für den Höchstwert von Behandlungsfällen, bei denen die Punktschwelle für die Untersuchungen nach den Gebührenordnungspositionen 11302 und 11305 bereits überschritten wurde.
Der Höchstwert für die Untersuchungen nach den Gebührenordnungspositionen 11302 und 11305 beträgt 1.159 Punkte im Krankheitsfall.
Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 11305 setzt die Kodierung nach ICD-10-GM unter Angabe des Zusatzkennzeichens für die Diagnosensicherheit voraus.
Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 11305 setzt eine Dokumentation der nachgewiesenen Variante oder Mutation in einer öffentlich zugänglichen Datenbank voraus, sofern diese Variante oder Mutation im Befund enthalten und bisher nicht in der Datenbank dokumentiert ist.
Die Gebührenordnungsposition 11305 kann entgegen Nr. 4.4.2 der Allgemeinen Bestimmungen auch in einem Folgequartal berechnet werden.
Die Gebührenordnungsposition 11305 ist nur für Fachärzte für Humangenetik oder Fachärzte mit der Zusatzbezeichnung Medizinische Genetik berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 11305 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 11731 und 11732 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 11305 ist im Krankheitsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 11303, 11601 und 19401 berechnungsfähig.

11.4.2 Indikationsbezogene genetische in-vitro-Diagnostik monogener Erkrankungen

11352 **Cystische Fibrose - vollständige Untersuchung des CFTR-Gens,** 1.148,67 €
einmal im Krankheitsfall 9016 Punkte

Der Höchstwert für die Untersuchungen nach den Gebührenordnungspositionen 01727 und 11352 beträgt 9.016 Punkte im Krankheitsfall.
Die Gebührenordnungsposition 11352 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 11731 und 11732 berechnungsfähig.

11356 **Noonan-Syndrom - vollständige Untersuchung mindestens der Gene PTPN11, SOS1, RAF1, RIT1, BRAF und KRAS,** 2.110,83 €
16568 Punkte
einmal im Krankheitsfall

Die Gebührenordnungsposition 11356 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 11731 und 11732 berechnungsfähig.

11360 **Fragiles-X- und Fragiles-X-assoziiertes Tremor-/Ataxie-Syndrom - Analyse einer Repeat-Expansion - auch bei bekannter Mutation** — 250,22 € / 1964 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Untersuchung auf eine CGG-Expansion im FMR1-Gen,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Untersuchung auf eine CGG-Expansion mit Analyse des Methylierungsstatus im FMR1-Gen bei einem Erkrankten oder bei einer weiblichen Risikoperson,

einmal im Krankheitsfall

Die Gebührenordnungsposition 11360 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 11731 und 11732 berechnungsfähig.

11371 **Muskeldystrophie Typ Duchenne/Becker - vollständige Untersuchung des Dystrophin-Gens,** — 2.110,83 € / 16568 Punkte

einmal im Krankheitsfall

Die Gebührenordnungsposition 11371 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 11731 und 11732 berechnungsfähig.

11380 **Chorea Huntington - auch bei bekannter Mutation** — 102,18 € / 802 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Untersuchung auf eine CAG-Repeat-Expansion im Huntingtin-Gen,

einmal im Krankheitsfall

Die Gebührenordnungsposition 11380 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 11731 und 11732 berechnungsfähig.

11390 **Myotone Dystrophie Typ 1** (DM1, Curschmann-Steinert) **- Analyse einer Repeat-Expansion - auch bei bekannter Mutation** — 200,92 € / 1577 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Untersuchung des DMPK-Gens auf eine CTG-Expansion,

einmal im Krankheitsfall

Die Gebührenordnungsposition 11390 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 11731 und 11732 berechnungsfähig.

11395 **Myotone Dystrophie Typ 2** (DM2, PROMM) **- Analyse einer Repeat-Expansion - auch bei bekannter Mutation** — 186,01 € / 1460 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Untersuchung des ZNF9-Gens auf eine CCTG-Expansion,

einmal im Krankheitsfall

Die Gebührenordnungsposition 11395 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 11731 und 11732 berechnungsfähig.

11401 **Hämophilie A - vollständige Untersuchung des F8-Gens,** — 1.148,67 € / 9016 Punkte

einmal im Krankheitsfall

Die Gebührenordnungsposition 11401 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 11731 und 11732 berechnungsfähig.

11410 **Spinale Muskelatrophie - Untersuchung auf eine Deletion und Duplikation des SMN1- und SMN2-Gens - auch bei bekannter Mutation** — 223,34 € / 1753 Punkte

Fakultativer Leistungsinhalt

- Vollständige Untersuchung des SMN1-Gens,

einmal im Krankheitsfall

Die Gebührenordnungsposition 11410 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 11731 und 11732 berechnungsfähig.

11420 **Sensorineurale Schwerhörigkeit Typ I** — 346,79 € / 2722 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Untersuchung auf eine Mutation im GJB2-Gen (Connexin 26)

und/oder

- Untersuchung auf die Deletion del(GJB6-D13S1830) im GJB6-Gen (Connexin 30),

einmal im Krankheitsfall

Die Gebührenordnungsposition 11420 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 11731 und 11732 berechnungsfähig.

11431 **Lynch-Syndrom (Hereditäres non-polypöses kolorektales Karzinom, HNPCC) - Untersuchung bei einer nachgewiesenen Mikrosatelliteninstabilität entsprechend den Gebührenordnungspositionen 19426 oder 19464 und/oder einer immunhistochemischen Expressionsminderung eines der Gene MLH1, PMS2, MSH2 oder MSH6 um mehr als 50 % im Tumorgewebe** — 1.148,67 € / 9016 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Vollständige Untersuchung auf konstitutionelle Deletionen und Mutationen der Gene
  - MLH1 und/oder PMS2

  oder
  - MSH2 und/oder MSH6,

einmal im Krankheitsfall

Die Gebührenordnungsposition 11431 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 11731 und 11732 berechnungsfähig. Die Gebührenordnungsposition 11431 ist im Krankheitsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 11432 berechnungsfähig.

11432 **Lynch-Syndrom** (Hereditäres non-polypöses kolorektales Karzinom, **HNPCC) - Untersuchung wenn kein Tumormaterial vorliegt** — 2.110,83 € / 16568 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Untersuchung auf Deletionen, Duplikationen und Mutationen der Gene MLH1, MSH2, MSH6 und PMS2,

einmal im Krankheitsfall

Die Gebührenordnungsposition 11432 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 11731 und 11732 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 11432 ist im Krankheitsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 11431, 19426 und 19464 berechnungsfähig.

11440 **Hereditäres Mamma- und Ovarialkarzinom (HBOC)** 2.110,83 €
16568 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Vollständige Untersuchung der Gene BRCA1 und BRCA2,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Untersuchung weiterer Gene,

einmal im Krankheitsfall

Nach dem Nachweis einer Mutation in den Genen BRCA1 und/oder BRCA2 mittels der Untersuchung gemäß der Gebührenordnungsposition 19456 ist die Untersuchung zur Bestätigung als konstitutionelle Mutation nur über die Gebührenordnungsposition 11450 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 11440 unterliegt einer Staffelung je Arztpraxis in Abhängigkeit von der im Quartal erbrachten Anzahl der Leistungen gemäß der Gebührenordnungsposition 11440. Ab der 49. Leistung wird die Bewertung der darüber hinaus abgerechneten Leistungen für die Gebührenordnungsposition 11440 um 25 % vermindert.
Die Gebührenordnungsposition 11440 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 11731 und 11732 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 11440 ist im Krankheitsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 11450 und 11601 berechnungsfähig.

11444 **Marfan-Syndrom und Typ 1 Fibrillinopathien - vollständige Untersuchung des FBN1-Gens** 1.148,67 €
9016 Punkte

Fakultativer Leistungsinhalt

- Vollständig Untersuchung der Gene TGFBR1 und/oder TGFBR2,

einmal im Krankheitsfall

Der Höchstwert für die Untersuchungen nach den Gebührenordnungspositionen 11444 und 11446 beträgt 9.016 Punkte im Krankheitsfall.
Die für die Gebührenordnungsposition 11444 erforderliche Vollständigkeit der Untersuchung gilt als erfüllt, wenn mit dem durchgeführten Analyseumfang bereits die Diagnose eines Marfan-Syndroms bzw. einer Typ-1-Fibrillinopathie gestellt werden kann.
Die Gebührenordnungsposition 11444 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 11731 und 11732 berechnungsfähig.

11446 **Ehlers-Danlos-Syndrom, vaskulärer Typ (Typ IV) - vollständige Untersuchung des COL3A1-Gens,** 1.148,67 €
9016 Punkte

einmal im Krankheitsfall

Der Höchstwert für die Untersuchungen nach den Gebührenordnungspositionen 11444 und 11446 beträgt 9.016 Punkte im Krankheitsfall.
Die Gebührenordnungsposition 11446 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 11731 und 11732 berechnungsfähig.

11450 **Hereditäres Mamma- und Ovarialkarzinom (HBOC) - Untersuchung auf eine oder mehrere konstitutionelle Mutation(en)** 163,33 € 1282 Punkte

- bei bekannter Mutation bei genetisch verwandten Personen

und/oder

- einer nachgewiesenen Mutation in Tumorgewebe,

einmal im Krankheitsfall

Die Gebührenordnungsposition 11450 ist im Krankheitsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 11440 und 11723 berechnungsfähig.

11.4.3 In-vitro-Diagnostik konstitutioneller genetischer Veränderungen

1. Für Leistungen, die nach Abschnitt 11.4.3 berechnungsfähig sind, ist eine Stufendiagnostik durchzuführen.
2. Die Gebührenordnungspositionen 11724 bis 11727, 11730, 11732 und 11743 unterliegen einer Staffelung je Arztpraxis in Abhängigkeit von der im Quartal abgerechneten Gesamtpunktzahl der Gebührenordnungspositionen 11724 bis 11727, 11730, 11732 und 11743. Rechnet die Arztpraxis mehr als 3.964.594 Punkte nach den Gebührenordnungspositionen 11724 bis 11727, 11730, 11732 und 11743 ab (Punktschwelle), wird die Bewertung der über die Punktschwelle hinaus abgerechneten Leistungen für die Gebührenordnungspositionen 11724 bis 11727, 11730, 11732 und 11743 um 25 % vermindert. Diese Verminderung gilt auch für Höchstwerte von Behandlungsfällen, bei denen diese Punktschwelle bereits überschritten wurde.

Zusatzpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 11700 bis 11708 bei klinischen Symptomen und/oder bei begründetem Verdacht auf eine genetisch bedingte Erkrankung einer der nachfolgenden entsprechend der Untersuchungsindikation zugeordneten Erkrankungsgruppen

Obligater Leistungsinhalt

- Festlegung des wirtschaftlichen Analysenumfangs,

einmal im Krankheitsfall

11700 **Isolierte Organerkrankungen** 0,38 € 3 Punkte

11701 **Metabolische oder endokrine Erkrankungen** 0,38 € 3 Punkte

11702 **Syndrome mit Fehlbildungen und/oder Wachstumsstörungen** 0,38 € 3 Punkte

11703 **Neurologische, motorische und/oder Entwicklungsstörungen** 0,38 €

3 Punkte

11704 **Erkrankungen des hämostaseologischen und/oder blutbildenden Systems einschließlich des Immunsystems** 0,38 €
3 Punkte

11705 **Erkrankungen der Sinnesorgane** 0,38 €
3 Punkte

11706 **Erbliche Tumorerkrankungen** 0,38 €
3 Punkte

11707 **Erkrankungen des Haut-, Bindegewebe- und/oder Skelettsystems** 0,38 €
3 Punkte

11708 **Kardiale Erkrankungen** 0,38 €
3 Punkte

Die zweimalige Berechnung der Gebührenordnungspositionen 11700 bis 11708 im Krankheitsfall setzt eine erneute Indikationsstellung im Rahmen eines persönlichen Arzt-Patienten-Kontaktes seitens des veranlassenden bzw. seitens des eigenerbringenden Arztes voraus.
Die Gebührenordnungsposition 11706 ist für genetische Untersuchungen bei Verdacht auf hereditäres Mamma- und Ovarialkarzinom (HBOC) nicht berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungspositionen 11700 bis 11708 sind im Krankheitsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 11303 berechnungsfähig.

11715 **Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 11716 und 11717 für die Anwendung eines Kulturverfahrens zur Anzucht von Zellen und Präparation der Zellkerne zu weiteren Analysen** 132,75 €
1042 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Anlage einer Kultur,
- Aufbringen der Zellen auf Träger zu weiteren Analysen,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Anlage weiterer Kulturen,
- Langzeitkultur,
- Wachstumsfaktoren,
- Differenzierungsfaktoren,

einmal im Krankheitsfall

Die Gebührenordnungsposition 11715 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 11731 und 11732 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 11715 ist im Krankheitsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01793 und 11303 berechnungsfähig.

11716 **Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 11700 bis 11708 für die postnatale Bestimmung des konstitutionellen Karyotyps mittels lichtmikroskopischer Bänderungsanalyse** 120,52 €
946 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- G- und/oder R-Bänderungsanalyse,
- Bilddokumentation des Karyotyps von mindestens vier Metaphasen,

- Befundung des Karyotyps unter Verwendung des aktuellen International System for Human Cytogenomic Nomenclature,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Weitere Färbungen,

einmal im Krankheitsfall

Die Gebührenordnungsposition 11716 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 11731 und 11732 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 11716 ist im Krankheitsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01793 und 11303 berechnungsfähig.

11717 **Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 11700 bis 11708 für die postnatale molekularzytogenetische Charakterisierung konstitutioneller chromosomaler Aberrationen an Inter- oder Metaphasen mittels In-situ-Hybridisierung** 63,32 € 497 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Auswertung von mindestens 10 Zellen,
- Bilddokumentation von mindestens 3 Zellen oder bei mehreren Zielsequenzen mindestens 2 Zellen je Zielsequenz,
- Befundung unter Verwendung des aktuellen International System for Human Cytogenomic Nomenclature,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Vorbereitung und Aufbringen der Zellen auf Träger,

je Zielsequenz

Der Höchstwert für die Untersuchungen nach der Gebührenordnungsposition 11717 beträgt 3.479 Punkte im Krankheitsfall.
Der Höchstwert für die Untersuchungen nach den Gebührenordnungspositionen 11717 bis 11719 beträgt 11.881 Punkte im Krankheitsfall.
Die Gebührenordnungsposition 11717 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 11731 und 11732 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 11717 ist im Krankheitsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01793 und 11303 berechnungsfähig.

11718 **Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 11700 bis 11708 für die Untersuchung einer uniparentalen Disomie** 73,64 € 578 Punkte

Fakultativer Leistungsinhalt

- Befundung des Karyotyps unter Verwendung des aktuellen International System for Human Cytogenomic Nomenclature,

einmal im Krankheitsfall

Erfolgt die Untersuchung mittels STR-Analyse, ist die Untersuchung mit mindestens acht polymorphen Zielsequenzen durchzuführen.
Der Höchstwert für die Untersuchungen nach den Gebührenordnungspositionen 11717 bis 11719 beträgt 11.881 Punkte im Krankheitsfall.

Die Gebührenordnungsposition 11718 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 11731 und 11732 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 11718 ist im Krankheitsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 11303 berechnungsfähig.

11719 **Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 11700 bis 11708 für die postnatale gesamtgenomische Untersuchung auf konstitutionelle Imbalancen** — 1.123,45 € / 8818 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Untersuchung auf Mikrodeletionen und -duplikationen mit einer diagnostischen Auflösung von 50 kb oder besser,
- Befundung des Karyotyps unter Verwendung des aktuellen International System for Human Cytogenomic Nomenclature und/ oder Human Genome Variation Society,

einmal im Krankheitsfall

Die Gebührenordnungsposition 11719 ist nur berechnungsfähig, wenn die Fragestellung aufgrund der Analyseergebnisse entsprechend der Gebührenordnungsposition 11716 nicht beantwortet werden konnte.
Der Höchstwert für die Untersuchungen nach den Gebührenordnungspositionen 11717 bis 11719 beträgt 11.881 Punkte im Krankheitsfall.
Die Gebührenordnungsposition 11719 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 11731 und 11732 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 11719 ist im Krankheitsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 11303 berechnungsfähig.

11721 **Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 11700 bis 11708 für den gezielten Nachweis oder Ausschluss einer krankheitsrelevanten oder krankheitsauslösenden konstitutionellen genomischen Punktmutation, Deletion, Duplikation oder Inversion in kodierenden oder regulatorischen Sequenzen,** — 24,84 € / 195 Punkte

je Zielsequenz

Der Höchstwert für die Untersuchung nach der Gebührenordnungsposition 11721 beträgt 1.950 Punkte im Krankheitsfall.
Die Gebührenordnungsposition 11721 ist nur berechnungsfähig, sofern die Mutation Bestandteil der Zielsequenz ist. Darüber hinaus ist die Gebührenordnungsposition 11721 nur einmal je Mutationsstelle berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 11721 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 11731 und 11732 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 11721 ist im Krankheitsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 11303 berechnungsfähig.

11722 **Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 11700 bis 11708 für die Untersuchung auf konstitutionelle epigenetische Veränderungen mittels methylierungssensitiver Techniken,**
je Zielsequenz
72,75 €
571 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 11722 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 11731 und 11732 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 11722 ist im Krankheitsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 11303 berechnungsfähig.

11723 **Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 11700 bis 11708 für die Untersuchung auf eine oder mehrere bei genetisch verwandten Personen bekannte konstitutionelle Mutation(en),**
einmal im Krankheitsfall
163,33 €
1282 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 11723 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 11731 und 11732 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 11723 ist im Krankheitsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 11303 und 11450 berechnungsfähig.

11724 **Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 11700 bis 11708 für die postnatale Untersuchung eines oder mehrerer Genabschnitte in einem oder in mehreren Genen oder eine postnatale Einzel- und/oder Multigenanalyse von bis zu 3 kb kodierender Sequenz einschließlich bioinformatischer Auswertung gemäß internationalen Standards,**
einmal im Krankheitsfall
365,01 €
2865 Punkte

Der Höchstwert für die Untersuchungen nach den Gebührenordnungspositionen 11724 und 11732 beträgt 2.865 Punkte im Krankheitsfall.
Der Höchstwert für die Untersuchungen nach den Gebührenordnungspositionen 11724, 11725 und 11732 beträgt 9.490 Punkte im Krankheitsfall.
Der Höchstwert für die Untersuchungen nach den Gebührenordnungspositionen 11724 bis 11726 und 11732 beträgt 17.440 Punkte im Krankheitsfall.
Der Höchstwert für die Untersuchungen nach den Gebührenordnungspositionen 11724 bis 11727 und 11732 beträgt 18.686 Punkte im Krankheitsfall.
Die Gebührenordnungsposition 11724 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 11731 und 11732 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 11724 ist im Krankheitsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 11303 berechnungsfähig.

11725 **Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 11700 bis 11708 für die postnatale Untersuchung eines oder mehrerer Genabschnitte in einem oder in mehreren Genen oder eine postnatale Einzel- und/oder Multigenanalyse von mehr als 3 kb bis zu 10 kb**
1.209,06 €
9490 Punkte

kodierender Sequenz einschließlich bioinformatischer Auswertung gemäß internationalen Standards,

einmal im Krankheitsfall

Der Höchstwert für die Untersuchungen nach den Gebührenordnungspositionen 11724, 11725 und 11732 beträgt 9.490 Punkte im Krankheitsfall.
Der Höchstwert für die Untersuchungen nach den Gebührenordnungspositionen 11724 bis 11726 und 11732 beträgt 17.440 Punkte im Krankheitsfall.
Der Höchstwert für die Untersuchungen nach den Gebührenordnungspositionen 11724 bis 11727 und 11732 beträgt 18.686 Punkte im Krankheitsfall.
Die Gebührenordnungsposition 11725 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 11731 und 11732 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 11725 ist im Krankheitsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 11303 berechnungsfähig.

11726 **Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 11700 bis 11708 für die postnatale Untersuchung eines einzelnen Gens oder eine postnatale Multigenanalyse von mehr als 10 kb bis zu 40 kb kodierender Sequenz einschließlich bioinformatischer Auswertung gemäß internationalen Standards,** 2.221,93 € 17440 Punkte

einmal im Krankheitsfall

Der Höchstwert für die Untersuchungen nach den Gebührenordnungspositionen 11724 bis 11726 und 11732 beträgt 17.440 Punkte im Krankheitsfall.
Der Höchstwert für die Untersuchungen nach den Gebührenordnungspositionen 11724 bis 11727 und 11732 beträgt 18.686 Punkte im Krankheitsfall.
Der Höchstwert für die Untersuchungen nach den Gebührenordnungspositionen 11726 und 11730 beträgt 21.135 Punkte im Krankheitsfall.
Die Gebührenordnungsposition 11726 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 11731 und 11732 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 11726 ist im Krankheitsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 11303 berechnungsfähig.

11727 **Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 11700 bis 11708 für die postnatale Untersuchung eines einzelnen Gens oder eine postnatale Multigenanalyse von mehr als 40 kb kodierender Sequenz einschließlich bioinformatischer Auswertung gemäß internationalen Standards,** 2.380,67 € 18686 Punkte

einmal im Krankheitsfall

Der Höchstwert für die Untersuchungen nach den Gebührenordnungspositionen 11724 bis 11727 und 11732 beträgt 18.686 Punkte im Krankheitsfall.

Der Höchstwert für die Untersuchungen nach den Gebührenordnungspositionen 11727 und 11730 beträgt 21.813 Punkte im Krankheitsfall.
Die Gebührenordnungsposition 11727 ist nur von Fachärzten für Humangenetik und Fachärzten mit der Zusatzbezeichnung Medizinische Genetik berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 11727 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 11731 und 11732 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 11727 ist im Krankheitsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 11303 und 11743 berechnungsfähig.

11728 **Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 11700 bis 11708 für die vollständige Untersuchung auf eine krankheitsauslösende Repeat-Expansion,** 110,46 € 867 Punkte

je Gen

Der Höchstwert für die Untersuchung nach der Gebührenordnungsposition 11728 beträgt 5.202 Punkte im Krankheitsfall.
Die Gebührenordnungsposition 11728 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 11731 und 11732 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 11728 ist im Krankheitsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 11303 berechnungsfähig.

11730 **Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 11700 bis 11708 für den postnatalen gezielten Nachweis oder Ausschluss von krankheitsrelevanten oder krankheitsauslösenden großen Deletionen und/oder Duplikationen,** 144,86 € 1137 Punkte

je Gen

Die Gebührenordnungsposition 11730 ist nicht für zytogenetische Fragestellungen berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 11730 ist nur berechnungsfähig, sofern die Bruchpunkte außerhalb der Zielsequenz liegen.
Die Gebührenordnungsposition 11730 ist im Krankheitsfall neben den Gebührenordnungspositionen 11724 bis 11727 nur berechnungsfähig, wenn die Untersuchungen mittels voneinander verschiedenen apparativen Methoden erfolgen.
Die Gebührenordnungsposition 11730 ist z. B. für die Anwendung der MLPA-Technik, eines Arrays oder einer semiquantitativen Mutationssuche berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 11730 ist zum Zweck eines Optical Genome Mapping nicht berechnungsfähig.
Der Höchstwert für die Untersuchungen nach der Gebührenordnungsposition 11730 beträgt 6.822 Punkte im Krankheitsfall.
Der Höchstwert für die Untersuchungen nach den Gebührenordnungspositionen 11726 und 11730 beträgt 21.135 Punkte im Krankheitsfall.

Der Höchstwert für die Untersuchungen nach den Gebührenordnungspositionen 11727 und 11730 beträgt 21.813 Punkte im Krankheitsfall.
Die Gebührenordnungsposition 11730 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 11731 und 11732 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 11730 ist im Krankheitsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 11303 berechnungsfähig.

11731 **Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 11700 bis 11708 für den gezielten Nachweis oder Ausschluss einer krankheitsrelevanten oder krankheitsauslösenden konstitutionellen genomischen Punktmutation, Deletion, Duplikation oder Inversion in kodierenden oder regulatorischen Sequenzen zur Untersuchung allgemeiner konstitutioneller genetischer Veränderungen,** 24,84 € 195 Punkte

je Zielsequenz

Der Höchstwert für die Untersuchung nach der Gebührenordnungsposition 11731 beträgt 780 Punkte im Krankheitsfall.
Die Gebührenordnungsposition 11731 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 11302, 11305, 11715 bis 11719, 11721 bis 11728, 11730 und 11743 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 11.4.2 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 11731 ist im Krankheitsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 11303 berechnungsfähig.

11732 **Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 11700 bis 11708 für die Untersuchung eines oder mehrerer Genabschnitte in einem oder in mehreren Genen oder eine Einzel- und/ oder Multigenanalyse einschließlich bioinformatischer Auswertung gemäß internationalen Standards bei allgemeinen konstitutionellen genetischen Veränderungen,** 329,85 € 2589 Punkte

einmal im Krankheitsfall

Der Höchstwert für die Untersuchungen nach den Gebührenordnungspositionen 11724 und 11732 beträgt 2.865 Punkte im Krankheitsfall.
Der Höchstwert für die Untersuchungen nach den Gebührenordnungspositionen 11724, 11725 und 11732 beträgt 9.490 Punkte im Krankheitsfall.
Der Höchstwert für die Untersuchungen nach den Gebührenordnungspositionen 11724 bis 11726 und 11732 beträgt 17.440 Punkte im Krankheitsfall.
Der Höchstwert für die Untersuchungen nach den Gebührenordnungspositionen 11724 bis 11727 und 11732 beträgt 18.686 Punkte im Krankheitsfall.
Die Gebührenordnungsposition 11732 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 11302, 11303, 11305, 11715 bis 11719, 11721 bis 11728, 11730 und 11743 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 11.4.2 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 11732 ist im Krankheitsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 11303 berechnungsfähig.

11743 **Erneute bioinformatische Auswertung von Rohdaten nach der Gebührenordnungsposition 11727 gemäß internationalen Standards, Beurteilung und Befundung nach Ablauf von mindestens einem Jahr,** 294,81 € 2314 Punkte

einmal im Krankheitsfall

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 11743 setzt die Kodierung nach ICD-10-GM unter Angabe des Zusatzkennzeichens für die Diagnosensicherheit voraus.
Die Durchführung und Abrechnung der Gebührenordnungsposition 11743 setzt eine erneute Indikationsstellung im Rahmen eines persönlichen Arzt-Patienten-Kontaktes seitens des veranlassenden bzw. seitens des eigenerbringenden Arztes voraus.
Die Gebührenordnungsposition 11743 ist nicht berechnungsfähig, wenn die zur Indikationsstellung führende Fragestellung mit der Durchführung der Gebührenordnungsposition 11727 bereits beantwortet wurde.
Die Gebührenordnungsposition 11743 ist nur berechnungsfähig, wenn eine Sequenzvariante berichtet wurde und eine Neubewertung der Pathogenitätseinordnung erfolgen soll, oder wenn neue klinische Aspekte vorliegen, oder wenn zum Zeitpunkt der erneuten Auswertung keine genetische Ursache für das klinische Bild des Patienten bekannt ist und die vorhandenen Rohdaten auf aktuellem Stand erneut ausgewertet werden sollen.
Die Gebührenordnungsposition 11743 ist als Übergangsregelung bis zum 1. Oktober 2029 berechnungsfähig, sofern die genetischen Analysen nach der Gebührenordnungsposition 11513 (gültig bis zum 30. September 2026) mit einem Analyseumfang von mindestens 18 kb durchgeführt wurden.
Die Gebührenordnungsposition 11743 ist nur von Fachärzten für Humangenetik und Fachärzten mit der Zusatzbezeichnung Medizinische Genetik berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 11743 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 11731 und 11732 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 11743 ist im Krankheitsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 11301, 11303 und 11727 berechnungsfähig.

11.4.4 [unbesetzt]

11.4.5 In-vitro-Diagnostik hereditärer Veränderungen zur Indikationsstellung einer pharmakologischen Therapie

1. Die Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 11.4.5 EBM sind ausschließlich für zwingend erforderliche Untersuchungen auf klinisch relevante hereditäre Veränderungen mittels zyto- und/oder molekulargenetischer Verfahren zur Indikationsstellung einer gemäß jeweils gültiger Fachinformation für diese Indikation zugelassenen medikamentösen Behandlung berechnungsfähig.

2. Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 11601 und 11602 setzt die Angabe der zur Behandlung geplanten und/oder eingesetzten Arzneimittel voraus.

11601 **Nachweis oder Ausschluss von Mutationen in den Genen BRCA1 und BRCA2 in der Keimbahn zur Indikationsstellung einer gezielten medikamentösen Behandlung, wenn dieser laut Fachinformation obligat ist** 2.110,83 € 16568 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Vollständige Untersuchung der Gene BRCA1 und BRCA2,
- Bioinformatische Auswertung einschließlich schriftlicher molekulargenetischer Interpretation,
- schriftlicher Befundbericht mit wissenschaftlich begründeter Beurteilung,

einmal im Krankheitsfall

Die Gebührenordnungsposition 11601 ist nur berechnungsfähig, wenn die Indikationskriterien für eine Untersuchung nach der Gebührenordnungsposition 11440 auf ein hereditäres Mamma- und Ovarialkarzinom nicht erfüllt sind oder wenn die Untersuchung auf eine bekannte konstitutionelle Mutation in den Genen BRCA1 und/oder BRCA2 nach der Gebührenordnungsposition 11450 diese Mutation nicht bestätigt.
Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 11601 setzt eine Dokumentation der nachgewiesenen Variante oder Mutation in einer öffentlich zugänglichen Datenbank voraus, sofern diese Variante oder Mutation im Befund enthalten und bisher nicht in der Datenbank dokumentiert ist.
Die Gebührenordnungsposition 11601 ist im Krankheitsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 11302, 11305, 11440 und 19456 berechnungsfähig.

11602 **Bestimmung des ApoE-Genotyps vor der Gabe von Lecanemab oder Donanemab bei gesicherter früher Alzheimer-Krankheit mit nachgewiesener Amyloid-Beta-Pathologie gemäß der Zusammenfassung der Merkmale des Arzneimittels (Fachinformation)** 49,69 € 390 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Bestimmung des ApoE ε4-Trägerstatus,

einmal im Krankheitsfall

Die Gebührenordnungsposition 11602 kann nur durch Fachärzte für Neurologie, Fachärzte für Nervenheilkunde, Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie oder Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie veranlasst werden.

12 Laboratoriumsmedizinische, mikrobiologische, virologische und infektionsepidemiologische

sowie transfusionsmedizinische Gebührenordnungspositionen

12.1 Präambel

1. Die in diesem Kapitel aufgeführten Gebührenordnungspositionen können ausschließlich von
   - Fachärzten für Laboratoriumsmedizin,
   - Fachärzten für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie,
   - Fachärzten für Transfusionsmedizin,
   - Ermächtigten Fachwissenschaftlern der Medizin,

   berechnet werden.
2. Außer den in diesem Kapitel genannten Gebührenordnungspositionen sind von den in der Präambel genannten Vertragsärzten - unbeschadet der Regelungen gemäß 5 und 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen - zusätzlich nachfolgende Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig: 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 01220 bis 01224, 01226, 01416, 01418, 01420, 01422, 01424, 01430, 01431, 01435, 01450, 01500 bis 01503, 01610, 01611, 01620, 01621, 01640, 01642, 01643, 01647, 01648, 01670 bis 01672, 01700, 01724 bis 01728, 01738, 01763, 01767, 01769, 01783, 01793, 01800, 01802 bis 01812, 01816, 01828, 01833, 01840, 01842, 01865 bis 01867, 01869, 01870, 01915, 01930 bis 01936, 02100, 02101, 02200, 02300, 02330, 02400 und 02401.
3. Außer den in diesem Kapitel genannten Gebührenordnungspositionen sind bei Vorliegen der entsprechenden Qualifikationsvoraussetzungen von den in der Präambel genannten Vertragsärzten - unbeschadet der Regelungen gemäß 5 und 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen - zusätzlich nachfolgende Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig: 30948, Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 30.12.2, 32.2 und 32.3 sowie Gebührenordnungspositionen des Kapitels 40.
4. Bei der Berechnung der zusätzlichen Gebührenordnungspositionen in den Nummern 2 und 3 sind die Maßnahmen zur Qualitätssicherung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V, die berufsrechtliche Verpflichtung zur grundsätzlichen Beschränkung auf das jeweilige Gebiet sowie die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zu beachten.
5. In den Gebührenordnungspositionen dieses Kapitels sind die Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen 01600 bis 01602 enthalten.
6. Außer den in diesem Kapitel genannten Gebührenordnungspositionen sind bei Vorliegen der entsprechenden Qualifikationsvoraussetzungen von Fachärzten für Transfusionsmedizin zusätzlich die Gebührenordnungspositionen 02110, 02111, 02112, 04572, 04573, 13620 bis 13622, 30320 bis 30323 und 30326 berechnungsfähig. Bei Berechnung der Gebührenordnungspositionen 04572, 04573 und 13620 bis 13622 sind abweichend von Nr. 2 dieser Präambel zusätzlich die Gebührenordnungspositionen 01100, 01101, 01411, 01412 und 01415 berechnungsfähig.

7. Außer den in diesem Kapitel genannten Gebührenordnungspositionen sind bei Vorliegen der entsprechenden Qualifikationsvoraussetzungen von den in der Präambel genannten Vertragsärzten - unbeschadet der Regelungen gemäß 5 und 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen - zusätzlich die Gebührenordnungsposition 19328 und die Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 11.3, 11.4, 19.4.1, 19.4.2, 19.4.3 und 19.4.4 berechnungsfähig. Die Qualifikationsvoraussetzungen für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 19328 und von Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 11.3, 11.4, 19.4.1, 19.4.2, 19.4.3 und 19.4.4 gemäß Satz 1 gelten bei Fachärzten für Laboratoriumsmedizin und ermächtigten Fachwissenschaftlern der Medizin als erfüllt.

12.2 Laboratoriumsmedizinische Pauschalen

12210 **Konsiliarpauschale** 10,19 €
80 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen von Auftragsleistungen des Kapitels 32,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Entnahme von Körpermaterial für Laboratoriumsuntersuchungen,

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 12210 ist für Fachärzte für Transfusionsmedizin auch dann berechnungsfähig, wenn keine Auftragsleistung aus dem Kapitel 32 vorliegt.
Die Gebührenordnungsposition 12210 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01437, 01600, 01601, 01700, 01701 und 12222 bis 12224 berechnungsfähig.

12215 **Hygienezuschlag zu der Gebührenordnungsposition 12210,** 0,25 €
2 Punkte
einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 12215 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.

12222 **Grundpauschale für Auftragsleistungen nach den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 32.2,** 0,51 €
4 Punkte
einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 12222 wird ab dem 14001. bis zum 24000. Behandlungsfall mit 1 Punkt je Behandlungsfall und ab dem 24001. Behandlungsfall mit 0,2 Punkten je Behandlungsfall bewertet.
Die Abstaffelungsgrenzen der Gebührenordnungsposition 12222 sind für die Ärzte einer Arztpraxis, die zur Versorgung gemäß Kapitel 12 zugelassen sind, unter Berücksichtigung des Tätigkeitsumfangs laut Zulassungs- bzw. Genehmigungsbescheid durch Summation gesamthaft zu ermitteln.

Die Gebührenordnungsposition 12222 ist im Arztfall nicht neben den Versichertenpauschalen der Kapitel 3 und 4, den Grundpauschalen der Kapitel 5 bis 10, 13 bis 16, 18, 20 bis 23, 26, 27, 30 und 37, der Abschnitte 1.3 und 11.2 sowie den Konsiliarpauschalen 12210, 17210, 19210, 24210, 24211, 24212, 25210, 25211 und 25214 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 12222 ist im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03100 durch den Vertragsarzt, der die Gebührenordnungsposition 03100 berechnethat, für denselben Patienten nicht berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 12222 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01437, 01700, 01701, 12210 und 12224 berechnungsfähig.

12223 **Grundpauschale für Auftragsleistungen nach den Gebührenordnungspositionen 01840 und 01915 sowie den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 32.3,** — 1,78 € / 14 Punkte

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 12223 wird ab dem 14001. bis zum 24000. Behandlungsfall mit 7 Punkten je Behandlungsfall und ab dem 24001. Behandlungsfall mit 0,2 Punkten je Behandlungsfall bewertet.
Die Abstaffelungsgrenzen der Gebührenordnungsposition 12223 sind für die Ärzte einer Arztpraxis, die zur Versorgung gemäß Kapitel 12 zugelassen sind, unter Berücksichtigung des Tätigkeitsumfangs laut Zulassungs- bzw. Genehmigungsbescheid durch Summation gesamthaft zu ermitteln.
Die Gebührenordnungsposition 12223 ist im Arztfall nicht neben den Versichertenpauschalen der Kapitel 3 und 4, den Grundpauschalen der Kapitel 5 bis 10, 13 bis 16, 18, 20 bis 23, 26, 27, 30 und 37, der Abschnitte 1.3 und 11.2 sowie den Konsiliarpauschalen 12210, 17210, 19210, 24210, 24211, 24212, 25210, 25211 und 25214 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 12223 ist im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03100 durch den Vertragsarzt, der die Gebührenordnungsposition 03100 berechnet hat, für denselben Patienten nicht berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 12223 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01437, 01700, 01701, 12210 und 12224 berechnungsfähig.

12224 **Untersuchungsauftrag auf Muster 10, der zur Durchführung vollständig an eine andere Arztpraxis weiterüberwiesen wird,** — 0,13 € / 1 Punkt

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 12224 ist im Arztfall nicht neben den Versichertenpauschalen der Kapitel 3 und 4, den Grundpauschalen der Kapitel 5 bis 10, 13 bis 16, 18, 20 bis 23, 26, 27, 30 und 37, der Abschnitte 1.3 und 11.2 sowie den Konsiliarpauschalen 12210, 17210, 19210, 24210, 24211, 24212, 25210, 25211 und 25214 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 12224 ist im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03100 durch den

Vertragsarzt, der die Gebührenordnungsposition 03100 berechnet hat, für denselben Patienten nicht berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 12224 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01437, 01700, 01701, 12210, 12222 und 12223 berechnungsfähig.

13 Gebührenordnungspositionen der Inneren Medizin

13.1 Präambel

1. Die in diesem Kapitel aufgeführten Gebührenordnungspositionen können ausschließlich von Fachärzten für Innere Medizin, die nicht an der hausärztlichen Versorgung gemäß § 73 Abs. 1a SGB V teilnehmen, berechnet werden.
2. Fachärzte für Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte und Ärzte ohne Gebietsbezeichnung können - wenn sie im Wesentlichen internistische Leistungen erbringen - gemäß § 73 Abs. 1a SGB V auf deren Antrag die Genehmigung zur ausschließlichen Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung erhalten und Gebührenordnungspositionen dieses Kapitels berechnen. Nach Erhalt der Genehmigung können sie Gebührenordnungspositionen des Kapitels 3 nicht mehr berechnen.
3. Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt können in diesem Kapitel entweder nur die Gebührenordnungspositionen ihres jeweiligen Schwerpunktes in den Abschnitten 13.3.1, 13.3.2, 13.3.3, 13.3.4, 13.3.5, 13.3.6, 13.3.7, 13.3.8 oder die Grundpauschale ihres Schwerpunktes sowie die Leistung nach Nr. 13250 oder die Grundpauschale ihres Schwerpunktes sowie die Gebührenordnungspositionen 13360, 13400, 13402, 13421, 13422 und 13423, 13571 und 13573 bis 13577 berechnen. Die Gebührenordnungspositionen 01481, 13578 und 13579 können von den in 13.3.5 Nr. 1, 13.3.6 Nr. 1 und 13.3.7 Nr. 1 aufgeführten Vertragsärzten berechnet werden.
4. Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt können in diesem Kapitel neben Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 13.2.1 die Gebührenordnungsposition 13250 sowie zusätzlich die Gebührenordnungspositionen 01481, 13360, 13400, 13402, 13421, 13422, 13423, 13435, 13507, 13571 und 13573 bis 13579 berechnen. Bei einer in Art und Umfang definierten Überweisung (Definitionsauftrag) können Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt im Behandlungsfall anstelle der Gebührenordnungsposition 13250 die Gebührenordnungspositionen des Unterabschnitts 13.2.2.3 berechnen.
5. Erfolgt eine in Art und Umfang definierte Überweisung (Definitionsauftrag) zu einer in der Gebührenordnungsposition 13250 oder der Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 13.3.1, 13.3.2, 13.3.3, 13.3.4, 13.3.5, 13.3.6, 13.3.7, 13.3.8 enthaltenen Teilleistungen, so können Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt im Behandlungsfall anstelle der Komplexleistung die entsprechenden Gebührenordnungspositionen des Unterabschnitts 13.2.2.3 oder die entsprechenden Gebührenordnungspositionen der Bereiche II und IV berechnen.

6. Außer den in diesem Kapitel genannten Gebührenordnungspositionen sind von den in der Präambel genannten Vertragsärzten - unbeschadet der Regelungen gemäß 5 und 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen - zusätzlich nachfolgende Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig: 01100 bis 01102, 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 01220 bis 01224, 01226, 01320 bis 01323, 01410 bis 01416, 01418, 01420, 01422, 01424 bis 01426, 01430, 01431, 01435 bis 01438, 01440, 01442 bis 01444, 01450, 01452, 01500 bis 01503, 01510 bis 01512, 01520 bis 01522, 01530, 01531, 01540 bis 01546, 01600 bis 01602, 01610 bis 01613, 01615, 01620 bis 01624, 01626, 01630, 01640, 01642, 01643, 01645, 01647, 01648, 01670 bis 01672, 01681, 01682, 01701, 01731, 01732, 01734, 01737, 01740 bis 01742, 01747, 01748, 01776, 01777, 01783, 01800, 01802 bis 01812, 01820, 01875, 01876, 01949 bis 01953, 01955, 01956, 01960, 02100 bis 02102, 02110 bis 02112, 02120, 02200, 02300 bis 02302, 02310 bis 02314, 02320 bis 02323, 02330, 02331, 02340 bis 02344, 02350, 02360, 02400, 02401, 02500, 02501, 02510 bis 02512 und 30706.
7. Außer den in diesem Kapitel genannten Gebührenordnungspositionen sind bei Vorliegen der entsprechenden Qualifikationsvoraussetzungen von den in der Präambel genannten Vertragsärzten - unbeschadet der Regelungen gemäß 5 und 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen - zusätzlich nachfolgende Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig: 01474, 01479, 01920 bis 01922, 30310, 30311, 30400 bis 30402, 30410, 30411, 30420, 30421, 30700 bis 30705, 30708, 30780 bis 30782, 37100, 37102, 37113, 37120, 37700, 37701, 37704, 37705, 37710, 37711, 37714 und 37720, Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 30.1, 30.2, 30.3.1, 30.3.3, 30.5, 30.6, 30.7.2, 30.7.3, 30.8, 30.9, 30.10, 30.12, 30.13, 31.2.2, 31.2.3, 31.2.4, 31.2.5, 31.2.6, 31.2.7, 31.2.8, 31.2.9, 31.2.10, 31.2.11, 31.2.12, 31.2.13, 31.2.19, 31.2.20, 31.3, 31.4.3, 31.5, 31.6, 31.8, 36.2.2, 36.2.3, 36.2.4, 36.2.5, 36.2.6, 36.2.7, 36.2.8, 36.2.9, 36.2.10, 36.2.11, 36.2.12, 36.2.13, 36.3, 36.5, 36.6, 37.3, 37.4 und 37.8 sowie Gebührenordnungspositionen der Kapitel 32, 33, 34, 35, 38 und 40.
8. Bei der Berechnung der zusätzlichen Gebührenordnungspositionen in den Nummern 3, 4, 6 und 7 sind die Maßnahmen zur Qualitätssicherung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V, die berufsrechtliche Verpflichtung zur grundsätzlichen Beschränkung auf das jeweilige Gebiet sowie die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zu beachten.
9. Außer den in diesem Kapitel genannten Gebührenordnungspositionen sind bei Vorliegen der entsprechenden Qualifikationsvoraussetzungen von den in der Präambel genannten Vertragsärzten - unbeschadet der Regelungen gemäß 5 und 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen - zusätzlich die Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 19.4.1, 19.4.2, 19.4.3 und 19.4.4 berechnungsfähig. Vor dem 1. Oktober 2026 erteilte Genehmigungen zur Durchführung und Abrechnung von Leistungen der Abschnitte 11.3, 11.4.1 und 11.4.3 gelten bis

zum Inkrafttreten einer neuen Qualitätssicherungsvereinbarung für genetische Untersuchungen fort.

10. Werden die in den Grundpauschalen enthaltenen Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen 01600 und 01601 durchgeführt, sind für die Versendung bzw. den Transport die Kostenpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 40110 und 40111 berechnungsfähig.
11. Außer den in diesem Kapitel genannten Gebührenordnungspositionen ist die Gebührenordnungsposition 01471 von Fachärzten für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, Fachärzten für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Kardiologie und Fachärzten für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Pneumologie und Lungenärzten berechnungsfähig. Die Gebührenordnungsposition 01472 ist von Fachärzten für Innere Medizin ohne Schwerpunkt berechnungsfähig. Die Gebührenordnungspositionen 01473 und 01475 sind von Fachärzten für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, Fachärzten für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Angiologie, Fachärzten für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Endokrinologie, Fachärzten für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Gastroenterologie und Fachärzten für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Kardiologie berechnungsfähig. Die Gebührenordnungspositionen 01478 und 01482 sind von Fachärzten für Innere Medizin ohne Schwerpunkt und Fachärzten für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Nephrologie und/ oder Vertragsärzten, die über eine Genehmigung zur Durchführung von Blutreinigungsverfahren gemäß § 135 Abs. 2 SGB V verfügen, berechnungsfähig. Die Gebührenordnungsposition 01483 ist von Fachärzten für Innere Medizin ohne Schwerpunkt und Fachärzten für Innere Medizin mit Schwerpunkt Rheumatologie berechnungsfähig.
12. Die in der Präambel unter 1. aufgeführten Vertragsärzte können die arztgruppenspezifischen Gebührenordnungspositionen nach den Nrn. 08619, 08621, 08623, 08640, 08641, 08645, 08647 und 08648 berechnen.

13.2 Gebührenordnungspositionen der allgemeinen internistischen Grundversorgung

13.2.1 Internistische Grundpauschalen

Grundpauschale

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt und/oder Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Weitere persönliche oder andere Arzt-Patienten-Kontakte gemäß 4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen,
- Ärztlicher Bericht entsprechend der Gebührenordnungsposition 01600,

- Individueller Arztbrief entsprechend der Gebührenordnungsposition 01601,
- In Anhang 1 aufgeführte Leistungen,

einmal im Behandlungsfall

13210	für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr	15,42 € 121 Punkte
13211	für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr	23,44 € 184 Punkte
13212	für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres	24,97 € 196 Punkte

Die Gebührenordnungspositionen 13210 bis 13212 sind nicht neben der Gebührenordnungsposition 01436 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungspositionen 13210 bis 13212 sind im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01600, 01601, 13340 bis 13342, 13344, 13346, 13347, 13350, 13390 bis 13392, 13401, 13410 bis 13413, 13424, 13430, 13431, 13540 bis 13542, 13545, 13551, 13560, 13561, 13583, 13584, 13586 und 36881 bis 36884 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 13.3.1, 13.3.4, 13.3.6, 13.3.7 und 13.3.8 berechnungsfähig.

13215 **Hygienezuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 13210 bis 13212,** 0,25 €
2 Punkte

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 13215 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.

13220 **Zuschlag für die allgemeine internistische Grundversorgung** gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.8 zu den Gebührenordnungspositionen 13210 bis 13212, 5,22 €
41 Punkte

einmal im Behandlungsfall

Der Zuschlag nach der Gebührenordnungsposition 13220 kann gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.8 ausschließlich in Behandlungsfällen abgerechnet werden, in denen nur Leistungen der fachärztlichen Grundversorgung gemäß Anhang 3 und/oder regionaler Vereinbarungen erbracht und berechnet werden.

13222 **Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 13220,** 1,40 €
11 Punkte

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 13222 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.

13227 **Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 13210 bis 13212,** 1,15 €
9 Punkte

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 13227 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.
Die Gebührenordnungsposition 13227 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 01630 berechnungsfähig.

13228 **Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 13210 bis 13212 für die Behandlung aufgrund einer TSS-Vermittlung und/oder Vermittlung durch den Hausarzt gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.10.1, 4.3.10.2 oder 4.3.10.3,**

einmal im Arztgruppenfall

Die Gebührenordnungsposition 13228 kann durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt werden.
Die Gebührenordnungsposition 13228 ist im Arztgruppenfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 01710 berechnungsfähig.

13.2.2 Allgemeine internistische Gebührenordnungspositionen

13.2.2.1 Präambel

1. Die Gebührenordnungspositionen dieses Unterabschnittes können von allen Fachärzten für Innere Medizin mit und ohne Schwerpunkt berechnet werden, die an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen. Neben den in diesem Kapitel genannten Gebührenordnungspositionen sind bei Vorliegen der entsprechenden Qualifikationsvoraussetzungen von den in der Präambel genannten Vertragsärzten - unbeschadet der Regelungen gemäß 5 und 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen - zusätzlich nachfolgende qualifikationsgebundene Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig: Gebührenordnungspositionen 30400 bis 30402, 30410, 30411, 30420 und 30421, 30800, sowie Gebührenordnungspositionen der Kapitel bzw. Abschnitte: 30.1, 30.2.1, 30.3, 30.5, 30.6, 30.7, 30.9, 31.2, 31.3, 31.4.3, 31.5, 31.6, 31.8, 32, 33, 34 und 35.

13.2.2.2 Allgemeine diagnostisch-internistische Gebührenordnungspositionen

13250 **Zusatzpauschale fachinternistische Behandlung** 19,24 €
151 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Erhebung des Ganzkörperstatus

und/oder

- Elektrokardiographische Untersuchung in Ruhe und nach Belastung (Belastungs-EKG) mit mindestens 12 Ableitungen sowie während physikalisch definierter und reproduzierbarer Belastung mit mindestens 3 Ableitungen und fortlaufender Kontrolle des Kurvenverlaufes mit wiederholter Blutdruckmessung

und/oder

- Aufzeichnung eines Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden Dauer und computergestützte Auswertung eines kontinuierlich aufgezeichneten Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden Dauer

und/oder
- Langzeitblutdruckmessung mit
  - Automatisierter Aufzeichnung von mindestens 20 Stunden Dauer,
  - Computergestützter Auswertung,
  - Aufzeichnung der Blutdruckwerte mindestens alle 15 Minuten während der Wach- und mindestens alle 30 Minuten während der Schlafphase mit gleichzeitiger Registrierung der Herzfrequenz,
  - Auswertung und Beurteilung des Befundes

und/oder
- Spirographische Untersuchung mit
  - Darstellung der Flussvolumenkurve,
  - In- und exspiratorischen Messungen,
  - Graphischer Registrierung

und/oder
- Bestimmung des Säurebasenhaushalts und des Gasdrucks im Blut (Blutgasanalyse)
  - in Ruhe

  und/oder
  - unter definierter und reproduzierbarer Belastung

  und/oder
  - unter Sauerstoffinsufflation

und/oder
- Prokto-/Rektoskopischer Untersuchungskomplex mit
  - Rektoskopie, ggf. einschließlich Polypenentfernung(en),
  - Patientenaufklärung,
  - Information zum Ablauf der vorbereitenden Maßnahmen vor dem Eingriff und zu einer möglichen Sedierung und/oder Prämedikation,
  - Nachbeobachtung und -betreuung

und/oder
- Allergologische Basisdiagnostik
  - Allergologische Anamnese,
  - Prick-Testung, mindestens 10 Tests,

Fakultativer Leistungsinhalt
- Klinisch-neurologische Basisdiagnostik,
- Prämedikation/Sedierung,
- Proktoskopie,
- Rektale Palpation,

einmal im Behandlungsfall

Die Erbringung von Langzeit-EKG-Untersuchungen setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung zur Durchführung von Langzeitelektrokardiographischen Untersuchungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.
Entgegen Nr. 4.3.2 der Allgemeinen Bestimmungen kann die Gebührenordnungsposition 13250 mit Ausnahme der Aufzeichnung und Auswertung eines Langzeit-EKG auch dann berechnet werden, wenn die Arztpraxis nicht über eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung zur Durchführung von Langzeitelektrokardiographischen Untersuchungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V verfügt.

Die Gebührenordnungsposition 13250 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 30600, 32247 und 37705 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 13250 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03241, 03321, 03322, 03324, 03330, 03331, 04241, 04321, 04322, 04324, 04330, 04331, 04516, 04536, 08333, 08334, 13300, 13301, 13310, 13311, 13350, 13410 bis 13413, 13430, 13431, 13437, 13500 bis 13502, 13505, 13545, 13551, 13560, 13561, 13583, 13584, 13586, 13600 bis 13602, 13610 bis 13612, 13620 bis 13622, 13650 bis 13652, 13660 bis 13664, 13670, 13675, 13677, 13678, 13700, 13701, 22230, 27310, 27311, 27321 bis 27324, 27330, 30100, 30110, 30111, 30120 bis 30123 und 36881 bis 36884 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 13.2.2.3 berechnungsfähig.

13.2.2.3 Weitere, nur bei Definitionsauftrag berechnungsfähige Gebührenordnungspositionen

13251 **Elektrokardiographische Untersuchung (Belastungs-EKG)** 25,23 €
198 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Untersuchung in Ruhe und nach Belastung mit mindestens 12 Ableitungen sowie während physikalisch definierter und reproduzierbarer Belastung mit mindestens 3 Ableitungen und fortlaufender Kontrolle des Kurvenverlaufes,
- Wiederholte Blutdruckmessung

Die Gebührenordnungsposition 13251 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03321, 04321, 17330, 17332 und 27321 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 13251 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13250, 13545, 13551, 13560, 13561, 13583, 13584, 13586 und 36881 bis 36884 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 13.3.1, 13.3.2, 13.3.3, 13.3.4, 13.3.7 und 13.3.8 berechnungsfähig.

13252 **Aufzeichnung eines Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden Dauer** 6,12 €
48 Punkte

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 13252 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Vereinbarung zur Durchführung von Langzeitelektrokardiographischen Untersuchungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.
Die Gebührenordnungsposition 13252 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03322, 04322 und 27322 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 13252 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13250, 13545, 13551, 13560, 13561, 13583, 13584, 13586 und 36881 bis 36884 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 13.3.1, 13.3.2, 13.3.3, 13.3.4, 13.3.6, 13.3.7 und 13.3.8 berechnungsfähig.

13253 **Computergestützte Auswertung eines kontinuierlich aufgezeichneten Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden Dauer** 10,96 € 86 Punkte

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 13253 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Vereinbarung zur Durchführung von Langzeitelektrokardiographischen Untersuchungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.
Die Gebührenordnungsposition 13253 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03241, 04241 und 27323 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 13253 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13250, 13545, 13551, 13560, 13561, 13583, 13584, 13586 und 36881 bis 36884 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 13.3.1, 13.3.2, 13.3.3, 13.3.4, 13.3.6, 13.3.7 und 13.3.8 berechnungsfähig.

13254 **Langzeit-Blutdruckmessung** 7,26 € 57 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Automatisierte Aufzeichnung von mindestens 20 Stunden Dauer,
- Computergestützte Auswertung,
- Aufzeichnung der Blutdruckwerte mindestens alle 15 Minuten während der Wach- und mindestens alle 30 Minuten während der Schlafphase mit gleichzeitiger Registrierung der Herzfrequenz,
- Auswertung und Beurteilung des Befundes

Die Gebührenordnungsposition 13254 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03324, 04324 und 27324 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 13254 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13250, 13545, 13551, 13560, 13561, 13583, 13584, 13586 und 36881 bis 36884 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 13.3.1, 13.3.2, 13.3.3, 13.3.4, 13.3.7 und 13.3.8 berechnungsfähig.

13255 **Spirographische Untersuchung** 6,75 € 53 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Darstellung der Flussvolumenkurve,
- In- und exspiratorische Messungen,
- Graphische Registrierung

Die Gebührenordnungsposition 13255 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03330, 04330 und 27330 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 13255 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13250, 13545, 13551, 13560, 13561, 13583, 13584, 13586 und 36881 bis 36884 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 13.3.1, 13.3.2, 13.3.3, 13.3.4, 13.3.6, 13.3.7 und 13.3.8 berechnungsfähig.

13256 **Bestimmung des Säurebasenhaushalts und Blutgasanalyse** 10,70 €

Obligater Leistungsinhalt 84 Punkte

- Bestimmung des Säurebasenhaushalts und des Gasdrucks im Blut (Blutgasanalyse)
  - in Ruhe

  und/oder
  - unter definierter und reproduzierbarer Belastung

  und/oder
  - unter Sauerstoffinsufflation

Die Gebührenordnungsposition 13256 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01501, 01857, 04536, 05350, 05372, 32247, 36884 und 37705 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 13256 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 04560 bis 04562, 04564 bis 04566, 04572, 04573, 13250, 13545, 13551, 13560, 13561, 13583, 13584, 13586 und 36881 bis 36884 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 13.3.1, 13.3.2, 13.3.3, 13.3.4, 13.3.6, 13.3.7 und 13.3.8 berechnungsfähig.

13257 **Zusatzpauschale Prokto-/Rektoskopie** 11,98 €
94 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Rektale Untersuchung,
- Proktoskopie

und/oder

- Rektoskopie,
- Patientenaufklärung,
- Information zum Ablauf der vorbereitenden Maßnahmen vor dem Eingriff und zu einer möglichen Sedierung und/oder Prämedikation,
- Nachbeobachtung und -betreuung

Fakultativer Leistungsinhalt

- Prämedikation/Sedierung

Die Gebührenordnungsposition 13257 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300, 02301, 03331, 04331, 04516, 08333 und 30600 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 13257 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13250, 13545, 13551, 13560, 13561, 13583, 13584, 13586 und 36881 bis 36884 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 13.3.1, 13.3.2, 13.3.3, 13.3.4, 13.3.6, 13.3.7 und 13.3.8 berechnungsfähig.

13258 **Allergologische Basisdiagnostik** 10,19 €
80 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

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

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 13258 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13250, 13545, 13551, 13560, 13561, 13583, 13584, 13586, 30100, 30110, 30111, 30120 bis 30123 und

36881 bis 36884 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 13.3.1, 13.3.2, 13.3.3, 13.3.4, 13.3.6, 13.3.7 und 13.3.8 berechnungsfähig.

13260 **Zuschlag** zu der Gebührenordnungsposition 13257 **für Polypenentfernung(en)** — 6,88 € / 54 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Vollständige Entfernung eines oder mehrerer Polypen mittels Heiß- und Kaltschlinge,
- Veranlassung einer histologischen Untersuchung

Die Gebührenordnungsposition 13260 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302 und 08334 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 13260 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13250, 13545, 13551, 13560, 13561, 13583, 13584, 13586, 30600, 30601 und 36881 bis 36884 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 13.3.1, 13.3.2, 13.3.3, 13.3.4, 13.3.6, 13.3.7 und 13.3.8 berechnungsfähig.

13.3 Schwerpunktorientierte internistische Versorgung

13.3.1 Angiologische Gebührenordnungspositionen

1. Die Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 13.3.1 können - unter Berücksichtigung von 1.3 der Allgemeinen Bestimmungen - nur von Fachärzten für Innere Medizin mit Schwerpunkt Angiologie berechnet werden.

Grundpauschale

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt und/oder Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Weitere persönliche oder andere Arzt-Patienten-Kontakte gemäß 4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen,
- Ärztlicher Bericht entsprechend der Gebührenordnungsposition 01600,
- Individueller Arztbrief entsprechend der Gebührenordnungsposition 01601,
- In Anhang 1 aufgeführte Leistungen,

einmal im Behandlungsfall

13290 für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr — 24,84 € / 195 Punkte

13291 für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr — 26,25 € / 206 Punkte

13292 für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres — 26,88 €

211 Punkte

Die Gebührenordnungspositionen 13290 bis 13292 sind nicht neben der Gebührenordnungsposition 01436 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungspositionen 13290 bis 13292 sind im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01600, 01601, 13210 bis 13212, 13390 bis 13392, 13401, 13410 bis 13413, 13424 bis 13426, 13430, 13431, 13435, 13437, 13439, 13540 bis 13542, 13545, 13551, 13560, 13561, 13583, 13584 und 13586 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 13.3.2, 13.3.4, 13.3.6, 13.3.7 und 13.3.8 berechnungsfähig.

13294 **Zuschlag** zu den Gebührenordnungspositionen 13290 bis 13292 **für die angiologisch-internistische Grundversorgung,** — 5,22 € / 41 Punkte
einmal im Behandlungsfall

Der Zuschlag nach der Gebührenordnungsposition 13294 kann nur in Behandlungsfällen abgerechnet werden, in denen ausschließlich die Gebührenordnungspositionen 01444, 01450, 01452, 01473, 01475, 01546, 01615, 01640, 01642, 01643, 01647, 01648, 01670 bis 01672, 13290 bis 13292, 13295 bis 13298 und/oder 32001 berechnet werden.
Die Gebührenordnungsposition 13294 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 13413 berechnungsfähig.

13295 **Hygienezuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 13290 bis 13292,** — 0,25 € / 2 Punkte
einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 13295 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.
Die Gebührenordnungsposition 13295 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 13413 berechnungsfähig.

13296 **Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 13294,** — 1,40 € / 11 Punkte
einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 13296 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.
Die Gebührenordnungsposition 13296 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 13413 berechnungsfähig.

13297 **Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 13290 bis 13292,** — 0,25 € / 2 Punkte
einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 13297 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.
Die Gebührenordnungsposition 13297 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01630 und 13413 berechnungsfähig.

13298 **Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 13290 bis 13292 für die Behandlung aufgrund einer TSS-Vermittlung und/oder**

Vermittlung durch den Hausarzt gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.10.1, 4.3.10.2 oder 4.3.10.3,

einmal im Arztgruppenfall

Die Gebührenordnungsposition 13298 kann durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt werden.
Die Gebührenordnungsposition 13298 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 13413 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 13298 ist im Arztgruppenfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 01710 berechnungsfähig.

13300 **Zusatzpauschale Angiologie** 68,16 €
535 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Sonographische Untersuchung(en) der extrakraniellen hirnversorgenden Gefäße mittels Duplex-Verfahren von mindestens 6 Gefäßabschnitten (Nr. 33070)

und/oder

- Sonographische Untersuchung(en) der intrakraniellen hirnversorgenden Gefäße mittels Duplex-Verfahren (Nr. 33071)

und/oder

- Sonographische Untersuchung(en) der extremitätenver- und/oder entsorgenden Gefäße mittels Duplex-Verfahren (Nr. 33072)

und/oder

- Sonographische Untersuchung(en) der abdominellen und/oder retroperitonealen Gefäße oder des Mediastinums mittels Duplex-Verfahren (Nr. 33073),
- Farbkodierte Untersuchung(en) (Nr. 33075),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Sonographische Untersuchung(en) extrakranieller hirnversorgender Gefäße und der Periorbitalarterien mittels CW-Doppler-Verfahren an mindestens 12 Ableitungsstellen (Nr. 33060),
- Sonographische Untersuchung(en) der extremitätenver- und/oder entsorgenden Gefäße mittels CW-Doppler-Verfahren an mindestens 3 Ableitungsstellen je Extremität (Nr. 33061),
- Sonographische Untersuchung(en) der Venen einer Extremität mittels B-Mode-Verfahren von mindestens 8 Beschallungsstellen (Nr. 33076),
- Kontrastmitteleinbringung(en),
- Verschlussplethysmographische Untersuchung(en) in Ruhe, mit reaktiver Hyperämie,
- Photoplethysmographie(n),
- Kapillarmikroskopische Untersuchung(en) mit Bilddokumentation, Funktionstest(en),
- Blutige Venendruckmessung(en) in Ruhe, mit Belastung und graphischer Registrierung,

einmal im Behandlungsfall

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 13300 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Ultraschallvereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.

Entgegen Nr. 4.3.2 der Allgemeinen Bestimmungen kann die Gebührenordnungsposition 13300 auch dann berechnet werden, wenn die Arztpraxis nicht über die Möglichkeit zur Erbringung von verschlussplethysmographischen bzw. photoplethysmographischen, kapillarmikroskopischen sowie blutigen phlebodynamometrischen Untersuchungen oder der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 33071 verfügt.
Die Gebührenordnungsposition 13300 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 30500, 33060, 33061, 33063, 33070 bis 33073, 33075, 33076, 36881 und 36883 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 13.2.1, 13.2.2, 13.3.2, 13.3.3, 13.3.4, 13.3.5, 13.3.6, 13.3.7 und 13.3.8 berechnungsfähig.

13301 **Laufband-Ergometrie im Zusammenhang mit der Gebührenordnungsposition 13300** — 7,77 € / 61 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Laufband-Ergometrie zur Objektivierung der Gehfähigkeit unter fortlaufender Monitorkontrolle

Fakultativer Leistungsinhalt

- Bestimmung des Dopplerdruckindex nach Belastung,
- Kaltluftprovokation

Die Gebührenordnungsposition 13301 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13210 bis 13212, 36881 und 36883 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 13.2.2, 13.3.2, 13.3.3, 13.3.4, 13.3.5, 13.3.6, 13.3.7 und 13.3.8 berechnungsfähig.

13310 **Zusatzpauschale intermittierende fibrinolytische Therapie und/oder Prostanoid-Therapie** im fortgeschrittenen Stadium (ab Stadium IIb) der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit nach Fontaine — 29,94 € / 235 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Intermittierende fibrinolytische Therapie im fortgeschrittenen Stadium (ab Stadium IIb) der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit nach Fontaine

und/oder

- Prostanoid-Therapie im fortgeschrittenen Stadium (ab Stadium IIb) der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit nach Fontaine

Fakultativer Leistungsinhalt

- Nachbetreuung von mindestens 60 Minuten Dauer,
- EKG-Monitoring

Die Gebührenordnungsposition 13310 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01530 und 02100 bis 02102 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 13310 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 01531 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 13310 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01520 bis 01522, 13210 bis 13212

und 36881 bis 36883 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 13.2.2, 13.3.2, 13.3.3, 13.3.4, 13.3.5, 13.3.6, 13.3.7 und 13.3.8 berechnungsfähig.

13311 **Systemische fibrinolytische Therapie arterieller oder venöser Thrombosen bei belegärztlicher Behandlung** 10,45 € 82 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Systemische Fibrinolyse arterieller oder venöser Thrombosen bei belegärztlicher Behandlung

Fakultativer Leistungsinhalt

- Nachbetreuung von mindestens 60 Minuten Dauer,
- EKG-Monitoring

Die Gebührenordnungsposition 13311 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02100 bis 02102, 02330 und 02331 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 13311 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01520 bis 01522, 01530, 01531, 13210 bis 13212 und 36881 bis 36883 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 13.2.2, 13.3.2, 13.3.3, 13.3.4, 13.3.5, 13.3.6, 13.3.7 und 13.3.8 berechnungsfähig.

13.3.2 Endokrinologische Gebührenordnungspositionen

1. Die Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 13.3.2 können - unter Berücksichtigung von 1.3 der Allgemeinen Bestimmungen - nur von Fachärzten für Innere Medizin mit Schwerpunkt Endokrinologie berechnet werden.
2. Die Gebührenordnungsposition 13360 kann darüber hinaus von Fachärzten im Gebiet Innere Medizin mit der Zusatzweiterbildung „Diabetologie“ oder der Qualifikation „Diabetologe Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG)“ berechnet werden.

Grundpauschale

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt und/oder Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Weitere persönliche oder andere Arzt-Patienten-Kontakte gemäß 4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen,
- Ärztlicher Bericht entsprechend der Gebührenordnungsposition 01600,
- Individueller Arztbrief entsprechend der Gebührenordnungsposition 01601,
- In Anhang 1 aufgeführte Leistungen,

einmal im Behandlungsfall

13340 für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr 21,66 € 170 Punkte

13341 für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr — 27,14 € / 213 Punkte

13342 für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres — 26,37 € / 207 Punkte

Die Gebührenordnungspositionen 13340 bis 13342 sind nicht neben der Gebührenordnungsposition 01436 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungspositionen 13340 bis 13342 sind im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01600, 01601, 13210 bis 13212, 13390 bis 13392, 13401, 13410 bis 13413, 13424 bis 13426, 13430, 13431, 13435, 13437, 13439, 13540 bis 13542, 13545, 13551, 13560, 13561, 13583, 13584, 13586 und 36882 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 13.3.1, 13.3.4, 13.3.6, 13.3.7 und 13.3.8 berechnungsfähig.

13344 **Zuschlag** zu den Gebührenordnungspositionen 13340 bis 13342 **für die endokrinologisch-internistische Grundversorgung,** — 5,22 € / 41 Punkte
einmal im Behandlungsfall

Der Zuschlag nach der Gebührenordnungsposition 13344 kann nur in Behandlungsfällen abgerechnet werden, in denen ausschließlich die Gebührenordnungspositionen 01444, 01450, 01452, 01473, 01475, 01546, 01615, 01640, 01642, 01643, 01647, 01648, 01670 bis 01672, 13340 bis 13342, 13345 bis 13348 und/oder 32001 berechnet werden.
Die Gebührenordnungsposition 13344 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 13413 berechnungsfähig.

13345 **Hygienezuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 13340 bis 13342,** — 0,25 € / 2 Punkte
einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 13345 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.
Die Gebührenordnungsposition 13345 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 13413 berechnungsfähig.

13346 **Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 13344,** — 1,40 € / 11 Punkte
einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 13346 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.
Die Gebührenordnungsposition 13346 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 13413 berechnungsfähig.

13347 **Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 13340 bis 13342,** — 0,38 € / 3 Punkte
einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 13347 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.

Die Gebührenordnungsposition 13347 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01630 und 13413 berechnungsfähig.

13348 **Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 13340 bis 13342 für die Behandlung aufgrund einer TSS-Vermittlung und/oder Vermittlung durch den Hausarzt gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.10.1, 4.3.10.2 oder 4.3.10.3,**

einmal im Arztgruppenfall

Die Gebührenordnungsposition 13348 kann durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt werden.
Die Gebührenordnungsposition 13348 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 13413 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 13348 ist im Arztgruppenfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 01710 berechnungsfähig.

13350 **Zusatzpauschale Diagnostik und Behandlung eines Patienten mit morphologischen Veränderungen einer Hormondrüse und/oder mit einer laboratoriumsmedizinisch gesicherten Hormonüber- oder -unterfunktion** 17,71 € 139 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Diagnostik und Behandlung eines Patienten mit morphologischen Veränderungen einer Hormondrüse und/oder mit einer laboratoriumsmedizinisch gesicherten Hormonüber- oder -unterfunktion,
- Einleitung, ggf. Durchführung und Verlaufskontrolle einer medikamentösen oder operativen Therapie bzw. Strahlentherapie,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Einleitung einer endokrinologischen Stufendiagnostik (z. B. Durstversuch, Metopirontest, Insulinhypoglykämietest, Releasing-Hormon-Test),
- Einbeziehung der Bezugsperson(en),

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 13350 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13210 bis 13212 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 13.2.2, 13.3.1, 13.3.3, 13.3.4, 13.3.5, 13.3.6, 13.3.7, 13.3.8 und 36.6.3 berechnungsfähig.

13360 **Anleitung zur Selbstanwendung eines Real-Time-Messgerätes zur kontinuierlichen interstitiellen Glukosemessung (rtCGM)** 9,17 € 72 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Anleitung eines Patienten und/oder einer Bezugsperson zur Selbstanwendung eines rtCGM gemäß § 3 Nr. 3 der Nr. 20 der Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses von mindestens 10 Minuten Dauer,

je vollendete 10 Minuten

Die Gebührenordnungsposition 13360 ist je rtCGM-System in höchstens zwei aufeinanderfolgenden Quartalen höchstens 7-mal im Krankheitsfall berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 13360 ist ausschließlich im Zusammenhang mit der ersten Verordnung eines oder dem Umstieg auf ein anderes rtCGM-System berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 13360 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13413, 13505, 13507, 13583, 13584, 13586, 13652, 13678, 36881 und 36883 berechnungsfähig.

13.3.3 Gastroenterologische Gebührenordnungspositionen

1. Die Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 13.3.3 können - unter Berücksichtigung von 1.3 der Allgemeinen Bestimmungen - nur von Fachärzten für Innere Medizin mit Schwerpunkt Gastroenterologie berechnet werden.
2. Die Gebührenordnungspositionen 13421 bis 13423 können darüber hinaus von allen in der Präambel 13.1 unter 1. aufgeführten Vertragsärzten nach Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung berechnet werden. Die Gebührenordnungspositionen 13400 und 13402 können von allen in der Präambel 13.1 unter 1. aufgeführten Vertragsärzten berechnet werden.

Grundpauschale

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt und/oder Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Weitere persönliche oder andere Arzt-Patienten-Kontakte gemäß 4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen,
- Ärztlicher Bericht entsprechend der Gebührenordnungsposition 01600,
- Individueller Arztbrief entsprechend der Gebührenordnungsposition 01601,
- In Anhang 1 aufgeführte Leistungen,

einmal im Behandlungsfall

13390	für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr	14,40 € 113 Punkte
13391	für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr	21,53 € 169 Punkte
13392	für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres	22,42 € 176 Punkte

Die Gebührenordnungspositionen 13390 bis 13392 sind nicht neben der Gebührenordnungsposition 01436 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungspositionen 13390 bis 13392 sind im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01600, 01601, 13210 bis 13212, 13490 bis 13492, 13500 bis 13502, 13507,

13540 bis 13542, 13545, 13551, 13560, 13561, 13583, 13584, 13586 und 36882 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 13.3.1, 13.3.2, 13.3.6, 13.3.7 und 13.3.8 berechnungsfähig.

13394 **Zuschlag** zu den Gebührenordnungspositionen 13390 bis 13392 **für die gastroenterologisch-internistische Grundversorgung,** — 5,22 € / 41 Punkte

einmal im Behandlungsfall

Der Zuschlag nach der Gebührenordnungsposition 13394 kann nur in Behandlungsfällen abgerechnet werden, in denen ausschließlich die Gebührenordnungspositionen 01444, 01450, 01452, 01473, 01475, 01546, 01615, 01640, 01642, 01643, 01647, 01648, 01670 bis 01672, 13390 bis 13392, 13395 bis 13398 und/oder 32001 berechnet werden.

13395 **Hygienezuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 13390 bis 13392,** — 0,25 € / 2 Punkte

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 13395 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.

13396 **Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 13394,** — 1,40 € / 11 Punkte

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 13396 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.

13397 **Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 13390 bis 13392,** — 0,25 € / 2 Punkte

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 13397 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.
Die Gebührenordnungsposition 13397 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 01630 berechnungsfähig.

13398 **Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 13390 bis 13392 für die Behandlung aufgrund einer TSS-Vermittlung und/oder Vermittlung durch den Hausarzt gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.10.1, 4.3.10.2 oder 4.3.10.3,**

einmal im Arztgruppenfall

Die Gebührenordnungsposition 13398 kann durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt werden.
Die Gebührenordnungsposition 13398 ist im Arztgruppenfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 01710 berechnungsfähig.

13400 **Zusatzpauschale Ösophago-Gastroduodenoskopie** — 111,86 € / 878 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Ösophagoskopie

und/oder

- Ösophagogastroskopie

und/oder

- Ösophagogastroduodenoskopie,
- Patientenaufklärung zur Untersuchung und zu den möglichen therapeutischen Maßnahmen in derselben Sitzung in angemessenem Zeitabstand vor dem Eingriff,
- Information zum Ablauf der vorbereitenden Maßnahmen vor dem Eingriff und zu einer möglichen Sedierung und/oder Prämedikation,
- Nachbeobachtung und -betreuung,
- Foto-/Videodokumentation(en)

Fakultativer Leistungsinhalt

- ^{13}C-Harnstoff-Atemtest (Nr. 02400),
- Ureasenachweis, einschl. Kosten,
- Probeexzision,
- Probepunktion,
- Fremdkörperentfernung(en),
- Blutstillung(en),
- Prämedikation/Sedierung

Entgegen Nr. 4.3.2 der Allgemeinen Bestimmungen kann die Gebührenordnungsposition auch dann berechnet werden, wenn die Arztpraxis nicht über die Möglichkeit zur Durchführung des ^{13}C-Harnstoff-Atemtests nach der Gebührenordnungsposition 02400 verfügt.

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 13400 im Zusammenhang mit der Durchführung der Entfernung eines Gastrostomiekatheters entsprechend der Gebührenordnungsposition 13416 ist durch Angabe einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung zu dokumentieren.

Die Gebührenordnungsposition 13400 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02400, 13411 bis 13414, 13430 und 13431 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 13400 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13300, 13301, 13310, 13350, 13500 bis 13502, 13507, 13545, 13551, 13560, 13561, 13571, 13573 bis 13576, 13583, 13584, 13586, 13600 bis 13602, 13610 bis 13612, 13620 bis 13622, 13650 bis 13652, 13660 bis 13664, 13670, 13675, 13677, 13678, 13700, 13701 und 36881 bis 36883 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 13.2.2.3 berechnungsfähig.

13401 **Zusätzliche Leistung(en) im Zusammenhang mit der Gebührenordnungsposition 13400** — 59,24 € / 465 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Langzeit-pH-Metrie des Ösophagus von mindestens 12 Stunden Dauer mit Sondeneinführung

und/oder

- Endoskopische Sklerosierungsbehandlung(en)

und/oder

- Ligatur(en) bei Varizen und Ulzeration(en)

und/oder

- Durchzugsmanometrie des Ösophagus

und/oder

- Therapeutische Mukosektomie(n) mittels Heißschlinge

Die Gebührenordnungsposition 13401 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 13401 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13210 bis 13212, 13251 bis 13258, 13260, 13490 bis 13492, 13500 bis 13502, 13507 und 36881 bis 36883 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 13.3.1, 13.3.2, 13.3.5, 13.3.6, 13.3.7 und 13.3.8 berechnungsfähig.

13402 **Polypektomie(n) im Zusammenhang mit der Gebührenordnungsposition 13400** — 33,76 € / 265 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Vollständige Entfernung eines oder mehrerer Polypen mittels Heiß- oder Kaltschlinge,
- Veranlassung einer histologischen Untersuchung

Die Gebührenordnungsposition 13402 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302 und 13423 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 13402 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13300, 13301, 13310, 13350, 13500 bis 13502, 13507, 13545, 13551, 13560, 13561, 13571, 13573 bis 13576, 13583, 13584, 13586, 13600 bis 13602, 13610 bis 13612, 13620 bis 13622, 13650 bis 13652, 13660 bis 13664, 13670, 13675, 13677, 13678, 13700, 13701 und 36881 bis 36883 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 13.2.2.3 berechnungsfähig.

13410 **Bougierung des Ösophagus oder Kardiasprengung** — 44,46 € / 349 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Bougierung des Ösophagus

und/oder

- Dehnung des unteren Ösophagussphinkters (Kardiasprengung),
- Patientenaufklärung in angemessenem Zeitabstand vor dem Eingriff zur Untersuchung und zu den möglichen therapeutischen Maßnahmen in derselben Sitzung,
- Information zum Ablauf der vorbereitenden Maßnahmen vor dem Eingriff und zu einer möglichen Sedierung und/oder Prämedikation,
- Nachbeobachtung und -betreuung

Fakultativer Leistungsinhalt

- Prämedikation/Sedierung

Die Gebührenordnungsposition 13410 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 13410 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13210 bis 13212, 13490 bis 13492, 13500 bis 13502, 13507 und 36881 bis 36883 und nicht neben den

Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 13.2.2, 13.3.1, 13.3.2, 13.3.5, 13.3.6, 13.3.7 und 13.3.8 berechnungsfähig.

13411 **Einsetzen einer Ösophagusprothese** 151,74 €
1191 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Einsetzen einer Ösophagusprothese,
- Gastroskopie (Nr. 13400),
- Patientenaufklärung in angemessenem Zeitabstand vor dem Eingriff zur Untersuchung und zu den möglichen therapeutischen Maßnahmen in derselben Sitzung,
- Information zum Ablauf der vorbereitenden Maßnahmen vor dem Eingriff und zu einer möglichen Sedierung und/oder Prämedikation,
- Nachbeobachtung und -betreuung

Fakultativer Leistungsinhalt

- Prämedikation/Sedierung

Die Gebührenordnungsposition 13411 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 13400 und 13414 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 13411 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13210 bis 13212, 13490 bis 13492, 13500 bis 13502, 13507 und 36881 bis 36883 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 13.2.2, 13.3.1, 13.3.2, 13.3.5, 13.3.6, 13.3.7 und 13.3.8 berechnungsfähig.

13412 **Perkutane Gastrostomie oder Wechsel eines Gastrostomiekatheters** 152,50 €
1197 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Perkutane Gastrostomie oder Wechsel eines Gastrostomiekatheters,
- Gastroskopie (Nr. 13400),
- Patientenaufklärung in angemessenem Zeitabstand vor dem Eingriff zur Untersuchung und zu den möglichen therapeutischen Maßnahmen in derselben Sitzung,
- Information zum Ablauf der vorbereitenden Maßnahmen vor dem Eingriff und zu einer möglichen Sedierung und/oder Prämedikation,
- Nachbeobachtung und -betreuung

Fakultativer Leistungsinhalt

- Prämedikation/Sedierung,
- Endoskopische Durchführung,
- Lokalanästhesie,
- Einführen einer Verweilsonde,
- Einführen eines jejunalen Schenkels durch den Pylorus

Die Gebührenordnungsposition 13412 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02320, 02340, 02341, 02344, 13400, 13413, 13414 und 13416 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 13412 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13210 bis 13212, 13490 bis 13492, 13500 bis 13502, 13507 und 36881 bis 36883 und nicht neben den

Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 13.2.2, 13.3.1, 13.3.2, 13.3.5, 13.3.6, 13.3.7 und 13.3.8 berechnungsfähig.

13413 **Wechsel eines Jejunostomiekatheters** 152,50 €
1197 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Transorale Jejunoskopie mit Wechsel eines Jejunostomiekatheters,
- Patientenaufklärung in angemessenem Zeitabstand vor dem Eingriff zur Untersuchung und zu den möglichen therapeutischen Maßnahmen in derselben Sitzung,
- Information zum Ablauf der vorbereitenden Maßnahmen vor dem Eingriff und zu einer Sedierung und/oder Prämedikation,
- Nachbeobachtung und -betreuung

Fakultativer Leistungsinhalt

- Blutstillung(en),
- Prämedikation/Sedierung,
- Lokalanästhesie,
- Einführen einer Verweilsonde

Die Gebührenordnungsposition 13413 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02320, 02340, 02341, 02344, 13400, 13412, 13414 und 13416 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 13413 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13210 bis 13212, 13490 bis 13492, 13500 bis 13502, 13507 und 36881 bis 36883 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 13.2.2, 13.3.1, 13.3.2, 13.3.5, 13.3.6, 13.3.7 und 13.3.8 berechnungsfähig.

13414 **Entfernung eines Jejunostomiekatheters** 111,86 €
878 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Patientenaufklärung in angemessenem Zeitabstand vor dem Eingriff zur Untersuchung und zu den möglichen therapeutischen Maßnahmen in derselben Sitzung,
- Information zum Ablauf der vorbereitenden Maßnahmen vor dem Eingriff und zu einer möglichen Sedierung und/oder Prämedikation,
- Nachbeobachtung und -betreuung

Fakultativer Leistungsinhalt

- Transorale Jejunoskopie für die Entfernung eines Jejunostomiekatheters,
- Blutstillung(en),
- Prämedikation, ggf. Sedierung, ggf. unter Monitoring von Blutdruck und Pulsoxymetrie,
- Lokalanästhesie

Die Gebührenordnungsposition 13414 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 13400, 13411 bis 13413, 13416, 13430 und 13431 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 13414 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13300, 13301, 13310, 13350, 13500 bis 13502, 13507, 13545, 13551, 13560, 13561, 13571,

13573 bis 13576, 13583, 13584, 13586, 13600 bis 13602, 13610 bis 13612, 13620 bis 13622, 13650 bis 13652, 13660 bis 13664, 13670, 13675, 13677, 13678, 13700, 13701 und 36881 bis 36883 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 13.2.2.3 berechnungsfähig.

13416 **Entfernung eines Gastrostomiekatheters** 6,50 €
51 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 13416 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302 und 13412 bis 13414 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 13416 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13300, 13301, 13310, 13350, 13500 bis 13502, 13507, 13545, 13551, 13560, 13561, 13571, 13573 bis 13576, 13583, 13584, 13586, 13600 bis 13602, 13610 bis 13612, 13620 bis 13622, 13650 bis 13652, 13660 bis 13664, 13670, 13675, 13677, 13678, 13700, 13701 und 36881 bis 36883 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 13.2.2.3 berechnungsfähig.

13421 **Zusatzpauschale Koloskopie** 203,85 €
1600 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

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

Fakultativer Leistungsinhalt

- Lagekontrolle durch ein bildgebendes Verfahren,
- Probeexzision(en),
- Polypektomie(n) von Polypen mit einer Größe ≤ 5 mm,
- Aushändigung aller Substanzen zur Darmreinigung,
- Gerinnungsuntersuchungen und kleines Blutbild,
- Prämedikation/Sedierung,
- Darstellung des terminalen Ileums,
- Dokumentation gemäß Teil II. § 11 der oKFE-RL

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 13421 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.

Die Gebührenordnungsposition 13421 ist für die Koloskopie als Abklärungsdiagnostik nach Teil II. § 8 der Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme (oKFE-RL) berechnungsfähig. Dies ist durch Angabe einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung zu dokumentieren.
Entgegen Nr. 2.1 der Allgemeinen Bestimmungen ist die Gebührenordnungsposition 13421 auch dann berechnungsfähig, wenn die Dokumentation als Bestandteil des Leistungsinhalts bis zum 15. Kalendertag des 2. Monats des jeweiligen Folgequartals vollständig übermittelt wird.
Die Gebührenordnungsposition 13421 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01741, 02300 bis 02302, 02401, 13422, 13430 und 13431 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 13421 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13251 bis 13258, 13260, 13300, 13301, 13310, 13350, 13500 bis 13502, 13507, 13545, 13551, 13560, 13561, 13571, 13573 bis 13576, 13583, 13584, 13586, 13600 bis 13602, 13610 bis 13612, 13620 bis 13622, 13650 bis 13652, 13660 bis 13664, 13670, 13675, 13677, 13678, 13700, 13701 und 36881 bis 36883 berechnungsfähig.

13422 **Zusatzpauschale (Teil-)Koloskopie** 125,11 €
982 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- (Teil-)Koloskopie entsprechend der Gebührenordnungsposition 13421 mindestens mit Darstellung des Kolon transversum

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 13422 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.
Die Gebührenordnungsposition 13422 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01741, 02300 bis 02302 und 13421 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 13422 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 04518, 13300, 13301, 13310, 13350, 13500 bis 13502, 13507, 13545, 13551, 13560, 13561, 13571, 13573 bis 13576, 13583, 13584, 13586, 13600 bis 13602, 13610 bis 13612, 13620 bis 13622, 13650 bis 13652, 13660 bis 13664, 13670, 13675, 13677, 13678, 13700, 13701 und 36881 bis 36883 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 13.2.2.3 berechnungsfähig.

13423 **Zusätzliche Leistung(en) im Zusammenhang mit den Gebührenordnungspositionen 13421 oder 13422** 29,69 €
233 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Fremdkörperentfernung(en)

und/oder

- Polypektomie(n) von Polypen mit einer Größe > 5 mm mittels Heiß- oder Kaltschlinge

und/oder

- Schlingenbiopsie(n) mittels Heiß- oder Kaltschlinge

und/oder

- Blutstillung(en)

Die Gebührenordnungsposition 13423 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01742, 02300 bis 02302, 04520 und 13402 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 13423 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13300, 13301, 13310, 13350, 13500 bis 13502, 13507, 13545, 13551, 13560, 13561, 13571, 13573 bis 13576, 13583, 13584, 13586, 13600 bis 13602, 13610 bis 13612, 13620 bis 13622, 13650 bis 13652, 13660 bis 13664, 13670, 13675, 13677, 13678, 13700, 13701 und 36881 bis 36883 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 13.2.2.3 berechnungsfähig.

13424 **Laservaporisation(en) und/oder Argon-Plasma-Koagulation(en) im Zusammenhang mit den Gebührenordnungspositionen 13400, 13421 und 13422** — 66,63 € / 523 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Laservaporisation(en) und/oder Argon-Plasma-Koagulation(en)

Die Gebührenordnungsposition 13424 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 13424 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13210 bis 13212, 13490 bis 13492, 13500 bis 13502, 13507 und 36881 bis 36883 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 13.2.2.3, 13.3.1, 13.3.2, 13.3.5, 13.3.6, 13.3.7 und 13.3.8 berechnungsfähig.

13425 **Zusatzpauschale Durchführung einer Kapselendoskopie bei Erkrankungen des Dünndarms** entsprechend der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (Nr. 16 der Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung) und entsprechend der Qualitätssicherungsvereinbarung Kapselendoskopie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V — 141,29 € / 1109 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Aufklärung zur Kapselendoskopie in angemessenem Zeitabstand vor der Untersuchung,
- Durchführung einer Kapselendoskopie bei Erkrankungen des Dünndarms,
- Dokumentation gemäß § 3 der Nr. 16 der Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" sowie § 7 und § 8 der Qualitätssicherungsvereinbarung Kapselendoskopie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Aushändigung aller Substanzen zur Darmreinigung,
- Information zu Ablauf und Dauer der Darmreinigung,

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 13425 enthält nicht die Kosten für die Untersuchungskapsel.
Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 13425 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung Kapselendoskopie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.
Die Gebührenordnungsposition 13425 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01741, 13430 und 13431 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 13425 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13490 bis 13492, 13500 bis 13502, 13507 und 36881 bis 36883 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 13.2.2.3, 13.3.1, 13.3.2, 13.3.5, 13.3.6, 13.3.7 und 13.3.8 berechnungsfähig.

13426 **Zusatzpauschale Auswertung einer Untersuchung mittels Kapselendoskopie bei Erkrankungen des Dünndarms** entsprechend der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (Nr. 16 der Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung) und entsprechend der Qualitätssicherungsvereinbarung Kapselendoskopie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V — 315,20 € / 2474 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Auswertung einer Untersuchung mittels Kapselendoskopie bei Erkrankungen des Dünndarms,
- Dokumentation gemäß § 3 der Nr. 16 der Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" sowie § 7 und § 8 der Qualitätssicherungsvereinbarung Kapselendoskopie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V,

einmal im Behandlungsfall

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 13426 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung Kapselendoskopie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.
Die Gebührenordnungsposition 13426 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13490 bis 13492, 13500 bis 13502, 13507 und 36881 bis 36883 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 13.2.2.3, 13.3.1, 13.3.2, 13.3.5, 13.3.6, 13.3.7 und 13.3.8 berechnungsfähig.

13430 **Zusatzpauschale bilio-pankreatische Diagnostik** — 213,27 € / 1674 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Endoskopische Sondierung(en) der Papilla vateri,
- Patientenaufklärung in angemessenem Zeitabstand vor dem Eingriff,
- Information zum Ablauf der vorbereitenden Maßnahmen vor dem Eingriff und zu einer möglichen Sedierung und/oder Prämedikation,
- Nachbeobachtung und -betreuung,

- Endoskopische Einbringung(en) von Kontrastmittel(n),
- Röntgendokumentation(en),
- Dokumentation

Fakultativer Leistungsinhalt

- Entnahme von Sekret(en), Bürstenbiopsien,
- Probeexzision(en),
- Foto-/Videodokumentation(en),
- Prämedikation/Sedierung

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 13430 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.
Die Gebührenordnungsposition 13430 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 13400, 13414, 13421, 13425, 13431 und 34250 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 13430 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13210 bis 13212, 13250, 13490 bis 13492, 13500 bis 13502, 13507 und 36881 bis 36883 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 13.2.2.3, 13.3.1, 13.3.2, 13.3.5, 13.3.6, 13.3.7 und 13.3.8 berechnungsfähig.

13431 **Zusatzpauschale bilio-pankreatische Therapie** 315,83 €
2479 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Endoskopische Sondierung(en) der Papilla vateri entsprechend der Gebührenordnungsposition 13430 mit
  - Papillotomie(n)

  und/oder
  - Zertrümmerung von Steinen

  und/oder
  - Extraktion von Steinen

  und/oder
  - Legen einer Verweilsonde

  und/oder
  - Platzierung und/oder Entfernung einer Drainage im Gallen- oder Pankreasgang,
- Patientenaufklärung zur Untersuchung und zu den möglichen therapeutischen Maßnahmen in derselben Sitzung in angemessenem Zeitabstand vor dem Eingriff,
- Information zum Ablauf der vorbereitenden Maßnahmen vor dem Eingriff und zu einer möglichen Sedierung und/oder Prämedikation,
- Nachbeobachtung und -betreuung,
- Röntgendokumentation(en),
- Dokumentation

Fakultativer Leistungsinhalt

- Prämedikation/Sedierung,
- Endoskopische Einbringung(en) von Kontrastmittel(n),
- Foto-/Videodokumentation

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 13431 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.
Die Gebührenordnungsposition 13431 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 13400, 13414, 13421, 13425, 13430 und 34250 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 13431 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13210 bis 13212, 13250, 13490 bis 13492, 13500 bis 13502, 13507 und 36881 bis 36883 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 13.2.2.3, 13.3.1, 13.3.2, 13.3.5, 13.3.6, 13.3.7 und 13.3.8 berechnungsfähig.

13435 **Zusatzpauschale Behandlung und/oder Betreuung** eines Patienten mit einer gesicherten **onkologischen Erkrankung bei laufender onkologischer Therapie oder Betreuung im Rahmen der Nachsorge** — 24,33 € / 191 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Behandlung und/oder Betreuung eines Patienten mit einer laboratoriumsmedizinisch oder histologisch/zytologisch gesicherten onkologischen Erkrankung,
- Fortlaufende Beratung zum Umgang mit der onkologischen Erkrankung,
- Verlaufskontrolle und Dokumentation des Therapieerfolges,
- Erstellung, Überprüfung und Anpassung eines die onkologische Erkrankung begleitenden spezifischen Therapiekonzeptes unter Berücksichtigung individueller Faktoren,
- Kontrolle und/oder Behandlung ggf. auftretender therapiebedingter Nebenwirkungen,
- Planung und Koordination der komplementären Arznei-, Heil- und Hilfsmittelversorgung unter besonderer Berücksichtigung der gesicherten onkologischen Erkrankung,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Anleitung und Führung der Bezugs- und Betreuungsperson(en),
- Fortlaufende Überprüfung des häuslichen, familiären und sozialen Umfelds im Hinblick auf die Grunderkrankung,
- Konsiliarische Erörterung/Fachliche Beratung und regelmäßiger Informationsaustausch mit dem onkologisch verantwortlichen Arzt sowie mit weiteren mitbehandelnden Ärzten,
- Überprüfung und Koordination supportiver Maßnahmen,
- Einleitung und/oder Koordination der psychosozialen Betreuung des Patienten und seiner Familie und/oder Bezugs- und Betreuungsperson(en),
- Ggf. Hinzuziehung komplementärer Dienste bzw. häuslicher Krankenpflege,

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 13435 ist nur bei mindestens einer der im Folgenden genannten Erkrankungen berechnungsfähig: Bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane C15-C26, Bösartige Neubildungen sonstiger und ungenau bezeichneter Lokalisation Abdomen C76.2,

Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildungen C77-C80.
Die Gebührenordnungsposition 13435 ist bei laufender medikamentöser, im Sinne einer systemischen Chemotherapie mit z. B. zytostatischen Substanzen, operativer und/oder strahlentherapeutischer Behandlung und/oder bei Betreuung im Rahmen der Nachsorge bis höchstens 2 Jahre nach Beendigung einer medikamentösen, operativen und/oder strahlentherapeutischen Behandlung eines Patienten mit gesicherter onkologischer Erkrankung berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 13435 ist im Behandlungsfall nicht neben den Kostenpauschalen 86510, 86512, 86514, 86516, 86520 und 86522 gemäß Anhang 2 der „Onkologie-Vereinbarung“ (Anlage 7 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä)) berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 13435 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 02300 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 13435 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13490 bis 13492, 13500 bis 13502, 13507 und 36881 bis 36883 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 13.2.2.3, 13.3.1, 13.3.2, 13.3.5, 13.3.6, 13.3.7 und 13.3.8 berechnungsfähig.

13437 **Zusatzpauschale Behandlung eines Dünndarm- und/oder Leber-Transplantatträgers** 26,88 € 211 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Behandlung eines Dünndarm- und/oder Leber-Transplantatträgers,
- Kontrolle der Transplantatfunktionen,
- Überwachung des spezifischen Therapieschemas,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Beratung und Instruktion der Bezugsperson(en),
- Abstimmung mit dem Hausarzt,

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 13437 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13210 bis 13212, 13490 bis 13492, 13500 bis 13502, 13507 und 36881 bis 36883 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 13.2.2, 13.3.1, 13.3.2, 13.3.5, 13.3.6, 13.3.7 und 13.3.8 berechnungsfähig.

13439 **Zusatzpauschale Behandlung eines Bauchspeicheldrüsen-Transplantatträgers** 26,88 € 211 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Behandlung eines Bauchspeicheldrüsen-Transplantatträgers,
- Kontrolle der Transplantatfunktionen,
- Überwachung des spezifischen Therapieschemas,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Beratung und Instruktion der Bezugsperson(en),
- Abstimmung mit dem Hausarzt,

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 13439 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13210 bis 13212, 13250, 13252, 13253, 13255 bis 13258, 13260, 13490 bis 13492, 13500 bis 13502, 13507, 13601, 13622, 32247 und 36881 bis 36883 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 13.3.1, 13.3.2, 13.3.5, 13.3.7 und 13.3.8 berechnungsfähig.

13.3.4 Hämato-/Onkologische Gebührenordnungspositionen

1. Die Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 13.3.4 können - unter Berücksichtigung von 1.3 der Allgemeinen Bestimmungen - nur von Fachärzten für Innere Medizin mit Schwerpunkt Hämatologie und Internistische Onkologie berechnet werden.
2. Die Gebührenordnungsposition 13505 kann darüber hinaus von Fachärzten für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Gastroenterologie berechnet werden.
3. Die Gebührenordnungsposition 13507 kann darüber hinaus von Fachärzten für Innere Medizin ohne Schwerpunkt mit der Genehmigung zur Teilnahme an der „Onkologie-Vereinbarung“ (Anlage 7 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte) bzw. an regionalen Onkologie-Vereinbarungen oder mit der Zusatzbezeichnung „Medikamentöse Tumortherapie" berechnet werden.

Grundpauschale

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt und/oder Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Weitere persönliche oder andere Arzt-Patienten-Kontakte gemäß 4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen,
- Ärztlicher Bericht entsprechend der Gebührenordnungsposition 01600,
- Individueller Arztbrief entsprechend der Gebührenordnungsposition 01601,
- In Anhang 1 aufgeführte Leistungen,

einmal im Behandlungsfall

13490	für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr	32,62 € 256 Punkte
13491	für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr	40,00 € 314 Punkte
13492	für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres	42,04 € 330 Punkte

Die Gebührenordnungspositionen 13490 bis 13492 sind nicht neben der Gebührenordnungsposition 01436 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungspositionen 13490 bis 13492 sind im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01600,

01601, 13210 bis 13212, 13390 bis 13392, 13401, 13410 bis 13413, 13424 bis 13426, 13430, 13431, 13435, 13437, 13439, 13540 bis 13542, 13545, 13551, 13560, 13561, 13583, 13584, 13586 und 36882 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 13.3.1, 13.3.2, 13.3.6, 13.3.7 und 13.3.8 berechnungsfähig.

13494 **Zuschlag** zu den Gebührenordnungspositionen 13490 bis 13492 **für die hämato-/onkologisch-internistische Grundversorgung,** — 5,22 € / 41 Punkte

einmal im Behandlungsfall

Der Zuschlag nach der Gebührenordnungsposition 13494 kann nur in Behandlungsfällen abgerechnet werden, in denen ausschließlich die Gebührenordnungspositionen 01444, 01450, 01452, 01546, 01615, 01640, 01642, 01643, 01647, 01648, 01670 bis 01672, 13490 bis 13492, 13495 bis 13498 und/oder 32001 berechnet werden.

13495 **Hygienezuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 13490 bis 13492,** — 0,25 € / 2 Punkte

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 13495 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.

13496 **Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 13494,** — 1,40 € / 11 Punkte

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 13496 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.

13497 **Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 13490 bis 13492,** — 1,15 € / 9 Punkte

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 13497 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.
Die Gebührenordnungsposition 13497 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 01630 berechnungsfähig.

13498 **Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 13490 bis 13492 für die Behandlung aufgrund einer TSS-Vermittlung und/oder Vermittlung durch den Hausarzt gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.10.1, 4.3.10.2 oder 4.3.10.3,**

einmal im Arztgruppenfall

Die Gebührenordnungsposition 13498 kann durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt werden.
Die Gebührenordnungsposition 13498 ist im Arztgruppenfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 01710 berechnungsfähig.

13500 **Zusatzpauschale Behandlung einer laboratoriumsmedizinisch oder histologisch/zytologisch gesicherten, primär hämatologischen** — 24,33 € / 191 Punkte

und/oder onkologischen und/oder immunologischen Systemerkrankung

Obligater Leistungsinhalt

- Behandlung einer laboratoriumsmedizinisch oder histologisch/ zytologisch gesicherten, primär hämatologischen und/oder onkologischen und/oder immunologischen Systemerkrankung,
- Erstellung eines krankheitsspezifischen Therapiekonzeptes unter Berücksichtigung individueller Faktoren,

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 13500 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13210 bis 13212 und 36881 bis 36883 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 13.2.2, 13.3.1, 13.3.2, 13.3.3, 13.3.5, 13.3.6, 13.3.7 und 13.3.8 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 13500 ist im Arztfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 30311 berechnungsfähig.

13501 **Zusatzpauschale intensivierte Nachbetreuung nach allogener(n) oder autologer(n) Transplantation(en) hämatopoetischer Stammzellen** 24,08 € 189 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Intensivierte Nachbetreuung nach allogener oder autologer Transplantation(en) hämatopoetischer Stammzellen,
- Nachbetreuung von Patienten mit Stammzelltransplantation,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Überwachung des spezifischen Therapieschemas,
- Erfassung und Dokumentation der Toxizität,

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 13501 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13210 bis 13212 und 36881 bis 36883 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 13.2.2, 13.3.1, 13.3.2, 13.3.3, 13.3.5, 13.3.6, 13.3.7 und 13.3.8 berechnungsfähig.

13502 **Zusatzpauschale intensive, aplasieinduzierende und/oder toxizitätsadaptierte antiproliferative Behandlung** 22,55 € 177 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Intensive, aplasieinduzierende

und/oder

- Toxizitätsadaptierte Behandlung,
- Erfassung und Dokumentation der Toxizität,

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 13502 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13210 bis 13212 und 36881 bis 36883 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der

Abschnitte 13.2.2, 13.3.1, 13.3.2, 13.3.3, 13.3.5, 13.3.6, 13.3.7 und 13.3.8 berechnungsfähig.

13505 **Aderlass mit Entnahme von mindestens 200 ml Blut** 21,02 €
165 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt

Die Leistung nach der Gebührenordnungsposition 13505 ist entgegen der Bestimmungen im Anhang 1 des EBM für Fachärzte für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Hämatologie und Internistische Onkologie neben den Grundpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 13490 bis 13492 und für Fachärzte für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Gastroenterologie neben den Grundpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 13390 bis 13392 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 13505 ist ausschließlich bei Patienten mit den Diagnosen Polycythaemia vera (ICD-10-GM: D45) und/oder Hämochromatose (ICD-10-GM: E83.1) berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 13505 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 36881 bis 36883 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 13.2.1, 13.2.2, 13.3.1, 13.3.2, 13.3.5, 13.3.6, 13.3.7 und 13.3.8 berechnungsfähig.

13507 **Erörterung der Besonderheiten des biomarkerbasierten Tests bei Patientinnen mit primärem Mammakarzinom gemäß Nr. 30 der Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses** 8,28 €
65 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Überprüfung der Indikation

oder

- Mitteilung und Erörterung des Testergebnisses,
- Dauer mindestens 5 Minuten,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ausgabe des Merkblattes gemäß Abschnitt B der Nr. 30 der Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses,

je vollendete 5 Minuten

Die Gebührenordnungsposition 13507 ist höchstens fünfmal im Krankheitsfall berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 13507 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 08347 und 36881 bis 36883 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 13.3.1, 13.3.2, 13.3.3, 13.3.5, 13.3.6, 13.3.7 und 13.3.8 berechnungsfähig.

13.3.5 Kardiologische Gebührenordnungspositionen

1. Die Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 13.3.5 können - unter Berücksichtigung von 1.3 der Allgemeinen Bestimmungen - nur von Fachärzten für Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie berechnet werden.
2. Die Gebührenordnungspositionen 13571 und 13573 bis 13577 können darüber hinaus von allen in der Präambel 13.1 unter 1. aufgeführten Vertragsärzten nach Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung berechnet werden. Die Gebührenordnungspositionen 13578 und 13579 können von den in 13.3.5 Nr. 1, 13.3.6 Nr. 1 und 13.3.7 Nr. 1 aufgeführten Vertragsärzten und von Fachärzten für Innere Medizin ohne Schwerpunkt berechnet werden.
3. Die Gebührenordnungspositionen 13578 und 13579 sind nur von Fachärzten für Innere Medizin berechnungsfähig, die Patienten im Rahmen des Telemonitoring Herzinsuffizienz gemäß Nr. 37 Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses als primär behandelnder Arzt (PBA) behandeln.
4. Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 13583 bis 13587 und 40910 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung Telemonitoring bei Herzinsuffizienz gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus. Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 13583 bis 13587 und 40910 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Rhythmusimplantat-Kontrolle gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.
5. Sofern der Patient bereits mit einem externen Übertragungsgerät (Transmitter) versorgt wurde, das auch im Rahmen des Telemonitoring Herzinsuffizienz mittels kardialer Aggregate gemäß Nr. 37 Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses genutzt werden kann, kann kein weiterer Transmitter zu Lasten der Krankenkassen bereitgestellt werden.
6. Die Gebührenordnungspositionen 13584 bis 13587 und 40910 können im Laufe eines Quartals nur von einem Telemedizinischen Zentrum abgerechnet werden.
7. Die im Zusammenhang mit dem Telemonitoring bei Herzinsuffizienz entstehenden Kosten für die technische Ausstattung des Telemedizinischen Zentrums und für die informationstechnische Infrastruktur (inkl. Nutzungsentgelten und Lizenz- oder Leasinggebühren sowie die gesamten Kosten in Zusammenhang mit der Datenübermittlung für externe Messgeräte) sind mit Ausnahme der Gebührenordnungspositionen 40909 und 40910 nicht gesondert berechnungsfähig, sondern Bestandteil der Gebührenordnungspositionen 13583 bis 13587.

Grundpauschale

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt und/oder Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Weitere persönliche oder andere Arzt-Patienten-Kontakte gemäß 4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen,
- Ärztlicher Bericht entsprechend der Gebührenordnungsposition 01600,
- Individueller Arztbrief entsprechend der Gebührenordnungsposition 01601,
- In Anhang 1 aufgeführte Leistungen,

einmal im Behandlungsfall

13540	für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr	19,62 € 154 Punkte
13541	für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr	27,39 € 215 Punkte
13542	für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres	28,41 € 223 Punkte

Die Gebührenordnungspositionen 13540 bis 13542 sind nicht neben der Gebührenordnungsposition 01436 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungspositionen 13540 bis 13542 sind im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01600, 01601, 13210 bis 13212, 13390 bis 13392, 13401, 13410 bis 13413, 13424 bis 13426, 13430, 13431, 13435, 13437 und 13439 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 13.3.1, 13.3.2, 13.3.4, 13.3.6, 13.3.7 und 13.3.8 berechnungsfähig.

13543 **Zuschlag** zu den Gebührenordnungspositionen 13540 bis 13542 **für die kardiologisch-internistische Grundversorgung,** — 5,22 €
41 Punkte

einmal im Behandlungsfall

Der Zuschlag nach der Gebührenordnungsposition 13543 kann nur in Behandlungsfällen abgerechnet werden, in denen ausschließlich die Gebührenordnungspositionen 01444, 01450, 01452, 01471, 01473, 01475, 01481, 01546, 01615, 01640, 01642, 01643, 01647, 01648, 01670 bis 01672, 13540 bis 13542, 13544, 13546 bis 13548 und/oder 32001 berechnet werden.
Die Gebührenordnungsposition 13543 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 13413 berechnungsfähig.

13544 **Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 13543,** — 1,40 €
11 Punkte

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 13544 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.
Die Gebührenordnungsposition 13544 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 13413 berechnungsfähig.

13545 **Zusatzpauschale Kardiologie** 94,15 €
739 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Duplex-Echokardiographische Untersuchung (Nr. 33022),
- Druckmessung(en),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Infusion(en) (Nr. 02100),
- Arterielle Blutentnahme (Nr. 02330),
- Intraarterielle Injektion (Nr. 02331),
- Belastungs-EKG (Nr. 13251),
- Aufzeichnung Langzeit-EKG (Nr. 13252),
- Computergestützte Auswertung Langzeit-EKG (Nr. 13253),
- Langzeit-Blutdruckmessung (Nr. 13254),
- Doppler-Echokardiographische Untersuchung (Nr. 33021),
- Echokardiographische Untersuchung (Nr. 33020),
- Untersuchung mittels Einschwemmkatheter in Ruhe,
- Untersuchung mittels Einschwemmkatheter in Ruhe sowie während und nach physikalisch definierter und reproduzierbarer Belastung,
- Laufbandergometrie(n),
- Intraluminale Messung(en) des Arteriendrucks oder des zentralen Venendrucks,
- Messung(en) von Herzzeitvolumen und/oder Kreislaufzeiten,
- Applikation der Testsubstanz(en),

einmal im Behandlungsfall

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 13545 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Ultraschallvereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.
Entgegen Nr. 4.3.2 der Allgemeinen Bestimmungen kann die Gebührenordnungsposition 13545 auch dann berechnet werden, wenn die Arztpraxis nicht über die Möglichkeit zur Erbringung von Einschwemmkathetern, der intraluminalen Messung des Arteriendrucks oder des zentralen Venendrucks, der Messung von Herzzeitvolumen und/oder Kreislaufzeiten und von Leistungsinhalten der Gebührenordnungspositionen 13300 und 13301 verfügt.
In schwerpunktübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften und in medizinischen Versorgungszentren kann die Gebührenordnungsposition 13545 neben der Gebührenordnungsposition 13300 berechnet werden.
In der Gebührenordnungsposition 13545 sind die Kosten für den Einschwemmkatheter mit Ausnahme des Swan-Ganz-Katheters enthalten.
Die Gebührenordnungsposition 13545 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 13545 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02100 bis 02102, 02330, 02331, 03241, 03321, 03322, 03324, 04241, 04321, 04322, 04324, 04410, 13210 bis 13212, 13250, 27321 bis 27324, 30500, 33020 bis 33022 und 36881 bis 36883 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 13.2.2.3, 13.3.1, 13.3.2, 13.3.3, 13.3.4, 13.3.6, 13.3.7 und 13.3.8 berechnungsfähig.

13546 **Hygienezuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 13540 bis 13542,** 0,25 €
2 Punkte

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 13546 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.
Die Gebührenordnungsposition 13546 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 13413 berechnungsfähig.

13547 **Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 13540 bis 13542,** 0,25 €
2 Punkte

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 13547 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.
Die Gebührenordnungsposition 13547 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01630 und 13413 berechnungsfähig.

13548 **Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 13540 bis 13542 für die Behandlung aufgrund einer TSS-Vermittlung und/oder Vermittlung durch den Hausarzt gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.10.1, 4.3.10.2 oder 4.3.10.3,**

einmal im Arztgruppenfall

Die Gebührenordnungsposition 13548 kann durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt werden.
Die Gebührenordnungsposition 13548 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 13413 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 13548 ist im Arztgruppenfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 01710 berechnungsfähig.

13551 **Elektrostimulation des Herzens** 65,87 €
517 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Temporäre transvenöse Elektrostimulation des Herzens,
- Elektrodeneinführung,
- EKG-Monitoring

Fakultativer Leistungsinhalt

- Elektrokardiographische Untersuchung mittels intrakavitärer Ableitung

Die Gebührenordnungsposition 13551 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01222 und 02300 bis 02302 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 13551 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13210 bis 13212 und 36881 bis 36883 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 13.2.2, 13.3.1, 13.3.2, 13.3.3, 13.3.4, 13.3.6, 13.3.7 und 13.3.8 berechnungsfähig.

13552 **Externe elektrische Kardioversion, einschließlich Sachkosten** 238,88 €
1875 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Aufklärungsgespräch in angemessenem Zeitabstand vor dem Eingriff,
- Externe elektrische Kardioversion,
- Kontinuierliches EKG-Monitoring,
- 12-Kanal-EKG(s),
- mindestens ein weiterer Arzt-Patienten-Kontakt innerhalb von 5 Tagen nach Kardioversion,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Verabreichung von Analgetika und/oder Sedativa,
- Aufzeichnung eines Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden Dauer,
- Computergestützte Auswertung eines kontinuierlich aufgezeichneten Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden Dauer,

höchstens dreimal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 13552 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13300, 13301, 13310, 13311, 13350, 13401, 13410 bis 13413, 13424 bis 13426, 13430, 13431, 13435, 13437, 13439, 13500 bis 13502, 13505, 13507, 13600 bis 13602, 13610 bis 13612, 13620 bis 13622, 13650 bis 13652, 13660 bis 13663, 13670, 13675, 13678, 13700 und 13701 berechnungsfähig.

13560 **Ergospirometrische Untersuchung** 50,20 €
394 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Ergospirometrische Untersuchung in Ruhe und unter physikalisch definierter Belastung und reproduzierbarer Belastungsstufe,
- Gleichzeitige obligatorische Untersuchung der Atemgase, Ventilationsparameter und der Herz-Kreislauf-Parameter,
- Monitoring,
- Dokumentation mittels „9-Felder-Grafik“

Die Gebührenordnungsposition 13560 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13210 bis 13212 und 36881 bis 36883 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 13.2.2, 13.3.1, 13.3.2, 13.3.3, 13.3.4, 13.3.6, 13.3.7 und 13.3.8 berechnungsfähig.

13561 **Zusatzpauschale Behandlung eines Herz-Transplantatträgers** 26,88 €
211 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Behandlung eines Herz-Transplantatträgers,
- Kontrolle der Transplantatfunktion(en),
- Überwachung des spezifischen Therapieschemas,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Instruktion der Bezugsperson(en),
- Abstimmung mit dem Hausarzt,

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 13561 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13210 bis 13212 und 36881 bis 36883 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 13.2.2, 13.3.1, 13.3.2, 13.3.3, 13.3.4, 13.3.6, 13.3.7 und 13.3.8 berechnungsfähig.

13571 **Funktionsanalyse eines Herzschrittmachers zur antibradykarden Therapie** 27,52 € 216 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Funktionsanalyse eines Herzschrittmachers zur antibradykarden Therapie,
- Überprüfung des Batteriezustandes,
- Überprüfung und Dokumentation der programmierbaren Parameter und Messwerte durch Ausdruck des Programmiergerätes,
- Kontrolle der Funktionsfähigkeit der Elektrode(n)

Fakultativer Leistungsinhalt

- Umprogrammierung

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 13571 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Rhythmusimplantat-Kontrolle gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.
Die Gebührenordnungsposition 13571 ist höchstens fünfmal im Krankheitsfall berechnungsfähig. Bei Versicherten, bei denen gleichzeitig eine Strahlentherapie durchgeführt wird, besteht mit Begründung im Krankheitsfall keine Obergrenze. Als Begründung ist der ICD-10-Kode der für die Strahlentherapie maßgeblichen Erkrankung bei der Abrechnung anzugeben.
Die Gebührenordnungsposition 13571 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13300, 13301, 13310, 13311, 13350, 13400 bis 13402, 13410 bis 13414, 13416, 13421 bis 13426, 13430, 13431, 13435, 13437, 13439, 13500 bis 13502, 13505, 13507, 13573 bis 13576, 13600 bis 13602, 13610 bis 13612, 13620 bis 13622, 13650 bis 13652, 13660 bis 13664, 13670, 13675, 13678, 13700, 13701 und 36881 bis 36883 berechnungsfähig.

13573 **Funktionsanalyse eines implantierten Kardioverters bzw. Defibrillators** 50,96 € 400 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Funktionsanalyse eines implantierten Kardioverters bzw. Defibrillators,
- Überprüfung des Batteriezustandes,
- Überprüfung und Dokumentation der programmierbaren Parameter und Messwerte durch Ausdruck des Programmiergerätes,
- Kontrolle der Funktionsfähigkeit der Elektrode(n)

Fakultativer Leistungsinhalt

- Umprogrammierung

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 13573 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Rhythmusimplantat-Kontrolle gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.
Die Gebührenordnungspositionen 13573 und 13574 sind in Summe höchstens fünfmal im Krankheitsfall berechnungsfähig. Bei Versicherten, bei denen gleichzeitig eine Strahlentherapie durchgeführt wird, besteht mit Begründung im Krankheitsfall keine Obergrenze. Als Begründung ist der ICD-10-Kode der für die Strahlentherapie maßgeblichen Erkrankung bei der Abrechnung anzugeben.
Die Gebührenordnungsposition 13573 ist einmal im Krankheitsfall neben der Gebührenordnungsposition 13584 berechnungsfähig. Zum Zweck der Umprogrammierung oder bei nicht vorhergesehener Inanspruchnahme ist die Gebührenordnungsposition 13573 weitere zweimal im Krankheitsfall neben der Gebührenordnungsposition 13584 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 13573 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 13574 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 13573 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13300, 13301, 13310, 13311, 13350, 13400 bis 13402, 13410 bis 13414, 13416, 13421 bis 13426, 13430, 13431, 13435, 13437, 13439, 13500 bis 13502, 13505, 13507, 13571, 13575, 13576, 13600 bis 13602, 13610 bis 13612, 13620 bis 13622, 13650 bis 13652, 13660 bis 13664, 13670, 13675, 13678, 13700, 13701 und 36881 bis 36883 berechnungsfähig.

13574 **Telemedizinische Funktionsanalyse eines implantierten Kardioverters bzw. Defibrillators** 50,96 € / 400 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Telemedizinische Funktionsanalyse eines implantierten Kardioverters bzw. Defibrillators,
- Überprüfung des Batteriezustandes,
- Überprüfung und Dokumentation der erhobenen Parameter und Messwerte,
- Kontrolle der Funktionsfähigkeit der Elektrode(n)

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 13574 setzt im Krankheitsfall mindestens eine Funktionsanalyse gemäß der Gebührenordnungsposition 13573 - möglichst in der Arztpraxis des telemedizinisch überwachenden Vertragsarztes - voraus.
Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 13574 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Rhythmusimplantat-Kontrolle gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.
Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 13574 setzt den Nachweis der Erfüllung der Vorgaben gemäß Anlage 31 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) voraus.

Die Gebührenordnungspositionen 13573 und 13574 sind in Summe höchstens fünfmal im Krankheitsfall berechnungsfähig. Bei Versicherten, bei denen gleichzeitig eine Strahlentherapie durchgeführt wird, besteht mit Begründung im Krankheitsfall keine Obergrenze. Als Begründung ist der ICD-10-Kode der für die Strahlentherapie maßgeblichen Erkrankung bei der Abrechnung anzugeben.
Die Gebührenordnungsposition 13574 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 13573 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 13574 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13300, 13301, 13310, 13311, 13350, 13400 bis 13402, 13410 bis 13414, 13416, 13421 bis 13426, 13430, 13431, 13435, 13437, 13439, 13500 bis 13502, 13505, 13507, 13571, 13575, 13576, 13584, 13600 bis 13602, 13610 bis 13612, 13620 bis 13622, 13650 bis 13652, 13660 bis 13664, 13670, 13675, 13678, 13700, 13701 und 36881 bis 36883 berechnungsfähig.

13575 **Funktionsanalyse eines implantierten Systems zur kardialen Resynchronisationstherapie (CRT-P, CRT-D)** 62,68 € 492 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Funktionsanalyse eines implantierten Systems zur kardialen Resynchronisationstherapie (CRT-P, CRT-D),
- Überprüfung des Batteriezustandes,
- Überprüfung und Dokumentation der programmierbaren Parameter und Messwerte durch Ausdruck des Programmiergerätes,
- Kontrolle der Funktionsfähigkeit der Elektrode(n)

Fakultativer Leistungsinhalt

- Umprogrammierung

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 13575 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Rhythmusimplantat-Kontrolle gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.
Die Gebührenordnungspositionen 13575 und 13576 sind in Summe höchstens fünfmal im Krankheitsfall berechnungsfähig. Bei Versicherten, bei denen gleichzeitig eine Strahlentherapie durchgeführt wird, besteht mit Begründung im Krankheitsfall keine Obergrenze. Als Begründung ist der ICD-10-Kode der für die Strahlentherapie maßgeblichen Erkrankung bei der Abrechnung anzugeben.
Die Gebührenordnungsposition 13575 ist einmal im Krankheitsfall neben der Gebührenordnungsposition 13584 berechnungsfähig. Zum Zweck der Umprogrammierung oder bei nicht vorhergesehener Inanspruchnahme ist die Gebührenordnungsposition 13575 weitere zweimal im Krankheitsfall neben der Gebührenordnungsposition 13584 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 13575 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 13576 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 13575 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13300, 13301, 13310, 13311, 13350,

13400 bis 13402, 13410 bis 13414, 13416, 13421 bis 13426, 13430, 13431, 13435, 13437, 13439, 13500 bis 13502, 13505, 13507, 13571, 13573, 13574, 13600 bis 13602, 13610 bis 13612, 13620 bis 13622, 13650 bis 13652, 13660 bis 13664, 13670, 13675, 13678, 13700, 13701 und 36881 bis 36883 berechnungsfähig.

13576 **Telemedizinische Funktionsanalyse eines implantierten Systems zur kardialen Resynchronisationstherapie (CRT-P, CRT-D)** 62,68 € 492 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Telemedizinische Funktionsanalyse eines implantierten Systems zur kardialen Resynchronisationstherapie (CRT-P, CRT-D),
- Überprüfung des Batteriezustandes,
- Überprüfung und Dokumentation der erhobenen Parameter und Messwerte,
- Kontrolle der Funktionsfähigkeit der Elektrode(n)

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 13576 setzt im Krankheitsfall mindestens eine Funktionsanalyse gemäß der Gebührenordnungsposition 13575 - möglichst in der Arztpraxis des telemedizinisch überwachenden Vertragsarztes - voraus.
Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 13576 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Rhythmusimplantat-Kontrolle gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.
Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 13576 setzt den Nachweis der Erfüllung der Vorgaben gemäß Anlage 31 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) voraus.
Die Gebührenordnungspositionen 13575 und 13576 sind in Summe höchstens fünfmal im Krankheitsfall berechnungsfähig. Bei Versicherten, bei denen gleichzeitig eine Strahlentherapie durchgeführt wird, besteht mit Begründung im Krankheitsfall keine Obergrenze. Als Begründung ist der ICD-10-Kode der für die Strahlentherapie maßgeblichen Erkrankung bei der Abrechnung anzugeben.
Die Gebührenordnungsposition 13576 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 13575 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 13576 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13300, 13301, 13310, 13311, 13350, 13400 bis 13402, 13410 bis 13414, 13416, 13421 bis 13426, 13430, 13431, 13435, 13437, 13439, 13500 bis 13502, 13505, 13507, 13571, 13573, 13574, 13584, 13600 bis 13602, 13610 bis 13612, 13620 bis 13622, 13650 bis 13652, 13660 bis 13664, 13670, 13675, 13678, 13700, 13701 und 36881 bis 36883 berechnungsfähig.

13577 **Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 13571, 13573 und 13575** 5,10 € 40 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 13577 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 13413 berechnungsfähig.

13578 **Indikationsstellung zur Überwachung eines Patienten im Rahmen des Telemonitoring bei Herzinsuffizienz gemäß Nr. 37 Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses** 8,28 € 65 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Aufklärung und Beratung zur Teilnahme am Telemonitoring bei Herzinsuffizienz,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Schriftliche Übermittlung medizinisch relevanter Informationen an das Telemedizinische Zentrum (z. B. Medikation, anamnestische Daten, Vorliegen der Indikationsvoraussetzungen),

je vollendete 5 Minuten, höchstens dreimal im Krankheitsfall

Die Gebührenordnungsposition 13578 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01481, 03325, 04325 und 13413 berechnungsfähig.

13579 **Zusatzpauschale für die Betreuung eines Patienten im Rahmen des Telemonitoring bei Herzinsuffizienz gemäß Nr. 37 Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses** 16,31 € 128 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Kommunikation mit dem verantwortlichen Telemedizinischen Zentrum (TMZ),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Bestätigung eingehender Warnmeldungen an das TMZ innerhalb von 48 Stunden,
- Information des TMZ über ergriffene Maßnahmen,
- Telefonische Kontaktaufnahme mit dem Patienten,
- Überprüfung der Indikation zur Überwachung eines Patienten im Rahmen des Telemonitoring bei Herzinsuffizienz,

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 13579 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01481, 03326, 04326 und 13413 berechnungsfähig.

13583 **Anleitung und Aufklärung durch ein Telemedizinisches Zentrum zum Telemonitoring bei Herzinsuffizienz gemäß Nr. 37 Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- und Behandlungsmethoden“ der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses,** 12,10 € 95 Punkte

einmal im Krankheitsfall

Die Gebührenordnungsposition 13583 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01481, 13210 bis 13212 und 36881 bis 36883 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 13.2.2, 13.3.1, 13.3.2, 13.3.3, 13.3.4, 13.3.6, 13.3.7 und 13.3.8 berechnungsfähig.

13584 **Telemonitoring bei Herzinsuffizienz mittels kardialem Aggregat durch ein Telemedizinisches Zentrum gemäß Nr. 37 Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses** 140,14 € 1100 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Kommunikation mit dem primär behandelnden Arzt,
- Versenden eines Quartalsberichts an den primär behandelnden Arzt,
- Telemonitoring gemäß § 3 Absatz 2, Absatz 3 Nr. 2 bis 3 und Absatz 4 Nr. 1 bis 4 der Nr. 37 Anlage I MVV-Richtlinie,
- Dokumentation gemäß § 4 Absatz 6 der Nr. 37 Anlage I MVV-Richtlinie,

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 13584 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01481, 04414, 04416, 13210 bis 13212, 13574, 13576, 13586, 13587 und 36881 bis 36883 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 13.2.2, 13.3.1, 13.3.2, 13.3.3, 13.3.4, 13.3.6, 13.3.7 und 13.3.8 berechnungsfähig.

13585 **Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 13584 für das intensivierte Telemonitoring bei Herzinsuffizienz mittels kardialem Aggregat durch ein Telemedizinisches Zentrum gemäß Nr. 37 Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses** 29,94 € 235 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Telemedizinische Datenabfrage und Auswertung bei Patienten mit einem implantierten Kardioverter bzw. Defibrillator oder einem implantierten System zur kardialen Resynchronisationstherapie (CRT-P, CRT-D) an Samstagen, Sonntagen, gesetzlichen Feiertagen und/oder am 24.12. und 31.12.,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Telefonische Kontaktaufnahme mit dem Patienten bei Warnmeldungen mit Handlungsbedarf,
- Therapieanpassung,
- Sicherstellung zeitnaher notwendiger Interventionen,

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 13585 ist nur berechnungsfähig, sofern eine patientenindividuelle schriftliche Vereinbarung zwischen primär behandelndem Arzt und Telemedizinischem Zentrum getroffen wurde.

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 13585 setzt eine medizinische Begründung der Notwendigkeit der Intensivierung des Monitorings voraus.
Die Gebührenordnungsposition 13585 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01481 und 13413 berechnungsfähig.

13586 **Telemonitoring bei Herzinsuffizienz mittels externer Messgeräte durch ein Telemedizinisches Zentrum gemäß Nr. 37 Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses** 267,55 € 2100 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Kommunikation mit dem primär behandelnden Arzt,
- Versenden eines Quartalsberichts an den primär behandelnden Arzt,
- Telemonitoring gemäß § 3 Absatz 2, Absatz 3 Nr. 2 bis 3 und Absatz 4 Nr. 1 bis 4 der Nr. 37 Anlage I MVV-Richtlinie,
- Dokumentation gemäß § 4 Absatz 6 der Nr. 37 Anlage I MVV-Richtlinie,

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 13586 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01481, 13210 bis 13212, 13584, 13585 und 36881 bis 36883 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 13.2.2, 13.3.1, 13.3.2, 13.3.3, 13.3.4, 13.3.6, 13.3.7 und 13.3.8 berechnungsfähig.

13587 **Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 13586 für das intensivierte Telemonitoring bei Herzinsuffizienz mittels externer Messgeräte durch ein Telemedizinisches Zentrum gemäß Nr. 37 Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses** 29,94 € 235 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Telemedizinische Datenabfrage und Auswertung bei Patienten mit externen Geräten an Samstagen, Sonntagen, gesetzlichen Feiertagen und/oder am 24.12. und 31.12.,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Telefonische Kontaktaufnahme mit dem Patienten bei Warnmeldungen mit Handlungsbedarf,
- Therapieanpassung,
- Sicherstellung zeitnaher notwendiger Interventionen,

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 13587 ist nur berechnungsfähig, sofern eine patientenindividuelle schriftliche Vereinbarung zwischen primär behandelndem Arzt und Telemedizinischem Zentrum getroffen wurde.
Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 13587 setzt eine medizinische Begründung der Notwendigkeit der Intensivierung des Monitorings voraus.

Die Gebührenordnungsposition 13587 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01481 und 13413 berechnungsfähig.

13.3.6 Gebührenordnungspositionen der Nephrologie und Dialyse

1. Die Gebührenordnungspositionen 13590 bis 13592, 13600 und 13601 können - unter Berücksichtigung von 1.3 der Allgemeinen Bestimmungen - nur von Fachärzten für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Nephrologie und/oder Vertragsärzten, die über eine Genehmigung zur Durchführung von Blutreinigungsverfahren gemäß § 135 Abs. 2 SGB V verfügen, berechnet werden. Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 13602 und 13610 bis 13612 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Vereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus. Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 13620 bis 13622 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach Nr. 1 Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses voraus.
2. Der Leistungsumfang der Gebührenordnungsposition 13610 bei Durchführung einer Zentrums- bzw. Praxisdialyse oder bei Apheresen entsprechend der Gebührenordnungsposition 13620, 13621 oder 13622 schließt die ständige Anwesenheit des Arztes ein. Der Leistungsumfang der Gebührenordnungsposition 13610 bei Heimdialyse oder zentralisierter Heimdialyse sowie der Gebührenordnungspositionen 13611 und 13612 schließt die ständige Bereitschaft des Arztes ein.
3. Neben den Gebührenordnungspositionen 13610, 13611, 13612, 13620, 13621 und 13622 sind aus den Abschnitten 1.1, 1.2, 1.3 und 1.4 nur die Gebührenordnungspositionen 01100, 01101, 01220 bis 01222, 01320 bis 01323, 01411, 01412 und 01415 berechnungsfähig.
4. Die Gebührenordnungspositionen nach den Abschnitten 2.1 und 2.3 sind, soweit es sich um Maßnahmen zum Anlegen, zur Steuerung und zur Beendigung der Dialyse bzw. von Apheresen handelt, nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13610 bis 13612 und 13620 bis 13622 berechnungsfähig.
5. Solange sich der Kranke in Dialyse- bzw. LDL-Apherese-Behandlung befindet, können die Gebührenordnungspositionen 32038, 32039, 32065, 32066 bzw. 32067, 32068, 32081, 32082, 32083, 32086 und 32112 weder von dem die Dialyse bzw. LDL-Apherese durchführenden noch von dem Arzt berechnet werden, dem diese Leistungen als Auftrag zugewiesen werden. Für die Gebührenordnungsposition 13611 gilt dies in gleicher Weise zusätzlich für die Gebührenordnungsposition 32036.
6. Entgegen der Beschränkung der Erbringung von Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 13.2.2.3 auf Definitionsaufträge sind auf Grund der Vorgaben der Anlage 9.1.3 des Bundesmantelvertrags-Ärzte (BMV-Ä) die Gebührenordnungspositionen 13251 und 13254 für Fachärzte für Innere Medizin mit der Schwerpunktbezeichnung "Nephrologie" und/ oder Vertragsärzten, die über eine Genehmigung zur Durchführung

von Blutreinigungsverfahren gemäß § 135 Abs. 2 SGB V verfügen, berechnungsfähig. Die Leistungen nach der Anlage 9.1 des Bundesmantelvertrags-Ärzte (BMV-Ä) sind durch Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunktbezeichnung "Nephrologie" und/oder Vertragsärzten, die über eine Genehmigung zur Durchführung von Blutreinigungsverfahren gemäß § 135 Abs. 2 SGB V verfügen, berechnungsfähig.

7. Eine Behandlungswoche im Sinne der Gebührenordnungspositionen 13620 und 13622 ist jede Kalenderwoche, in der mindestens eine LDL-Apherese gemäß Nr. 1 Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses durchgeführt wird.

Grundpauschale

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt und/oder Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Weitere persönliche oder andere Arzt-Patienten-Kontakte gemäß 4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen,
- Ärztlicher Bericht entsprechend der Gebührenordnungsposition 01600,
- Individueller Arztbrief entsprechend der Gebührenordnungsposition 01601,
- In Anhang 1 aufgeführte Leistungen,

einmal im Behandlungsfall

13590	für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr	18,98 € 149 Punkte
13591	für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr	29,05 € 228 Punkte
13592	für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres	30,07 € 236 Punkte

Die Gebührenordnungspositionen 13590 bis 13592 sind nicht neben der Gebührenordnungsposition 01436 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungspositionen 13590 bis 13592 sind im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01600, 01601, 13210 bis 13212, 13390 bis 13392, 13401, 13410 bis 13413, 13424 bis 13426, 13430, 13431, 13435, 13437, 13540 bis 13542, 13545, 13551, 13560, 13561, 13583, 13584, 13586 und 36882 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 13.3.1, 13.3.2, 13.3.4, 13.3.7 und 13.3.8 berechnungsfähig.

13594	**Zuschlag** zu den Gebührenordnungspositionen 13590 bis 13592 **für die nephrologisch-internistische Grundversorgung,**	5,22 € 41 Punkte

einmal im Behandlungsfall

Der Zuschlag nach der Gebührenordnungsposition 13594 kann nur in Behandlungsfällen abgerechnet werden, in denen ausschließlich die Gebührenordnungspositionen 01444, 01450, 01452, 01478, 01481, 01482, 01546, 01615, 01640, 01642, 01643, 01647, 01648, 01670 bis 01672, 13590 bis 13592, 13595 bis 13598 und/oder 32001 berechnet werden.
Die Gebührenordnungsposition 13594 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 13413 berechnungsfähig.

13595 **Hygienezuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 13590 bis 13592,** 0,25 €
2 Punkte

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 13595 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.
Die Gebührenordnungsposition 13595 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 13413 berechnungsfähig.

13596 **Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 13594,** 1,40 €
11 Punkte

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 13596 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.
Die Gebührenordnungsposition 13596 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 13413 berechnungsfähig.

13597 **Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 13590 bis 13592,** 1,15 €
9 Punkte

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 13597 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.
Die Gebührenordnungsposition 13597 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01630 und 13413 berechnungsfähig.

13598 **Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 13590 bis 13592 für die Behandlung aufgrund einer TSS-Vermittlung und/oder Vermittlung durch den Hausarzt gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.10.1, 4.3.10.2 oder 4.3.10.3,**

einmal im Arztgruppenfall

Die Gebührenordnungsposition 13598 kann durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt werden.
Die Gebührenordnungsposition 13598 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 13413 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 13598 ist im Arztgruppenfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 01710 berechnungsfähig.

13600 **Zusatzpauschale kontinuierliche Betreuung eines chronisch niereninsuffizienten Patienten** 26,88 €
211 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Kontinuierliche Betreuung eines chronisch niereninsuffizienten Patienten mit einer glomerulären Filtrationsrate unter 40 ml/min/1,73 m² Körperoberfläche

und/oder

- Kontinuierliche Betreuung eines chronisch niereninsuffizienten Patienten mit nephrotischem Syndrom,
- Aufklärung über ein Dialyse- und/oder Transplantationsprogramm,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Beratung und Instruktion der Bezugsperson(en),
- Eintragung und Vorbereitung in ein Dialyse- und/oder Transplantationsprogramm,

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 13600 ist nur von Fachärzten für Innere Medizin mit der Schwerpunktbezeichnung "Nephrologie" und/ oder Vertragsärzten, die über eine Genehmigung zur Durchführung von Blutreinigungsverfahren gemäß § 135 Abs. 2 SGB V verfügen, berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 13600 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13210 bis 13212, 13250, 13252, 13253, 13255 bis 13258, 13260, 13602 und 32247 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 13.3.1, 13.3.2, 13.3.3, 13.3.4, 13.3.5, 13.3.7, 13.3.8 und 36.6.3 berechnungsfähig.

13601 **Zusatzpauschale Behandlung eines Nieren- oder Nieren-Bauchspeicheldrüsen-Transplantatträgers** 26,88 € 211 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Behandlung eines Nieren- oder Nieren-Bauchspeicheldrüsen-Transplantatträgers,
- Kontrolle der Transplantatfunktionen,
- Überwachung des spezifischen Therapieschemas,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Beratung und Instruktion der Bezugsperson(en),
- Abstimmung mit dem Hausarzt,

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 13601 ist nur von Fachärzten für Innere Medizin mit der Schwerpunktbezeichnung "Nephrologie" und/ oder Vertragsärzten, die über eine Genehmigung zur Durchführung von Blutreinigungsverfahren gemäß § 135 Abs. 2 SGB V verfügen, berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 13601 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13210 bis 13212, 13250, 13252, 13253, 13255 bis 13258, 13260, 13602 und 32247 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 13.3.1, 13.3.2, 13.3.3, 13.3.4, 13.3.5, 13.3.7, 13.3.8 und 36.6.3 berechnungsfähig.

13602 **Zusatzpauschale kontinuierliche Betreuung** eines **dialysepflichtigen** Patienten — 38,48 € / 302 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Kontinuierliche Betreuung eines dialysepflichtigen Patienten,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Bestimmung der Blutgase und des Säure-Basen-Status (Nr. 13256),

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 13602 ist nur von Vertragsärzten, die über eine Genehmigung zur Durchführung von Blutreinigungsverfahren gemäß § 135 Abs. 2 SGB V verfügen, berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 13602 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 37705 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 13602 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13210 bis 13212, 13250, 13252, 13253, 13255 bis 13258, 13260, 13600, 13601 und 32247 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 13.3.1, 13.3.2, 13.3.3, 13.3.4, 13.3.5, 13.3.7, 13.3.8 und 36.6.3 berechnungsfähig.

13610 **Zusatzpauschale ärztliche** Betreuung bei **Hämodialyse** als **Zentrums-** bzw. **Praxishämodialyse**, **Heimdialyse** oder **zentralisierter Heimdialyse**, oder bei **intermittierender Peritonealdialyse** (IPD), einschl. **Sonderverfahren** (z. B. Hämofiltration, Hämodiafiltration nach der Vereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren gemäß § 135 Abs. 2 SGB V), — 18,98 € / 149 Punkte

je Dialysetag

Die Leistungen entsprechend der Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 2.1 und 2.3 sind, soweit es sich um Maßnahmen zum Anlegen, zur Steuerung und zur Beendigung der Dialyse bzw. der Apherese handelt, nicht neben der Gebührenordnungsposition 13610 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 13610 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 01102 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 1.5 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 13610 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13210 bis 13212, 13250, 13252, 13253, 13255 bis 13258, 13260 und 32247 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 13.3.1, 13.3.2, 13.3.3, 13.3.4, 13.3.5, 13.3.7, 13.3.8 und 36.6.3 berechnungsfähig.

13611 **Zusatzpauschale ärztliche** Betreuung bei Durchführung einer **Peritonealdialyse (CAPD oder CCPD),** — 9,43 € / 74 Punkte

je Dialysetag

Die Leistungen entsprechend der Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 2.1 und 2.3 sind, soweit es sich um Maßnahmen zum Anlegen, zur Steuerung und zur Beendigung der Dialyse bzw. der Apherese handelt, nicht neben der Gebührenordnungsposition 13611 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 13611 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 01102 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 1.5 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 13611 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13210 bis 13212, 13250, 13252, 13253, 13255 bis 13258, 13260 und 32247 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 13.3.1, 13.3.2, 13.3.3, 13.3.4, 13.3.5, 13.3.7, 13.3.8 und 36.6.3 berechnungsfähig.

13612 **Zuschlag** zu den Gebührenordnungspositionen 13610 oder 13611 für die Durchführung einer **Trainingsdialyse**, — 28,67 € / 225 Punkte

je vollendeter Trainingswoche

Eine vollendete Trainingswoche umfasst mindestens 3 Hämodialysetage oder mindestens 4 von 7 Peritonealdialysetagen.
Die Leistungen der Abschnitte 2.1 und 2.3 sind, soweit es sich um Maßnahmen zum Anlegen, zur Steuerung und zur Beendigung der Dialyse bzw. der Apherese handelt, nicht neben der Gebührenordnungsposition 13612 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 13612 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 01102 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 1.5 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 13612 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13210 bis 13212, 13250, 13252, 13253, 13255 bis 13258, 13260 und 32247 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 13.3.1, 13.3.2, 13.3.3, 13.3.4, 13.3.5, 13.3.7, 13.3.8 und 36.6.3 berechnungsfähig.

13620 **Zusatzpauschale ärztliche Betreuung** bei **LDL-Apherese** gemäß Nr. 1 Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses, ausgenommen bei isolierter Lp(a)-Erhöhung, — 18,98 € / 149 Punkte

je Apherese

Die Leistungen entsprechend der Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 2.1 und 2.3 sind, soweit es sich um Maßnahmen zum Anlegen, zur Steuerung und zur Beendigung der Dialyse bzw. der Apherese handelt, nicht neben der Gebührenordnungsposition 13620 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 13620 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01102, 01510 bis 01512, 01520 bis 01522, 01530, 01531 und 01540 bis 01545 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 13620 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13210 bis 13212, 13250, 13252, 13253, 13255 bis 13258, 13260 und 32247 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 13.3.1, 13.3.2, 13.3.3, 13.3.4, 13.3.5, 13.3.7, 13.3.8 und 36.6.3 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 13620 ist je Behandlungswoche nicht neben der Gebührenordnungsposition 13622 berechnungsfähig.

13621 **Zusatzpauschale ärztliche Betreuung** bei einer **Apherese bei rheumatoider Arthritis** gemäß Nr. 1 Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses, 18,98 € 149 Punkte

je Apherese

Die Leistungen entsprechend der Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 2.1 und 2.3 sind, soweit es sich um Maßnahmen zum Anlegen, zur Steuerung und zur Beendigung der Dialyse bzw. der Apherese handelt, nicht neben der Gebührenordnungsposition 13621 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 13621 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01102, 01510 bis 01512, 01520 bis 01522, 01530, 01531 und 01540 bis 01545 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 13621 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13210 bis 13212, 13250, 13252, 13253, 13255 bis 13258, 13260 und 32247 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 13.3.1, 13.3.2, 13.3.3, 13.3.4, 13.3.5, 13.3.7, 13.3.8 und 36.6.3 berechnungsfähig.

13622 **Zusatzpauschale ärztliche Betreuung** bei **LDL-Apherese** gemäß Nr. 1 Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses, bei isolierter Lp(a)-Erhöhung, 18,98 € 149 Punkte

je Apherese

Die Gebührenordnungsposition 13622 ist einmal pro Behandlungswoche berechnungsfähig.
Die Leistungen entsprechend der Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 2.1 und 2.3 sind, soweit es sich um Maßnahmen zum Anlegen, zur Steuerung und zur Beendigung der Dialyse bzw. der Apherese handelt, nicht neben der Gebührenordnungsposition 13622 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 13622 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01102, 01510 bis 01512, 01520 bis 01522, 01530, 01531 und 01540 bis 01545 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 13622 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13210 bis 13212, 13250, 13252, 13253, 13255 bis 13258, 13260 und 32247 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 13.3.1, 13.3.2, 13.3.3, 13.3.4, 13.3.5, 13.3.7, 13.3.8 und 36.6.3 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 13622 ist je Behandlungswoche nicht neben der Gebührenordnungsposition 13620 berechnungsfähig.

13.3.7 Pneumologische Gebührenordnungspositionen

1. Die Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 13.3.7 können - unter Berücksichtigung von 1.3 der Allgemeinen Bestimmungen - nur von Fachärzten für Innere Medizin mit Schwerpunkt Pneumologie und Lungenärzten berechnet werden.

2. Die Gebührenordnungsposition 13677 kann darüber hinaus von Fachärzten für Innere Medizin mit der Schwerpunktbezeichnung "Kardiologie" berechnet werden.

Grundpauschale

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt und/oder Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Weitere persönliche oder andere Arzt-Patienten-Kontakte gemäß 4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen,
- Ärztlicher Bericht entsprechend der Gebührenordnungsposition 01600,
- Individueller Arztbrief entsprechend der Gebührenordnungsposition 01601,
- In Anhang 1 aufgeführte Leistungen,

einmal im Behandlungsfall

13640	für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr	22,55 € 177 Punkte
13641	für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr	26,50 € 208 Punkte
13642	für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres	26,88 € 211 Punkte

Die Gebührenordnungspositionen 13640 bis 13642 sind nicht neben der Gebührenordnungsposition 01436 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungspositionen 13640 bis 13642 sind im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01600, 01601, 13210 bis 13212, 13390 bis 13392, 13401, 13410 bis 13413, 13424 bis 13426, 13430, 13431, 13435, 13437, 13439, 13540 bis 13542, 13545, 13551, 13560, 13561, 13583, 13584 und 13586 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 13.3.1, 13.3.2, 13.3.4, 13.3.6 und 13.3.8 berechnungsfähig.

13644	**Zuschlag** zu den Gebührenordnungspositionen 13640 bis 13642 **für die pneumologisch-internistische Grundversorgung,** einmal im Behandlungsfall	5,22 € 41 Punkte

Der Zuschlag nach der Gebührenordnungsposition 13644 kann nur in Behandlungsfällen abgerechnet werden, in denen ausschließlich die Gebührenordnungspositionen 01444, 01450, 01452, 01471, 01481, 01546, 01615, 01640, 01642, 01643, 01647, 01648, 01670 bis 01672, 13640 bis 13642, 13645 bis 13648 und/oder 32001 berechnet werden.
Die Gebührenordnungsposition 13644 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 13413 berechnungsfähig.

13645 **Hygienezuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 13640 bis 13642,** 0,25 €
2 Punkte

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 13645 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.
Die Gebührenordnungsposition 13645 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 13413 berechnungsfähig.

13646 **Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 13644,** 1,40 €
11 Punkte

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 13646 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.
Die Gebührenordnungsposition 13646 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 13413 berechnungsfähig.

13647 **Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 13640 bis 13642,** 0,76 €
6 Punkte

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 13647 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.
Die Gebührenordnungsposition 13647 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01630 und 13413 berechnungsfähig.

13648 **Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 13640 bis 13642 für die Behandlung aufgrund einer TSS-Vermittlung und/oder Vermittlung durch den Hausarzt gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.10.1, 4.3.10.2 oder 4.3.10.3,**

einmal im Arztgruppenfall

Die Gebührenordnungsposition 13648 kann durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt werden.
Die Gebührenordnungsposition 13648 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 13413 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 13648 ist im Arztgruppenfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 01710 berechnungsfähig.

13650 **Zusatzpauschale Pneumologisch-Diagnostischer Komplex** 39,62 €
311 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Ganzkörperplethysmographische Lungenfunktionsdiagnostik mit grafischer(-en) Registrierung(en)

und/oder

- Bestimmung des Atemwegwiderstandes (Resistance) mittels Oszillations- oder Verschlussdruckmethode und fortlaufender graphischer Registrierung bei Kindern bis zum vollendeten 6. Lebensjahr

und/oder

- Bestimmung(en) der Diffusionskapazität in Ruhe und/oder unter physikalisch definierter und reproduzierbarer Belastung

und/oder
- Bestimmung(en) der Lungendehnbarkeit (Compliance) mittels Ösophaguskatheter,

Fakultativer Leistungsinhalt
- Bestimmung(en) des intrathorakalen Gasvolumens,
- Applikation(en) von broncholytisch wirksamen Substanzen,
- Bestimmung(en) der prozentualen Sauerstoffsättigung im Blut (Oxymetrie),
- Spirographische Untersuchung(en) mit Darstellung der Flussvolumenkurve und in- und exspiratorischer Messung,
- Druckmessung an der Lunge mittels P0 I und Pmax und grafischer Registrierung,
- Bestimmung des Atemwegswiderstandes (Resistance) mittels Oszillations- oder Verschlussdruckmethode und fortlaufender graphischer Registrierung bei Kindern ab dem 7. Lebensjahr, Jugendlichen und Erwachsenen,
- Bestimmung von Hämoglobin(en) (z. B. Met-Hb, CO-Hb) mittels des für die Oxymetrie bzw. für die Blutgasanalyse eingesetzten Geräts,
- Bestimmung des Säurebasenhaushalts und des Gasdrucks im Blut (Blutgasanalyse)
  - in Ruhe

  und/oder
  - unter definierter und reproduzierbarer Belastung

  und/oder
  - unter Sauerstoffinsufflation,
- Bestimmung(en) des Residualvolumens mittels Fremdgasmethode,

einmal im Behandlungsfall

Entgegen Nr. 4.3.2 der Allgemeinen Bestimmungen kann die Gebührenordnungsposition 13650 auch dann berechnet werden, wenn die Arztpraxis nicht über die Möglichkeit zur Bestimmung von Hämoglobin(en) (z. B. Met-Hb, CO-Hb) mittels des für die Oxymetrie bzw. für die Blutgasanalyse eingesetzten Gerätes verfügt.
Die Gebührenordnungsposition 13650 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02330 und 37705 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 13650 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13210 bis 13212 und 13661 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 13.2.2, 13.3.1, 13.3.2, 13.3.3, 13.3.4, 13.3.5, 13.3.6, 13.3.8 und 36.6.3 berechnungsfähig.

13651 **Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 13650 für die Durchführung eines unspezifischen bronchialen Provokationstests** — 46,76 € / 367 Punkte

Obligater Leistungsinhalt
- Quantitativer inhalativer Mehrstufentest unter kontinuierlicher Registrierung der Druckflusskurve oder Flussvolumenkurve,
- Nachbeobachtung von mindestens 30 Minuten Dauer

Fakultativer Leistungsinhalt
- Bronchospasmolysebehandlung nach Provokation

Die Gebührenordnungsposition 13651 ist nicht mehrfach an demselben Tag berechnungsfähig.
Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 13651 ist die Erfüllung der notwendigen sachlichen und personellen Bedingungen für eine gegebenenfalls erforderliche notfallmedizinische Versorgung.
Die Gebührenordnungsposition 13651 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 30122 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 13651 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13210 bis 13212, 13661, 36882 und 36883 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 13.2.2, 13.3.1, 13.3.2, 13.3.3, 13.3.4, 13.3.5, 13.3.6 und 13.3.8 berechnungsfähig.

13652 **Zuschlag im Zusammenhang mit der Gebührenordnungsposition 13650 für eine Erstverordnung der Sauerstofflangzeittherapie** 33,38 € 262 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Bestimmungen des Säurebasenhaushalts und des Gasdrucks im Blut (Blutgasanalyse) in Ruhe
  - ohne Sauerstoffinsufflation
  und
  - unter Sauerstoffinsufflation,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Bestimmungen des Säurebasenhaushalts und des Gasdrucks im Blut (Blutgasanalyse) unter definierter und reproduzierbarer Belastung,

einmal im Krankheitsfall

Die Gebührenordnungsposition 13652 ist nur bei Vorliegen mindestens einer der folgenden Erkrankungen gemäß ICD-10-GM berechnungsfähig: J96.0- Akute respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert, J96.1- Chronische respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert und J96.9- Respiratorische Insuffizienz, nicht näher bezeichnet. Bei Vorliegen einer Erkrankung gemäß ICD-10-GM J96.0- Akute respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert ist die Gebührenordnungsposition 13652 nur mit medizinischer Begründung berechnungsfähig.
Die Angabe der Diagnose nach ICD-10-GM ist Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 13652.
Die Gebührenordnungsposition 13652 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02330, 04536, 32247 und 37705 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 13652 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13210 bis 13212 und 13661 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 13.2.2, 13.3.1, 13.3.2, 13.3.3, 13.3.4, 13.3.5, 13.3.6, 13.3.8 und 36.6.3 berechnungsfähig.

13660 **Ergospirometrische Untersuchung** 50,20 €

Obligater Leistungsinhalt 394 Punkte

- Ergospirometrische Untersuchung in Ruhe und unter physikalisch definierter Belastung und reproduzierbarer Belastungsstufe,
- Gleichzeitige obligatorische Untersuchung der Atemgase, Ventilationsparameter und der Herz-Kreislauf-Parameter,
- Monitoring,
- Dokumentation mittels „9-Felder-Grafik“

Die Gebührenordnungsposition 13660 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13210 bis 13212, 36882 und 36883 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 13.2.2, 13.3.1, 13.3.2, 13.3.3, 13.3.4, 13.3.5, 13.3.6 und 13.3.8 berechnungsfähig.

13661 **Bestimmung des Säurebasenhaushalts und Blutgasanalyse** 10,70 €
84 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Bestimmung des Säurebasenhaushalts und des Gasdrucks im Blut (Blutgasanalyse)
  - in Ruhe

  und/oder
  - unter definierter und reproduzierbarer Belastung

  und/oder
  - unter Sauerstoffinsufflation

Die Gebührenordnungsposition 13661 ist nur bei Vorliegen einer nach Art und Umfang definierten Überweisung berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 13661 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02330, 04536, 32247 und 37705 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 13661 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13210 bis 13212 und 13650 bis 13652 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 13.2.2, 13.3.1, 13.3.2, 13.3.3, 13.3.4, 13.3.5, 13.3.6, 13.3.8 und 36.6.3 berechnungsfähig.

13662 **Bronchoskopie** 145,50 €
1142 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Bronchoskopie,
- Patientenaufklärung zur Untersuchung und zu den möglichen therapeutischen Maßnahmen in derselben Sitzung in angemessenem Zeitabstand vor dem Eingriff,
- Information zum Ablauf der vorbereitenden Maßnahmen vor dem Eingriff und zu einer möglichen Sedierung und/oder Prämedikation,
- Nachbeobachtung und -betreuung,
- Oberflächenanästhesie,
- Überwachung der Vitalparameter und der Sauerstoffsättigung

Fakultativer Leistungsinhalt

- Prämedikation/Sedierung,
- Probeexzision(en),

- Probepunktion(en)

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 13662 im Zusammenhang mit der Durchführung einer Erhebung gemäß § 5 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege ist durch Angabe einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung zu dokumentieren.
Die Gebührenordnungsposition 13662 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02340, 02341, 02343, 02344 und 09315 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 13662 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13210 bis 13212, 36882 und 36883 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 13.2.2, 13.3.1, 13.3.2, 13.3.3, 13.3.4, 13.3.5, 13.3.6 und 13.3.8 berechnungsfähig.

13663 **Zuschlag** zu der Gebührenordnungsposition 13662 für — 28,54 € / 224 Punkte
- Fremdkörperentfernung

und/oder
- Blutstillung

und/oder
- Perbronchiale Biopsie

und/oder
- Sondierung von peripheren Rundherden

und/oder
- Broncho-alveoläre Lavage

Fakultativer Leistungsinhalt

- Gebührenordnungsposition 34240 und/oder 34241

Die Gebührenordnungsposition 13663 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02340, 02341, 02343, 02344, 34240 und 34241 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 13663 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13210 bis 13212, 36882 und 36883 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 13.2.2, 13.3.1, 13.3.2, 13.3.3, 13.3.4, 13.3.5, 13.3.6 und 13.3.8 berechnungsfähig.

13664 **Zuschlag** zu der Gebührenordnungsposition 13662 — 57,71 € / 453 Punkte
Obligater Leistungsinhalt

- Laservaporisation(en) und/oder Argon-Plasma-Koagulation(en)

Die Gebührenordnungsposition 13664 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13210 bis 13212, 13250 bis 13258, 13260, 13290 bis 13292, 13300, 13301, 13310, 13311, 13340 bis 13342, 13350, 13390 bis 13392, 13400 bis 13402, 13410 bis 13414, 13416, 13421 bis 13426, 13430, 13431, 13435, 13437, 13439, 13490 bis 13492, 13500 bis 13502, 13505, 13507, 13540 bis 13542, 13545, 13551, 13560, 13561, 13571, 13573 bis 13576, 13583, 13584, 13586, 13590 bis 13592,

13600 bis 13602, 13610 bis 13612, 13620 bis 13622, 13690 bis 13692, 13700, 13701, 36882 und 36883 berechnungsfähig.

13670 **Thorakoskopie** 151,87 €
1192 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Endoskopische Untersuchung des Pleuraraums,
- Gewebeentnahme aus der Pleura bzw. Lunge,
- Einbringen der Drainage,
- Patientenaufklärung zur Untersuchung und zu den möglichen therapeutischen Maßnahmen in derselben Sitzung in angemessenem Zeitabstand vor dem Eingriff,
- Information zum Ablauf der vorbereitenden Maßnahmen vor dem Eingriff und zu einer möglichen Sedierung und/oder Prämedikation,
- Nachbeobachtung und -betreuung,
- Überwachung der Vitalparameter und der Sauerstoffsättigung

Fakultativer Leistungsinhalt

- Prämedikation/Sedierung,
- Medikamentöse Pleurodese,
- Probepunktion(en)

Die Gebührenordnungsposition 13670 ist nur von Fachärzten für Innere Medizin berechnungsfähig, die die Voraussetzungen gemäß § 115b SGB V erfüllen.
Die Gebührenordnungsposition 13670 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02340, 02341, 02343 und 02344 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 13670 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13210 bis 13212, 36882 und 36883 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 13.2.2, 13.3.1, 13.3.2, 13.3.3, 13.3.4, 13.3.5, 13.3.6 und 13.3.8 berechnungsfähig.

13675 **Zusatzpauschale Behandlung und/oder Betreuung** eines Patienten mit einer gesicherten **onkologischen Erkrankung bei laufender onkologischer Therapie oder Betreuung im Rahmen der Nachsorge** 24,33 €
191 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Behandlung und/oder Betreuung eines Patienten mit einer laboratoriumsmedizinisch oder histologisch/zytologisch gesicherten onkologischen Erkrankung,
- Fortlaufende Beratung zum Umgang mit der onkologischen Erkrankung,
- Verlaufskontrolle und Dokumentation des Therapieerfolges,
- Erstellung, Überprüfung und Anpassung eines die onkologische Erkrankung begleitenden spezifischen Therapiekonzeptes unter Berücksichtigung individueller Faktoren,
- Kontrolle und/oder Behandlung ggf. auftretender therapiebedingter Nebenwirkungen,

- Planung und Koordination der komplementären Arznei-, Heil- und Hilfsmittelversorgung unter besonderer Berücksichtigung der gesicherten onkologischen Erkrankung,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Anleitung und Führung der Bezugs- und Betreuungsperson(en),
- Fortlaufende Überprüfung des häuslichen, familiären und sozialen Umfelds im Hinblick auf die Grunderkrankung,
- Konsiliarische Erörterung/Fachliche Beratung und regelmäßiger Informationsaustausch mit dem onkologisch verantwortlichen Arzt sowie mit weiteren mitbehandelnden Ärzten,
- Überprüfung und Koordination supportiver Maßnahmen,
- Einleitung und/oder Koordination der psychosozialen Betreuung des Patienten und seiner Familie und/oder Bezugs- und Betreuungsperson(en),
- Ggf. Hinzuziehung komplementärer Dienste bzw. häuslicher Krankenpflege,

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 13675 ist nur bei mindestens einer der im Folgenden genannten Erkrankungen berechnungsfähig: Bösartige Neubildungen der Trachea, der Bronchien, der Lunge, des Thymus, des Herzens, des Mediastinums und der Pleura C33-C38, der Atmungsorgane und sonstiger intrathorakalen Organe mehrere Teilbereiche überlappend C39.8, bösartige Neubildungen ungenau bezeichneter Lokalisation des Atmungssystems C39.9 - bösartige Neubildungen des mesothelialen Gewebes (Pleura) C45.0 sowie bösartige Neubildungen ungenau bezeichneter Lokalisation Thorax C76.1, sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildungen C77-C80.

Die Gebührenordnungsposition 13675 ist bei laufender medikamentöser, im Sinne einer systemischen Chemotherapie mit z. B. zytostatischen Substanzen, operativer und/oder strahlentherapeutischer Behandlung und/oder bei Betreuung im Rahmen der Nachsorge bis höchstens 2 Jahre nach Beendigung einer medikamentösen, operativen und/oder strahlentherapeutischen Behandlung eines Patienten mit gesicherter onkologischer Erkrankung berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 13675 ist im Behandlungsfall nicht neben Kostenpauschalen 86510, 86512, 86514, 86516, 86520 und 86522 gemäß Anhang 2 der „Onkologie-Vereinbarung“ (Anlage 7 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä)) berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 13675 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13210 bis 13212, 13250 und 36882 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 13.3.1, 13.3.2, 13.3.3, 13.3.4, 13.3.5, 13.3.6 und 13.3.8 berechnungsfähig.

13677 **Zusatzpauschale Behandlung eines Lungen- oder Herz-Lungen-Transplantatträgers** 26,88 € / 211 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Behandlung eines Lungen- oder Herz-Lungen-Transplantatträgers,
- Kontrolle der Transplantatfunktionen,
- Überwachung des spezifischen Therapieschemas,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Beratung und Instruktion der Bezugsperson(en),
- Abstimmung mit dem Hausarzt,

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 13677 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13210 bis 13212, 13561, 13583, 13584, 13586 und 36881 bis 36883 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 13.2.2, 13.3.1, 13.3.2, 13.3.3, 13.3.4, 13.3.6 und 13.3.8 berechnungsfähig.

13678 **FeNO-Messung zur Indikationsstellung einer Therapie mit Dupilumab** 11,21 € 88 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 13678 ist bei Überprüfung einer bereits gestellten Indikation zur Therapie mit Dupilumab oder zur Verlaufskontrolle der Therapie mit Dupilumab nicht berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 13678 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 04538 und 13210 bis 13212 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 13.2.2, 13.3.1, 13.3.2, 13.3.3, 13.3.4, 13.3.5, 13.3.6, 13.3.8 und 36.6.3 berechnungsfähig.

13.3.8 Gebührenordnungspositionen der Rheumatologie

1. Die Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 13.3.8 können - unter Berücksichtigung von 1.3 der Allgemeinen Bestimmungen - nur von Fachärzten für Innere Medizin mit Schwerpunkt Rheumatologie berechnet werden.

Grundpauschale

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt und/oder Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Weitere persönliche oder andere Arzt-Patienten-Kontakte gemäß 4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen,
- Ärztlicher Bericht entsprechend der Gebührenordnungsposition 01600,
- Individueller Arztbrief entsprechend der Gebührenordnungsposition 01601,
- In Anhang 1 aufgeführte Leistungen,

einmal im Behandlungsfall

13690 für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr 18,47 € 145 Punkte

13691 für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr — 31,60 € / 248 Punkte

13692 für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres — 31,34 € / 246 Punkte

Die Gebührenordnungspositionen 13690 bis 13692 sind nicht neben der Gebührenordnungsposition 01436 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungspositionen 13690 bis 13692 sind im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01600, 01601, 13210 bis 13212, 13390 bis 13392, 13401, 13410 bis 13413, 13424 bis 13426, 13430, 13431, 13435, 13437, 13439, 13540 bis 13542, 13545, 13551, 13560, 13561, 13583, 13584, 13586 und 36882 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 13.3.1, 13.3.2, 13.3.4, 13.3.6 und 13.3.7 berechnungsfähig.

13694 **Zuschlag** zu den Gebührenordnungspositionen 13690 bis 13692 **für die rheumatologisch-internistische Grundversorgung,** — 5,22 € / 41 Punkte
einmal im Behandlungsfall

Der Zuschlag nach der Gebührenordnungsposition 13694 kann nur in Behandlungsfällen abgerechnet werden, in denen ausschließlich die Gebührenordnungspositionen 01444, 01450, 01452, 01483, 01546, 01615, 01640, 01642, 01643, 01647, 01648, 01670 bis 01672, 13690 bis 13692, 13695 bis 13698 und/oder 32001 berechnet werden.
Die Gebührenordnungsposition 13694 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 13413 berechnungsfähig.

13695 **Hygienezuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 13690 bis 13692,** — 0,25 € / 2 Punkte
einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 13695 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.
Die Gebührenordnungsposition 13695 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 13413 berechnungsfähig.

13696 **Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 13694,** — 1,40 € / 11 Punkte
einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 13696 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.
Die Gebührenordnungsposition 13696 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 13413 berechnungsfähig.

13697 **Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 13690 bis 13692,** — 0,76 € / 6 Punkte
einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 13697 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.

Die Gebührenordnungsposition 13697 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01630 und 13413 berechnungsfähig.

13698 **Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 13690 bis 13692 für die Behandlung aufgrund einer TSS-Vermittlung und/oder Vermittlung durch den Hausarzt gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.10.1, 4.3.10.2 oder 4.3.10.3,**

einmal im Arztgruppenfall

Die Gebührenordnungsposition 13698 kann durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt werden.
Die Gebührenordnungsposition 13698 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 13413 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 13698 ist im Arztgruppenfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 01710 berechnungsfähig.

13700 **Zusatzpauschale Behandlung eines Patienten mit mindestens einer der nachfolgend genannten Indikationen** 29,56 € 232 Punkte

- Poly- und Oligoarthritis,
- Spondyloarthritis,
- Kollagenose,
- Vaskulitis,
- Myositis,
- systemische autoinflammatorische Erkrankung,

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 13700 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13210 bis 13212 und 36881 bis 36883 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 13.2.2, 13.3.1, 13.3.2, 13.3.3, 13.3.4, 13.3.5, 13.3.6 und 13.3.7 berechnungsfähig.

13701 **Zusatzpauschale Rheumatologische Funktionsdiagnostik bzw. rheumatologisches Assessment** mittels Untersuchungsinventaren 19,62 € 154 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Rheumatologische Untersuchung von Funktions- und Fähigkeitsstörungen mit Quantifizierung der Funktionseinschränkung mittels standardisierter qualitätsgesicherter Fragebögen (FFbH bzw. HAQ bei rheumatoider Arthritis, BASFI bzw. FFbH bei Spondyloarthritis)

und/oder

- Erhebung des Disease Activity Score (DAS) bei rheumatoider Arthritis

und/oder

- Erhebung des ASDAS und/oder BASDAI bei axialer Spondyloarthritis einschließlich ankylosierender Spondylitis (Morbus Bechterew)

und/oder

- Erhebung des SLEDAI und/oder ECLAM bei systemischem Lupus erythematodes

und/oder

- Erhebung des BVAS bei Vaskulitiden,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Kapillarmikroskopische Untersuchungen,
- Aufstellung eines Behandlungsplanes,
- Aufstellung eines Hilfsmittelplanes,
- Erprobung des Einsatzes von Hilfsmitteln, Therapiemittel der physikalischen Medizin und Ergotherapie,
- Abstimmung mit dem Hilfsmitteltechniker,
- Überprüfung der qualitätsgerechten Zurichtung der Orthesen und Hilfsmittel,
- Anleitung zur Anpassung des Wohnraumes und Arbeitsplatzes in Absprache mit dem Hausarzt,

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 13701 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13210 bis 13212 und 36881 bis 36883 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 13.2.2, 13.3.1, 13.3.2, 13.3.3, 13.3.4, 13.3.5, 13.3.6 und 13.3.7 berechnungsfähig.

14 Gebührenordnungspositionen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

14.1 Präambel

1. Die in diesem Kapitel aufgeführten Gebührenordnungspositionen können ausschließlich von Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie berechnet werden.
2. Außer den in diesem Kapitel genannten Gebührenordnungspositionen sind von den in der Präambel genannten Vertragsärzten - unbeschadet der Regelungen gemäß 5 und 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen - zusätzlich nachfolgende Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig: 01100 bis 01102, 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 01220 bis 01224, 01226, 01320 bis 01323, 01410 bis 01416, 01418, 01420, 01422, 01424 bis 01426, 01430, 01431, 01435 bis 01437, 01440, 01442 bis 01444, 01450, 01452, 01500 bis 01503, 01549, 01600 bis 01602, 01610 bis 01612, 01615, 01620 bis 01624, 01626, 01630, 01640, 01642, 01643, 01647, 01648, 01670 bis 01672, 01681, 01682, 01949 bis 01953, 01955, 01956, 01960, 02100, 02101, 02200, 02300 bis 02302, 02320, 02330, 02510 bis 02512 und 30706.
3. Außer den in diesem Kapitel genannten Gebührenordnungspositionen sind bei Vorliegen der entsprechenden Qualifikationsvoraussetzungen von den in der Präambel genannten Vertragsärzten - unbeschadet der Regelungen gemäß 5 und 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen - zusätzlich nachfolgende Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig: 01474, 01479, 30400 bis 30402, 30410, 30411, 30420, 30421, 30700 bis 30705, 30708, 30780 bis 30782, 33000 bis 33002, 33010 bis 33012, 33020 bis 33023, 33030, 33031, 33040 bis 33044, 33046, 33050 bis 33052, 33060 bis 33064, 33070 bis 33076, 33080, 33081, 33090 bis 33092,

33100, 33105, 37100, 37102, 37113, 37120, 37550, 37555, 37714, 37720, 37800 bis 37802 und 37804, Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 30.1, 30.2.1, 30.3.1, 30.7.2, 30.8, 30.11, 30.13, 36.6.2, 37.3, 37.4 und 37.6 sowie Gebührenordnungspositionen der Kapitel 32, 34, 35, 38 und 40.

4. Bei der Berechnung der zusätzlichen Gebührenordnungspositionen in den Nummern 2 und 3 sind die Maßnahmen zur Qualitätssicherung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V, die berufsrechtliche Verpflichtung zur grundsätzlichen Beschränkung auf das jeweilige Gebiet sowie die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zu beachten.
5. Werden die in den Grundpauschalen enthaltenen Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen 01600 und 01601 durchgeführt, sind für die Versendung bzw. den Transport die Kostenpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 40110 und 40111 berechnungsfähig.
6. Die Gebührenordnungspositionen dieses Kapitels sind für Versicherte bis zum vollendeten 21. Lebensjahr berechnungsfähig. Für Versicherte jenseits des vollendeten 21. Lebensjahres sind die Gebührenordnungspositionen dieses Kapitels nur bei Fortführung einer bereits aufgenommenen Behandlung unter Angabe einer besonderen Begründung berechnungsfähig.
7. Die in der Präambel unter 1. aufgeführten Vertragsärzte können die arztgruppenspezifische Gebührenordnungsposition 08619 berechnen.

14.2 Kinder- und jugendpsychiatrische und -psychotherapeutische Grundpauschalen

Grundpauschale

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt und/oder Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Weitere persönliche oder andere Arzt-Patienten-Kontakte gemäß 4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen,
- Ärztlicher Bericht entsprechend der Gebührenordnungsposition 01600,
- Individueller Arztbrief entsprechend der Gebührenordnungsposition 01601,
- Beratung und Behandlung bis zu 10 Minuten Dauer,
- Erhebung des vollständigen psychiatrischen Status,
- Erhebung des vollständigen neurologischen Status,
- In Anhang 1 aufgeführte Leistungen,

einmal im Behandlungsfall

14210	für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr	23,06 € 181 Punkte
14211	für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 21. Lebensjahr	23,57 €

185 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 14211 ist gemäß Präambel Nr. 6 auch bei Versicherten jenseits des vollendeten 21. Lebensjahres unter Angabe einer besonderen Begründung berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungspositionen 14210 und 14211 sind nicht neben der Gebührenordnungsposition 01436 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungspositionen 14210 und 14211 sind im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01600 und 01601 berechnungsfähig.

14214 **Zuschlag für die kinder- und jugendpsychiatrische Grundversorgung** gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.8 zu den Gebührenordnungspositionen 14210 und 14211, — 10,83 € / 85 Punkte

einmal im Behandlungsfall

Der Zuschlag nach der Gebührenordnungsposition 14214 kann gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.8 ausschließlich in Behandlungsfällen abgerechnet werden, in denen nur Leistungen der fachärztlichen Grundversorgung gemäß Anhang 3 und/oder regionaler Vereinbarungen erbracht und berechnet werden.

14215 **Hygienezuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 14210 und 14211,** — 0,25 € / 2 Punkte

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 14215 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.

14216 **Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 14214,** — 2,93 € / 23 Punkte

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 14216 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.

14217 **Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 14210 und 14211,** — 0,25 € / 2 Punkte

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 14217 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.
Die Gebührenordnungsposition 14217 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 01630 berechnungsfähig.

14218 **Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 14210 und 14211 für die Behandlung aufgrund einer TSS-Vermittlung und/oder Vermittlung durch den Hausarzt gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.10.1, 4.3.10.2 oder 4.3.10.3,**

einmal im Arztgruppenfall

Die Gebührenordnungsposition 14218 kann durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt werden.

Die Gebührenordnungsposition 14218 ist im Arztgruppenfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 01710 berechnungsfähig.

14.3 Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen

14220 **Kinder- und jugendpsychiatrisches Gespräch, kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung, Beratung, Erörterung und/oder Abklärung** 19,62 € 154 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Persönliches ärztliches Gespräch/Interaktion unter Anwendung fachspezifischer Methodik mit Patient und/oder Bezugsperson,
- Dauer mindestens 10 Minuten,
- Einzelbehandlung,
- Berücksichtigung
  - entwicklungsphysiologischer Faktoren,
  - entwicklungspsychologischer Faktoren,
  - entwicklungssoziologischer Faktoren,
  - familiendynamischer Faktoren,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Erhebung der biographischen Anamnese zur Psychopathologie,
- Vertiefte Exploration mit differentialdiagnostischer Einordnung eines psychiatrischen Krankheitsbildes,
- Syndrombezogene therapeutische Intervention,
- Anleitung der Bezugsperson(en),

je vollendete 10 Minuten

Die Gebührenordnungsposition 14220 ist auch bei Durchführung der Leistung im Rahmen einer Videosprechstunde berechnungsfähig und dies durch Angabe einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung zu dokumentieren. Für die Abrechnung gelten die Anforderungen gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä entsprechend.
Bei der Nebeneinanderberechnung der Gebührenordnungspositionen 14210, 14211 und 14220 ist eine Arzt-Patienten-Kontaktzeit von mindestens 20 Minuten Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 14220.
Bei der Nebeneinanderberechnung diagnostischer bzw. therapeutischer Gebührenordnungspositionen und der Gebührenordnungsposition 14220 ist eine mindestens 10 Minuten längere Arzt-Patienten-Kontaktzeit als in den entsprechenden Gebührenordnungspositionen angegeben Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 14220.
Die Gebührenordnungsposition 14220 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 14221, 14222, 14313, 14314 und 30930 bis 30933 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 30.3.1, 30.3.2, 35.1 und 35.2 berechnungsfähig.

14221 **Kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung (Gruppenbehandlung)** 21,53 € 169 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt und/oder Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä,
- Dauer mindestens 25 Minuten,
- Gruppenbehandlung,
- Mindestens 3, höchstens 6 Teilnehmer,
- Berücksichtigung
  - entwicklungsphysiologischer Faktoren,
  - entwicklungspsychologischer Faktoren,
  - entwicklungssoziologischer Faktoren,
  - familiendynamischer Faktoren,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Syndrombezogene therapeutische Intervention,
- Anleitung der Bezugsperson(en),

je Teilnehmer, höchstens zweimal am Behandlungstag

Im Falle der Berechnung der Gebührenordnungsposition 14221 bei Durchführung der Leistung im Rahmen einer Videosprechstunde ist dies durch Angabe einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung zu dokumentieren.
Bei der Nebeneinanderberechnung der Gebührenordnungspositionen 14210, 14211 und 14221 ist eine Gesprächsdauer von mindestens 35 Minuten Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 14221.
Die Gebührenordnungsposition 14221 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 14220, 14310, 14311 und 30930 bis 30933 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 30.3.1, 30.3.2, 35.1 und 35.2 berechnungsfähig.

14222 **Eingehende situationsbezogene Anleitung der Bezugs- oder Kontaktperson(en) eines Patienten mit psychopathologisch definiertem Krankheitsbild** — 15,16 € / 119 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Anleitung der Bezugs- oder Kontaktperson(en),
- Dauer mindestens 10 Minuten,

je vollendete 10 Minuten

Die Gebührenordnungsposition 14222 ist auch bei Durchführung der Leistung im Rahmen einer Videosprechstunde berechnungsfähig und dies durch Angabe einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung zu dokumentieren. Für die Abrechnung gelten die Anforderungen gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä entsprechend.
Bei der Nebeneinanderberechnung der Gebührenordnungspositionen 14210, 14211 und 14222 ist jeweils eine Kontaktzeit von mindestens 20 Minuten Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 14222.

Die Gebührenordnungsposition 14222 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 14220 und 30930 bis 30933 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 35.1 und 35.2 berechnungsfähig.

14240 **Ärztliche Koordination bei psychiatrischer Betreuung** 24,72 €
194 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Ärztliche Koordination
  - intra- und/oder multiprofessioneller, extramuraler komplementärer Versorgungsstrukturen und/oder -instanzen,
  - psycho-, ergo- und/oder sprachtherapeutischer Einrichtungen und/oder multiprofessioneller Teams,
  - der Gruppenarbeit mit Patienten, Angehörigen und Laienhelfern,

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 14240 kann nur in Quartalen mit persönlichem Arzt-Patienten-Kontakt berechnet werden.
Die Gebührenordnungsposition 14240 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 37625 und 37802 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 14240 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 14313, 14314 und 21232 berechnungsfähig.

14310 **Funktionelle Entwicklungstherapie (Einzelbehandlung)** bei Ausfallerscheinungen des (Psycho)-Sozialverhaltens und/oder der Ich-Funktion und/oder von Sensorik und Motorik 14,52 €
114 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Einzelbehandlung,
- Dauer mindestens 15 Minuten,

je vollendete 15 Minuten

Bei der Nebeneinanderberechnung der Gebührenordnungspositionen 14311 und 14310 ist eine Kontaktzeit von mindestens 30 Minuten Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 14310.
Die Gebührenordnungsposition 14310 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 14221 und 30930 bis 30933 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 30.3.1, 30.3.2, 35.1 und 35.2 berechnungsfähig.

14311 **Funktionelle Entwicklungstherapie (Gruppenbehandlung)** bei Ausfallerscheinungen des (Psycho)-Sozialverhaltens und/oder der Ich-Funktion und/oder von Sensorik und Motorik 6,88 €
54 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Gruppenbehandlung mit bis zu 3 Teilnehmern,
- Dauer mindestens 15 Minuten,

je Teilnehmer, je vollendete 15 Minuten

Bei der Nebeneinanderberechnung der Gebührenordnungspositionen 14310 und 14311 ist eine Kontaktzeit von mindestens 30 Minuten Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 14311.
Die Gebührenordnungsposition 14311 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 14221 und 30930 bis 30933 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 30.3.1, 30.3.2, 35.1 und 35.2 berechnungsfähig.

14312 **Untersuchung und Beurteilung der funktionellen Entwicklung** eines Neugeborenen, Säuglings, Kleinkindes oder Kindes bis zum vollendeten 6. Lebensjahr — 23,31 € / 183 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

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

je Sitzung

14313 **Zusatzpauschale kontinuierliche Mitbetreuung** eines Patienten mit einer psychiatrischen Erkrankung **in der häuslichen und/oder familiären Umgebung** — 48,03 € / 377 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Kontinuierliche Mitbetreuung eines in der familiären und/oder häuslichen Umgebung versorgten Patienten mit einer kinder- und jugendpsychiatrischen Erkrankung,
- Mindestens 2 Arzt-Patienten-Kontakte im Behandlungsfall,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Erstellung eines Behandlungsplans unter Einbeziehung der Bezugsperson(en),

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 14313 ist nur bei mindestens einer der im folgenden genannten Erkrankungen berechnungsfähig: F07.0 Organische Hirnstörung mit Verhaltensstörung, Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen, F10.- bis F16.- Störungen durch Alkohol, Opioide, Cannabinoide, Sedativa oder Hypnotika, Kokain, Stimulanzien, Halluzinogene (inkl. bei Substitutions- und Aversivbehandlung), F20 bis F29, F30, F31.2, F31.4, F31.5, F32.2, F32.3, F33.3, F34.1, F41.1 generalisierte Angststörungen, F42.1/42.2 schwere Zwangsrituale, F50.0- Anorexia nervosa, F71.8 Verhaltensstörung bei mittelgradiger Intelligenzminderung, F72.1 Schwere Intelligenzminderung mit deutlicher Verhaltensstörung, F73.1 Schwerste Intelligenzminderung mit deutlicher Verhaltensstörung, F79.1 Schwachsinn mit deutlicher Verhaltensstörung, F84-F84.4 tiefgreifende Entwicklungsstörungen einschließlich Autismus, F90.1 schwere hyperkinetische Störung mit Störung des Sozialverhaltens, F93.1 phobische emotionale Störungen des Kindesalters (Schulphobien),

F94.0 elektiver Mutismus, F95.2 Tourette-Syndrom, F98.4- stereotype Bewegungsstörungen.
Die Gebührenordnungsposition 14313 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 14220 und 37802 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 14313 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 14240 und 14314 berechnungsfähig.

14314 **Zusatzpauschale kontinuierliche Mitbetreuung** eines Patienten mit einer psychiatrischen Erkrankung **in beschützenden Einrichtungen oder Pflegeheimen** — 27,01 € / 212 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Kontinuierliche Mitbetreuung eines in beschützenden Einrichtungen oder Pflegeheimen mit Pflegepersonal versorgten Patienten mit einer kinder- und jugendpsychiatrischen Erkrankung,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Erstellung eines Behandlungsplans unter Einbeziehung der Bezugsperson(en),

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 14314 ist nur bei mindestens einer der im folgenden genannten Erkrankungen berechnungsfähig: F07.0 Organische Hirnstörung mit Verhaltensstörung, Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen, F10.- bis F16.- Störungen durch Alkohol, Opioide, Cannabinoide, Sedativa oder Hypnotika, Kokain, Stimulanzien, Halluzinogene (inkl. bei Substitutions- und Aversivbehandlung), F20 bis F29, F30, F31.2, F31.4, F31.5, F32.2, F32.3, F33.3, F34.1, F41.1 generalisierte Angststörungen, F42.1/42.2 schwere Zwangsrituale, F50.0- Anorexia nervosa, F71.8 Verhaltensstörung bei mittelgradiger Intelligenzminderung, F72.1 Schwere Intelligenzminderung mit deutlicher Verhaltensstörung, F73.1 Schwerste Intelligenzminderung mit deutlicher Verhaltensstörung, F79.1 Schwachsinn mit deutlicher Verhaltensstörung, F84-F84.4 tiefgreifende Entwicklungsstörungen einschließlich Autismus, F90.1 schwere hyperkinetische Störung mit Störung des Sozialverhaltens, F93.1 phobische emotionale Störungen des Kindesalters (Schulphobien), F94.0 elektiver Mutismus, F95.2 Tourette-Syndrom, F98.4- stereotype Bewegungsstörungen.
Die Gebührenordnungsposition 14314 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 14220 und 37802 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 14314 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 14240, 14313, 16231 und 21231 berechnungsfähig.

14320 **Elektroenzephalographische Untersuchung** — 34,91 € / 274 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Ableitungsdauer mindestens 20 Minuten,
- Aufzeichnungsdauer mindestens 20 Minuten,
- Auswertung,
- Übergangswiderstandsmessung

Fakultativer Leistungsinhalt

- Provokation(en)

Die für die Gebührenordnungsposition 14320 erforderliche Berichtspflicht ist erfüllt, wenn sie einmal im Behandlungsfall erfolgt ist.
Die Gebührenordnungsposition 14320 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 04434, 04435, 14321, 16310, 16311, 21310, 21311, 30900 bis 30902 und 30905 berechnungsfähig.

14321 **Langzeitelektroenzephalographische (Schlaf-)Untersuchung** 77,97 €
612 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Ableitungsdauer mindestens 2 Stunden,
- Aufzeichnung,
- Auswertung

Fakultativer Leistungsinhalt

- Provokation(en),
- Polygraphie

Die Gebührenordnungsposition 14321 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 04434, 04435, 14320, 16310, 16311, 21310, 21311, 30900 bis 30902 und 30905 berechnungsfähig.

14330 **Elektronystagmo-/Okulographie, Blinkreflexprüfung** 15,03 €
118 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Elektronystagmo-/Okulographie
und/oder
- Blinkreflexprüfung,
- Ein- und/oder beidseitig,

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 14330 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 04439, 16320 und 21320 berechnungsfähig.

14331 **Neurophysiologische Untersuchung (SEP, VEP, AEP, MEP)** 33,51 €
263 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Bestimmung somatosensibel evozierter Potentiale
und/oder
- Bestimmung visuell evozierter Potentiale
und/oder
- Bestimmung akustisch evozierter Potentiale
und/oder
- Bestimmung magnetisch evozierter Potentiale,
- Beidseitig,

je Sitzung

Die Gebührenordnungsposition 14331 ist im Behandlungsfall höchstens zweimal berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 14331 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 04436, 16321 und 21321 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 14331 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01705 und 01706 berechnungsfähig.

15 Gebührenordnungspositionen der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie

15.1 Präambel

1. Die in diesem Kapitel aufgeführten Gebührenordnungspositionen können ausschließlich von Fachärzten für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie berechnet werden.
2. Außer den in diesem Kapitel genannten Gebührenordnungspositionen sind von den in der Präambel genannten Vertragsärzten - unbeschadet der Regelungen gemäß 5 und 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen - zusätzlich nachfolgende Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig: 01100 bis 01102, 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 01220 bis 01224, 01226, 01320 bis 01323, 01410 bis 01416, 01418, 01420, 01422, 01424 bis 01426, 01430, 01431, 01435 bis 01437, 01440, 01442 bis 01444, 01450, 01452, 01500 bis 01503, 01510 bis 01512, 01600 bis 01602, 01610 bis 01612, 01615, 01620 bis 01624, 01626, 01630, 01640, 01642, 01643, 01647, 01648, 01670 bis 01672, 01681, 01682, 01783, 01800, 01802 bis 01811, 02100, 02101, 02110 bis 02112, 02120, 02200, 02300 bis 02302, 02310, 02314, 02320, 02323, 02330, 02340, 02341, 02343, 02344, 02350, 02360, 02500, 02510 bis 02512 und 30706.
3. Außer den in diesem Kapitel genannten Gebührenordnungspositionen sind bei Vorliegen der entsprechenden Qualifikationsvoraussetzungen von den in der Präambel genannten Vertragsärzten - unbeschadet der Regelungen gemäß 5 und 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen - zusätzlich nachfolgende Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig: 01474, 01479, 30400 bis 30402, 30410, 30411, 30420, 30421, 30700 bis 30705, 30708, 30780 bis 30782, 33000 bis 33002, 33010 bis 33012, 33020 bis 33023, 33030, 33031, 33040 bis 33044, 33046, 33050 bis 33052, 33060 bis 33064, 33070 bis 33076, 33080, 33081, 33090 bis 33092, 33100, 33105, 36884, 37100, 37102, 37113, 37120, 37714 und 37720, Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 30.1, 30.2.1, 30.3.1, 30.7.2, 30.8, 30.9, 30.12, 30.13, 31.2, 31.3, 31.4.3, 31.5, 31.6, 31.8, 36.2, 36.3, 36.5, 36.6.2, 37.3 und 37.4 sowie Gebührenordnungspositionen der Kapitel 32, 34, 35, 38 und 40.
4. Bei der Berechnung der zusätzlichen Gebührenordnungspositionen in den Nummern 2 und 3 sind die Maßnahmen zur Qualitätssicherung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V, die berufsrechtliche Verpflichtung zur grundsätzlichen Beschränkung auf das jeweilige Gebiet sowie die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zu beachten.

5. Werden die in den Grundpauschalen enthaltenen Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen 01600 und 01601 durchgeführt, sind für die Versendung bzw. den Transport die Kostenpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 40110 und 40111 berechnungsfähig.
6. Die in der Präambel unter 1. aufgeführten Vertragsärzte können die arztgruppenspezifische Gebührenordnungsposition 08619 berechnen.

15.2 Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgische Grundpauschalen

Grundpauschale

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt und/oder Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Weitere persönliche oder andere Arzt-Patienten-Kontakte gemäß 4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen,
- Ärztlicher Bericht entsprechend der Gebührenordnungsposition 01600,
- Individueller Arztbrief entsprechend der Gebührenordnungsposition 01601,
- In Anhang 1 aufgeführte Leistungen,

einmal im Behandlungsfall

15210	für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr	18,22 € 143 Punkte
15211	für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr	16,44 € 129 Punkte
15212	für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres	15,42 € 121 Punkte

Die Gebührenordnungspositionen 15210 bis 15212 sind nicht neben der Gebührenordnungsposition 01436 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungspositionen 15210 bis 15212 sind im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01600 und 01601 berechnungsfähig.

15215	**Hygienezuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 15210 bis 15212,** einmal im Behandlungsfall *Die Gebührenordnungsposition 15215 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.*	0,25 € 2 Punkte
15228	**Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 15210 bis 15212 für die Behandlung aufgrund einer TSS-Vermittlung und/oder**	

Vermittlung durch den Hausarzt gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.10.1, 4.3.10.2 oder 4.3.10.3,

einmal im Arztgruppenfall

Die Gebührenordnungsposition 15228 kann durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt werden.
Die Gebührenordnungsposition 15228 ist im Arztgruppenfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 01710 berechnungsfähig.

15.3 Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen

15310 **Zusatzpauschale Behandlung von Patienten mit Myoarthropathien der Kiefergelenke** — 7,64 € / 60 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Behandlung von Patienten mit Myoarthropathien der Kiefergelenke,
- Bissregistrierung,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Manuelle Therapie,

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 15310 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302 und 15321 bis 15323 berechnungsfähig.

15311 **Situationsmodell(e)** — 6,12 € / 48 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Abformung eines und/oder beider Kiefer für Situationsmodelle,
- Bissregistrierung

Die Gebührenordnungsposition 15311 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 15323 berechnungsfähig.

15321 **Kleinchirurgischer Eingriff im Mund-Kiefer-Gesichts-Bereich I** — 11,34 € / 89 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Operativer Eingriff mit einer Dauer bis zu 5 Minuten im Mund-Kiefer-Gesichts-Bereich

und/oder

- Extraktion von bis zu zwei einwurzeligen oder eines mehrwurzeligen Zahnes,

einmal am Behandlungstag

Die Gebührenordnungspositionen 15321 bis 15323 sind bei Patienten mit mehreren offenen Wunden (ICD-10-GM: T01.-) mehrfach in einer Sitzung - auch nebeneinander, jedoch insgesamt höchstens fünfmal je Behandlungstag - berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 15321 ist bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr nach der Gebührenordnungsposition 31221 oder 36221 berechnungsfähig, sofern der Eingriff in Narkose erfolgt. Die

Voraussetzungen gemäß § 115b SGB V müssen dabei nicht erfüllt sein, sofern die Eingriffe nicht im Katalog zum Vertrag nach § 115b SGB V genannt sind. In diesen Fällen ist die postoperative Behandlung nach den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 31.4.2 und 31.4.3 nicht berechnungsfähig. Die in der Präambel 31.2.1 Nr. 8 bzw. Präambel 36.2.1 Nr. 4 benannten Einschränkungen entfallen in diesen Fällen, es gelten die Abrechnungsausschlüsse der Gebührenordnungsposition 15321 entsprechend.
Lokalanästhesien und Leitungsanästhesien sind, soweit erforderlich, Bestandteil der Gebührenordnungsposition 15321.
Die Gebührenordnungsposition 15321 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02360, 15310, 15322 und 15323 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 15321 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 31.4.3 berechnungsfähig.

15322 **Kleinchirurgischer Eingriff II im Mund-Kiefer-Gesichts-Bereich und/ oder primäre Wundversorgung im Mund-Kiefer-Gesichts-Bereich** 21,15 € 166 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Primäre Wundversorgung

und/oder

- Operative Blutstillung einer konservativ unstillbaren Blutung im Mund-Kiefer-Bereich

und/oder

- Extraktion von 3 oder 4 einwurzeligen oder 2 mehrwurzeligen Zähnen

und/oder

- Entfernung festsitzender Fremdkörper aus dem Mund-Kiefer-Gesichts-Bereich

und/oder

- Transorale Eröffnung eines dentogenen, submucösen Abszesses ohne Eröffnung einer Körperhöhle (auch Furunkel/Karbunkel) im Mund-Kiefer-Gesichts-Bereich

und/oder

- Probeexzision aus der Zunge und/oder aus der Mundhöhle

und/oder

- Punktion einer Kieferhöhle

und/oder

- Extirpation von Kieferzysten durch Präparation von der Alveole aus

und/oder

- Reposition eines Zahnes

und/oder

- Wurzelspitzenresektion im Frontzahnbereich,

einmal am Behandlungstag

Die Gebührenordnungspositionen 15321 bis 15323 sind bei Patienten mit mehreren offenen Wunden (ICD-10-GM: T01.-) mehrfach in einer Sitzung - auch nebeneinander, jedoch insgesamt höchstens fünfmal am Behandlungstag - berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 15322 ist bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr nach der Gebührenordnungsposition 31221 oder 36221 berechnungsfähig, sofern der Eingriff in Narkose erfolgt. Die Voraussetzungen gemäß § 115b SGB V müssen dabei nicht erfüllt sein, sofern die Eingriffe nicht im Katalog zum Vertrag nach § 115b SGB V genannt sind. In diesen Fällen ist die postoperative Behandlung nach den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 31.4.2 und 31.4.3 nicht berechnungsfähig. Die in der Präambel 31.2.1 Nr. 8 bzw. Präambel 36.2.1 Nr. 4 benannten Einschränkungen entfallen in diesen Fällen, es gelten die Abrechnungsausschlüsse der Gebührenordnungsposition 15322 entsprechend.
Lokalanästhesien und Leitungsanästhesien sind, soweit erforderlich, Bestandteil der Gebührenordnungsposition 15322.
Die Gebührenordnungsposition 15322 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02360, 15310, 15321 und 15323 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 15322 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 31.4.3 berechnungsfähig.

15323 **Kleinchirurgischer Eingriff III im Mund-Kiefer-Gesichts-Bereich und/oder primäre Wundversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern im Mund-Kiefer-Gesichts-Bereich** 36,31 € 285 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Primäre Wundversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr im Mund-Kiefer-Gesichts-Bereich

und/oder

- Eröffnung eines subperiostalen oder tiefen Abszesses im Mund-Kiefer-Gesichts-Bereich, ggf. auch von extraoral

und/oder

- Entfernung eines tief zerstörten Zahnes auch durch Osteotomie

und/oder

- Resektion einer Wurzelspitze an einem Seitenzahn

und/oder

- Lippen- oder Zungenbandplastik oder Gingivektomie von bis zu vier Zähnen

und/oder

- Knochenresektion am Alveolarfortsatz zur Formung eines Prothesenlagers im Frontzahnbereich oder in einer Kieferhälfte

und/oder

- Reimplantation eines Zahnes

und/oder

- Manuelle Reposition eines zahntragenden Bruchstückes des Alveolarfortsatzes,

einmal am Behandlungstag

Die Gebührenordnungspositionen 15321 bis 15323 sind bei Patienten mit mehreren offenen Wunden (ICD-10-GM: T01.-) mehrfach in einer

Sitzung - auch nebeneinander, jedoch insgesamt höchstens fünfmal am Behandlungstag - berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 15323 ist bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr nach der Gebührenordnungsposition 31221 oder 36221 berechnungsfähig, sofern der Eingriff in Narkose erfolgt. Die Voraussetzungen gemäß § 115b SGB V müssen dabei nicht erfüllt sein, sofern die Eingriffe nicht im Katalog zum Vertrag nach § 115b SGB V genannt sind. In diesen Fällen ist die postoperative Behandlung nach den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 31.4.2 und 31.4.3 nicht berechnungsfähig. Die in der Präambel 31.2.1 Nr. 8 bzw. Präambel 36.2.1 Nr. 4 benannten Einschränkungen entfallen in diesen Fällen, es gelten die Abrechnungsausschlüsse der Gebührenordnungsposition 15323 entsprechend.
Lokalanästhesien und Leitungsanästhesien sind, soweit erforderlich, Bestandteil der Gebührenordnungsposition 15323.
Die Gebührenordnungsposition 15323 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02360, 15310, 15311, 15321 und 15322 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 15323 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 31.4.3 berechnungsfähig.

15324 **Zuschlag** zu den Gebührenordnungspositionen 15321 bis 15323 für die zusätzliche Wurzelkanalbehandlung — 17,71 € / 139 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Wurzelkanalaufarbeitung

und/oder

- Wurzelkanalfüllung

Die Gebührenordnungsposition kann je behandeltem Wurzelkanal einmalig berechnet werden.
Die Gebührenordnungsposition 15324 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 31.4.3 berechnungsfähig.

15345 **Zusatzpauschale Behandlung und/oder Betreuung** eines Patienten mit einer gesicherten **onkologischen Erkrankung bei laufender onkologischer Therapie oder Betreuung im Rahmen der Nachsorge** — 24,33 € / 191 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Behandlung und/oder Betreuung eines Patienten mit einer laboratoriumsmedizinisch oder histologisch/zytologisch gesicherten onkologischen Erkrankung,
- Fortlaufende Beratung zum Umgang mit der onkologischen Erkrankung,
- Verlaufskontrolle und Dokumentation des Therapieerfolges,
- Erstellung, Überprüfung und Anpassung eines die onkologische Erkrankung begleitenden spezifischen Therapiekonzeptes unter Berücksichtigung individueller Faktoren,

- Kontrolle und/oder Behandlung ggf. auftretender therapiebedingter Nebenwirkungen,
- Planung und Koordination der komplementären Arznei-, Heil- und Hilfsmittelversorgung unter besonderer Berücksichtigung der gesicherten onkologischen Erkrankung,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Anleitung und Führung der Bezugs- und Betreuungsperson(en),
- Fortlaufende Überprüfung des häuslichen, familiären und sozialen Umfelds im Hinblick auf die Grunderkrankung,
- Konsiliarische Erörterung/Fachliche Beratung und regelmäßiger Informationsaustausch mit dem onkologisch verantwortlichen Arzt sowie mit weiteren mitbehandelnden Ärzten,
- Überprüfung und Koordination supportiver Maßnahmen,
- Einleitung und/oder Koordination der psychosozialen Betreuung des Patienten und seiner Familie und/oder Bezugs- und Betreuungsperson(en),
- Ggf. Hinzuziehung komplementärer Dienste bzw. häuslicher Krankenpflege,

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 15345 ist nur bei mindestens einer der im Folgenden genannten Erkrankungen berechnungsfähig: Bösartige Neubildungen der Lippe, der Mundhöhle und des Pharynx C00-C14, der Nasenhöhle, des Mittelohres, der Nebenhöhlen und des Larynx C30-C32, der oberen Atmungswege, Teil nicht näher bezeichnet C39.0, Kaposi-Sarkom des Gaumens C46.2, Bösartige Neubildungen des Knochens im Kopf- und Gesichtsbereich C41.0-C41.1, der Haut des Kopf- und Gesichtsbereichs C43.0-C43.4, C44.0-C44.4, des Bindegewebes und sonstiger Weichteile des Kopfes, der peripheren Nerven des Kopfes, des Gesichtes und des Halses C47.0, des Gesichtes und des Halses C49.0, Bösartige Neubildung ungenau bezeichneter Lokalisation des Atmungssystems C39.9 sowie ungenau bezeichneter Lokalisation Kopf, Gesicht und Hals C76.0, Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildungen C77-C80, B-Zell Lymphom, nicht näher bezeichnet C85.1.

Die Gebührenordnungsposition 15345 ist bei laufender medikamentöser, im Sinne einer systemischen Chemotherapie mit z. B. zytostatischen Substanzen, operativer und/oder strahlentherapeutischer Behandlung und/oder bei Betreuung im Rahmen der Nachsorge bis höchstens 2 Jahre nach Beendigung einer medikamentösen, operativen und/oder strahlentherapeutischen Behandlung eines Patienten mit gesicherter onkologischer Erkrankung berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 15345 ist im Behandlungsfall nicht neben den Kostenpauschalen 86510, 86512, 86514, 86516, 86520 und 86522 gemäß Anhang 2 der „Onkologie-Vereinbarung“ (Anlage 7 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä)) berechnungsfähig.

16 Neurologische und neurochirurgische Gebührenordnungspositionen

16.1 Präambel

1. Die in diesem Kapitel aufgeführten Gebührenordnungspositionen können ausschließlich von
   - Fachärzten für Neurologie,
   - Fachärzten für Nervenheilkunde,
   - Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie,
   - Fachärzten für Neurochirurgie

   berechnet werden.
2. Fachärzte für Nervenheilkunde, Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie sowie Fachärzte, die Fachärzte für Neurologie und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sind, berechnen abweichend von Nr. 6 der Allgemeinen Bestimmungen immer die Grundpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 21213 bis 21215 sowie den Zuschlag für die nervenheilkundliche Grundversorgung nach der Gebührenordnungsposition 21225 und den Zuschlag für die Behandlung aufgrund einer TSS-Vermittlung und/oder Vermittlung durch den Hausarzt nach der Gebührenordnungsposition 21237. Der Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 21213 bis 21215 nach der Gebührenordnungsposition 21228 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.
3. Außer den in diesem Kapitel genannten Gebührenordnungspositionen sind von den in der Präambel genannten Vertragsärzten - unbeschadet der Regelungen gemäß 5 und 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen - zusätzlich nachfolgende Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig: 01100 bis 01102, 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 01220 bis 01224, 01226, 01320 bis 01323, 01410 bis 01416, 01418, 01420, 01422, 01424 bis 01426, 01430, 01431, 01435 bis 01437, 01440, 01442 bis 01444, 01450, 01452, 01471, 01478, 01482, 01500 bis 01503, 01510 bis 01512, 01540 bis 01545, 01600 bis 01602, 01610 bis 01613, 01615, 01620 bis 01624, 01626, 01630, 01640, 01642, 01643, 01645, 01647, 01648, 01670 bis 01672, 01681, 01682, 01783, 01800, 01802 bis 01811, 01949 bis 01953, 01955, 01956, 01960, 02100, 02101, 02103, 02110 bis 02112, 02120, 02200, 02300 bis 02302, 02310, 02311, 02314, 02320 bis 02323, 02330, 02331, 02340 bis 02345, 02350, 02360, 02500, 02510 bis 02512 und 30706.
4. Außer den in diesem Kapitel genannten Gebührenordnungspositionen sind bei Vorliegen der entsprechenden Qualifikationsvoraussetzungen von den in der Präambel genannten Vertragsärzten - unbeschadet der Regelungen gemäß 5 und 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen - zusätzlich nachfolgende Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig: 01474, 01479, 30400 bis 30402, 30410, 30411, 30420, 30421, 30700 bis 30705, 30708, 30780 bis 30782, 33000 bis 33002, 33010 bis 33012, 33020 bis 33023, 33030, 33031, 33040 bis 33044, 33046, 33050 bis 33052, 33060 bis 33064, 33070 bis 33076, 33080, 33081, 33090 bis 33092, 33100, 33105, 36884, 37700, 37701, 37704, 37705, 37710, 37711, 37714 und 37720, Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 30.1, 30.2.1, 30.3.1, 30.3.2, 30.7.2, 30.7.3, 30.8, 30.9, 30.11, 30.12, 30.13,

31.2, 31.3, 31.4.3, 31.5, 31.6, 31.8, 36.2, 36.3, 36.5, 36.6.2, 37.2, 37.3, 37.4, 37.5, 37.6 und 37.8 sowie Gebührenordnungspositionen der Kapitel 32, 34, 35, 38 und 40.

5. Bei der Berechnung der Gebührenordnungspositionen in den Nummern 3, 4 und 9 sind die Maßnahmen zur Qualitätssicherung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V, die berufsrechtliche Verpflichtung zur grundsätzlichen Beschränkung auf das jeweilige Gebiet sowie die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zu beachten.
6. Die Gebührenordnungsposition 16232 ist nur von Fachärzten für Neurochirurgie berechnungsfähig.
7. Werden die in den Grundpauschalen enthaltenen Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen 01600 und 01601 durchgeführt, sind für die Versendung bzw. den Transport die Kostenpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 40110 und 40111 berechnungsfähig.
8. Die in der Präambel unter 1. aufgeführten Vertragsärzte können die arztgruppenspezifische Gebührenordnungsposition 08619 berechnen.
9. Außer den in diesem Kapitel genannten Gebührenordnungspositionen sind von Fachärzten für Neurochirurgie zusätzlich die arztgruppenspezifischen Gebührenordnungspositionen 25322, 25323 und 25348 berechnungsfähig, sofern sie neben der erforderlichen Fachkunde gemäß § 47 Strahlenschutzverordnung über eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung dieser Leistungen gemäß der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie nach § 135 Abs. 2 SGB V durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung verfügen.

16.2 Neurologische Grundpauschalen

Grundpauschale

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt und/oder Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Weitere persönliche oder andere Arzt-Patienten-Kontakte gemäß 4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen,
- Ärztlicher Bericht entsprechend der Gebührenordnungsposition 01600,
- Individueller Arztbrief entsprechend der Gebührenordnungsposition 01601,
- Beratung und Behandlung bis zu 10 Minuten Dauer,
- Erhebung des vollständigen neurologischen Status, ggf. zusätzlich ergänzende Erhebung des psychiatrischen Status bei neurologischen Fällen,
- Erhebung des vollständigen psychiatrischen Status, ggf. zusätzlich ergänzende Erhebung des neurologischen Status bei psychiatrischen Fällen,

- Psychiatrische Kontrolluntersuchung einschließlich Zwischen- und/ oder Fremdanamnese,
- In Anhang 1 aufgeführte Leistungen,

einmal im Behandlungsfall

16210 für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr — 24,97 € / 196 Punkte

16211 für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr — 23,44 € / 184 Punkte

16212 für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres — 23,70 € / 186 Punkte

Die Gebührenordnungspositionen 16210 bis 16212 sind nicht neben der Gebührenordnungsposition 01436 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungspositionen 16210 bis 16212 sind im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01600 und 01601 berechnungsfähig.

16214 **Hygienezuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 16210 bis 16212,** — 0,25 € / 2 Punkte

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 16214 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.

16215 **Zuschlag für die neurologische Grundversorgung** gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.8 zu den Gebührenordnungspositionen 16210 bis 16212, — 4,97 € / 39 Punkte

einmal im Behandlungsfall

Der Zuschlag nach der Gebührenordnungsposition 16215 kann gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.8 ausschließlich in Behandlungsfällen abgerechnet werden, in denen nur Leistungen der fachärztlichen Grundversorgung gemäß Anhang 3 und/oder regionaler Vereinbarungen erbracht und berechnet werden.

16217 **Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 16215,** — 1,27 € / 10 Punkte

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 16217 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.

16218 **Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 16210 bis 16212,** — 0,76 € / 6 Punkte

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 16218 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.
Die Gebührenordnungsposition 16218 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 01630 berechnungsfähig.

16228 **Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 16210 bis 16212 für die Behandlung aufgrund einer TSS-Vermittlung und/oder Vermittlung durch den Hausarzt gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.10.1, 4.3.10.2 oder 4.3.10.3,**

einmal im Arztgruppenfall

Die Gebührenordnungsposition 16228 kann durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt werden.
Die Gebührenordnungsposition 16228 ist im Arztgruppenfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 01710 berechnungsfähig.

16.3 Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen

16220 **Neurologisches Gespräch, neurologische Behandlung, Beratung, Erörterung und/oder Abklärung** 19,62 € 154 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Dauer mindestens 10 Minuten,
- Als Einzelbehandlung,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Erhebung neuropsychologischer/verhaltensneurologischer Befunde,
- Vertiefte Exploration und differentialdiagnostische Einordnung,
- Syndrombezogene therapeutische Intervention,
- Anleitung von Bezugspersonen,

je vollendete 10 Minuten

Die Gebührenordnungsposition 16220 ist auch bei Durchführung der Leistung im Rahmen einer Videosprechstunde berechnungsfähig und dies durch Angabe einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung zu dokumentieren. Für die Abrechnung gelten die Anforderungen gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä entsprechend.
Bei der Nebeneinanderberechnung der Gebührenordnungspositionen 16210 bis 16212 oder 21213 bis 21215 und der Gebührenordnungsposition 16220 ist eine Arzt-Patienten-Kontaktzeit von mindestens 20 Minuten Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 16220.
Bei der Nebeneinanderberechnung diagnostischer bzw. therapeutischer Gebührenordnungspositionen und der Gebührenordnungsposition 16220 ist eine mindestens 10 Minuten längere Arzt-Patienten-Kontaktzeit als in den entsprechenden Gebührenordnungspositionen angegeben Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 16220.
Die Gebührenordnungsposition 16220 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 21220, 21221, 30930 bis 30933, 37300, 37302 und 37711 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 30.3.1, 30.3.2, 35.1 und 35.2 berechnungsfähig.

16222 **Zuschlag** zu der Gebührenordnungsposition 16220 **bei Patienten mit schweren neuropsychologischen und verhaltensneurologischen Störungen** auf Basis der in der Anmerkung genannten Erkrankungen — 17,33 € / 136 Punkte

Fakultativer Leistungsinhalt

- Erhebung einer/von Fremdanamnese(n),

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 16222 ist zusätzlich nur berechnungsfähig bei Patienten mit schweren Einschränkungen der Kommunikationsfähigkeit und/oder der kognitiven Fähigkeiten und mindestens einer der im Folgenden genannten Erkrankungen: A81 Atypische Virus-Infektionen des Zentralnervensystems (z. B. Creutzfeldt-Jakob-Krankheit), C71.- bis C72.- Bösartige Neubildungen des Gehirns und des Rückenmarkes, F00.- bis F03.- Demenz, F06.9 Hirnorganisches Syndrom, F07.- Organische Hirnstörung mit Verhaltensstörung, F70.- bis F79.- Intelligenzstörung, G09.- Folgen einer Enzephalomyelitis, G10.- bis G13.- Systematrophien, G20.- Morbus Parkinson, G35.- Multiple Sklerose, G40.- Epilepsie, G61.- Guillain-Barree-Syndrom und chronisch inflammatorisch demyelisierende Polyneuritis, G70.- und G71.- Myasthenia gravis, Muskeldystrophien und Myopathien, G80.- bis G82.- Hemi-/Paraparese, Hemi-/Paraplegie, G83.- Diplegie/Monoplegie, G91.- Hydrocephalus, G95.0 bis G95.2 Sonstige Erkrankungen des Rückenmarkes, I60.- bis I69.- Hirnblutungen und Hirninfarkte, M33.- Polymyositis, R47.- Aphasie.

16225 **Überprüfung einer Duodenal-DOPA-Pumpe bei Parkinsonpatienten** — 25,35 € / 199 Punkte

Fakultativer Leistungsinhalt

- Injektion(en) und Verbandwechsel,
- Funktionskontrolle(n),
- Umprogrammierung(en),
- Wiederauffüllung,

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 16225 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02101 und 02102 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 16225 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 16230 und 16233 berechnungsfähig.

16230 **Zusatzpauschale kontinuierliche Mitbetreuung** eines Patienten mit einer Erkrankung des zentralen Nervensystems und/oder des peripheren Nervensystems **in der häuslichen und/oder familiären Umgebung** — 48,03 € / 377 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Kontinuierliche Mitbetreuung eines Patienten mit einer Erkrankung des zentralen Nervensystems und/oder des peripheren Nervensystems in der familiären und/oder häuslichen Umgebung versorgten Patienten mit einer neurologischen Erkrankung,
- Erhebung ergänzender neurologischer Untersuchungsbefunde,
- Einbeziehung sozialer und biographischer Ereignisse,

- Mindestens zwei persönliche Arzt-Patienten-Kontakte im Behandlungsfall,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Einleitung und/oder Führung einer Therapie mit Immunsuppressiva oder Immunmodulatoren, Antiepileptika, Parkinsonmitteln, Clozapin,
- Krankheits- und Therapiemonitoring mittels spezifischer Messskalen,
- Ergänzende Familienanamnese, Führung und Betreuung von Angehörigen bei Erkrankten mit gestörter Kommunikationsfähigkeit,
- Erstellung eines Behandlungsplans unter Einbeziehung der Bezugsperson(en),

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 16230 ist nur bei mindestens einer der im folgenden genannten Erkrankungen berechnungsfähig: A81 Atypische Virus-Infektionen des Zentralnervensystems (z. B. Creutzfeldt-Jakob-Krankheit), C71.- bis C72.- Bösartige Neubildungen des Gehirns und des Rückenmarkes, F00.- bis F03.- Demenz, F06.9 Hirnorganisches Syndrom, G09.- Folgen einer Enzephalomyelitis, G10.- bis G13.- Systematrophien, G20.- Morbus Parkinson, G35.- Multiple Sklerose, G40.- Epilepsie, G43.- Migräne, G50.- Krankheiten des N. trigeminus, G54.- Krankheiten von Nervenwurzeln und Nervenplexus, G55.- Kompression von Nervenwurzeln und Nervenplexus bei anderenorts klassifizierten Krankheiten, G60.- Hereditäre und idiopathische Neuropathie, G61.- Guillain-Barree-Syndrom und chron. inflammatorisch demyelisierende Polyneuritis, G70.- und G71.- Myasthenia gravis, Muskeldystrophien und Myopathien, G80.- bis G82.- Hemi-/Paraparese, Hemi-/Paraplegie, G83.- Diplegie/Monoplegie, G91.- Hydrocephalus, G95.- Sonstige Erkrankungen des Rückenmarkes, I60.- bis I69.- Hirnblutungen und Hirninfarkte, M33.- Polymyositis, M79.- Neuralgie, R26.- Störungen des Ganges und der Mobilität, R47.- Aphasie.*
Die Gebührenordnungsposition 16230 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35150 bis 35152, 35163 bis 35169, 35173 bis 35179, 37300, 37302, 37711 und 37802 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 35.2.1 und 35.2.2 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 16230 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 16225, 16231 und 16233 berechnungsfähig.

16231 **Zusatzpauschale kontinuierliche Mitbetreuung** eines Patienten mit einer neurologischen Erkrankung **in beschützenden Einrichtungen oder Pflege- und Altenheimen** — 27,01 € / 212 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Kontinuierliche Mitbetreuung eines in beschützenden Einrichtungen oder Pflege- und Altenheimen mit Pflegepersonal versorgten Patienten mit einer neurologischen Erkrankung,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Erstellung eines Behandlungsplans unter Einbeziehung der Bezugsperson(en),

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 16231 ist nur bei mindestens einer der im folgenden genannten Erkrankungen berechnungsfähig: A81 Atypische Virus-Infektionen des Zentralnervensystems (z.B. Creutzfeldt-Jakob-Krankheit), C71.- bis C72.- Bösartige Neubildungen des Gehirns und des Rückenmarkes, F00.- bis F03.- Demenz, F06.9 Hirnorganisches Syndrom, G09.- Folgen einer Enzephalomyelitis, G10.- bis G13.- Systematrophien, G20.- Morbus Parkinson, G35.- Multiple Sklerose, G40.- Epilepsie, G43.- Migräne, G50.- Krankheiten des N. trigeminus, G54.- Krankheiten von Nervenwurzeln und Nervenplexus, G55.- Kompression von Nervenwurzeln und Nervenplexus bei anderenorts klassifizierten Krankheiten, G60.- Hereditäre und idiopathische Neuropathie, G61.- Guillain-Barree-Syndrom und chron. inflammatorisch demyelisierende Polyneuritis, G70.- und G71.- Myasthenia gravis, Muskeldystrophien und Myopathien, G80.- bis G82.- Hemi-/Paraparese, Hemi-/Paraplegie, G83.- Diplegie/Monoplegie, G91.- Hydrocephalus, G95.- Sonstige Erkrankungen des Rückenmarkes, I60.- bis I69.- Hirnblutungen und Hirninfarkte, M33.- Polymyositis, M79.- Neuralgie, R26.- Störungen des Ganges und der Mobilität, R47.- Aphasie.*
Die Gebührenordnungsposition 16231 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 16311, 21311, 35150 bis 35152, 35163 bis 35169, 35173 bis 35179, 37300, 37302, 37711 und 37802 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 35.2.1 und 35.2.2 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 16231 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 14314, 16230, 16233 und 21231 berechnungsfähig.

16232 **Diagnostik und/oder Behandlung von Erkrankungen der Wirbelsäule bei Jugendlichen und Erwachsenen** 23,57 € 185 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Diagnostik und/oder Therapie von Erkrankungen der Wirbelsäule und/oder
- Segmentale Funktionsdiagnostik und Differentialdiagnostik,
- Mindestens zwei persönliche Arzt-Patienten-Kontakte im Behandlungsfall,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Anlage und/oder Wiederanlage einer Orthese,
- Mobilisationen nach Funktionsdiagnostik,
- Anleitung zur Durchführung von Bewegungsübungen,
- Behandlung mit Lokalanästhetika,
- Haltungsschulung,

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 16232 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02511, 35150 bis 35152, 35163 bis 35169 und 35173 bis 35179 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 35.2.1 und 35.2.2 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 16232 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31614 bis 31621 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 16232 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 02360 berechnungsfähig.

16233 **Zusatzpauschale Mitbetreuung eines Patienten mit einer Erkrankung des zentralen Nervensystems und/oder des peripheren Nervensystems in der häuslichen und/oder familiären Umgebung** 43,32 € 340 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Mitbetreuung eines, mit einer Erkrankung des zentralen Nervensystems und/oder des peripheren Nervensystems in der familiären und/oder häuslichen Umgebung versorgten, Patienten mit einer neurologischen Erkrankung,
- Erhebung ergänzender neurologischer Untersuchungsbefunde,
- Einbeziehung sozialer und biografischer Ereignisse,
- Ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt im Behandlungsfall,
- Dauer mindestens 15 Minuten,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Einleitung und/oder Führung einer Therapie mit Immunsuppressiva oder Immunmodulatoren, Antiepileptika, Parkinsonmitteln, Clozapin,
- Krankheits- und Therapiemonitoring mittels spezifischer Messskalen,
- Ergänzende Familienanamnese, Führung und Betreuung von Angehörigen bei Erkrankten mit gestörter Kommunikationsfähigkeit,
- Erstellung eines Behandlungsplans unter Einbeziehung der Bezugsperson(en),

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 16233 ist nur bei mindestens einer der im folgenden genannten Erkrankungen berechnungsfähig: A81 Atypische Virus-Infektionen des Zentralnervensystems (z. B. Creutzfeldt-Jakob-Krankheit), C71.- bis C72.- Bösartige Neubildungen des Gehirns und des Rückenmarks, F00. bis F03. Demenz, F06.9 Hirnorganisches Syndrom, G09.- Folgen einer Enzephalomyelitis, G10.- bis G13.- Systematrophien, G20.- Morbus Parkinson, G35.- Multiple Sklerose, G40.- Epilepsie, G43.- Migräne, G50.- Krankheiten des N. trigeminus, G54.- Krankheiten von Nervenwurzeln und Nervenplexus, G55.- Kompression von Nervenwurzeln und Nervenplexus bei anderenorts klassifizierten Krankheiten, G60.- Hereditäre und idiopathische Neuropathie, G61.- Guillain-Barré-Syndrom und chron. inflammatorisch demyelisierende Polyneuritis, G70.- und G71.- Myasthenia gravis, Muskeldystrophien und Myopathien, G80.- bis G82.- Hemi-/Paraparese, Hemi./Paraplegie, G83.- Diplegie/Monoplegie, G91.- Hydrocephalus, G95.- Sonstige Erkrankungen des Rückenmarks, I60.- bis I69.- Hirnblutungen und Hirninfarkte, M33.- Polymyositis, M79.- Neuralgie, R26.- Störungen des Ganges und der Mobilität, R47.- Aphasie.*
Die Gebührenordnungsposition 16233 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35150 bis 35152, 35163 bis 35169, 35173 bis 35179, 37300, 37302, 37711 und 37802 und nicht neben

den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 35.2.1 und 35.2.2 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 16233 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 16225, 16230 und 16231 berechnungsfähig.

16310 **Elektroenzephalographische Untersuchung** 34,91 €
274 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Ableitungsdauer mindestens 20 Minuten,
- Aufzeichnungsdauer mindestens 20 Minuten,
- Auswertung,
- Übergangswiderstandsmessung

Fakultativer Leistungsinhalt

- Provokation(en)

Die für die Gebührenordnungsposition 16310 erforderliche Berichtspflicht ist erfüllt, wenn sie einmal im Behandlungsfall erfüllt wurde.
Die Gebührenordnungsposition 16310 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 04434, 04435, 14320, 14321, 16311, 21310, 21311, 30900 bis 30902 und 30905 berechnungsfähig.

16311 **Langzeitelektroenzephalographische (Schlaf-)Untersuchung** 77,97 €
612 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Ableitungsdauer mindestens 2 Stunden,
- Aufzeichnung,
- Auswertung

Fakultativer Leistungsinhalt

- Provokation(en),
- Polygraphie

Die Gebührenordnungsposition 16311 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 04434, 04435, 14320, 14321, 16231, 16310, 21310, 21311, 30900 bis 30902 und 30905 berechnungsfähig.

16320 **Elektronystagmo-/Okulographie, Blinkreflexprüfung** 15,03 €
118 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Elektronystagmo-/Okulographie

und/oder

- Blinkreflexprüfung,
- Ein- und/oder beidseitig,

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 16320 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 04439, 14330 und 21320 berechnungsfähig.

16321 **Neurophysiologische Untersuchung (SEP, VEP, AEP, MEP)** 33,51 €

Obligater Leistungsinhalt 263 Punkte

- Bestimmung somatosensibel evozierter Potentiale

und/oder

- Bestimmung visuell evozierter Potentiale

und/oder

- Bestimmung akustisch evozierter Potentiale

und/oder

- Bestimmung magnetisch evozierter Potentiale,
- Beidseitig,

je Sitzung

Die Gebührenordnungsposition 16321 ist im Behandlungsfall insgesamt höchstens zweimal berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 16321 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 04436, 14331 und 21321 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 16321 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01705 und 01706 berechnungsfähig.

16322 **Zusatzpauschale Abklärung einer peripheren neuromuskulären Erkrankung** 26,63 € 209 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Elektromyographische Untersuchung(en) mit Oberflächen- und/oder Nadelelektroden

und/oder

- Elektroneurographische Untersuchung(en) mit Bestimmung(en) der motorischen oder sensiblen Nervenleitgeschwindigkeit,
- Beidseitig,

je Sitzung

Die Gebührenordnungsposition 16322 ist im Behandlungsfall insgesamt höchstens zweimal berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 16322 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 04437 und 27331 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 16322 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31614 bis 31621 berechnungsfähig.

16340 **Testverfahren bei Demenzverdacht** 2,93 € 23 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Durchführung standardisierter Testverfahren bei Patienten mit Demenzverdacht (z. B. SKT, MMST, TFDD),

bis zu dreimal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungspositionen 16340 und 21340 sind im Behandlungsfall insgesamt höchstens dreimal berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 16340 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 16371 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 16340 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 01613 berechnungsfähig.

16371 **Anwendung und Auswertung des Aachener Aphasietests (AAT) als Eingangsdiagnostik vor der Erstverordnung einer Stimm-, Sprech- und/oder Sprachtherapie gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinien)** 70,71 € 555 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Aachener Aphasietest (AAT),
- Schriftliche Dokumentation,

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 16371 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 16340 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 16371 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 20371 und 35600 bis 35602 berechnungsfähig.

17 Nuklearmedizinische Gebührenordnungspositionen

17.1 Präambel

1. Die in diesem Kapitel aufgeführten Gebührenordnungspositionen können ausschließlich von Fachärzten für Nuklearmedizin und Vertragsärzten, die über eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung nuklearmedizinischer Leistungen gemäß der Vereinbarungen zur Strahlendiagnostik und -therapie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V verfügen, berechnet werden. Für Vertragsärzte, die über eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung nuklearmedizinischer Leistungen gemäß der Vereinbarungen zur Strahlendiagnostik und -therapie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V verfügen, sind die Gebührenordnungspositionen 17210 und 17214 nicht berechnungsfähig.
2. Außer den in diesem Kapitel genannten Gebührenordnungspositionen sind von den in der Präambel genannten Vertragsärzten - unbeschadet der Regelungen gemäß 5 und 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen - zusätzlich nachfolgende Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig: 01102, 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 01220 bis 01224, 01226, 01414, 01416, 01418, 01422, 01424, 01430, 01431, 01435, 01437, 01444, 01450, 01452, 01500 bis 01503, 01610, 01611, 01620 bis 01622, 01624, 01630, 01640, 01642, 01643, 01647, 01648, 01670 bis 01672, 02100, 02101, 02200, 02300, 02320, 02323, 02330, 02331, 02340, 02341, 02343, 02344 und 30706.
3. Außer den in diesem Kapitel genannten Gebührenordnungspositionen sind bei Vorliegen der entsprechenden Qualifikationsvoraussetzungen von den in der Präambel genannten Vertragsärzten - unbeschadet der Regelungen gemäß 5 und 6.2

der Allgemeinen Bestimmungen - zusätzlich nachfolgende Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig: 01474, 01479, 30400 bis 30402, 30410, 30411, 30420, 30421, 30700 bis 30705, 30708, 30780 bis 30782, 30810, 30811, 33000 bis 33002, 33010 bis 33012, 33020 bis 33023, 33030, 33031, 33040 bis 33044, 33046, 33050 bis 33052, 33060 bis 33064, 33070 bis 33076, 33080, 33081, 33090 bis 33092, 33100 und 33105, Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 30.1, 30.2.1, 30.3.1, 30.7.2, 30.12, 36.6.2 und 37.4 sowie Gebührenordnungspositionen der Kapitel 32, 34, 35 und 40.

4. Bei der Berechnung der zusätzlichen Gebührenordnungspositionen in den Nummern 2 und 3 sind die Maßnahmen zur Qualitätssicherung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V, die berufsrechtliche Verpflichtung zur grundsätzlichen Beschränkung auf das jeweilige Gebiet sowie die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zu beachten.
5. In den Gebührenordnungspositionen dieses Kapitels sind die Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen 01600 bis 01602 enthalten.
6. Werden die in den Konsiliarpauschalen enthaltenen Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen 01600 und 01601 durchgeführt, sind für die Versendung bzw. den Transport die Kostenpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 40110 und 40111 berechnungsfähig.
7. Die in der Präambel unter 1. aufgeführten Vertragsärzte können die arztgruppenspezifische Gebührenordnungsposition 08619 berechnen.

17.2 Nuklearmedizinische Konsiliarpauschalen

17210 **Konsiliarpauschale** — 11,21 € / 88 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt und/oder Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä,
- Überprüfung der vorliegenden Indikation,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Veranlassung und Durchführung der Aufnahme(n) bzw. Messung(en),
- Interpretation,
- In Anhang 1 aufgeführte Leistungen,

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 17210 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01600 bis 01602 berechnungsfähig.

17214 **Zuschlag** zur Konsiliarpauschale 17210 bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern — 21,15 € / 166 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Beratung der Eltern,

einmal im Behandlungsfall

17215 **Hygienezuschlag zu der Gebührenordnungsposition 17210,** 0,25 €
einmal im Behandlungsfall 2 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 17215 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.

17228 **Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 17210 für die Behandlung aufgrund einer TSS-Vermittlung und/oder Vermittlung durch den Hausarzt gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.10.1, 4.3.10.2 oder 4.3.10.3,**
einmal im Arztgruppenfall

Die Gebührenordnungsposition 17228 kann durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt werden.
Die Gebührenordnungsposition 17228 ist im Arztgruppenfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 01710 berechnungsfähig.

17.3 Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen

17310 **Teilkörperszintigraphische Untersuchung** 51,09 €
401 Punkte

Bei der Abrechnung der Gebührenordnungsposition 17310 ist das untersuchte Organ bzw. sind die untersuchten Organe anzugeben.
Die Gebührenordnungsposition 17310 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 17311, 17320, 17321, 17330 bis 17333, 17340, 17341, 17350, 17351 und 17370 bis 17373 berechnungsfähig.

17311 **Ganzkörperszintigraphische Untersuchung** 72,11 €
566 Punkte
Fakultativer Leistungsinhalt
- Teilkörperszintigraphische Untersuchung

Die Gebührenordnungsposition 17311 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 17310, 17320, 17321, 17330 bis 17333, 17340, 17341, 17350, 17351 und 17372 berechnungsfähig.

17320 **Quantitative und qualitative szintigraphische Untersuchung der Schilddrüse** 44,72 €
351 Punkte
Obligater Leistungsinhalt
- Untersuchung mittels Gammakamera,
- Rechnergestützte Auswertung zur Erstellung globaler und ggf. regionaler Funktionsparameter (z. B. thyreoidale Jodaktivität [TJ], 99m-TC-Thyreoidea-Uptake [TcTU], Radiojodclearance [RJC], Radiojod-Thyreoidea-Uptake [RJTU]),

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 17320 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 17310, 17311, 17321, 17361 bis 17363 und 17370 berechnungsfähig.

17321 **Radiojod-Zweiphasentest** 66,89 €
525 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Quantitative und qualitative szintigraphische Untersuchung der Schilddrüse (Nr.17320),
- Mehrmalige Aktivitätsmessung über der Schilddrüse,

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 17321 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 17310, 17311, 17320 und 17361 bis 17363 berechnungsfähig.

17330 **Zusatzpauschale Szintigraphische Untersuchung des Herzmuskels (Belastungsuntersuchung)** 103,83 €
815 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Untersuchung unter physikalisch definierter und reproduzierbarer bzw. unter pharmakodynamischer Stufenbelastung

Fakultativer Leistungsinhalt

- Belastungs-EKG-Untersuchung

Die Gebührenordnungsposition 17330 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03321, 04321, 13251, 17310 und 17311 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 17330 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 27321 berechnungsfähig.

17331 **Zusatzpauschale Szintigraphische Untersuchung des Herzmuskels in Ruhe** 76,95 €
604 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 17331 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 17310 und 17311 berechnungsfähig.

17332 **Zusatzpauschale nuklearmedizinische Herzfunktionsdiagnostik (Belastungsuntersuchung)** 99,63 €
782 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Untersuchung unter physikalisch definierter und reproduzierbarer bzw. unter pharmakodynamischer Stufenbelastung,
- Bestimmung der Auswurffraktion

Fakultativer Leistungsinhalt

- Belastungs-EKG-Untersuchung

Die Gebührenordnungsposition 17332 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03321, 04321, 13251, 17310, 17311 und 17361 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 17332 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 27321 berechnungsfähig.

17333 **Zusatzpauschale nuklearmedizinische Herzfunktionsdiagnostik** 49,05 €
385 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Untersuchung in Ruhe,
- Bestimmung der Auswurffraktion

Die Gebührenordnungsposition 17333 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 17310, 17311 und 17361 berechnungsfähig.

17340 **Zusatzpauschale Nierenfunktionsdiagnostik** mit **Bestimmung** der **seitengetrennten tubulären** und/oder **glomerulären Clearance** — 80,77 € / 634 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 17340 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 17310, 17311 und 17361 bis 17363 berechnungsfähig.

17341 **Zuschlag** zu der Gebührenordnungsposition 17340 bei Durchführung einer **interventionellen Maßnahme** (Verabreichung von Diuretika, Lagewechsel) — 42,04 € / 330 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 17341 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 17310, 17311 und 17361 bis 17363 berechnungsfähig.

17350 **Zusatzpauschale nuklearmedizinisch-hämatologische Untersuchung(en)** (z. B. Bestimmung(en) der Eisenkinetik, Zellmarkierungen, Lokalisationsdiagnostik) — 61,92 € / 486 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 17350 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 17310, 17311 und 17361 bis 17363 berechnungsfähig.

17351 **Zusatzpauschale nuklearmedizinisch-intestinale Funktionsdiagnostik** — 64,98 € / 510 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 17351 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 17310, 17311 und 17361 bis 17363 berechnungsfähig.

17360 **Zuschlag** zu den Gebührenordnungspositionen 17310 oder 17311 für die szintigraphische Untersuchung der Extravasalphase im Rahmen einer **Mehrphasenszintigraphie** — 19,88 € / 156 Punkte

Der Zuschlag nach der Nr. 17360 ist an demselben Behandlungstag nicht mehrfach berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 17360 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 17361 und 17363 berechnungsfähig.

17361 **Zuschlag** zu den Gebührenordnungspositionen 17310 oder 17311 für die **sequentielle Aufnahmetechnik** — 33,51 € / 263 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 17361 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 17320, 17321, 17332, 17333, 17340,

17341, 17350, 17351, 17360, 17362, 17363 und 17370 bis 17373 berechnungsfähig.

17362 **Zuschlag** für die **Einkopf-Single-Photonen-Emissions-Computertomographie** (SPECT) — 68,54 € / 538 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 17362 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 17320, 17321, 17340, 17341, 17350, 17351, 17361 und 17363 berechnungsfähig.

17363 **Zuschlag** für die **Zwei- oder Mehrkopf-Single-Photonen-Emissions-Computertomographie** (SPECT) — 122,44 € / 961 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 17363 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 17320, 17321, 17340, 17341, 17350, 17351 und 17360 bis 17362 berechnungsfähig.

17370 **Radiojodtherapie** von Schilddrüsenerkrankungen, einschl. der erforderlichen Kontrollmessungen — 67,27 € / 528 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 17370 ist nur bei kurativ-stationärer (belegärztlicher) Behandlung berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 17370 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 17310, 17320 und 17361 berechnungsfähig.

17371 **Zusatzpauschale Radiosynoviorthese an einem kleinen Gelenk oder Anwendung von offenen Radionukliden in vorgeformten Körperhöhlen** — 32,49 € / 255 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Radiosynoviorthese an einem kleinen Gelenk (mit Ausnahme der in der Gebührenordnungsposition 17373 genannten Gelenke)

oder

- Anwendung von offenen Radionukliden in vorgeformten Körperhöhlen,
- Dokumentation(en),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Gelenkpunktion(en) (Nr. 02341),
- Kontrolle der Nadellage mittels bildgebender Verfahren,
- Szintigraphische Kontrollmessung(en),

höchstens viermal am Behandlungstag

Wird die Gebührenordnungsposition 17373 an demselben Behandlungstag einmal/zweimal berechnet, reduziert sich die Berechnungsfähigkeit der Gebührenordnungsposition 17371 dementsprechend auf höchstens dreimal/zweimal je Behandlungstag.
Die Gebührenordnungsposition 17371 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02341, 02344, 17310, 17361, 34235 und 34236 berechnungsfähig.

17372 **Zusatzpauschale Radionuklidtherapie** von Knochenmetastasen, blutbildenden Organen, Geschwülsten und/oder Geschwulstmetastasen in einer Körperhöhle oder in einem Hohlorgan oder von Entzündungen — 92,88 € / 729 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Radionuklidtherapie

Fakultativer Leistungsinhalt

- Szintigraphische Kontrollmessung(en) der Bremsstrahlung

Bei Anwendung von Radium-223-dichlorid sind die Kosten des Produktes nicht über die Kostenpauschale 40562 berechnungsfähig.
Bei Anwendung von Radium-223-dichlorid sind die Kosten, die im Rahmen des Umgangs, der Beschaffung und Lagerung des Produktes sowie der Materialverwaltung, der Anwendung, der Abfallbeseitigung und Entsorgung gemäß Strahlenschutzverordnung (StrlSchV) sowie dem Gesetz über den Verkehr mit Arzneimitteln (AMG) entstehen, nicht über die Kostenpauschale 40562, sondern über die Kostenpauschale 40582 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 17372 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 17310, 17311 und 17361 berechnungsfähig.

17373 **Zusatzpauschale Radiosynoviorthese an großen oder mittleren Gelenken** — 98,74 € / 775 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Radiosynoviorthese an Knie- oder Hüft- oder Schulter- oder Ellenbogen- oder Hand- oder unterem und/oder oberem Sprunggelenk,
- Teilkörperszintigraphische Untersuchung (Nr. 17310),
- Dokumentation(en),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Gelenkpunktion(en) (Nr. 02341),
- Kontrolle der Nadellage mittels bildgebender Verfahren,

einmal je Gelenk, höchstens zweimal am Behandlungstag

Entgegen Nr. 4.3.2 der Allgemeinen Bestimmungen kann die Gebührenordnungsposition 17373 bei der Radiosynoviorthese am Kniegelenk auch dann berechnet werden, wenn die Arztpraxis nicht über die Möglichkeit von Durchleuchtungen verfügt.
Die Gebührenordnungsposition 17373 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02341, 02344, 17310, 17361, 34235 und 34236 berechnungsfähig.

18 Orthopädische Gebührenordnungspositionen

18.1 Präambel

1. Die in diesem Kapitel aufgeführten Gebührenordnungspositionen können ausschließlich von
   - Fachärzten für Orthopädie,

- Fachärzten für Orthopädie und Unfallchirurgie,

berechnet werden.

2. Außer den in diesem Kapitel genannten Gebührenordnungspositionen sind von den in der Präambel genannten Vertragsärzten - unbeschadet der Regelungen gemäß 5 und 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen - zusätzlich nachfolgende Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig: 01100 bis 01102, 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 01220 bis 01224, 01226, 01320 bis 01323, 01410 bis 01416, 01418, 01420, 01422, 01424 bis 01426, 01430, 01431, 01435 bis 01437, 01440, 01442 bis 01444, 01450, 01452, 01472, 01476, 01477, 01483, 01500 bis 01503, 01510 bis 01512, 01600 bis 01602, 01610 bis 01613, 01615, 01620 bis 01624, 01626, 01630, 01640, 01642, 01643, 01645, 01647, 01648, 01670 bis 01672, 01681, 01682, 01710, 01722, 01783, 01800, 01802 bis 01808, 01810, 01811, 01949 bis 01953, 01955, 01956, 01960, 01966, 02100, 02101, 02110 bis 02112, 02120, 02200, 02300 bis 02302, 02310 bis 02314, 02320, 02323, 02330, 02331, 02340, 02341, 02344, 02350, 02360, 02510 bis 02512 und 30706.
3. Außer den in diesem Kapitel genannten Gebührenordnungspositionen sind bei Vorliegen der entsprechenden Qualifikationsvoraussetzungen von den in der Präambel genannten Vertragsärzten - unbeschadet der Regelungen gemäß 5 und 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen - zusätzlich nachfolgende Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig: 01474, 01479, 30400 bis 30402, 30410, 30411, 30420, 30421, 30440, 30700 bis 30705, 30708, 30780 bis 30782, 36884, 37100, 37102, 37113, 37120, 37700, 37701, 37704, 37705, 37710, 37711, 37714, 37720, 37800 bis 37802 und 37804, Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 30.1, 30.2, 30.3.1, 30.5, 30.7.2, 30.7.3, 30.8, 30.12, 30.13, 31.2, 31.3, 31.4.3, 31.5, 31.6, 31.8, 36.2, 36.3, 36.5, 36.6.2, 37.3 und 37.4 sowie Gebührenordnungspositionen der Kapitel 32, 33, 34, 35, 38 und 40.
4. Bei der Berechnung der zusätzlichen Gebührenordnungspositionen in den Nummern 2 und 3 sind die Maßnahmen zur Qualitätssicherung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V, die berufsrechtliche Verpflichtung zur grundsätzlichen Beschränkung auf das jeweilige Gebiet sowie die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zu beachten.
5. Werden die in den Grundpauschalen enthaltenen Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen 01600 und 01601 durchgeführt, sind für die Versendung bzw. den Transport die Kostenpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 40110 und 40111 berechnungsfähig.
6. Die in der Präambel unter 1. aufgeführten Vertragsärzte können die arztgruppenspezifische Gebührenordnungsposition 08619 berechnen.

18.2 Orthopädische Grundpauschalen

Grundpauschale

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt und/oder Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Weitere persönliche oder andere Arzt-Patienten-Kontakte gemäß 4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen,
- Ärztlicher Bericht entsprechend der Gebührenordnungsposition 01600,
- Individueller Arztbrief entsprechend der Gebührenordnungsposition 01601,
- In Anhang 1 aufgeführte Leistungen,

einmal im Behandlungsfall

18210	für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr	23,19 € 182 Punkte
18211	für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr	24,46 € 192 Punkte
18212	für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres	28,28 € 222 Punkte

Die Gebührenordnungspositionen 18210 bis 18212 sind nicht neben der Gebührenordnungsposition 01436 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungspositionen 18210 bis 18212 sind im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01600 und 01601 berechnungsfähig.

18215	**Hygienezuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 18210 bis 18212,** einmal im Behandlungsfall	0,25 € 2 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 18215 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.

18220	**Zuschlag für die orthopädische Grundversorgung** gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.8 zu den Gebührenordnungspositionen 18210 bis 18212, einmal im Behandlungsfall	3,95 € 31 Punkte

Der Zuschlag nach der Gebührenordnungsposition 18220 kann gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.8 ausschließlich in Behandlungsfällen abgerechnet werden, in denen nur Leistungen der fachärztlichen Grundversorgung gemäß Anhang 3 und/oder regionaler Vereinbarungen erbracht und berechnet werden.

18222	**Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 18220,** einmal im Behandlungsfall	1,02 € 8 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 18222 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.

18227 **Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 18210 bis 18212,** 0,25 €
einmal im Behandlungsfall 2 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 18227 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.
Die Gebührenordnungsposition 18227 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 01630 berechnungsfähig.

18228 **Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 18210 bis 18212 für die Behandlung aufgrund einer TSS-Vermittlung und/oder Vermittlung durch den Hausarzt gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.10.1, 4.3.10.2 oder 4.3.10.3,**

einmal im Arztgruppenfall

Die Gebührenordnungsposition 18228 kann durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt werden.
Die Gebührenordnungsposition 18228 ist im Arztgruppenfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 01710 berechnungsfähig.

18.3 Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen

18310 **Zusatzpauschale Behandlung und ggf. Diagnostik von Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates (angeboren, traumatisch, posttraumatisch, perioperativ) und/oder von (einer) entzündlichen Erkrankung(en) des Stütz- und Bewegungsapparates und/oder von (einer) Skelettanomalie(n) bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern** 29,69 €
233 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

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

Fakultativer Leistungsinhalt

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

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 18310 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302 und 02511 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 18310 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31614 bis 31621 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 18310 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02311, 02312, 02340, 02341, 02344, 02350, 02360, 07310, 18311, 18320, 18330, 18340, 18700 und 30214 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 18310 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31601, 31602 und 31608 bis 31637 berechnungsfähig.

18311 **Zusatzpauschale Behandlung und ggf. Diagnostik von Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates (angeboren, erworben, degenerativ, posttraumatisch, perioperativ) und/ oder einer entzündlichen Erkrankung des Stütz- und Bewegungsapparates bei Jugendlichen und bei Erwachsenen (außer degenerativen und funktionellen Erkrankungen der Wirbelsäule**) 27,77 € 218 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

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

Fakultativer Leistungsinhalt

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

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 18311 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302 und 02511 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 18311 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31614 bis 31621 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 18311 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02311, 02312, 02340, 02341, 02344, 02350, 02360, 07311, 18310, 18320, 18330, 18340, 18700 und 30214 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 18311 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den

Gebührenordnungspositionen 31601, 31602 und 31608 bis 31637 berechnungsfähig.

18320 **Zusatzpauschale Orthopädische oder orthopädisch-rheumatologische Funktionsdiagnostik bzw. Assessment mittels Untersuchungsinventaren** 19,62 € 154 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Rheumatologische Untersuchung von Funktions- und Fähigkeitsstörungen mit Quantifizierung der Funktionseinschränkung mittels standardisierter qualitätsgesicherter Fragebögen (FFbH bzw. HAQ bei rheumatoider Arthritis, BASFI bzw. FFbH bei Spondyloarthritis)

und/oder

- Erhebung des Disease Activity Score (DAS) bei rheumatoider Arthritis

und/oder

- Erhebung des ASDAS und/oder BASDAI bei axialer Spondyloarthritis einschließlich ankylosierender Spondylitis (Morbus Bechterew)

und/oder

- Erhebung des SLEDAI und/oder ECLAM bei systemischem Lupus erythematodes

und/oder

- Erhebung des BVAS bei Vaskulitiden,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Kapillarmikroskopische Untersuchungen,
- Aufstellung eines Behandlungsplanes,
- Aufstellung eines Hilfsmittelplanes,
- Erprobung des Einsatzes von Hilfsmitteln, Therapiemitteln der physikalischen Medizin und Ergotherapie,
- Abstimmung mit dem Hilfsmitteltechniker,
- Überprüfung der qualitätsgerechten Zurichtung der Orthesen und Hilfsmittel,
- Anleitung zur Anpassung des Wohnraumes und des Arbeitsplatzes in Absprache mit dem Hausarzt,

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 18320 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 und 02301 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 18320 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31614 bis 31621 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 18320 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02340, 02341, 02344, 02360, 18310, 18311, 18330 und 18340 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 18320 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31601, 31602 und 31608 bis 31637 berechnungsfähig.

18330 **Zusatzpauschale Diagnostik und/oder orthopädische Therapie eines Patienten mit einer Funktionsstörung der Hand** 27,01 € 212 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Behandlung eines Patienten mit einer Funktionsstörung der Hand mit einer Leistungseinschränkung mindestens in einer Funktionsebene,
- Dokumentation der Leistungseinschränkung mit Angabe des Bewegungsumfangs,
- Erstellung eines Behandlungsplans

und/oder

- Anlage und/oder Wiederanlage eines immobilisierenden Verbandes

und/oder

- Anlage und/oder Wiederanlage eines Schienenverbandes

und/oder

- Anlage und/oder Wiederanlage einer Orthese,
- Mindestens 3 Arzt-Patienten-Kontakte im Behandlungsfall,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Anleitung zur Durchführung von Bewegungsübungen,
- Lokale Infiltrationsbehandlung,

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 18330 ist nur von Fachärzten für Orthopädie bzw. Fachärzten für Orthopädie und Unfallchirurgie mit der Zusatzbezeichnung Handchirurgie und von Fachärzten für Orthopädie bzw. Fachärzten für Orthopädie und Unfallchirurgie nach Antrag und Genehmigung durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 18330 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 18330 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31614 bis 31621 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 18330 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02340, 02341, 02344, 02350, 02360, 07330, 18310, 18311, 18320, 18340 und 18700 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 18330 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31601, 31602 und 31608 bis 31637 berechnungsfähig.

18331 **Zusatzpauschale Diagnostik und/oder Behandlung von degenerativen Erkrankungen der Wirbelsäule bei Jugendlichen und bei Erwachsenen** 21,40 € 168 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Diagnostik und/oder Therapie von Erkrankungen der Wirbelsäule

und/oder

- Segmentale Funktionsdiagnostik und Differentialdiagnostik

und/oder

- Weiterführende neurologische Diagnostik,
- Mindestens 2 Arzt-Patienten-Kontakte im Behandlungsfall,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Anlage und/oder Wiederanlage einer Orthese,
- Mobilisationen nach Funktionsdiagnostik,
- Anleitung zur Durchführung von Bewegungsübungen,
- Behandlung mit Lokalanästhetika,
- Haltungsschulung,

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 18331 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 und 02301 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 18331 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31614 bis 31621 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 18331 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02360 und 18700 berechnungsfähig.

18340 **Behandlung einer/eines/von sekundär heilenden Wunde(n), septischen Wundheilungsstörung(en), Abszesses/n, septischen Knochenprozesses/n und/oder Decubitalulcus (-ulcera)** 34,53 € 271 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Abtragung von Nekrosen

und/oder

- Wunddebridement

und/oder

- Anlage und/oder Wechsel eines Kompressionsverbandes

und/oder

- Einbringung und/oder Wechsel einer Wundtamponade,
- Mindestens 5 Arzt-Patienten-Kontakte im Behandlungsfall,

Fakultativer Leistungsinhalt

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

einmal im Behandlungsfall

Die Leistung nach der Nr. 18340 kann nicht berechnet werden beim diabetischen Fuß, beim chronisch venösen Ulcus cruris, bei der chronisch venösen Insuffizienz, beim postthrombotischen Syndrom, beim Lymphödem und bei oberflächlichen sowie tiefen Beinvenenthrombosen.
Die Gebührenordnungsposition 18340 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02312 und 02313 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 18340 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31614 bis 31621 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 18340 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02310, 02311, 02340, 02341, 02344, 02350, 02360, 18310, 18311, 18320, 18330, 18700 und 30214 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 18340 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 31.4.3 berechnungsfähig.

18700 **Zusatzpauschale Behandlung eines Patienten mit mindestens einer der nachfolgend genannten Indikationen:** 31,85 € 250 Punkte

- Rheumatoide Arthritis,
- Spondyloarthritis,
- Kollagenose,
- Myositis,

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 18700 kann nur von Fachärzten für Orthopädie mit Schwerpunkt Rheumatologie bzw. Fachärzten für Orthopädie und Unfallchirurgie mit der Zusatzbezeichnung Orthopädische Rheumatologie berechnet werden.
Die Gebührenordnungsposition 18700 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 18700 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 18310, 18311, 18330, 18331 und 18340 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 18700 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31601, 31602 und 31608 bis 31637 berechnungsfähig.

19 Pathologische Gebührenordnungspositionen

19.1 Präambel

1. Die in diesem Kapitel aufgeführten Gebührenordnungspositionen können ausschließlich von
   - Fachärzten für Pathologie,
   - Fachärzten für Neuropathologie,
   - Vertragsärzten, die gemäß Präambel zu ihren Kapiteln zur Abrechnung von Gebührenordnungspositionen dieses Kapitels berechtigt sind,

   berechnet werden.

   Für Fachärzte für Pathologie und Fachärzte für Neuropathologie gilt darüber hinaus zusätzlich für die Berechnung der Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 19.4, dass diese ausschließlich von
   - Fachärzten für Pathologie mit Erwerb der Facharztbezeichnung nach 2003 oder mit dem Erwerb der fakultativen Weiterbildung "Molekularpathologie",
   - Fachärzten für Neuropathologie mit Erwerb der Facharztbezeichnung nach 2003 oder mit dem Erwerb der fakultativen Weiterbildung "Molekularpathologie",
   - Fachärzten für Pathologie, sofern diese nicht einer der beiden vorgenannten Gruppen angehören, bei Vorliegen der

entsprechenden Qualifikationsvoraussetzungen - unbeschadet der Regelungen gemäß 5 und 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen - , berechnet werden können.

2. Außer den in diesem Kapitel genannten Gebührenordnungspositionen sind von den in der Präambel genannten Vertragsärzten - unbeschadet der Regelungen gemäß 5 und 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen - zusätzlich nachfolgende Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig: 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 01223, 01224, 01226, 01416, 01418, 01431, 01435, 01437, 01450, 01500 bis 01503, 01620, 01621, 01640, 01642, 01643, 01647, 01648, 01670 bis 01672, 01701, 01743, 01756 bis 01758, 01762, 01763, 01766 bis 01769, 01826, 02100, 02101, 02200 und 02300.
3. Außer den in diesem Kapitel genannten Gebührenordnungspositionen sind bei Vorliegen der entsprechenden Qualifikationsvoraussetzungen von den in der Präambel genannten Vertragsärzten - unbeschadet der Regelungen gemäß 5 und 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen - zusätzlich nachfolgende Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig: Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 30.12 sowie Gebührenordnungspositionen der Kapitel 32 und 40.
4. Die fachliche Befähigung zur Durchführung der Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen 01763, 01767, 01769, 32825 und 32839 gilt für Fachärzte für Pathologie und Fachärzte für Neuropathologie mit der Berechtigung zum Führen der jeweiligen Arztbezeichnung als nachgewiesen.
5. Ein Organ bzw. Gewebe einheitlicher histologischer Struktur oder ein Organteil bzw. Gewebeteil unterschiedlich definierter histologischer Struktur oder unterschiedlich definierter Lokalisation wird nachfolgend als je ein Material bezeichnet. Histologische Untersuchungen eines Materials ohne topographische oder pathogenetische Beziehung zum Krankheitsprozess sind nicht berechnungsfähig.
6. In den Gebührenordnungspositionen dieses Kapitels sind die Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen 01600 bis 01602 enthalten.
7. Bei der Berechnung der zusätzlichen Gebührenordnungspositionen in den Nummern 2 und 3 sind die Maßnahmen zur Qualitätssicherung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V, die berufsrechtliche Verpflichtung zur grundsätzlichen Beschränkung auf das jeweilige Gebiet sowie die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zu beachten.
8. Werden die in der Konsiliarpauschale enthaltenen Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen 01600 und 01601 durchgeführt, sind für die Versendung bzw. den Transport die Kostenpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 40110 und 40111 berechnungsfähig.
9. Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 19315 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung Histopathologie Hautkrebs-Screening gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.

19.2 Pathologische Konsiliarpauschalen

19210 **Konsiliarpauschale** 8,15 €
64 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Entnahme von Material für histologische und zytologische Untersuchungen,
- In Anhang 1 aufgeführte Leistungen,

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 19210 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01600 bis 01602 berechnungsfähig.

19215 **Hygienezuschlag zu der Gebührenordnungsposition 19210,** 0,25 €
2 Punkte

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 19215 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.

19.3 Diagnostische Gebührenordnungspositionen

19310 **Histologische oder zytologische Untersuchung** eines Materials 10,57 €
83 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Histologische Untersuchung

oder

- Zytologische Untersuchung ausgenommen von Material der Portio-Oberfläche, aus dem Zervixkanal oder von Urin

Fakultativer Leistungsinhalt

- Aufbereitung

Die Gebührenordnungsposition 19310 ist bei demselben Material nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01743, 01768, 01826, 08315, 19315 und 19327 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 19310 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 19317 berechnungsfähig.

19312 **Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 19310, 19315 und 19319 für die histologische oder zytologische Untersuchung eines Materials unter Anwendung von Sonderverfahren** 5,86 €
46 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Anwendung eines histo- oder zytochemischen Sonderverfahrens (Nachweis von organischen und anorganischen Stoffen oder Enzymaktivitäten durch definierte chemische Reaktionen)

und/oder

- Anwendung eines optischen Sonderverfahrens (Morphometrie, Interferenz- oder Polarisationsmikroskopie),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Aufbereitung,

je Material, höchstens fünfmal

19313 **Zuschlag** zu der Gebührenordnungsposition 19310 und 19315 für die **histologische** und/oder **zytologische Sofortuntersuchung** eines Materials während einer **Operation** (z. B. Schnellschnitt)
30,83 €
242 Punkte

19314 **Zuschlag** zu der Gebührenordnungsposition 19310 **für die Einbettung in Kunststoff** zur Anwendung technischer Sonderverfahren (z. B. Semidünnschnitttechnik, Elektronenmikroskopie, Knochenuntersuchung ohne Entkalkung)
46,12 €
362 Punkte

19315 **Histopathologische Untersuchung** entsprechend der Qualitätssicherungsvereinbarung zur histopathologischen Untersuchung im Rahmen des Hautkrebs-Screenings gemäß § 135 Abs. 2 SGB V
10,57 €
83 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 19315 kann bei demselben Material nur mit besonderer Begründung (z. B. Differenzialdiagnostik bei Lymphom) neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 19.4 berechnet werden. Die Begründung ist einschließlich des ICD-10-Kodes für die betreffende Erkrankung bei der Abrechnung anzugeben.
Die Gebührenordnungsposition 19315 ist bei demselben Material nicht neben der Gebührenordnungsposition 19310 berechnungsfähig.

19317 **Grading mittels Morphometrie sowie immunhistochemische Bestimmung des Estrogen- und Progesteron-Rezeptorstatus eines Materials gemäß Krebsfrüherkennungs-Richtlinie Anlage VI Nummer 2.6**
172,76 €
1356 Punkte

Fakultativer Leistungsinhalt

- Bestimmung des HER2-Rezeptorstatus,
- Bestimmung des Ki-67-Proliferationsindex

Die Gebührenordnungsposition 19317 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 19310, 19321 und 19322 berechnungsfähig.

19319 **Zytologische Untersuchung von Urin auf Tumorzellen**
8,28 €
65 Punkte

Fakultativer Leistungsinhalt

- Aufbereitung

Die Gebührenordnungsposition 19319 ist bei demselben Material nicht neben der Gebührenordnungsposition 19310 berechnungsfähig.

19320 **Histologische oder zytologische Untersuchung eines Materials unter Anwendung eines immunchemischen Sonderverfahrens**
27,77 €
218 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Histologische oder zytologische Untersuchung unter Anwendung eines immunhisto- oder immunzytochemischen Sonderverfahrens (Nachweis von antigenen Strukturen durch definierte immunchemische Reaktionen) unter Angabe der Art der antigenen Zielstruktur(en),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Aufbereitung,

je Material, höchstens fünfmal

Die Gebührenordnungsposition 19320 ist für Rezeptorennachweise nicht neben den Gebührenordnungspositionen 19321 und 19322 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 19320 ist bei demselben Material nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01768 und 19327 berechnungsfähig.

19321 **Immunhistochemischer und/oder immunzytochemischer Nachweis von Rezeptoren** — 36,56 € / 287 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Histologische oder zytologische Untersuchung zum immunhistochemischen und/oder immunzytochemischen Nachweis eines Rezeptors unter Angabe der Art des Rezeptors,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Aufbereitung,

je Material, höchstens zweimal

Neben der Gebührenordnungsposition 19321 ist für Rezeptorennachweise die Gebührenordnungsposition 19320 nicht berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 19321 ist bei demselben Material nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01768 und 19327 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 19321 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 19317 berechnungsfähig.

19322 **Immunhistochemischer Nachweis des HER2-Rezeptors** — 54,15 € / 425 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Histologische Untersuchung zum immunhistochemischen Nachweis des HER2-Rezeptors

Fakultativer Leistungsinhalt

- Aufbereitung

Neben der Gebührenordnungsposition 19322 sind für den HER2-Rezeptor-Nachweis die Gebührenordnungspositionen 19320 und 19321 nicht berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 19322 ist bei demselben Material nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01768 und 19327 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 19322 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 19317 berechnungsfähig.

19327 **Zytologische Untersuchung eines oder mehrerer Abstriche(s) von der Portio-Oberfläche und/oder aus dem Zervixkanal** — 23,82 € / 187 Punkte

Fakultativer Leistungsinhalt

- Durchführung der zytologischen Untersuchung mittels Dünnschichtverfahren anstatt als konventioneller Abstrich,
- weiterführende immunzytochemische Untersuchungen,
- mittels spezieller Färbung zur Diagnostik der hormonellen Funktion,

einmal am Behandlungstag

Die Gebührenordnungsposition 19327 ist auch berechnungsfähig, sofern die zytologische Untersuchung aus Material des Apex vaginae durchgeführt wird.
Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 19327 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung Zervix-Zytologie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.
Die Gebührenordnungsposition 19327 ist bei demselben Material nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01762, 01766, 01826, 08315, 19310 und 19320 bis 19322 berechnungsfähig.

19328 **DNA- und/oder mRNA-Nachweis ausschließlich von High-Risk-HPV-Typen sowie Genotypisierung auf HPV-Typ 16 und HPV-Typ 18, sofern High-Risk-HPV-Typen nachweisbar sind bei** — 23,95 € / 188 Punkte

- Zustand nach operativem (operativen) Eingriff(en) an der Cervix uteri wegen einer zervikalen intraepithelialen Neoplasie

und/oder

- einem Zervixzytologiebefund ab Gruppe II-p, II-g oder IIID1 nach Münchner Nomenklatur III

und/oder

- positivem HPV-Nachweis frühestens nach 6 Monaten zur Kontrolle,

einmal im Behandlungsfall

Neben der Gebührenordnungsposition 19328 sind kulturelle Untersuchungen und/oder Antigennachweise zum Nachweis desselben Erregers nicht berechnungsfähig.
Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 19328 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung Spezial-Labor gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.
Die Gebührenordnungsposition 19328 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01763 und 01767 berechnungsfähig.

19330 **Zytologische Untersuchung eines Materials mit DNA-Bestimmung** — 32,62 € / 256 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Densitometrische DNA-Bestimmung an mindestens 100 Zellkernen nach Spezialfärbung,
- Auswertung und Dokumentation

19332 **Histologisch-topographie-spezifische Bestimmung(en)** und **Identifizierung(en)** der zu untersuchenden Zell- oder — 30,19 € / 237 Punkte

Gewebestruktur(en) an **morphologischem** Untersuchungsgut in Zusammenhang mit den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 19.4 EBM

Obligater Leistungsinhalt

- Mikrodissektion(en) unter mikroskopischer Kontrolle,
- Korrelation der tumorgenetischen Ergebnisse mit der Vordiagnostik,
- Erstellung einer Konsensusdiagnose

Fakultativer Leistungsinhalt

- Entparaffinierung der Gewebeschnitte,
- Individuelles Design spezifischer Primerpaare bzw. DNA-Sequenzen,
- Makrodissektion(en) unter mikroskopischer Kontrolle,
- Erstellung von Dünnschnitten bei formalinfixiertem, paraffineingebettetem Gewebe oder von Ausstrichen,
- Gewebespezifischer Verdau

19.4 In-vitro-Diagnostik tumorgenetischer Veränderungen

1. Die Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 19.4 EBM sind nur für eine in-vitro-Diagnostik tumorgenetischer Veränderungen mittels zyto- und/oder molekulargenetischer Verfahren in neoplastisch veränderten Geweben und Organen berechnungsfähig. Analysen freier Nukleinsäuren im Plasma sowie Genexpressionsanalysen mit Ausnahme der Untersuchungen nach den Gebührenordnungspositionen 19435, 19460, 19461, 19463, 19465, 19466, 19467, 19468, 19503 bis 19506 sind nicht berechnungsfähig.
2. Untersuchungen tumorgenetischer Veränderungen mittels zyto- und/oder molekulargenetischer Verfahren zur Indikationsstellung einer gezielten medikamentösen Behandlung sind ausschließlich nach den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 19.4.4 EBM berechnungsfähig.
3. Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 19421 und 19424, 19451 bis 19453 und 19456 setzt die Begründung, die die Art der Erkrankung gemäß der Kodierung nach ICD-10-GM enthält, die Angabe der Art der Untersuchung (Gensymbol nach HGNC) und des Multiplikators voraus.
4. Sofern eine Gebührenordnungsposition eine Mindestanforderung an die Nachweisgrenze beinhaltet, ist die Angabe auf das Ausgangsmaterial bezogen.
5. Untersuchungen, die zur Amplifikations-, Kontaminations- oder Identitätskontrolle eingesetzt werden, sind nicht gesondert berechnungsfähig.
6. Untersuchungen zur Abklärung, ob konstitutionelle genetische Eigenschaften vorliegen, die die Wirkung eines Arzneimittels beeinflussen können, sind nicht nach den Gebührenordnungspositionen dieses Abschnittes berechnungsfähig.

19.4.1 Pauschalen der in-vitro-Diagnostik tumorgenetischer Veränderungen

19401 **Grundpauschale tumorgenetische in-vitro-Diagnostik** 18,47 €
145 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Überprüfung der Indikationsstellung,
- Ärztliche Beurteilung und Befundung,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Prüfung der Indikationsstellung auf Grundlage zugesandter schriftlicher Unterlagen,
- Konsultation des Überweisers zum Auftrag,

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 19401 ist im Behandlungsfall nicht neben Versicherten-, Grund- und/oder Konsiliarpauschalen berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 19401 ist im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03100 von der Vertragsarztpraxis, die die Gebührenordnungsposition 03100 berechnet hat, für denselben Patienten nicht berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 19401 ist im Krankheitsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 11210 bis 11212, 11230, 11233 bis 11236, 11301 bis 11303 und 11305 berechnungsfähig.

19402 **Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 19410, 19411, 19421, 19424, 19426, 19432, 19450, 19453, 19464 und 19503 bis 19506 für eine wissenschaftliche ärztliche Beurteilung komplexer krankheitsrelevanter tumorgenetischer Analysen im individuellen Kontext** 53,00 €
416 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Schriftlicher Befundbericht mit wissenschaftlich begründeter Beurteilung,

einmal im Behandlungsfall

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 19402 setzt die Kodierung nach ICD-10-GM unter Angabe des Zusatzkennzeichens für die Diagnosensicherheit voraus.
Die Gebührenordnungsposition 19402 kann entgegen Nr. 4.4.2 der Allgemeinen Bestimmungen auch im Folgequartal berechnet werden.

19403 **Laborgrundpauschale Tumorgenetik** 43,19 €
339 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Probenvorbereitung,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Archivierung von Untersuchungsmaterial,
- Vernichtung,

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 19403 unterliegt einer Staffelung je Arzt in Abhängigkeit von der im Quartal erbrachten Anzahl der Leistungen gemäß der Gebührenordnungsposition 19403. Ab der 1301. Leistung wird die Gebührenordnungsposition 19403 mit 306 Punkten bewertet.

19404 **Aufarbeitung einer Gewebe- oder Organprobe** 30,07 €
236 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- DNA- und/oder RNA-Extraktion,

einmal je eingesandter Gewebe- oder Organprobe

Der Höchstwert für die Untersuchungen der Gebührenordnungsposition 19404 beträgt 944 Punkte im Behandlungsfall.

19.4.2 In-vitro-Diagnostik tumorgenetischer Veränderungen

19410 **Molekularzytogenetische Charakterisierung chromosomaler Aberrationen an Inter- oder Metaphasen mittels in-situ-Hybridisierung oder Untersuchung auf Mikrodeletionen/-duplikationen** 66,00 €
518 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Auswertung von
  - mindestens dreißig Interphasekernen in Geweben oder mindestens einhundert Interphasekernen in Kulturen

  und/oder
  - drei Metaphasen,
- Bilddokumentation von mindestens drei Zellen oder bei mehreren Zielsequenzen mindestens zwei Zellen je Zielsequenz,
- Befundung unter Verwendung des aktuellen International System for Human Cytogenomic Nomenclature,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Vorbereitung und Aufbringen der Zellen auf Träger,

je Zielsequenz

19411 **Gezielte Untersuchung einer/eines krankheitsrelevanten oder krankheitsauslösenden Translokation/Fusionsgens** 109,31 €
858 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Molekularzytogenetische Untersuchung der Translokation und Befundung unter Verwendung des aktuellen International System for Human Cytogenomic Nomenclature

und/oder

- Molekulargenetische Untersuchung unter Angabe des Fusionsgens,

je Zielsequenz (Translokation/Fusionsgen)

Der Höchstwert für die Untersuchungen der Gebührenordnungsposition 19411 beträgt 4.290 Punkte im Behandlungsfall.

19421 **Gezielter Nachweis oder Ausschluss einer krankheitsrelevanten oder krankheitsauslösenden somatischen genomischen Punktmutation, Deletion oder Duplikation in kodierenden oder regulatorischen Sequenzen,** 26,88 €
211 Punkte

je Zielsequenz

Die Gebührenordnungsposition 19421 ist nur berechnungsfähig, sofern die Mutation Bestandteil der Zielsequenz ist. Die Gebührenordnungsposition ist nur einmal je Mutationsstelle berechnungsfähig.
Der Höchstwert für die Untersuchung nach der Gebührenordnungsposition 19421 beträgt 3.165 Punkte im Behandlungsfall.

19424 **Mutationssuche zum Nachweis oder Ausschluss einer krankheitsrelevanten oder krankheitsauslösenden somatischen genomischen Mutation mit klinisch relevanten Eigenschaften** 86,38 € 678 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Nachweisgrenze für die Erfassung einer Mutation <= 10 %,
- Bioinformatische Auswertung der erhobenen Sequenzdaten,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Sequenzierung nicht-kodierender genetischer Elemente,

je vollendete 250 kodierende Basen

Ab der 21. Leistung im Krankheitsfall wird die Gebührenordnungsposition 19424 mit 339 Punkten je vollendete 250 kodierende Basen bewertet.
Der Leistungsinhalt ist durch den Umfang der für die Fragestellung auszuwertenden kodierenden Sequenzlänge bestimmt, nicht durch die Sequenzlänge der Rohdaten.
Der Höchstwert für die Untersuchungen der Gebührenordnungsposition 19424 beträgt 24.914 Punkte im Behandlungsfall.

19426 **Untersuchung einer Mikrosatelliteninstabilität mittels nukleinsäurebasierter Verfahren im Tumormaterial,** 110,46 € 867 Punkte

einmal im Krankheitsfall

Die Gebührenordnungsposition 19426 ist im Krankheitsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 11432 und 19464 berechnungsfähig.

19.4.3 Indikationsbezogene Diagnostik hämatologischer Neoplasien

1. Die Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 19.4.3 EBM können nur durch
   - Fachärzte für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie,
   - Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Hämatologie und Onkologie,
   - Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder-Hämatologie und -Onkologie,
   - Fachärzte, die an der "Onkologie-Vereinbarung" (Anlage 7 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte) teilnehmen,

   veranlasst werden.
2. Ergänzend zu Nr. 1 können Fachärzte für Pathologie und Fachärzte für Neuropathologie eine Untersuchung nach der Gebührenordnungsposition 19433 im Zusammenhang mit weiteren Leistungen des Abschnitts 19.3 veranlassen oder erbringen und berechnen.

19430 **Affinitätsanreicherung neoplastischer Zellen mittels spezifischer Ligand-Zell-Interaktion (z. B. immunomagnetische Anreicherung),** 35,42 €
278 Punkte

je Gewebe- oder Organprobe

Der Höchstwert für die Untersuchungen der Gebührenordnungsposition 19430 beträgt 556 Punkte im Behandlungsfall.
Die Gebührenordnungsposition 19430 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 32510 berechnungsfähig.

19431 **Anwendung eines Kulturverfahrens zur Anzucht von Zellen und Präparation der Zellkerne zu weiteren Analysen** 115,43 €
906 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Anlage von bis zu fünf Kulturen,
- Aufbringen der Zellen auf Träger zur weiteren Analyse,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Wachstumsfaktoren,
- Differenzierungsfaktoren,

einmal je eingesandter Gewebe- oder Organprobe

Der Höchstwert für die Untersuchungen der Gebührenordnungsposition 19431 beträgt 2.718 Punkte im Behandlungsfall.

19432 **Bestimmung des Karyotyps mittels lichtmikroskopischer Bänderungsanalyse** 107,27 €
842 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- G- und/oder R-Bänderungsanalyse,
- Elektronische Bilddokumentation des Karyotyps von mindestens vier Metaphasen zuzüglich mindestens einer Metaphase pro aberrantem Klon,
- Befundung des Karyotyps unter Verwendung des aktuellen International System for Human Cytogenomic Nomenclature,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Weitere Färbungen,

einmal je eingesandter Gewebe- oder Organprobe

Der Höchstwert für die Untersuchungen der Gebührenordnungsposition 19432 beträgt 2.526 Punkte im Behandlungsfall.

19433 **B-Zell- oder T-Zell-Klonalitätsuntersuchung** 447,44 €
3512 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Bestimmung der Größenverteilung der rearrangierten variablen T-Zell-Rezeptor- und/oder Immunglobulin-Region zum Nachweis einer Monoklonalität,

einmal im Behandlungsfall

19434 **Chimärismusanalyse nach allogener Stammzelltransplantation** 147,28 €
1156 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Quantifizierung des Empfängerzellanteils mit einer unteren Nachweisgrenze von mindestens 2 %,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Vergleichende Untersuchung von Spender- und Empfängermaterial vor Transplantation, sofern entsprechendes Material gewonnen wurde,

dreimal im Behandlungsfall

19435 **Nachweis einer minimalen Resterkrankung bei hämatologischen Neoplasien** — 171,74 € / 1348 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Quantifizierung einer Zielsequenz mit einer unteren Nachweisgrenze von mindestens 2 %,

viermal im Behandlungsfall

19439 **Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 19435** für die Quantifizierung patientenspezifischer rearrangierter TCR- oder IG-Regionen **zum Nachweis klonaler Genumlagerungen** — 251,37 € / 1973 Punkte

19.4.4 In-vitro-Diagnostik tumorgenetischer Veränderungen zur Indikationsstellung einer pharmakologischen Therapie

1. Die Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 19.4.4 EBM sind ausschließlich für zwingend erforderliche Untersuchungen auf klinisch relevante tumorgenetische Veränderungen mittels zyto- und/oder molekulargenetischer Verfahren zur Indikationsstellung einer gemäß jeweils gültiger Fachinformation einer für diese Indikation zugelassenen medikamentösen Behandlung berechnungsfähig. Für die Untersuchung derselben Mutation sind die Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts nicht nebeneinander berechnungsfähig.
2. Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 19450 bis 19456 setzt die Angabe der zur Behandlung geplanten und/oder eingesetzten Arzneimittel voraus.

19450 **Molekularzytogenetische Charakterisierung chromosomaler Aberrationen an Inter- oder Metaphasen mittels in-situ-Hybridisierung oder Untersuchung auf Mikrodeletionen/-duplikationen** — 66,00 € / 518 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Auswertung von
  - mindestens dreißig Interphasekernen in Geweben oder mindestens einhundert Interphasekernen in Kulturen

  und/oder
  - drei Metaphasen,
- Bilddokumentation von mindestens drei Zellen oder bei mehreren Zielsequenzen mindestens zwei Zellen je Zielsequenz,
- Befundung unter Verwendung des aktuellen International System for Human Cytogenomic Nomenclature,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Vorbereitung und Aufbringen der Zellen auf Träger,

je Zielsequenz

19451 **Gezielte Untersuchung einer somatischen genomischen Punktmutation, einer Deletion oder Duplikation in kodierenden oder regulatorischen Sequenzen,** 26,88 € 211 Punkte

je Zielsequenz

Die Gebührenordnungsposition 19451 ist nur berechnungsfähig, sofern die Mutation Bestandteil der Zielsequenz ist. Die Gebührenordnungsposition ist nur einmal je Mutationsstelle berechnungsfähig.
Der Höchstwert für die Untersuchung nach der Gebührenordnungsposition 19451 beträgt 3.165 Punkte im Behandlungsfall.

19452 **Gezielte Untersuchung einer/eines krankheitsrelevanten oder krankheitsauslösenden Translokation/Fusionsgens** 109,31 € 858 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Molekularzytogenetische Untersuchung der Translokation und Befundung unter Verwendung des aktuellen International System for Human Cytogenomic Nomenclature

und/oder

- Molekulargenetische Untersuchung unter Angabe des Fusionsgens,

je Zielsequenz (Translokation/Fusionsgen)

Der Höchstwert für die Untersuchungen der Gebührenordnungsposition 19452 beträgt 4.290 Punkte im Behandlungsfall.

19453 **Mutationssuche zum Nachweis oder Ausschluss einer krankheitsrelevanten oder krankheitsauslösenden somatischen genomischen Mutation mit klinisch relevanten Eigenschaften** 86,38 € 678 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Nachweisgrenze für die Erfassung einer Mutation <= 10 %,
- Bioinformatische Auswertung der erhobenen Sequenzdaten,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Sequenzierung nicht-kodierender genetischer Elemente,

je vollendete 250 kodierende Basen

Ab der 21. Leistung im Krankheitsfall wird die Gebührenordnungsposition 19453 mit 339 Punkten je vollendete 250 kodierende Basen bewertet.
Der Höchstwert für die Untersuchungen der Gebührenordnungsposition 19453 beträgt 24.914 Punkte im Behandlungsfall.

19456 **Nachweis oder Ausschluss von Mutationen in den Genen BRCA1 und BRCA2 im Tumormaterial zur Indikationsstellung** 2.362,45 € 18543 Punkte

einer gezielten medikamentösen Behandlung, wenn dieser laut Fachinformation obligat ist

Obligater Leistungsinhalt

- Untersuchung auf genetische Veränderungen des BRCA1-Gens,
- Untersuchung auf genetische Veränderungen des BRCA2-Gens,
- Bioinformatische Auswertung einschließlich schriftlicher molekulargenetischer Interpretation,

einmal im Krankheitsfall

Die Gebührenordnungsposition 19456 ist im Krankheitsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 11601 berechnungsfähig.

19460 **Bewertung des relativen Anteils der T790M-EGFR-Mutation im Verhältnis zum Anteil der bekannten EGFR-aktivierenden Mutation unter Verwendung von zirkulierender Tumor-DNA in derselben Probe zur Indikationsstellung einer gezielten medikamentösen Behandlung von erwachsenen Patienten mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom zum Nachweis der T790M-EGFR-Mutation, die laut Fachinformation obligat ist,**

501,21 €
3934 Punkte

zweimal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 19460 ist höchstens viermal im Krankheitsfall berechnungsfähig.
Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 19460 setzt die Anwendung eines validierten Verfahrens voraus, für das Nachweisgrenzen von <= 0,5 % Variantenallelfrequenz für Mutationen in den Exonen 18 bis 21 und die T790M-Mutation im EGFR-Gen belegt werden können.
Die Gebührenordnungsposition 19460 ist für das Therapiemonitoring nicht berechnungsfähig.
Das Untersuchungsverfahren muss Maßnahmen zur Erkennung falsch positiver Mutationsnachweise im Einzelfall vorsehen.

19461 **Nachweis oder Ausschluss von allen bekannten EGFR-aktivierenden Mutationen in den Exonen 18 bis 21 unter Verwendung von zirkulierender Tumor-DNA zur Indikationsstellung einer gezielten Behandlung von erwachsenen Patienten mit lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom, wenn diese laut Fachinformation obligat ist,**

501,21 €
3934 Punkte

zweimal im Krankheitsfall

Die Gebührenordnungsposition 19461 ist nur dann berechnungsfähig, wenn ein nicht-kleinzelliges Lungenkarzinom histologisch nachgewiesen ist und nicht genügend Tumorgewebe als Untersuchungsmaterial zur Verfügung steht oder gewonnen werden kann.
Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 19461 setzt die Anwendung eines validierten Verfahrens voraus, für das Nachweisgrenzen von <= 0,5 % Variantenallelfrequenz

für aktivierende Mutationen in den Exonen 18 bis 21 im EGFR-Gen belegt werden können.
Die Gebührenordnungsposition 19461 ist für das Therapiemonitoring nicht berechnungsfähig.
Das Untersuchungsverfahren muss Maßnahmen zur Erkennung falsch positiver Mutationsnachweise im Einzelfall vorsehen.

19463 **Gezielte Bestimmung von PIK3CA-Mutationen unter Verwendung von zirkulierender Tumor-DNA zur Indikationsstellung einer gezielten Behandlung von postmenopausalen Frauen und Männern mit einem Hormonrezeptor (HR)-positiven, humanen epidermalen Wachstumsfaktor-Rezeptor-2 (HER2)-negativen, lokal fortgeschrittenen oder metastasierten Mammakarzinom bei Fortschreiten der Erkrankung nach endokriner Therapie als Monotherapie, wenn diese laut Fachinformation obligat ist** — 267,55 € / 2100 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- gezielte Untersuchung der aktivierenden Mutationen E542K, E545K und H1047R sowie von bis zu 7 weiteren aktivierenden Mutationen in den Exonen 7, 9 und 20 im PIK3CA-Gen,

zweimal im Krankheitsfall

Die Gebührenordnungsposition 19463 ist nur dann berechnungsfähig, wenn ein Mammakarzinom histologisch nachgewiesen ist und nicht genügend Tumorgewebe zur Beurteilung des aktuellen Mutationsstatus als Untersuchungsmaterial zur Verfügung steht oder gewonnen werden kann.
Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 19463 setzt die Anwendung eines validierten Verfahrens voraus, für das Nachweisgrenzen von <= 0,1 % Variantenallelfrequenz für die im PIK3CA-Gen zu bestimmenden Mutationen belegt werden können.
Der Höchstwert für die Untersuchungen nach den Gebührenordnungspositionen 19463, 19466, 19467 und 19468 beträgt 15768 Punkte im Krankheitsfall.
Die Gebührenordnungsposition 19463 ist für das Therapiemonitoring nicht berechnungsfähig.

19464 **Untersuchung einer Mikrosatelliteninstabilität im Tumormaterial zur Indikationsstellung einer gezielten medikamentösen Behandlung, wenn diese laut Fachinformation obligat ist,** — 110,46 € / 867 Punkte

zweimal im Krankheitsfall

Die Gebührenordnungsposition 19464 ist im Krankheitsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 11432 und 19426 berechnungsfähig.

19465 **Nachweis oder Ausschluss von allen bekannten MET-Exon-14-Skipping-Mutationen unter Verwendung von zirkulierender Tumor-DNA zur Indikationsstellung einer gezielten Behandlung von erwachsenen Patienten mit fortgeschrittenem nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom, wenn dies laut Fachinformation obligat ist,** — 501,21 € / 3934 Punkte

zweimal im Krankheitsfall

Die Gebührenordnungsposition 19465 ist nur dann berechnungsfähig, wenn ein nicht-kleinzelliges Lungenkarzinom histologisch nachgewiesen ist und nicht genügend Tumorgewebe als Untersuchungsmaterial zur Verfügung steht oder gewonnen werden kann.
Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 19465 setzt die Anwendung eines validierten Verfahrens voraus, für das Nachweisgrenzen von <= 0,5 % Variantenallelfrequenz für MET-Exon-14-Skipping-Mutationen belegt werden können.
Die Gebührenordnungsposition 19465 ist für das Therapiemonitoring nicht berechnungsfähig.
Das Untersuchungsverfahren muss Maßnahmen zur Erkennung falsch positiver Mutationsnachweise im Einzelfall vorsehen.

19466 **Gezielte Bestimmung von ESR1-Mutationen unter Verwendung von zirkulierender Tumor-DNA zur Indikationsstellung einer gezielten Behandlung von erwachsenen Frauen und Männern mit Estrogenrezeptor (ER)-positivem, HER2-negativem, lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem Mammakarzinom bei Fortschreiten der Erkrankung nach endokriner Therapie, wenn diese laut Fachinformation obligat ist** 267,55 € 2100 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- gezielte Untersuchung der aktivierenden Mutationen E380Q, L536H, Y537C/N/S und D538G sowie von bis zu 4 weiteren aktivierenden Mutationen in der Ligandenbindungsdomäne,

zweimal im Krankheitsfall

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 19466 setzt die Anwendung eines validierten Verfahrens voraus, für das Nachweisgrenzen von <= 0,1 % Variantenallelfrequenz für die im ESR1-Gen zu bestimmenden Mutationen belegt werden können.
Der Höchstwert für die Untersuchungen nach den Gebührenordnungspositionen 19463, 19466, 19467 und 19468 beträgt 15768 Punkte im Krankheitsfall.
Die Gebührenordnungsposition 19466 ist für das Therapiemonitoring nicht berechnungsfähig.

19467 **Bestimmung des PIK3CA- und ESR1-Mutationsstatus unter Verwendung von zirkulierender Tumor-DNA zur Indikationsstellung einer gezielten Behandlung von erwachsenen Frauen und Männern mit Hormonrezeptor-positivem, HER2-negativem, lokal fortgeschrittenem oder metastasiertem Mammakarzinom bei Fortschreiten der Erkrankung während oder nach endokriner Therapie, wenn die Bestimmung des Mutationsstatus eines der genannten Gene in einer Fachinformation obligat ist** 745,31 € 5850 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Mutationssuche auf aktivierende ESR1-Mutationen mindestens in der Ligandenbindungsdomäne zwischen den Codons 310 bis 547,

- Mutationssuche auf aktivierende PIK3CA-Mutationen mindestens in den Exonen 7, 9 und 20,

zweimal im Krankheitsfall

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 19467 setzt die Anwendung eines validierten Verfahrens voraus, für das Nachweisgrenzen von <= 0,5 % Variantenallelfrequenz für die zu bestimmenden Mutationen belegt werden können.
Der Höchstwert für die Untersuchungen nach den Gebührenordnungspositionen 19463, 19466, 19467 und 19468 beträgt 15768 Punkte im Krankheitsfall.
Die Gebührenordnungsposition 19467 ist für das Therapiemonitoring nicht berechnungsfähig.
Das Untersuchungsverfahren muss Maßnahmen zur Erkennung falsch positiver Mutationsnachweise vorsehen.

19468 **Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 19467 für die Mutationssuche auf aktivierende PIK3CA-Mutationen in den Exonen 1, 2 und 4, wenn die Bestimmung des Mutationsstatus in diesen Exonen in einer Fachinformation obligat ist,** 259,14 € 2034 Punkte

zweimal im Krankheitsfall

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 19468 setzt die Anwendung eines validierten Verfahrens voraus, für das Nachweisgrenzen von <= 0,5 % Variantenallelfrequenz für die zu bestimmenden Mutationen belegt werden können.
Der Höchstwert für die Untersuchungen nach den Gebührenordnungspositionen 19463, 19466, 19467 und 19468 beträgt 15768 Punkte im Krankheitsfall.
Die Gebührenordnungsposition 19468 ist für das Therapiemonitoring nicht berechnungsfähig.
Das Untersuchungsverfahren muss Maßnahmen zur Erkennung falsch positiver Mutationsnachweise vorsehen.

19.4.5 Biomarkerbasierte Testverfahren

1. Die Gebührenordnungspositionen 19503 bis 19506 können ausschließlich von Fachärzten für Pathologie abgerechnet werden, die berechtigt sind, die Gebührenordnungsposition
19332 und die Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 19.4 zu berechnen.

19503 **Biomarkerbasierter Test unter Anwendung der Vorgehensweise des EndoPredict® gemäß Nr. 30 der Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses,** 1.946,73 € 15280 Punkte

einmal im Krankheitsfall

Die Gebührenordnungsposition 19503 ist im Krankheitsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 19504 bis 19506 berechnungsfähig.

19504 **Biomarkerbasierter Test unter Anwendung der Vorgehensweise des MammaPrint® gemäß Nr. 30 der Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses,** 2.405,39 € 18880 Punkte

einmal im Krankheitsfall

Die Gebührenordnungsposition 19504 ist im Krankheitsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 19503, 19505 und 19506 berechnungsfähig.

19505 **Biomarkerbasierter Test unter Anwendung der Vorgehensweise des Prosigna® gemäß Nr. 30 der Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses,** 2.405,39 € 18880 Punkte

einmal im Krankheitsfall

Die Gebührenordnungsposition 19505 ist im Krankheitsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 19503, 19504 und 19506 berechnungsfähig.

19506 **Biomarkerbasierter Test unter Anwendung der Vorgehensweise des Oncotype DX Breast Recurrence Score® gemäß Nr. 30 der Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses,** 3.023,55 € 23732 Punkte

einmal im Krankheitsfall

Die Gebührenordnungsposition 19506 ist im Krankheitsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 19503 bis 19505 berechnungsfähig.

20 Gebührenordnungspositionen der Fachärzte für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen

20.1 Präambel

1. Die in diesem Kapitel aufgeführten Gebührenordnungspositionen können ausschließlich von Fachärzten für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen (Phoniater und Pädaudiologen) berechnet werden.
2. Außer den in diesem Kapitel genannten Gebührenordnungspositionen sind von den in der Präambel genannten Vertragsärzten - unbeschadet der Regelungen gemäß 5 und 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen - zusätzlich nachfolgende Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig: 01100 bis 01102, 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 01220 bis 01224, 01226, 01320 bis 01323, 01410 bis 01416, 01418, 01420, 01422, 01424, 01430, 01431, 01435 bis 01437, 01440, 01442 bis 01444, 01450, 01452, 01500 bis 01503, 01510 bis 01512, 01600 bis 01602, 01610 bis 01612, 01615, 01620 bis 01624, 01626, 01630, 01640,

01642, 01643, 01647, 01648, 01670 bis 01672, 01681, 01682, 01701, 01705, 01706, 01710, 02100, 02101, 02110 bis 02112, 02200, 02300 bis 02302, 02500, 02510 bis 02512 und 30706.

3. Außer den in diesem Kapitel genannten Gebührenordnungspositionen sind bei Vorliegen der entsprechenden Qualifikationsvoraussetzungen von den in der Präambel genannten Vertragsärzten - unbeschadet der Regelungen gemäß 5 und 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen - zusätzlich nachfolgende Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig: 01474, 01479, 30400 bis 30402, 30410, 30411, 30420, 30421, 30700 bis 30705, 30708, 30780 bis 30782, 33000 bis 33002, 33010 bis 33012, 33020 bis 33023, 33030, 33031, 33040 bis 33044, 33046, 33050 bis 33052, 33060 bis 33064, 33070 bis 33076, 33080, 33081, 33090 bis 33092, 33100, 33105, 37700, 37701, 37704, 37705, 37710, 37711, 37714, 37720, 37800 bis 37802 und 37804, Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 30.1, 30.2.1, 30.3.1, 30.7.2, 30.8, 30.12, 30.13, 31.4.3, 36.6.2, 37.4 und 38.2 sowie Gebührenordnungspositionen der Kapitel 32, 35 und 40.
4. Bei der Berechnung der zusätzlichen Gebührenordnungspositionen in den Nummern 2 und 3 sind die Maßnahmen zur Qualitätssicherung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V, die berufsrechtliche Verpflichtung zur grundsätzlichen Beschränkung auf das jeweilige Gebiet sowie die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zu beachten.
5. Werden die in den Grundpauschalen enthaltenen Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen 01600 und 01601 durchgeführt, sind für die Versendung bzw. den Transport die Kostenpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 40110 und 40111 berechnungsfähig.
6. Neben den in diesem Kapitel genannten Gebührenordnungspositionen sind die Gebührenordnungspositionen 20338 bis 20340, 20377 und 20378 für die unter Nr. 1 genannten Ärzte nur berechnungsfähig, wenn die Arztpraxis über folgende technische Mindestvoraussetzungen verfügt:
   - Verwendung eines gemäß den Vorgaben des Medizinprodukterecht-Durchführungsgesetzes i. V. m. der europäischen Medizinprodukteverordnung zugelassenen Audiometers mit entsprechend vorgegebenen Referenzwerten von Hörschwellen und mindestens einmal jährlich durchgeführter messtechnischer Kontrolle gemäß § 15 der Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV) durch einen zugelassenen Wartungsdienst entsprechend der MPBetreibV. Der Vertragsarzt hat in einer der Quartalsabrechnung beizufügenden Erklärung zu bestätigen, dass die Wartung durchgeführt wurde.
   - Eine Kinderaudiometrieanlage mit einer Mindestausstattung von fünf Audiometrielautsprechern mit Störschalllautsprecher(n) entsprechend DIN EN 60645, mindestens Klasse 2 (im Halbkreis angeordnet, 0 Grad, 45 Grad, 90 Grad, Mindestausgangsleistung 90dB) passiv sprachsimulierendes Rauschen, Mindestabstand der Lautsprecher vom Patienten 1 m, Konditionierungsleuchten für jeden Richtungslautsprecher oder Bilddarbietung rechts

und links, zweikanaliges Audiometer mit schmalbandigem frequenzspezifischem Prüfgeräusch sowie mindestens einer Powerbox mit einer Ausgangsleistung von mindestens 100 dB aktiv voraus.
- Eine zweikanalige BERA für die Untersuchung(en) mittels elektrischer Reaktionsaudiometrie.

7. Die in der Präambel unter 1. aufgeführten Vertragsärzte können die arztgruppenspezifische Gebührenordnungsposition 08619 berechnen.

20.2 Phoniatrische und pädaudiologische Grundpauschalen

Grundpauschale

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt und/oder Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Weitere persönliche oder andere Arzt-Patienten-Kontakte gemäß 4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen,
- Ärztlicher Bericht entsprechend der Gebührenordnungsposition 01600,
- Individueller Arztbrief entsprechend der Gebührenordnungsposition 01601,
- Endoskopische organbezogene Untersuchung(en),
- Ohrmikroskopie,
- Rhinomanometrische Funktionsprüfung,
- In Anhang 1 aufgeführte Leistungen,

einmal im Behandlungsfall

20210	für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr	38,09 € 299 Punkte
20211	für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr	25,74 € 202 Punkte
20212	für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres	25,86 € 203 Punkte

Die Gebührenordnungspositionen 20210 bis 20212 sind nicht neben der Gebührenordnungsposition 01436 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungspositionen 20210 bis 20212 sind im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01600 und 01601 berechnungsfähig.

20215	**Hygienezuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 20210 bis 20212,** einmal im Behandlungsfall	0,25 € 2 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 20215 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.

20220 **Zuschlag für die phoniatrisch-pädaudiologische Grundversorgung** gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.8 zu den Gebührenordnungspositionen 20210 bis 20212,
einmal im Behandlungsfall
3,44 €
27 Punkte

Der Zuschlag nach der Gebührenordnungsposition 20220 kann gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.8 ausschließlich in Behandlungsfällen abgerechnet werden, in denen nur Leistungen der fachärztlichen Grundversorgung gemäß Anhang 3 und/oder regionaler Vereinbarungen erbracht und berechnet werden.

20222 **Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 20220,**
einmal im Behandlungsfall
0,89 €
7 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 20222 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.

20227 **Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 20210 bis 20212,**
einmal im Behandlungsfall
0,25 €
2 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 20227 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.
Die Gebührenordnungsposition 20227 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 01630 berechnungsfähig.

20228 **Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 20210 bis 20212 für die Behandlung aufgrund einer TSS-Vermittlung und/oder Vermittlung durch den Hausarzt gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.10.1, 4.3.10.2 oder 4.3.10.3,**
einmal im Arztgruppenfall

Die Gebührenordnungsposition 20228 kann durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt werden.
Die Gebührenordnungsposition 20228 ist im Arztgruppenfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 01710 berechnungsfähig.

20.3 Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen

20310 **Lupenlaryngoskopie**
Obligater Leistungsinhalt
9,43 €
74 Punkte

- Untersuchung des Kehlkopfes mittels Endoskop (Laryngoskop)

Fakultativer Leistungsinhalt

- Untersuchung der oberen Trachea

Die Gebührenordnungsposition 20310 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 09311 berechnungsfähig.

20311 **Schwebe- oder Stützlaryngoskopie**
Obligater Leistungsinhalt
20,77 €
163 Punkte

- Schwebe- oder Stützlaryngoskopie in Narkose

Die Gebührenordnungsposition 20311 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 09312, 09313, 20312 und 20313 berechnungsfähig.

20312 **Direkte Laryngoskopie** beim Neugeborenen, Säugling, Kleinkind oder Kind bis zum vollendeten 5. Lebensjahr — 31,34 € / 246 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Direkte Laryngoskopie mittels Endoskop

und/oder

- Direkte Laryngoskopie mittels Operationsmikroskop

Fakultativer Leistungsinhalt

- Schwebe- oder Stützlaryngoskopie (Nr. 20311)

Die Gebührenordnungsposition 20312 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 09312, 09313 und 20311 berechnungsfähig.

20313 **Stroboskopische Untersuchung der Stimmlippen** — 10,19 € / 80 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Stimmlippenstroboskopie,
- Schriftliche Auswertung,
- Dokumentation

Die Gebührenordnungsposition 20313 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 09312, 09314, 09318, 20311 und 20314 berechnungsfähig.

20314 **Videostroboskopie** — 17,33 € / 136 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Videostroboskopische Untersuchung der Stimmlippen zur Bestimmung der Schwingungsperioden, -phasen, -amplituden und des Glottisschlusses bei unterschiedlichen Intensitäten und Frequenzen, in bewegtem und stehendem Bild,
- Bilddokumentation

Die Gebührenordnungsposition 20314 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 09314, 09318 und 20313 berechnungsfähig.

20320 **Tonschwellenaudiometrische Untersuchung** — 18,60 € / 146 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Untersuchung(en) ein- und/oder beidseitig,
- Bestimmung der Hörschwelle in Luft- und/oder Knochenleitung mit 8 bis 12 Prüffrequenzen oder mittels kontinuierlicher Frequenzänderung,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Vertäubung,

- Bestimmung der Intensitätsbreite,

je Sitzung

Die Gebührenordnungspositionen 20320 ist nur berechnungsfähig bei Verwendung eines entsprechend dem Medizinprodukterecht-Durchführungsgesetz i. V. m. der europäischen Medizinprodukteverordnung zugelassenen Audiometers mit mindestens einmal jährlich durchgeführter messtechnischer Kontrolle gemäß § 15 der Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV) durch einen zugelassenen Wartungsdienst entsprechend der MPBetreibV. Der Vertragsarzt hat in einer der Quartalsabrechnung beizufügenden Erklärung zu bestätigen, dass die Wartung durchgeführt wurde.
Bei audiometrischen Untersuchungen mit Kopfhörern müssen sowohl für Normalhörige als auch für Schwerhörige die Bedingungen der DIN ISO 8253 - 1 erfüllt sein. Zusätzlich muss diese Norm auch für audiometrische Untersuchungen von Schwerhörigen oder Patienten mit unklarem Hörvermögen im freien Schallfeld erfüllt sein. Bei audiometrischen Untersuchungen zur Bestimmung der Hörschwelle im freien Schallfeld über Lautsprecher bei Normalhörigen muss zusätzlich die DIN ISO 8253 - 2 erfüllt sein.
Die Gebührenordnungsposition 20320 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 09320, 09321 und 20321 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 20320 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 20338 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 20320 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 09372 bis 09374 und 20372 bis 20374 berechnungsfähig.

20321 **Sprachaudiometrische Bestimmung(en) des Hörvermögens** im Zusammenhang mit der Erbringung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 20320 — 17,20 € / 135 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Untersuchungen ein- und/oder beidseitig,
- Spachaudiometrie bei vorausgegangener Tonschwellenaudiometrie entsprechend der Gebührenordnungsposition 20320

und/oder

- Hörfeldskalierungen (mindestens 4 Frequenzen)

und/oder

- In-situ-Messungen

Fakultativer Leistungsinhalt

- Überschwellige audiometrische Untersuchungen (z. B. Bestimmung der Tinnitus-Verdeckungs-Kurve, SISI-Test, Lüscher-Test, Langenbeck-Geräuschaudiogramm),
- Reflexbestimmung an den Mittelohrmuskeln mit mindestens 4 Prüffrequenzen, ipsi- und/oder kontralateraler Ableitung,
- Störgeräusch(e),
- Messung im freien Schallfeld,
- Benutzung von Hörhilfen

Die Gebührenordnungsposition 20321 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 09320, 09321, 09335, 09336, 20320, 20335 und 20336 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 20321 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 09343, 20338 bis 20340 und 20343 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 20321 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 09372 bis 09374 und 20372 bis 20374 berechnungsfähig.

20322 **Zuschlag** zur Gebührenordnungsposition 20320 für die Durchführung einer **Kinderaudiometrie an einer sonstigen Kinderaudiometrieanlage** — 5,99 € / 47 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Kinderaudiometrie beim Säugling, Kleinkind oder Kind,
- Unter Anwendung kindgerechter Hilfen,
- Unter Anwendung einer sonstigen kinderaudiometrischen Einrichtung

Die Gebührenordnungsposition 20322 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 09322, 09335 und 20335 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 20322 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 20338 berechnungsfähig.

20323 **Reflexbestimmung an den Mittelohrmuskeln** mittels Impedanzmessung — 8,66 € / 68 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Reflexbestimmung an den Mittelohrmuskeln mittels Impedanzmessung,
- Mindestens vier Prüfsequenzen,
- Ipsi- und/oder kontralaterale Ableitung,
- Ein- und/oder beidseitig

Fakultativer Leistungsinhalt

- Bestimmung des Reflexdecay

Die Gebührenordnungsposition 20323 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 09323, 09324 und 20324 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 20323 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 20338 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 20323 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 09372 und 20372 berechnungsfähig.

20324 **Abklärung einer vestibulo-cochleären Erkrankung mittels Messung(en) otoakustischer Emissionen** — 13,25 € / 104 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Untersuchung(en) ein- und/oder beidseitig,

- Messung(en) otoakustischer Emissionen, einschließlich Tympanometrie

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 20324 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Vereinbarung zur Bestimmung der otoakustischen Emissionen gemäß § 135 Abs. 1 SGB V voraus.
Die Gebührenordnungsposition 20324 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 09323, 09324, 09327, 20323, 20327 und 20371 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 20324 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01705 und 01706 berechnungsfähig.

20325 **Prüfung der Labyrinthe mit nystagmographischer Aufzeichnung** 32,36 €
254 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Untersuchungen(en) ein- und/oder beidseitig,
- Nystagmographische Dokumentation unter Verwendung von ENG, CNG oder VNG

Die Gebührenordnungsposition 20325 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 09325, 09327, 20327 und 20371 berechnungsfähig.

20326 **Abklärung einer retro-cochleären Erkrankung** 35,80 €
281 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Untersuchung(en) ein- und/oder beidseitig,
- Untersuchung mittels elektrischer Reaktionsaudiometrie (BERA)

Die Gebührenordnungsposition 20326 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 09326, 09327 und 20327 berechnungsfähig.

20327 **Hörschwellenbestimmung** 62,81 €
493 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Untersuchung(en) ein- und/oder beidseitig,
- Untersuchung(en) mittels elektrischer Reaktionsaudiometrie (BERA, MMN),
- Sedierung oder Schlafauslösung

Fakultativer Leistungsinhalt

- Abklärung einer vestibulo-cochleären Erkrankung mittels Messung(en) otoakustischer Emissionen (Nr. 20324),
- Prüfung der Labyrinthe mit elektronystagmographischer Aufzeichnung mittels ENG/VNG (Nr. 20325),
- Abklärung einer retro-cochleären Erkrankung (Nr. 20326)

Die Gebührenordnungsposition 20327 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 09324 bis 09327 und 20324 bis 20326 berechnungsfähig.

20330 **Zusatzpauschale Untersuchung der Stimme** 29,05 €
228 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Phonationsdauer,
- Erfassung psychovegetativer Stigmata,
- Dauer mindestens 20 Minuten,
- Standardisierte Dokumentation,
- Differenzierende Beurteilung(en) von
  - Stimmqualität,
  - Stimmleistung,
  - Sprechstimmlage,
  - Stimmumfang,
  - Stimmintensität,
  - Stimmeinsatz,
  - Stimmresonanz

Fakultativer Leistungsinhalt

- Stimmfeldmessung mittels Schallpegelmessung bis 110 dB mit graphischer Darstellung der frequenzbezogenen Schallpegel für minimale und maximale Lautstärke,
- Zusatzpauschale(n) Untersuchung des Sprechens und der Sprache (Nr. 20331)

Die Gebührenordnungsposition 20330 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 09331 bis 09333 und 20331 bis 20333 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 20330 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 09330 berechnungsfähig.

20331 **Zusatzpauschale Untersuchung des Sprechens und der Sprache** 38,48 €
302 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Dauer mindestens 15 Minuten,
- Standardisierte Dokumentation,
- Prüfung(en)
  - der Sprachentwicklung,
  - des aktiven und des passiven Wortschatzes,
  - der Grammatik und Syntax,
  - der Artikulationsleistungen,
  - der prosodischen Faktoren,
  - des Redeflusses,
  - des Sprachverständnisses,
  - der zentralen Sprachverarbeitung,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Standardisierte(r) Sprachentwicklungstest(s),
- Zusatzpauschale(n) Untersuchung der Stimme (Nr. 20330),

je Sitzung

Die Gebührenordnungsposition 20331 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 09331, 09332, 20330 und 20332 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 20331 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 09330 berechnungsfähig.

20332 **Zusatzpauschale Abklärung einer Aphasie, Dysarthrie und/oder Dysphagie** 38,48 € 302 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Eingehende Untersuchung auf
  - Aphasie

  und/oder
  - Dysarthrie

  und/oder
  - Dysphagie,
- Anwendung standardisierter Verfahren

Die Gebührenordnungsposition 20332 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 09330 bis 09332, 20330 und 20331 berechnungsfähig.

20333 **Stimmfeldmessung** 8,66 € 68 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Stimmfeldmessung mittels Schallpegelmessung bis 110dB,
- Messung von Stimmumfang und Dynamikbreite der Stimme,
- Graphische Darstellung der frequenzbezogenen Schallpegel für minimale und maximale Lautstärke

Die Gebührenordnungsposition 20333 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 09330, 09333 und 20330 berechnungsfähig.

20334 **Wechsel und/oder Entfernung einer pharyngo-trachealen Sprechprothese und/oder Wechsel einer Trachealkanüle** 21,28 € 167 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Wechsel und/oder Entfernung einer pharyngo-trachealen Sprechprothese und/oder Wechsel einer Trachealkanüle,
- Absaugung

Die Gebührenordnungsposition 20334 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302 berechnungsfähig.

20335 **Zuschlag** zur Gebührenordnungsposition 20320 **bei Durchführung einer Kinderaudiometrie an einer speziellen Kinderaudiometrieanlage** 17,71 € 139 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Beobachtungsaudiometrie

und/oder
- konditionierte Bestimmung der Hörschwelle

und/oder
- Spielaudiometrie,
- an einer Kinderaudiometrieanlage,

- im freien Schallfeld und/oder mit Kopfhörern,
- bis zum vollendeten 12. Lebensjahr,
- ein- und/oder beidseitig

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 20335 setzt eine Kinderaudiometrieanlage mit einer Mindestausstattung von fünf Audiometrielautsprechern mit Störschalllautsprecher(n) entsprechend EN 60645 (im Halbkreis angeordnet, 0 Grad, 45 Grad, 90 Grad, Mindestausgangsleistung 90 dB) passiv sprachsimulierendes Rauschen, Mindestabstand der Lautsprecher vom Patienten 1 m, Konditionierungsleuchten für jeden Richtungslautsprecher oder Bilddarbietung rechts und links, zweikanaliges Audiometer mit schmalbandigem frequenzspezifischem Prüfgeräusch sowie mindestens einer Powerbox mit einer Ausgangsleistung von mindestens 100 dB aktiv voraus.
Die Gebührenordnungsposition 20335 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 09321, 09322, 09335, 20321 und 20322 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 20335 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 20338 berechnungsfähig.

20336 **Kindersprachaudiometrie an einer speziellen Kinderaudiometrieanlage** 19,37 € 152 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Kinderaudiometrische Untersuchung(en) des Sprachgehörs,
- an einer Kinderaudiometrieanlage,
- Verwendung von Kindersprachtests entsprechend dem Sprachentwicklungsalter,
- im freien Schallfeld und/oder mit Kopfhörern,
- bis zum vollendeten 12. Lebensjahr,
- ein- und/oder beidseitig

Fakultativer Leistungsinhalt

- Bilddarbietung

Die Gebührenordnungsposition 20336 ist nur berechnungsfähig bei Verwendung eines entsprechend dem Medizinprodukterecht-Durchführungsgesetz i. V. m. der europäischen Medizinprodukteverordnung zugelassenen Audiometers mit mindestens einmal jährlich durchgeführter messtechnischer Kontrolle gemäß § 15 der Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV) durch einen zugelassenen Wartungsdienst entsprechend der MPBetreibV. Der Vertragsarzt hat in einer der Quartalsabrechnung beizufügenden Erklärung zu bestätigen, dass die Wartung durchgeführt wurde.
Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 20336 setzt eine Kinderaudiometrieanlage mit einer Mindestausstattung von fünf Audiometrielautsprechern mit Störschalllautsprecher(n) entsprechend EN 60645 (im Halbkreis angeordnet, 0 Grad, 45 Grad, 90 Grad, Mindestausgangsleistung 90 dB) passiv sprachsimulierendes Rauschen, Mindestabstand der Lautsprecher vom Patienten 1 m, Konditionierungsleuchten für jeden Richtungslautsprecher oder

Bilddarbietung rechts und links, zweikanaliges Audiometer mit schmalbandigem frequenzspezifischem Prüfgeräusch sowie mindestens einer Powerbox mit einer Ausgangsleistung von mindestens 100 dB aktiv voraus.
Die Gebührenordnungsposition 20336 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 09321, 09336 und 20321 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 20336 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 20338 bis 20340 berechnungsfähig.

20338 **Pauschale zur Neuverordnung eines Hörgerätes/von Hörgeräten beim Säugling, Kleinkind oder Kind bei Schwerhörigkeit gemäß Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V** 184,61 € 1449 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Ohrmikroskopie,
- Stapediusreflex- und Impedanzmessung,
- Tonschwellenaudiometrie sobald entwicklungsbedingt durchführbar,
- Entwicklungs- und altersgerechte Audiometrieverfahren (Reflex-, Ablenk-, Spielaudiometrie bzw. sobald entwicklungsbedingt durchführbar Sprachaudiometrie mit geeignetem Kindersprachtestmaterial) unter Anwendung einer speziellen Kinderaudiometrieanlage, DIN EN 60645, mindestens Klasse 2,
- Bestimmung der Unbehaglichkeitsschwelle sobald entwicklungsbedingt durchführbar,
- Erhebung und Dokumentation des Sprachentwicklungsstandes vor der Hörgeräteversorgung sobald entwicklungsbedingt durchführbar,
- Dokumentation,
- Einbeziehung und Beratung der Bezugsperson(en),
- Beratung über die altersgerechten gerätetechnischen Versorgungsmöglichkeiten,
- Verordnung eines Hörgerätes/von Hörgeräten,
- Untersuchung(en) ein- und/oder beidseitig,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Kommunikation mit anderen Therapeuten (z.B. Logopäden, Ergotherapeuten),
- Kommunikation mit dem Hörgeräte-(Päd-)akustiker,

einmal im Krankheitsfall

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 20338 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Hörgeräteversorgung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.
Die Gebührenordnungsposition 20338 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 09320 bis 09323, 09335, 09336, 20320 bis 20323, 20335 und 20336 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 20338 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 20340 berechnungsfähig.

20339 **Zusatzpauschale für die erste Nachuntersuchung nach erfolgter Hörgeräteversorgung beim Säugling, Kleinkind oder Kind** 104,47 € 820 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Ohrmikroskopie,
- Kontrolle des Sitzes des Hörgerätes/der Hörgeräte,
- Einbeziehung und Beratung der Bezugsperson(en),
- Erfolgskontrolle mittels entwicklungs- und altersgerechter Audiometrieverfahren (Reflex-, Ablenk-, Spielaudiometrie bzw. sobald entwicklungsbedingt durchführbar Sprachaudiometrie mit geeignetem Kindersprachtestmaterial) unter Anwendung einer speziellen Kinderaudiometrieanlage, DIN EN 60645, mindestens Klasse 2, im Freifeld und, soweit indikativ geboten, im Störschall,
- Dokumentation,
- Kontrolle der Hörgerätehandhabung,
- Untersuchung(en) ein- und/oder beidseitig,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Kommunikation mit anderen Therapeuten (z.B. Logopäden, Ergotherapeuten),

einmal im Krankheitsfall

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 20339 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Hörgeräteversorgung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.
Die Gebührenordnungsposition 20339 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 09321, 09336, 20321, 20336 und 20340 berechnungsfähig.

20340 **Zusatzpauschale für die Nachsorge(n) bei Hörgeräteversorgung beim Säugling, Kleinkind oder Kind** 94,41 € 741 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Ohrmikroskopie,
- Kontrolle des Sitzes des Hörgerätes/der Hörgeräte,
- Erfolgskontrolle mittels entwicklungs- und altersgerechter Audiometrieverfahren (Reflex-, Ablenk-, Spielaudiometrie bzw. sobald entwicklungsbedingt durchführbar Sprachaudiometrie mit geeignetem Kindersprachtestmaterial) unter Anwendung einer speziellen Kinderaudiometrieanlage, DIN EN 60645, mindestens Klasse 2, im Freifeld und, soweit indikativ geboten, im Störschall,
- Kontrolle der Hörgerätefunktion, ggf. in Zusammenarbeit mit dem Hörgeräte-(Päd-)akustiker,
- Einbeziehung und Beratung der Bezugsperson(en),
- Untersuchung(en) ein- und/oder beidseitig,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Kontrolle und Dokumentation der Sprachentwicklung nach der Hörgeräteversorgung,
- Kontrolle der Hörgerätehandhabung,
- Kommunikation mit anderen Therapeuten (z.B. Logopäden, Ergotherapeuten),

je Sitzung

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 20340 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Hörgeräteversorgung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.
Die Gebührenordnungsposition 20340 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 09321, 09336, 20321, 20336 und 20339 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 20340 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 20338 berechnungsfähig.

20343 **Zusatzpauschale bei der Diagnostik des Tinnitus** 26,12 €
205 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Tinnitusmatching,
- Messung der Verdeckbarkeit und/oder Maskierung,
- Beratung zum Umgang mit der Tinnituserkrankung (Dauer mindestens 10 Minuten),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Planung und Koordination der komplementären Heil- und Hilfsmittelversorgung,
- Einleitung und/oder Koordination weiterführender Behandlungen,

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 20343 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 09321 und 20321 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 20343 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 09343 berechnungsfähig.

20350 **Pneumographie** 27,52 €
216 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Pneumographische Untersuchung der Atembewegungen in Ruhe, beim Sprechen und Singen,
- Graphische Registrierung

20351 **Elektroglottographie** 33,63 €
264 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Elektroglottographische Untersuchung mit Bestimmung der Schwingungsperioden, -phasen und -amplituden bei verschiedenen Tonhöhen und Lautstärken,
- Graphische Registrierung

20352 **Schallspektrographie** 33,63 €
264 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Schallspektrographische Untersuchung der Stimme mit Bestimmung des Leistungsdichtespektrums, der Grundfrequenz und der Formantstrukturen,

- Graphische Registrierung

20353 **Palatographie** 29,05 €
228 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Palatographische Untersuchung,
- Sensomotorische Diagnostik im Orofacialbereich,
- Bilddokumentation

20360 **Stimm- und/oder Sprachtherapie in Einzelbehandlung** 23,57 €
185 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Stimmtherapie und/oder Sprachtherapie als Einzelbehandlung,
- Dauer mindestens 30 Minuten,

je vollendete 15 Minuten

Die Gebührenordnungsposition 20360 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 20361 berechnungsfähig.

20361 **Stimm- und/oder Sprachtherapie als Gruppenbehandlung** 12,49 €
98 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Stimmtherapie und/oder Sprachtherapie als Gruppenbehandlung,
- Dauer mindestens 60 Minuten,
- Mindestens 3, höchstens 4 Teilnehmer,

je Teilnehmer, je vollendete 30 Minuten

Die Gebührenordnungsposition 20361 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 20360 berechnungsfähig.

20364 **Zusatzpauschale für die Nachsorge der operativen Behandlung eines Patienten mit chronischer Sinusitis nach ICD J32.-** 9,56 €
75 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Absaugung unter endoskopischer und/oder mikroskopischer Kontrolle,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Lokalanästhesie und/oder Einbringen von Medikamenten,

einmal am Behandlungstag

Die Gebührenordnungsposition 20364 ist höchstens zehnmal im Behandlungsfall berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungspositionen 09364 und/oder 20364 sind in Summe höchstens zehnmal im Behandlungsfall berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 20364 ist nur in einem Zeitraum von 28 Tagen nach stationärer operativer Behandlung berechnungsfähig. Das Datum der Entlassung ist auf dem Behandlungsschein anzugeben.
Die Gebührenordnungsposition 20364 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 31.4.3 berechnungsfähig.

20365 **Zusatzpauschale für die postoperative Nachsorge nach Tympanoplastik Typ II bis V** 9,56 € 75 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Ohrmikroskopie,
- Pflege und Reinigung des Gehörganges und/oder Mittelohres,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Einbringen von Medikamenten,
- Tympanoskopie,

einmal am Behandlungstag

Die Gebührenordnungsposition 20365 ist höchstens viermal im Behandlungsfall berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungspositionen 09365 und/oder 20365 sind in Summe höchstens viermal im Behandlungsfall berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 20365 ist nur in einem Zeitraum von 28 Tagen nach stationärer operativer Behandlung berechnungsfähig. Das Datum der Entlassung ist auf dem Behandlungsschein anzugeben.
Die Gebührenordnungsposition 20365 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 31.4.3 berechnungsfähig.

20370 **Zusatzpauschale Abklärung einer Störung der zentral-auditiven Wahrnehmung** 20,64 € 162 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Erbringung standardisierter Hörtests zur Diagnostik zentral-auditiver Hörstörungen

oder

- Prüfung des Richtungsgehörs mit mindestens 5 Lautsprechern

oder

- Ergänzende sprachaudiometrische Untersuchung im Störschall mit mindestens 2 weiteren über den Leistungsinhalt der Gebührenordnungsposition 20321 hinausgehenden Schallpegeln

oder

- Anwendung von Testverfahren (z. B. zeitkomprimierte Sprache, HLAD, binaurale Fusion),

höchstens viermal im Behandlungsfall

Audiometrische Untersuchungen ohne Kopfhörer haben in einem - nach DIN ISO 8253 EN - schallisolierten Raum zu erfolgen.

20371 Anwendung und Auswertung des Aachener Aphasietests (AAT) als **Eingangsdiagnostik** vor der **Erstverordnung** einer **Stimm-, Sprech- und/oder Sprachtherapie** gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinien) 70,71 € 555 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Aachener Aphasietest (AAT),
- Schriftliche Dokumentation,

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 20371 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 09324, 09325, 20324 und 20325 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 20371 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 16371 und 35600 bis 35602 berechnungsfähig.

20372 **Pauschale zur Neuverordnung eines Hörgerätes/von Hörgeräten beim Jugendlichen oder Erwachsenen bei Schwerhörigkeit** 62,94 € 494 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Ohrmikroskopie,
- Ton- und Sprachaudiometrie,
- Reflexbestimmung an den Mittelohrmuskeln mittels Impedanzmessung,
- Bestimmung der Unbehaglichkeitsschwelle,
- Untersuchung(en) ein- und/oder beidseitig,
- Anwendung eines Fragebogens gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung Hörgeräteversorgung,
- Beratung über Versorgungsmöglichkeiten,
- Verordnung eines Hörgerätes/von Hörgeräten gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung,

einmal im Krankheitsfall

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 20372 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung Hörgeräteversorgung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.
Die Gebührenordnungsposition 20372 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 09373 und 20373 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 20372 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 09320, 09321, 09323, 09374, 20320, 20321, 20323 und 20374 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 20372 ist im Krankheitsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 09372 berechnungsfähig.

20373 **Zusatzpauschale für die erste Nachuntersuchung nach erfolgter Hörgeräteversorgung beim Jugendlichen oder Erwachsenen** 66,63 € 523 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Ohrmikroskopie,
- Ton- und Sprachaudiometrie im freien Schallfeld unter Benutzung eines Hörgerätes/von Hörgeräten in einem schallisolierten Raum zur Überprüfung des Ergebnisses der Hörgeräteversorgung gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung,
- Anwendung eines Fragebogens gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung Hörgeräteversorgung,

- Kontrolle der Hörgerätehandhabung,
- Kontrolle des Sitzes des Hörgerätes/von Hörgeräten,
- Untersuchung(en) ein- und/oder beidseitig,

einmal im Krankheitsfall

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 20373 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung Hörgeräteversorgung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.
Die Gebührenordnungsposition 20373 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 09372, 09374, 20372 und 20374 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 20373 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 09320, 09321, 20320 und 20321 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 20373 ist im Krankheitsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 09373 berechnungsfähig.

20374 **Zusatzpauschale für die Nachsorge(n) bei Hörgeräteversorgung beim Jugendlichen oder Erwachsenen** — 57,59 € / 452 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Ohrmikroskopie,
- Ton- und/oder Sprachaudiometrie im freien Schallfeld unter Benutzung eines Hörgerätes/von Hörgeräten in einem schallisolierten Raum zur Überprüfung des Ergebnisses der Hörgeräteversorgung gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung,
- Kontrolle der Hörgerätehandhabung,
- Kontrolle des Sitzes des Hörgerätes/von Hörgeräten,
- Untersuchung(en) ein- und/oder beidseitig,

höchstens zweimal im Krankheitsfall

Die Gebührenordnungsposition 20374 ist nicht vor Ablauf von 3 Monaten nach Verordnung eines Hörgerätes/von Hörgeräten berechnungsfähig.
Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 20374 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung Hörgeräteversorgung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.
Die Gebührenordnungsposition 20374 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 09373 und 20373 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 20374 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 09320, 09321, 09372, 09374, 20320, 20321 und 20372 berechnungsfähig.

20375 **Zuschlag** zu den Gebührenordnungspositionen 20373 und 20374 für die **Koordination des Arztes mit dem Hörgeräteakustiker innerhalb von 7 Tagen nach Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 20373 und 20374** — 7,90 € / 62 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Dokumentation entsprechend der Qualitätssicherungsvereinbarung Hörgeräteversorgung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V,
- Mitteilung der durch den Arzt aktuell erhobenen Befunde an den Hörgeräteakustiker,

einmal am Behandlungstag

Die Gebührenordnungsposition 20375 ist im Behandlungsfall höchstens zweimal berechnungsfähig.
Wegepauschalen sind im Zusammenhang mit der Gebührenordnungsposition 20375 nicht berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 20375 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 09375 berechnungsfähig.

20377 **Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 20339 und 20340 für die Koordination des Arztes über Maßnahmen mit dem Hörgeräte-(Päd-)akustiker innerhalb von 7 Tagen nach Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 20339 und 20340** — 7,90 € / 62 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Dokumentation,
- Mitteilung der durch den Arzt aktuell erhobenen Befunde an den Hörgeräte-(Päd-)akustiker und Berücksichtigung der durch den Hörgeräte-(Päd-)akustiker erhobenen Anpassungsergebnisse,

einmal am Behandlungstag

Die Gebührenordnungsposition 20377 ist im Behandlungsfall höchstens zweimal berechnungsfähig.
Wegepauschalen sind im Zusammenhang mit der Gebührenordnungsposition 20377 nicht berechnungsfähig.

20378 **Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 20339 und 20340 für die Koordination des Arztes mit pädagogischen Einrichtungen im direkten Zusammenhang mit der Durchführung der Leistungen** — 17,07 € / 134 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Dokumentation,
- Rücksprache zur individuellen Hör- und Sprachentwicklung,

einmal am Behandlungstag

Die Gebührenordnungsposition 20378 ist im Behandlungsfall höchstens zweimal berechnungsfähig.
Wegepauschalen sind im Zusammenhang mit der Gebührenordnungsposition 20378 nicht berechnungsfähig.

21 Psychiatrische und Psychotherapeutische Gebührenordnungspositionen (Psychiater)

21.1 Präambel

1. Die in diesem Kapitel aufgeführten Gebührenordnungspositionen können ausschließlich von
   - Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie
   - Fachärzten für Nervenheilkunde
   - Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie

   berechnet werden.
2. Fachärzte für Nervenheilkunde, Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie sowie Fachärzte, die Fachärzte für Neurologie und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sind, berechnen abweichend von Nr. 6 der Allgemeinen Bestimmungen immer die Grundpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 21213 bis 21215 sowie den Zuschlag für die nervenheilkundliche Grundversorgung nach der Gebührenordnungsposition 21225 und den Zuschlag für die Behandlung aufgrund einer TSS-Vermittlung und/oder Vermittlung durch den Hausarzt nach der Gebührenordnungsposition 21237. Die Zuschläge zu den Gebührenordnungspositionen 21213 bis 21215 nach den Gebührenordnungspositionen 21222 und 21228 werden durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.
3. Außer den in diesem Kapitel genannten Gebührenordnungspositionen sind von den in der Präambel genannten Vertragsärzten - unbeschadet der Regelungen gemäß 5 und 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen - zusätzlich nachfolgende Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig: 01100 bis 01102, 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 01220 bis 01224, 01226, 01320 bis 01323, 01410 bis 01416, 01418, 01420, 01422, 01424 bis 01426, 01430, 01431, 01435 bis 01437, 01440, 01442 bis 01444, 01450, 01452, 01471, 01500 bis 01503, 01549, 01600 bis 01602, 01610 bis 01613, 01615, 01620 bis 01624, 01626, 01630, 01640, 01642, 01643, 01647, 01648, 01670 bis 01672, 01681, 01682, 01800, 01802 bis 01811, 01949 bis 01953, 01955, 01956, 01960, 02100, 02101, 02103, 02110 bis 02112, 02200, 02300 bis 02302, 02320, 02342, 02510 bis 02512 und 30706.
4. Außer den in diesem Kapitel genannten Gebührenordnungspositionen sind bei Vorliegen der entsprechenden Qualifikationsvoraussetzungen von den in der Präambel genannten Vertragsärzten - unbeschadet der Regelungen gemäß 5 und 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen - zusätzlich nachfolgende Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig: 01474, 01479, 30400 bis 30402, 30410, 30411, 30420, 30421, 30610, 30611, 30700 bis 30705, 30708, 30780 bis 30782, 33000 bis 33002, 33010 bis 33012, 33020 bis 33023, 33030, 33031, 33040 bis 33044, 33046, 33050 bis 33052, 33060 bis 33064, 33070 bis 33076, 33080, 33081, 33090 bis 33092, 33100, 33105, 37714, 37720, 37800 bis 37802 und 37804, Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 30.1, 30.2.1, 30.3.1, 30.7.2, 30.8, 30.9, 30.11, 30.12, 30.13, 36.6.2, 37.2, 37.3, 37.4, 37.5 und 37.6 sowie Gebührenordnungspositionen der Kapitel 32, 35, 38 und 40.
5. Bei der Berechnung der zusätzlichen Gebührenordnungspositionen in den Nummern 3 und 4 sind die Maßnahmen zur Qualitätssicherung

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

6. Werden die in den Grundpauschalen enthaltenen Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen 01600 und 01601 durchgeführt, sind für die Versendung bzw. den Transport die Kostenpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 40110 und 40111 berechnungsfähig.
7. Die in der Präambel unter 1. aufgeführten Vertragsärzte können die arztgruppenübergreifende Gebührenordnungsposition 01510 im Zusammenhang mit einer Therapie mit Lecanemab sowie die arztgruppenspezifische Gebührenordnungsposition 08619 berechnen.

21.2 Psychiatrische und nervenheilkundliche Grundpauschalen

Psychiatrische Grundpauschale

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt und/oder Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Weitere persönliche oder andere Arzt-Patienten-Kontakte gemäß 4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen,
- Ärztlicher Bericht entsprechend der Gebührenordnungsposition 01600,
- Individueller Arztbrief entsprechend der Gebührenordnungsposition 01601,
- Beratung und Behandlung bis zu 10 Minuten Dauer,
- Erhebung des vollständigen psychiatrischen Status, ggf. zusätzlich ergänzende Erhebung des neurologischen Status bei psychiatrischen Fällen,
- Erhebung des vollständigen neurologischen Status, ggf. zusätzlich ergänzende Erhebung des psychiatrischen Status bei neurologischen Fällen,
- Neurologische Kontrolluntersuchung einschließlich Zwischen- und/oder Fremdanamnese,
- In Anhang 1 aufgeführte Leistungen,

einmal im Behandlungsfall

21210	für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr	25,61 € 201 Punkte
21211	für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr	24,46 € 192 Punkte
21212	für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres	24,33 € 191 Punkte

Die Gebührenordnungspositionen 21210 bis 21212 sind nicht neben der Gebührenordnungsposition 01436 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungspositionen 21210 bis 21212 sind im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01600 und 01601 berechnungsfähig.

Grundpauschale für Fachärzte für Nervenheilkunde und Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt und/oder Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Weitere persönliche oder andere Arzt-Patienten-Kontakte gemäß 4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen,
- Ärztlicher Bericht entsprechend der Gebührenordnungsposition 01600,
- Individueller Arztbrief entsprechend der Gebührenordnungsposition 01601,
- Beratung und Behandlung bis zu 10 Minuten Dauer,
- Erhebung des vollständigen neurologischen Status, ggf. zusätzlich ergänzende Erhebung des psychiatrischen Status bei neurologischen Fällen,
- Erhebung des vollständigen psychiatrischen Status, ggf. zusätzlich ergänzende Erhebung des neurologischen Status bei psychiatrischen Fällen,
- Psychiatrische Kontrolluntersuchung einschließlich Zwischen- und/oder Fremdanamnese,
- Neurologische Kontrolluntersuchung einschließlich Zwischen- und/oder Fremdanamnese,
- In Anhang 1 aufgeführte Leistungen,

einmal im Behandlungsfall

21213	für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr	34,78 € 273 Punkte
21214	für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr	32,36 € 254 Punkte
21215	für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres	33,38 € 262 Punkte

Die Gebührenordnungspositionen 21213 bis 21215 sind nicht neben der Gebührenordnungsposition 01436 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungspositionen 21213 bis 21215 sind im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01600 und 01601 berechnungsfähig.

21216	**Fremdanamnese** und/oder **Anleitung** bzw. **Betreuung** von Bezugspersonen schwer psychisch erkrankter Patienten mit dadurch gestörter Kommunikationsfähigkeit**,** je 10 Minuten, höchstens fünfmal im Behandlungsfall	26,25 € 206 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 21216 ist auch bei Durchführung der Leistung im Rahmen einer Videosprechstunde berechnungsfähig und dies durch Angabe einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung zu dokumentieren. Für die Abrechnung gelten die Anforderungen gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä entsprechend.
Die Gebührenordnungsposition 21216 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35150 bis 35152, 35163 bis 35169 und 35173 bis 35179 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 35.2.1 und 35.2.2 berechnungsfähig.

21217 **Supportive psychiatrische Behandlung** eines affektiv, psychotisch, psychomotorisch und/oder hirnorganisch akut dekompensierten Patienten, — 4,84 € / 38 Punkte

höchstens dreimal im Behandlungsfall

21218 **Zuschlag für die psychiatrische Grundversorgung** gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.8 zu den Gebührenordnungspositionen 21210 bis 21212, — 5,61 € / 44 Punkte

einmal im Behandlungsfall

Der Zuschlag nach der Gebührenordnungsposition 21218 kann gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.8 ausschließlich in Behandlungsfällen abgerechnet werden, in denen nur Leistungen der fachärztlichen Grundversorgung gemäß Anhang 3 und/oder regionaler Vereinbarungen erbracht und berechnet werden.

21219 **Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 21218,** — 1,53 € / 12 Punkte

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 21219 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.

21222 **Hygienezuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 21210 bis 21215,** — 0,25 € / 2 Punkte

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 21222 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.

21225 **Zuschlag für die nervenheilkundliche Grundversorgung** gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.8 zu den Gebührenordnungspositionen 21213 bis 21215, — 4,97 € / 39 Punkte

einmal im Behandlungsfall

Der Zuschlag nach der Gebührenordnungsposition 21225 kann gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.8 ausschließlich in Behandlungsfällen abgerechnet werden, in denen nur Leistungen der fachärztlichen Grundversorgung gemäß Anhang 3 und/oder regionaler Vereinbarungen erbracht und berechnet werden.

21226 **Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 21225,** 1,27 €
einmal im Behandlungsfall 10 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 21226 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.

21227 **Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 21210 bis 21212,** 0,76 €
einmal im Behandlungsfall 6 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 21227 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.
Die Gebührenordnungsposition 21227 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 01630 berechnungsfähig.

21228 **Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 21213 bis 21215,** 0,76 €
einmal im Behandlungsfall 6 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 21228 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.
Die Gebührenordnungsposition 21228 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 01630 berechnungsfähig.

21236 **Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 21210 bis 21212 für Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie für die Behandlung aufgrund einer TSS-Vermittlung und/oder Vermittlung durch den Hausarzt gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.10.1, 4.3.10.2 oder 4.3.10.3,**
einmal im Arztgruppenfall

Die Gebührenordnungsposition 21236 kann durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt werden.
Die Gebührenordnungsposition 21236 ist im Arztgruppenfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 01710 berechnungsfähig.

21237 **Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 21213 bis 21215 für Fachärzte für Nervenheilkunde und Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie für die Behandlung aufgrund einer TSS-Vermittlung und/oder Vermittlung durch den Hausarzt gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.10.1, 4.3.10.2 oder 4.3.10.3,**
einmal im Arztgruppenfall

Die Gebührenordnungsposition 21237 kann durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt werden.
Die Gebührenordnungsposition 21237 ist im Arztgruppenfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 01710 berechnungsfähig.

21.3 Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen

21220 **Psychiatrisches Gespräch, Psychiatrische Behandlung, Beratung, Erörterung und/oder Abklärung**, 19,62 €
154 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Dauer mindestens 10 Minuten,
- Als Einzelbehandlung,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Erhebung der biographischen Anamnese zur Psychopathologie unter Berücksichtigung der entwicklungspsychologischen Gesichtspunkte,
- Vertiefte Exploration mit differentialdiagnostischer Einordnung eines psychiatrischen Krankheitsbildes,
- Syndrombezogene therapeutische Intervention,
- Anleitung der Bezugsperson(en),

je vollendete 10 Minuten

Die Gebührenordnungsposition 21220 ist auch bei Durchführung der Leistung im Rahmen einer Videosprechstunde berechnungsfähig und dies durch Angabe einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung zu dokumentieren. Für die Abrechnung gelten die Anforderungen gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä entsprechend.
Bei der Nebeneinanderberechnung der Gebührenordnungspositionen 21210 bis 21212 und 21220 oder der Gebührenordnungspositionen 21213 bis 21215 und 21220 ist eine Arzt-Patienten-Kontaktzeit von mindestens 20 Minuten Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 21220.
Bei der Nebeneinanderberechnung diagnostischer bzw. therapeutischer Gebührenordnungspositionen und der Gebührenordnungsposition 21220 ist eine mindestens 10 Minuten längere Arzt-Patienten-Kontaktzeit als in den entsprechenden Gebührenordnungspositionen angegeben Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 21220.
Die Gebührenordnungsposition 21220 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 16220, 21221, 30930 bis 30933, 37300, 37302 und 37711 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 30.3.1, 30.3.2, 35.1 und 35.2 berechnungsfähig.

21221 **Psychiatrische Behandlung (Gruppenbehandlung)** 21,15 €
166 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Dauer mindestens 40 Minuten,
- Gruppenbehandlung,
- Mindestens 3, höchstens 8 Teilnehmer,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Syndrombezogene therapeutische Intervention,
- Anleitung der Bezugsperson(en),

je Teilnehmer, je vollendete 40 Minuten

Die Gebührenordnungsposition 21221 ist auch bei Durchführung der Leistung im Rahmen einer Videosprechstunde berechnungsfähig und dies durch Angabe einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung zu dokumentieren. Für die Abrechnung gelten die Anforderungen gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä entsprechend.

Bei der Nebeneinanderberechnung der Gebührenordnungspositionen 21210 bis 21212 und 21221 oder der Gebührenordnungspositionen 21213 bis 21215 und 21221 ist eine Arzt-Patienten-Kontaktzeit von mindestens 50 Minuten Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 21221.
Die Gebührenordnungsposition 21221 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 16220, 21220 und 30930 bis 30933 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 30.3.1, 30.3.2, 35.1 und 35.2 berechnungsfähig.

21230 **Zusatzpauschale Kontinuierliche Mitbetreuung** eines Patienten mit einer psychiatrischen Erkrankung **in der häuslichen und/oder familiären Umgebung** — 48,03 € / 377 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Kontinuierliche Mitbetreuung eines in der familiären und/ oder häuslichen Umgebung versorgten Patienten mit einer Erkrankung aus dem affektiven oder schizophrenen Formenkreis, einer hirnorganischen oder Persönlichkeitsstörung oder einer Abhängigkeitserkrankung,
- Erhebung ergänzender psychopathologischer Befunde,
- Einbeziehung sozialer und pathobiographischer Ereignisse,
- Mindestens zwei persönliche Arzt-Patienten-Kontakte im Behandlungsfall,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Erstellung eines Behandlungsplans unter Einbeziehung der Bezugsperson(en),
- Einleitung und/oder Führung einer Therapie mit Lithium und/oder anderen Phasenprophylaktika, Clozapin, Depotneuroleptika oder Stimulanzientherapie,
- Einleitung und/oder Führung einer Schlafentzugstherapie,
- Führung von Patienten mit vormundschaftsgerichtlicher Betreuung oder Therapieauflagen,

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 21230 ist nur bei mindestens einer der im folgenden genannten Erkrankungen berechnungsfähig: F00.- bis F02.- Demenz, F07.- Organische Hirnstörung mit Verhaltensstörung, F10.- bis F16.- Störungen durch Alkohol, Opioide, Cannabinoide, Sedativa oder Hypnotika, Kokain, Stimulantien, Halluzinogene (inkl. bei Substitutions- und Aversivbehandlung), F20.- Schizophrenie, F21 Schizotype Störung, F22.- Anhaltende wahnhafte Störung, F25.- Schizzoaffektive Störung, F28 Sonstige nichtorganische psychotische Störungen, F29 Nicht näher bezeichnete nichtorganische Psychose, F30.- Manie, F31.2, F31.4, F31.5, F32.2, F32.3, F33.3, F34.1 Depression, F41.1 Generalisierte Angststörung, F41.2 Angst und depressive Störung, gemischt, F42.1 Vorwiegend Zwangshandlungen [Zwangsrituale], F42.2 Zwangsgedanken und - handlungen, gemischt, F50.- Essstörungen, F71.8 Verhaltensstörung bei mittelgradiger Intelligenzminderung, F72.1

Schwere Intelligenzminderung mit deutlicher Verhaltensstörung, F73.1 Schwerste Intelligenzminderung mit deutlicher Verhaltensstörung, F79.1 Schwachsinn mit deutlicher Verhaltensstörung, F84.- Autismus, F94.0 Mutismus.
Die Gebührenordnungsposition 21230 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35150 bis 35152, 35163 bis 35169, 35173 bis 35179, 37300, 37302, 37711 und 37802 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 35.2.1 und 35.2.2 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 21230 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 21231 bis 21233 berechnungsfähig.

21231 **Zusatzpauschale Kontinuierliche Mitbetreuung** eines Patienten mit einer psychiatrischen Erkrankung **in beschützenden Einrichtungen oder Pflege- und Altenheimen** — 27,01 € / 212 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Kontinuierliche Mitbetreuung eines in beschützenden Einrichtungen oder Pflege- und Altenheimen mit Pflegepersonal versorgten Patienten mit einer psychiatrischen Erkrankung,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Erstellung eines Behandlungsplans unter Einbeziehung der Bezugsperson(en),

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 21231 ist nur bei mindestens einer der im folgenden genannten Erkrankungen berechnungsfähig: F00.- bis F02.- Demenz, F07.- Organische Hirnstörung mit Verhaltensstörung, F10.- bis F16.- Störungen durch Alkohol, Opioide, Cannabinoide, Sedativa oder Hypnotika, Kokain, Stimulantien, Halluzinogene (inkl. bei Substitutions- und Aversivbehandlung), F20.- Schizophrenie, F21 Schizotype Störung, F22.- Anhaltende wahnhafte Störung, F25.- Schizzoaffektive Störung, F28 Sonstige nichtorganische psychotische Störungen, F29 Nicht näher bezeichnete nichtorganische Psychose, F30.- Manie, F31.2, F31.4, F31.5, F32.2, F32.3, F33.3, F34.1 Depression, F41.1 Generalisierte Angststörung, F41.2 Angst und depressive Störung, gemischt, F42.1 Vorwiegend Zwangshandlungen [Zwangsrituale], F42.2 Zwangsgedanken und - handlungen, gemischt, F50.- Essstörungen, F71.8 Verhaltensstörung bei mittelgradiger Intelligenzminderung, F72.1 Schwere Intelligenzminderung mit deutlicher Verhaltensstörung, F73.1 Schwerste Intelligenzminderung mit deutlicher Verhaltensstörung, F79.1 Schwachsinn mit deutlicher Verhaltensstörung, F84.- Autismus, F94.0 Mutismus.
Die Gebührenordnungsposition 21231 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35150 bis 35152, 35163 bis 35169, 35173 bis 35179, 37300, 37302, 37711 und 37802 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 35.2.1 und 35.2.2 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 21231 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 14314, 16231, 21230, 21232 und 21233 berechnungsfähig.

21232 **Zusatzpauschale Ärztliche Koordination psychiatrischer Betreuung** 34,53 €
271 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Koordination
  - intra- und/oder extramuraler, multiprofessioneller komplementärer Versorgungsstrukturen und/oder -instanzen,
  - psycho-, ergo- und/oder sprachtherapeutischer Einrichtungen und/oder multiprofessioneller Teams,
  - der Gruppenarbeit mit Patienten, Angehörigen und/oder Laienhelfern,

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 21232 kann nur in Quartalen mit persönlichem Arzt-Patienten-Kontakt berechnet werden.
Die Gebührenordnungsposition 21232 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35150 bis 35152, 35163 bis 35169, 35173 bis 35179, 37525, 37625 und 37802 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 35.2.1 und 35.2.2 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 21232 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 14240, 21230, 21231 und 21233 berechnungsfähig.

21233 **Zusatzpauschale Mitbetreuung eines Patienten** mit einer psychiatrischen Erkrankung **in der häuslichen und/oder familiären Umgebung** 43,32 €
340 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Mitbetreuung eines in der familiären und/oder häuslichen Umgebung versorgten Patienten mit einer Erkrankung aus dem affektiven oder schizophrenen Formenkreis, einer hirnorganischen oder Persönlichkeitsstörung oder einer Abhängigkeitserkrankung,
- Erhebung ergänzender psychopathologischer Befunde,
- Einbeziehung sozialer und pathobiographischer Ereignisse,
- Ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt im Behandlungsfall,
- Dauer mindestens 15 Minuten,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Erstellung eines Behandlungsplans unter Einbeziehung der Bezugsperson(en),
- Einleitung und/oder Führung einer Therapie mit Lithium und/oder anderen Phasenprophylaktika, Clozapin, Depotneuroleptika oder Stimulanzientherapie,
- Einleitung und/oder Führung einer Schlafentzugstherapie,
- Führung von Patienten mit vormundschaftsgerichtlicher Betreuung oder Therapieauflagen,

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 21233 ist nur bei mindestens einer der im folgenden genannten Erkrankungen berechnungsfähig: F00.- bis F02.- Demenz, F07.- Organische Hirnstörung mit Verhaltensstörung, F10.- bis F16.- Störungen durch Alkohol, Opioide, Cannabinoide, Sedativa oder Hypnotika, Kokain, Stimulantien, Halluzinogene (inkl. bei Substitutions- und Aversivbehandlung), F20.- Schizophrenie, F21 Schizotype Störung, F22.- Anhaltende wahnhafte Störung, F25.- Schizzoaffektive Störung, F28 Sonstige nichtorganische psychotische Störungen, F29 Nicht näher bezeichnete nichtorganische Psychose, F30.- Manie, F31.2, F31.4, F31.5, F32.2, F32.3, F33.3, F34.1 Depression, F41.1 Generalisierte Angststörung, F41.2 Angst und depressive Störung, gemischt, F42.1 Vorwiegend Zwangshandlungen [Zwangsrituale], F42.2 Zwangsgedanken und - handlungen, gemischt, F50.- Essstörungen, F71.8 Verhaltensstörung bei mittelgradiger Intelligenzminderung, F72.1 Schwere Intelligenzminderung mit deutlicher Verhaltensstörung, F73.1 Schwerste Intelligenzminderung mit deutlicher Verhaltensstörung, F79.1 Schwachsinn mit deutlicher Verhaltensstörung, F84.- Autismus, F94.0 Mutismus.
Die Gebührenordnungsposition 21233 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35150 bis 35152, 35163 bis 35169, 35173 bis 35179, 37300, 37302, 37711 und 37802 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 35.2.1 und 35.2.2 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 21233 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 21230 bis 21232 berechnungsfähig.

21310 **Elektroenzephalographische Untersuchung** 34,91 €
274 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Ableitungsdauer mindestens 20 Minuten,
- Aufzeichnungsdauer mindestens 20 Minuten,
- Auswertung,
- Übergangswiderstandsmessung

Fakultativer Leistungsinhalt

- Provokation(en)

Die für die Gebührenordnungsposition 21310 erforderliche Berichtspflicht ist erfüllt, wenn sie einmal im Behandlungsfall erfolgt ist.
Die Gebührenordnungsposition 21310 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 04434, 04435, 14320, 14321, 16310, 16311, 21311, 30900 bis 30902 und 30905 berechnungsfähig.

21311 **Langzeitelektroenzephalographische (Schlaf-)Untersuchung** 77,97 €
612 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Ableitungsdauer mindestens 2 Stunden,
- Aufzeichnung,
- Auswertung

Fakultativer Leistungsinhalt

- Provokation(en),

- Polygraphie

Die Gebührenordnungsposition 21311 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 04434, 04435, 14320, 14321, 16231, 16310, 16311, 21310, 30900 bis 30902 und 30905 berechnungsfähig.

21320 **Elektronystagmo-/Okulographie, Blinkreflexprüfung** 15,03 €
118 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Elektronystagmo-/Okulographie

und/oder

- Blinkreflexprüfung,
- Ein- und/oder beidseitig,

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 21320 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 04439, 14330 und 16320 berechnungsfähig.

21321 **Neurophysiologische Untersuchung (SEP, VEP, AEP, MEP)** 33,51 €
263 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Bestimmung somatosensibel evozierter Potentiale

und/oder

- Bestimmung visuell evozierter Potentiale

und/oder

- Bestimmung akustisch evozierter Potentiale

und/oder

- Bestimmung magnetisch evozierter Potentiale,
- Beidseitige Untersuchung(en),

je Sitzung

Die Gebührenordnungsposition 21321 ist im Behandlungsfall insgesamt höchstens zweimal berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 21321 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 04436, 14331 und 16321 berechnungsfähig.

21330 **Konvulsionsbehandlung** unter Vollnarkose, 11,98 €
94 Punkte
je Sitzung

21340 **Testverfahren bei Demenzverdacht** 2,93 €
23 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Durchführung standardisierter Testverfahren bei Patienten mit Demenzverdacht (z. B. SKT, MMST, TFDD),

bis zu dreimal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungspositionen 03242, 16340 und 21340 sind im Behandlungsfall insgesamt höchstens dreimal berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 21340 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 01613 berechnungsfähig.

22 Gebührenordnungspositionen der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie (Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie)

22.1 Präambel

1. Die in diesem Kapitel aufgeführten Gebührenordnungspositionen können ausschließlich von Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie berechnet werden.
2. Außer den in diesem Kapitel genannten Gebührenordnungspositionen sind von den in der Präambel genannten Vertragsärzten - unbeschadet der Regelungen gemäß 5 und 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen - zusätzlich nachfolgende Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig: 01100 bis 01102, 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 01220 bis 01224, 01226, 01320 bis 01323, 01410 bis 01416, 01418, 01420, 01422, 01424, 01430, 01431, 01435 bis 01437, 01440, 01442 bis 01444, 01450, 01452, 01471, 01500 bis 01503, 01600 bis 01602, 01610 bis 01612, 01615, 01620 bis 01624, 01626, 01630, 01640, 01642, 01643, 01647, 01648, 01670 bis 01672, 01681, 01682, 01949 bis 01953, 01955, 01956, 01960, 02100, 02101, 02110 bis 02112, 02200, 02300 bis 02302, 02320, 02323, 02510 bis 02512 und 30706.
3. Außer den in diesem Kapitel genannten Gebührenordnungspositionen sind bei Vorliegen der entsprechenden Qualifikationsvoraussetzungen von den in der Präambel genannten Vertragsärzten - unbeschadet der Regelungen gemäß 5 und 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen - zusätzlich nachfolgende Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig: 01474, 01479, 30400 bis 30402, 30410, 30411, 30420, 30421, 30700 bis 30705, 30708, 30780 bis 30782, 33000 bis 33002, 33010 bis 33012, 33020 bis 33023, 33030, 33031, 33040 bis 33044, 33046, 33050 bis 33052, 33060 bis 33064, 33070 bis 33076, 33080, 33081, 33090 bis 33092, 33100, 33105, 37800 bis 37802 und 37804, Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 30.1, 30.2.1, 30.3.1, 30.7.2, 30.7.3, 30.8, 30.9, 30.11, 30.13, 36.6.2, 37.3, 37.4, 37.5, 37.6 und 38.2 sowie Gebührenordnungspositionen der Kapitel 32, 35 und 40.
4. Bei der Berechnung der zusätzlichen Gebührenordnungspositionen in den Nummern 2 und 3 sind die Maßnahmen zur Qualitätssicherung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V, die berufsrechtliche Verpflichtung zur grundsätzlichen Beschränkung auf das jeweilige Gebiet sowie die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zu beachten.
5. Werden die in den Grundpauschalen enthaltenen Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen 01600 und 01601 durchgeführt, sind für die Versendung bzw. den Transport die Kostenpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 40110 und 40111 berechnungsfähig.

22.2 Psychosomatisch und psychotherapeutisch-medizinische Grundpauschalen

Psychosomatische Grundpauschale

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt und/oder Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Weitere persönliche oder andere Arzt-Patienten-Kontakte gemäß 4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen,
- Ärztlicher Bericht entsprechend der Gebührenordnungsposition 01600,
- Individueller Arztbrief entsprechend der Gebührenordnungsposition 01601,
- Beratung und Behandlung bis zu 10 Minuten Dauer,
- In Anhang 1 aufgeführte Leistungen,

einmal im Behandlungsfall

22210	für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr	17,07 € 134 Punkte
22211	für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr	22,30 € 175 Punkte
22212	für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres	19,24 € 151 Punkte

Die Gebührenordnungspositionen 22210 bis 22212 sind nicht neben der Gebührenordnungsposition 01436 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungspositionen 22210 bis 22212 sind im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01600 und 01601 berechnungsfähig.

22213	**Fremdanamnese und/oder Anleitung bzw. Betreuung von Bezugspersonen schwer psychisch erkrankter Patienten mit dadurch gestörter Kommunikationsfähigkeit**, je 10 Minuten, höchstens fünfmal im Behandlungsfall *Die Gebührenordnungsposition 22213 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35150 bis 35152, 35163 bis 35169 und 35173 bis 35179 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 35.2.1 und 35.2.2 berechnungsfähig.*	26,25 € 206 Punkte
22215	**Hygienezuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 22210 bis 22212,** einmal im Behandlungsfall *Die Gebührenordnungsposition 22215 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.*	0,25 € 2 Punkte

22216 **Zuschlag für die psychosomatisch und psychotherapeutisch-medizinische Grundversorgung** gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.8 zu den Gebührenordnungspositionen 22210 bis 22212,
einmal im Behandlungsfall
21,66 €
170 Punkte

Der Zuschlag nach der Gebührenordnungsposition 22216 kann gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.8 ausschließlich in Behandlungsfällen abgerechnet werden, in denen nur Leistungen der fachärztlichen Grundversorgung gemäß Anhang 3 und/oder regionaler Vereinbarungen erbracht und berechnet werden.

22218 **Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 22216,**
einmal im Behandlungsfall
5,86 €
46 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 22218 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.

22219 **Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 22210 bis 22212,**
einmal im Behandlungsfall
0,25 €
2 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 22219 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.
Die Gebührenordnungsposition 22219 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 01630 berechnungsfähig.

22228 **Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 22210 bis 22212 für die Behandlung aufgrund einer TSS-Vermittlung und/oder Vermittlung durch den Hausarzt gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.10.1, 4.3.10.2 oder 4.3.10.3,**
einmal im Arztgruppenfall

Die Gebührenordnungsposition 22228 kann durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt werden.
Die Gebührenordnungsposition 22228 ist im Arztgruppenfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 01710 berechnungsfähig.

22.3 Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen

22220 **Psychotherapeutisches Gespräch (Einzelbehandlung)**
19,62 €
154 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Dauer mindestens 10 Minuten,
- Als Einzelbehandlung,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Syndrombezogene therapeutische Intervention,
- Instruktion der Bezugsperson(en),

je vollendete 10 Minuten, höchstens 15-mal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 22220 ist auch bei Durchführung der Leistung im Rahmen einer Videosprechstunde berechnungsfähig

und dies durch Angabe einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung zu dokumentieren. Für die Abrechnung gelten die Anforderungen gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä entsprechend.
Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 22220 im Zusammenhang mit der Versorgung gemäß den Leistungen der Abschnitte 37.5 (KSVPsych-RL) und 37.6 (KJ-KSVPsych-RL) ist durch Angabe einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung zu dokumentieren. Im Zusammenhang mit Leistungen des Abschnitts 37.5 ist die Gebührenordnungsposition 22220 höchstens 20-mal im Behandlungsfall berechnungsfähig. Im Zusammenhang mit Leistungen des Abschnitts 37.6 ist die Gebührenordnungsposition 22220 höchstens 25-mal im Behandlungsfall, davon bis zu 5-mal auch mit relevanten Bezugspersonen ohne Anwesenheit des Patienten, berechnungsfähig.
Bei der Nebeneinanderberechnung der Gebührenordnungspositionen 22210 bis 22212 und 22220 ist eine Arzt-Patienten-Kontaktzeit von mindestens 20 Minuten Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 22220.
Bei der Nebeneinanderberechnung diagnostischer bzw. therapeutischer Gebührenordnungspositionen und der Gebührenordnungsposition 22220 ist eine mindestens 10 Minuten längere Arzt-Patienten-Kontaktzeit als in den entsprechenden Gebührenordnungspositionen angegeben Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 22220.
Bei der Nebeneinanderberechnung der Gebührenordnungspositionen 35111 bis 35113, 35120 und 22220 ist jeweils eine mindestens 10 Minuten längere Arzt-Patienten-Kontaktzeit als in den entsprechenden Gebührenordnungspositionen angegeben Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 22220.
Die Gebührenordnungsposition 22220 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 22221, 22222, 30930 bis 30933, 35100, 35110, 35130, 35131, 35140 bis 35142, 35150 bis 35152, 35163 bis 35169 und 35173 bis 35179 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 35.2 berechnungsfähig.

22221 **Psychosomatisches Gespräch, psychosomatisch-medizinische Behandlung, Beratung, Erörterung und/oder Abklärung (Einzelbehandlung)** — 19,62 € / 154 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Vertiefte Exploration mit differentialdiagnostischer Einordnung eines psychosomatisch und/oder psychopathologisch definierten Krankheitsbildes,
- Einbeziehung psychosozialer Gesichtspunkte,
- Dauer mindestens 10 Minuten,
- Als Einzelbehandlung,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Syndrombezogene therapeutische Intervention,
- Instruktion der Bezugsperson(en),

je vollendete 10 Minuten

Die Gebührenordnungsposition 22221 ist auch bei Durchführung der Leistung im Rahmen einer Videosprechstunde berechnungsfähig und dies durch Angabe einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung zu dokumentieren. Für die Abrechnung gelten die Anforderungen gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä entsprechend.
Bei der Nebeneinanderberechnung der Gebührenordnungspositionen 22210 bis 22212 und 22221 ist eine Arzt-Patienten-Kontaktzeit von mindestens 20 Minuten Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 22221.
Bei der Nebeneinanderberechnung diagnostischer bzw. therapeutischer Gebührenordnungspositionen und der Gebührenordnungsposition 22221 ist eine mindestens 10 Minuten längere Arzt-Patienten-Kontaktzeit als in den entsprechenden Gebührenordnungspositionen angegeben Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 22221.
Die Gebührenordnungsposition 22221 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 22220, 22222 und 30930 bis 30933 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 35.1 und 35.2 berechnungsfähig.

22222 **Psychosomatisch-medizinische Behandlung (Gruppenbehandlung)** — 21,15 € / 166 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Dauer mindestens 40 Minuten,
- Als Gruppenbehandlung,
- Mindestens 3, höchstens 8 Teilnehmer,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Syndrombezogene therapeutische Intervention,
- Instruktion der Bezugsperson(en),

je Teilnehmer, je vollendete 40 Minuten

Die Gebührenordnungsposition 22222 ist auch bei Durchführung der Leistung im Rahmen einer Videosprechstunde berechnungsfähig und dies durch Angabe einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung zu dokumentieren. Für die Abrechnung gelten die Anforderungen gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä entsprechend.
Bei der Nebeneinanderberechnung der Gebührenordnungspositionen 22210 bis 22212 und 22222 ist eine Arzt-Patienten-Kontaktzeit von mindestens 50 Minuten Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 22222.
Die Gebührenordnungsposition 22222 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 22220, 22221 und 30930 bis 30933 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 35.1 und 35.2 berechnungsfähig.

22230 **Klinisch-neurologische Basisdiagnostik** — 9,30 €

Obligater Leistungsinhalt 73 Punkte

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

Fakultativer Leistungsinhalt

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

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 22230 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01711 bis 01719, 01723 und 35142 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 22230 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13250 und 27311 berechnungsfähig.

23 Psychotherapeutische Gebührenordnungspositionen

23.1 Präambel

1. Die in diesem Kapitel aufgeführten Gebührenordnungspositionen können ausschließlich von
   - Ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeuten,
   - Fachpsychotherapeuten für Erwachsene,
   - Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (ausschließlich für die Behandlung von Patienten bis zum vollendeten 21. Lebensjahr bzw. bei Patienten, deren Behandlung vor Vollendung des 21. Lebensjahres begonnen wurde),
   - Fachpsychotherapeuten für Kinder und Jugendliche,
   - Fachpsychotherapeuten für Neuropsychologische Psychotherapie

   berechnet werden.
2. Die Gebührenordnungsposition 23220 ist nur von ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeuten, Fachpsychotherapeuten für Erwachsene, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (ausschließlich für die Behandlung von Patienten bis zum vollendeten 21. Lebensjahr bzw. bei Patienten, deren Behandlung vor Vollendung des 21. Lebensjahres begonnen wurde) und Fachpsychotherapeuten für Kinder und Jugendliche berechnungsfähig.
3. Außer den in diesem Kapitel genannten Gebührenordnungspositionen sind von den in der Präambel genannten Vertragsärzten - unbeschadet der Regelungen gemäß 5 und 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen - zusätzlich nachfolgende Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig: 01100 bis 01102, 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 01220 bis 01224, 01226, 01320 bis 01323, 01410 bis 01416, 01418, 01422, 01424, 01430, 01431, 01435 bis 01437, 01442 bis 01444, 01450, 01452, 01471, 01500 bis 01503, 01600 bis 01602, 01610 bis 01612, 01615, 01620 bis 01624, 01626, 01630, 01640, 01642, 01643, 01647, 01648,

01670 bis 01672, 01681, 01682, 01949 bis 01953, 01955, 01956, 01960, 02100, 02101, 02200, 02300 bis 02302, 02320, 02323, 02510 bis 02512 und 30706.

4. Außer den in diesem Kapitel genannten Gebührenordnungspositionen sind bei Vorliegen der entsprechenden Qualifikationsvoraussetzungen von den in der Präambel genannten Vertragsärzten - unbeschadet der Regelungen gemäß 5 und 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen - zusätzlich nachfolgende Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig: 01474, 01479, 30400 bis 30402, 30410, 30411, 30420, 30421, 30700 bis 30705, 30708, 30780 bis 30782, 33000 bis 33002, 33010 bis 33012, 33020 bis 33023, 33030, 33031, 33040 bis 33044, 33046, 33050 bis 33052, 33060 bis 33064, 33070 bis 33076, 33080, 33081, 33090 bis 33092, 33100, 33105, 37500, 37520, 37525, 37530, 37535, 37550, 37551, 37555, 37556, 37570, 37714, 37720, 37800 bis 37802 und 37804, Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 30.1, 30.2.1, 30.3.1, 30.7.2, 30.8, 30.11, 30.13, 36.6.2, 37.3, 37.4, 37.6 und 38.2 sowie Gebührenordnungspositionen der Kapitel 32, 35 und 40.
5. [unbesetzt]
6. Bei der Berechnung der zusätzlichen Gebührenordnungspositionen in den Nummern 2 und 3 sind die Maßnahmen zur Qualitätssicherung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V, die berufsrechtliche Verpflichtung zur grundsätzlichen Beschränkung auf das jeweilige Gebiet sowie die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zu beachten.
7. Für Psychologische Psychotherapeuten, Fachpsychotherapeuten für Erwachsene, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und Fachpsychotherapeuten für Kinder und Jugendliche sind außer den Gebührenordnungspositionen in diesem Kapitel nur die Gebührenordnungspositionen 01100 bis 01102, 01410 bis 01413, 01415, 01416, 01422, 01424, 01430, 01431, 01435, 01442 bis 01444, 01450, 01452, 01471, 01474, 01479, 01600 bis 01602, 01611, 01615, 01620 bis 01622, 01647, 01648, 01670 bis 01672, 01681, 01682, 30706, 37500, 37520, 37525, 37530, 37535, 37550, 37551, 37555, 37556, 37570, 37714, 37720, 37800 bis 37802 und 37804 und bei Vorliegen der entsprechenden Qualifikationsvoraussetzungen die Gebührenordnungspositionen 30810 und 30811, die Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 30.11 und 37.6 sowie die Gebührenordnungspositionen der Kapitel 35 und 40 berechnungsfähig.
8. Für Fachpsychotherapeuten für Neuropsychologische Psychotherapie sind außer den Gebührenordnungspositionen des Kapitels 23 - mit Ausnahme der Gebührenordnungsposition 23220 - nur die Gebührenordnungspositionen 01100 bis 01102, 01410 bis 01413, 01415, 01416, 01422, 01424, 01430, 01431, 01435, 01442 bis 01444, 01450, 01452, 01471, 01474, 01479, 01600 bis 01602, 01611, 01615, 01620 bis 01622, 01647, 01648, 01670 bis 01672, 01681, 01682, 30810, 30811, 37714, 37720, 40110, 40111, 40128 und 40142 und die Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 30.11 berechnungsfähig.

9. Werden die in den Grundpauschalen enthaltenen Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen 01600 und 01601 durchgeführt, sind für die Versendung bzw. den Transport die Kostenpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 40110 und 40111 berechnungsfähig.

23.2 Psychotherapeutische Grundpauschalen

Grundpauschale für ärztliche und Psychologische Psychotherapeuten sowie Fachpsychotherapeuten für Erwachsene und Fachpsychotherapeuten für Neuropsychologische Psychotherapie

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt und/oder Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Weitere persönliche oder andere Arzt-Patienten-Kontakte gemäß 4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen,
- Ärztlicher Bericht entsprechend der Gebührenordnungsposition 01600,
- Individueller Arztbrief entsprechend der Gebührenordnungsposition 01601,
- Beratung und Behandlung bis zu 10 Minuten Dauer,
- In Anhang 1 aufgeführte Leistungen,

einmal im Behandlungsfall

23210	für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr	7,64 € 60 Punkte
23211	für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr	10,06 € 79 Punkte
23212	für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres	9,30 € 73 Punkte

Die Gebührenordnungspositionen 23210 bis 23212 sind nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01436 und 23214 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungspositionen 23210 bis 23212 sind im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01600 und 01601 berechnungsfähig.

23214	**Grundpauschale für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Fachpsychotherapeuten für Kinder und Jugendliche sowie ärztliche und Psychologische Psychotherapeuten gemäß der ersten Anmerkung** *Obligater Leistungsinhalt* - Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt und/oder Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä,	37,33 € 293 Punkte

- Bei Säuglingen, Kleinkindern, Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen bei Therapien, die vor dem vollendeten 21. Lebensjahr begonnen wurden,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Weitere persönliche oder andere Arzt-Patienten-Kontakte gemäß 4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen,
- Ärztlicher Bericht entsprechend der Gebührenordnungsposition 01600,
- Individueller Arztbrief entsprechend der Gebührenordnungsposition 01601,
- Beratung und Behandlung bis zu 10 Minuten Dauer,
- In Anhang 1 aufgeführte Leistungen,
- Intensive Beratung zu den therapeutischen, familiären, sozialen oder beruflichen bzw. schulischen Auswirkungen und deren Bewältigung,

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 23214 ist nur von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, ärztlichen Kinder- und Jugendpsychotherapeuten, Fachpsychotherapeuten für Kinder und Jugendliche sowie ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeuten, die die Voraussetzungen nach § 3 Abs. 2 oder 4, § 4 Abs. 2 oder 4 oder § 5 Abs. 2 der Psychotherapie-Vereinbarung erfüllen und über eine entsprechende Abrechnungsgenehmigung ihrer Kassenärztlichen Vereinigung verfügen, berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 23214 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 23210 bis 23212 berechnungsfähig.

23215 **Hygienezuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 23210 bis 23212 und 23214,** — 0,25 € / 2 Punkte

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 23215 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.

23216 **Zuschlag für die psychotherapeutische Grundversorgung** gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.8 zu den Gebührenordnungspositionen 23210 bis 23212 und 23214, — 21,66 € / 170 Punkte

einmal im Behandlungsfall

Der Zuschlag nach der Gebührenordnungsposition 23216 kann gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.8 ausschließlich in Behandlungsfällen abgerechnet werden, in denen nur Leistungen der fachärztlichen Grundversorgung gemäß Anhang 3 und/oder regionaler Vereinbarungen erbracht und berechnet werden.

23218 **Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 23216,** — 5,86 € / 46 Punkte

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 23218 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.

23228 **Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 23210 bis 23212 für die Behandlung aufgrund einer TSS-Vermittlung und/oder Vermittlung durch den Hausarzt gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.10.1, 4.3.10.2 oder 4.3.10.3,**

einmal im Arztgruppenfall

Die Gebührenordnungsposition 23228 kann durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt werden.
Die Gebührenordnungsposition 23228 ist im Arztgruppenfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 01710 berechnungsfähig.

23229 **Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 23214 für die Behandlung aufgrund einer TSS-Vermittlung und/oder Vermittlung durch den Hausarzt gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.10.1, 4.3.10.2 oder 4.3.10.3,**

einmal im Arztgruppenfall

Die Gebührenordnungsposition 23229 kann durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt werden.
Die Gebührenordnungsposition 23229 ist im Arztgruppenfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 01710 berechnungsfähig.

23.3 Therapeutische Gebührenordnungsposition

23220 **Psychotherapeutisches Gespräch als Einzelbehandlung** 19,62 € / 154 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Dauer mindestens 10 Minuten,
- Einzelbehandlung,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Syndrombezogene therapeutische Intervention,
- Krisenintervention,
- Anleitung der Bezugsperson(en),

je vollendete 10 Minuten, höchstens 15-mal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 23220 ist auch bei Durchführung der Leistung im Rahmen einer Videosprechstunde berechnungsfähig und dies durch Angabe einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung zu dokumentieren. Für die Abrechnung gelten die Anforderungen gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä entsprechend.
Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 23220 im Zusammenhang mit der Versorgung gemäß den Leistungen der Abschnitte 37.5 (KSVPsych-RL) und 37.6 (KJ-KSVPsych-RL) ist durch Angabe einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung zu dokumentieren. Im Zusammenhang mit Leistungen des Abschnitts 37.5 ist die Gebührenordnungsposition 23220 höchstens 20-mal im Behandlungsfall berechnungsfähig. Im Zusammenhang mit Leistungen des Abschnitts 37.6 ist die Gebührenordnungsposition 23220 höchstens 25-mal im Behandlungsfall, davon bis zu 5-mal auch mit relevanten Bezugspersonen ohne Anwesenheit des Patienten, berechnungsfähig.

Bei der Nebeneinanderberechnung der Gebührenordnungspositionen 23210 bis 23212, 23214 und 23220 ist eine Gesprächsdauer von mindestens 20 Minuten Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 23220.
Bei der Nebeneinanderberechnung der Gebührenordnungspositionen 35111 bis 35113, 35120 und 23220 ist jeweils eine mindestens 10 Minuten längere Arzt-Patienten-Kontaktzeit als in den entsprechenden Gebührenordnungspositionen angegeben Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 23220.
Die Gebührenordnungsposition 23220 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 30930 bis 30933, 35100, 35110, 35130, 35131, 35140 bis 35142, 35150 bis 35152, 35163 bis 35169 und 35173 bis 35179 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 35.2 berechnungsfähig.

24 Radiologische Gebührenordnungspositionen

24.1 Präambel

1. Die in diesem Kapitel aufgeführten Gebührenordnungspositionen können ausschließlich von Fachärzten für Radiologie berechnet werden.
2. Außer den in diesem Kapitel genannten Gebührenordnungspositionen sind von den in der Präambel genannten Vertragsärzten - unbeschadet der Regelungen gemäß 5 und 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen - zusätzlich nachfolgende Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig: 01102, 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 01220 bis 01224, 01226, 01414, 01416, 01418, 01422, 01424, 01430, 01431, 01435, 01437, 01450, 01500 bis 01503, 01520 bis 01522, 01530, 01531, 01610, 01611, 01620, 01621, 01640, 01642, 01643, 01645, 01647, 01648, 01670 bis 01672, 01681, 01682, 01747, 01748, 01750 bis 01755, 01758, 01759, 01871, 01872, 01878 bis 01881, 02100, 02101, 02200, 02300, 02310, 02320, 02323, 02330, 02340, 02341, 02343 und 02344.
3. Außer den in diesem Kapitel genannten Gebührenordnungspositionen sind bei Vorliegen der entsprechenden Qualifikationsvoraussetzungen von den in der Präambel genannten Vertragsärzten - unbeschadet der Regelungen gemäß 5 und 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen - zusätzlich nachfolgende Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig: 30810, 30811 und 36884, Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 30.2.2, 30.12, 31.2.2, 31.2.3, 31.2.4, 31.2.5, 31.2.6, 31.2.7, 31.2.8, 31.2.9, 31.2.10, 31.2.11, 31.2.12, 31.2.13, 31.2.19, 31.2.20, 31.3, 31.4.3, 31.5, 31.6, 31.8, 36.2.2, 36.2.3, 36.2.4, 36.2.5, 36.2.6, 36.2.7, 36.2.8, 36.2.9, 36.2.10, 36.2.11, 36.2.12, 36.2.13, 36.3, 36.5, 36.6.2 und 37.3 sowie Gebührenordnungspositionen der Kapitel 32, 33, 34, 35 und 40.
4. Bei der Berechnung der zusätzlichen Gebührenordnungspositionen in den Nummern 2 und 3 sind die Maßnahmen zur Qualitätssicherung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V, die berufsrechtliche Verpflichtung zur

grundsätzlichen Beschränkung auf das jeweilige Gebiet sowie die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zu beachten.

5. In den Gebührenordnungspositionen dieses Kapitels sind die Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen 01600 bis 01602 enthalten.
6. Werden die in den Konsiliarpauschalen enthaltenen Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen 01600 und 01601 durchgeführt, sind für die Versendung bzw. den Transport die Kostenpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 40110 und 40111 berechnungsfähig.
7. Die in der Präambel unter 1. aufgeführten Vertragsärzte können bei Vorliegen der entsprechenden Qualifikationsvoraussetzungen die arztgruppenspezifische Gebührenordnungsposition 08320 berechnen.

24.2 Radiologische Konsiliarpauschalen

Konsiliarpauschale

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Überprüfung der vorliegenden Indikation,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Veranlassung und Durchführung der radiologischen Untersuchung(en),
- Interpretation,
- In Anhang 1 aufgeführte Leistungen,

einmal im Behandlungsfall

24210	für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr	9,30 € 73 Punkte
24211	für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr	7,77 € 61 Punkte
24212	für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres	9,30 € 73 Punkte

Die Gebührenordnungspositionen 24211 und 24212 sind am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01871, 01872 und 01878 bis 01881 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungspositionen 24210 bis 24212 sind im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01600 bis 01602 berechnungsfähig.

24215	**Hygienezuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 24210 bis 24212,** einmal im Behandlungsfall	0,25 € 2 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 24215 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.

24228 **Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 24210 bis 24212 für die Behandlung aufgrund einer TSS-Vermittlung und/oder Vermittlung durch den Hausarzt gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.10.1, 4.3.10.2 oder 4.3.10.3,**

einmal im Arztgruppenfall

Die Gebührenordnungsposition 24228 kann durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt werden.
Die Gebührenordnungsposition 24228 ist im Arztgruppenfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 01710 berechnungsfähig.

25 Strahlentherapeutische Gebührenordnungspositionen

25.1 Präambel

1. Die in diesem Kapitel aufgeführten Gebührenordnungspositionen können ausschließlich von Fachärzten für Strahlentherapie und Vertragsärzten, die über eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung strahlentherapeutischer Leistungen gemäß der Vereinbarungen zur Strahlendiagnostik und -therapie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V verfügen, berechnet werden. Für Vertragsärzte, die über eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung strahlentherapeutischer Leistungen gemäß der Vereinbarungen zur Strahlendiagnostik und -therapie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V verfügen, sind die Gebührenordnungspositionen 25210, 25211 und 25213 nicht berechnungsfähig.
2. Außer den in diesem Kapitel genannten Gebührenordnungspositionen sind von den in der Präambel genannten Vertragsärzten - unbeschadet der Regelungen gemäß 5 und 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen - zusätzlich nachfolgende Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig: 01102, 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 01220 bis 01224, 01226, 01414, 01416, 01418, 01422, 01424 bis 01426, 01430, 01431, 01435, 01437, 01442 bis 01444, 01450, 01452, 01500 bis 01503, 01510 bis 01512, 01610, 01611, 01620 bis 01624, 01630, 01640, 01642, 01643, 01645, 01647, 01648, 01670 bis 01672, 01949 bis 01953, 01955, 01956, 01960, 02100, 02101, 02120, 02200, 02300, 02310, 02320, 02323, 02330, 02340, 02341 und 02344.
3. Außer den in diesem Kapitel genannten Gebührenordnungspositionen sind bei Vorliegen der entsprechenden Qualifikationsvoraussetzungen von den in der Präambel genannten Vertragsärzten - unbeschadet der Regelungen gemäß 5 und 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen - zusätzlich nachfolgende Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig: 30810, 30811, 33000 bis 33002, 33010 bis 33012, 33020 bis 33023, 33030, 33031, 33040 bis 33044, 33046, 33050 bis 33052, 33060 bis 33064, 33070 bis 33076, 33080, 33081, 33090 bis 33092, 33100 und 33105, Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 30.3.2, 30.12, 36.6.2 und 37.3 sowie Gebührenordnungspositionen der Kapitel 32, 34, 35 und 40.

4. Das Zielvolumen (klinische Zielvolumen) ist bei benignen und malignen Erkrankungen definiert als das Volumen, in dem ein definiertes Behandlungsziel (Gesamtdosis) unter Anwendung einer einheitlichen Bestrahlungstechnik und Energiedosis erreicht werden soll. Sollen in räumlich zusammenhängenden, unmittelbar nebeneinanderliegenden oder sich überlappenden Volumina unterschiedliche Energiedosen appliziert werden, so werden entsprechend unterschiedliche Zielvolumina festgelegt. Zielvolumina 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.

   Eine Bestrahlungssitzung umfasst eine oder mehrere Bestrahlungen, die in engem zeitlichen Zusammenhang (kleiner sechs Stunden) durchgeführt werden.

   Eine Bestrahlungsserie umfasst alle Bestrahlungssitzungen der Strahlenbehandlung eines Zielvolumens oder mehrerer onkologisch zusammenhängender Zielvolumina.
5. Je Bestrahlungssitzung sind höchstens drei Zielvolumina, je Behandlungstag höchstens zwei Bestrahlungssitzungen mit einem zeitlichen Intervall von mindestens sechs Stunden berechnungsfähig. Die Zeiten sind auf dem Behandlungsausweis zu dokumentieren. Abweichend von Satz 1 sind bei stereotaktischer Radiochirurgie nach der Gebührenordnungsposition 25323 je Bestrahlungssitzung mehr als drei Zielvolumina berechnungsfähig.
6. Die Gebührenordnungsposition 25316 ist grundsätzlich nur berechnungsfähig bei einer Mindestreferenzdosis von 0,5 Gy im Zielvolumen. Die Gebührenordnungsposition 25321 ist grundsätzlich nur berechnungsfähig bei einer Mindestreferenzdosis von 1,5 Gy im Zielvolumen. Muss diese Dosis bei der Gebührenordnungsposition 25316 oder 25321 im Einzelfall unterschritten werden, ist eine Begründung auf dem Behandlungsausweis erforderlich.
7. Die Gebührenordnungspositionen 25340 bis 25342, 25345 sowie die Gebührenordnungspositionen 34360 und 34460 können je Zielvolumen einer Bestrahlungsserie berechnet werden. Für dasselbe Zielvolumen ist nur eine der Gebührenordnungspositionen 25340 bis 25342 oder 25345 sowie nur eine der Gebührenordnungspositionen 34360 oder 34460 nebeneinander einmal berechnungsfähig. Eine mehrfache Berechnung dieser Gebührenordnungspositionen allein oder nebeneinander bei der Behandlung desselben Zielvolumens ist nur zulässig, wenn während der Behandlung wesentliche Änderungen der Bestrahlungsplanung durch Umstellung der Technik (Umstellung von Stehfeld- auf Pendeltechnik, von Photonen- auf Elektronenbestrahlung, Volumenreduktion bei Boostbestrahlung), aus strahlenbiologischen Gründen oder zur Anpassung an das Tumorvolumen bei Tumorprogression oder -regression notwendig werden. Abweichend von Satz 2 sind im Zusammenhang mit der stereotaktischen Radiochirurgie (Gebührenordnungsposition 25348)

für dasselbe Zielvolumen die Gebührenordnungspositionen 34360 und 34460 jeweils berechnungsfähig.

8. Radiologisch-diagnostische Verfahren des Kapitels 34 zur Bestrahlungsplanung nach den Gebührenordnungspositionen 34360 und 34460 können unter laufender Strahlentherapie neben den Gebührenordnungspositionen dieses Kapitels nicht berechnet werden. Abweichend hiervon ist im Rahmen einer laufenden interstitiellen LDR-Brachytherapie beim lokal begrenzten Prostatakarzinom mit niedrigem Risikoprofil gemäß Nr. 35 der Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses eine Berechnung der Gebührenordnungspositionen 34360 und 34460 im Zusammenhang mit der Postimplantationskontrolle und Nachplanung nach der Gebührenordnungsposition 25336 zulässig.
9. Bei der Berechnung der zusätzlichen Gebührenordnungspositionen in den Nummern 2 und 3 sind die Maßnahmen zur Qualitätssicherung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V, die berufsrechtliche Verpflichtung zur grundsätzlichen Beschränkung auf das jeweilige Gebiet sowie die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zu beachten.
10. In den Gebührenordnungspositionen dieses Kapitels sind die Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen 01600 bis 01602 enthalten.
11. Werden die in den Konsiliarpauschalen enthaltenen Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen 01600 und 01601 durchgeführt, sind für die Versendung bzw. den Transport die Kostenpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 40110 und 40111 berechnungsfähig.
12. Die im Zusammenhang mit den strahlentherapeutischen Gebührenordnungspositionen entstehenden Sachkosten sind mit Ausnahme der Gebührenordnungsposition 40580 nicht gesondert berechnungsfähig, sondern Bestandteil der in Kapitel 25 genannten Gebührenordnungspositionen.
13. Die in der Präambel unter 1. aufgeführten Vertragsärzte können die arztgruppenspezifische Gebührenordnungsposition 08619 berechnen.

25.2 Strahlentherapeutische Konsiliarpauschalen

25210 **Konsiliarpauschale bei gutartiger Erkrankung** 41,02 €
322 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Sichtung, Wertung und Erörterung von Fremdbefunden,
- Situationsentsprechende Untersuchung,
- Patientenaufklärung,
- Überprüfung der vorliegenden Indikation,
- Regelmäßige Verlaufskontrolle des Bestrahlungsverlaufs,
- Ärztlicher Bericht entsprechend der Gebührenordnungsposition 01600,

- Individueller Arztbrief entsprechend der Gebührenordnungsposition 01601,
- In Anhang 1 aufgeführte Leistungen,

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 25210 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01600 bis 01602, 25211 und 25214 berechnungsfähig.

25211 **Konsiliarpauschale bei bösartiger Erkrankung oder bei raumfordernden Prozessen des zentralen Nervensystems** 132,63 € 1041 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Sichtung, Wertung und Erörterung von Fremdbefunden,
- Situationsentsprechende Untersuchung,
- Patientenaufklärung,
- Überprüfung der vorliegenden Indikation,
- Regelmäßige Verlaufskontrolle des Bestrahlungsverlaufs,
- Ärztlicher Bericht entsprechend der Gebührenordnungsposition 01600,
- Individueller Arztbrief entsprechend der Gebührenordnungsposition 01601,
- In Anhang 1 aufgeführte Leistungen,

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 25211 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01600 bis 01602, 25210 und 25214 berechnungsfähig.

25213 **Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 25211 bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern,** 196,46 € 1542 Punkte

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 25213 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01600 bis 01602 berechnungsfähig.

25214 **Konsiliarpauschale nach strahlentherapeutischer Behandlung gemäß Richtlinie nach der Verordnung über den Schutz vor Schäden durch ionisierende Strahlen (Strahlenschutzverordnung)** 32,74 € 257 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt und/oder Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Geeignete Nachuntersuchung(en),
- Dokumentation(en),
- Einleitung einer geeigneten Behandlung,

- Ärztlicher Bericht entsprechend der Gebührenordnungsposition 01600,
- Individueller Arztbrief entsprechend der Gebührenordnungsposition 01601,
- In Anhang 1 aufgeführte Leistungen,

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 25214 ist innerhalb der ersten 4 Quartale nach Beendigung der Strahlenbehandlung insgesamt bis zu dreimal berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 25214 ist mit Beginn des zweiten Jahres nach Beendigung der Strahlenbehandlung für weitere 4 Jahre einmal im Krankheitsfall berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 25214 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01600 bis 01602, 25210 und 25211 berechnungsfähig.

25215 **Hygienezuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 25210, 25211 und 25214,** 0,25 € / 2 Punkte

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 25215 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.

25228 **Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 25210 bei gutartiger Erkrankung für die Behandlung aufgrund einer TSS-Vermittlung und/oder Vermittlung durch den Hausarzt gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.10.1, 4.3.10.2 oder 4.3.10.3,**

einmal im Arztgruppenfall

Die Gebührenordnungsposition 25228 kann durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt werden.
Die Gebührenordnungsposition 25228 ist im Arztgruppenfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 01710 berechnungsfähig.

25229 **Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 25211 bei bösartiger Erkrankung oder bei raumfordernden Prozessen des zentralen Nervensystems für die Behandlung aufgrund einer TSS-Vermittlung und/oder Vermittlung durch den Hausarzt gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.10.1, 4.3.10.2 oder 4.3.10.3,**

einmal im Arztgruppenfall

Die Gebührenordnungsposition 25229 kann durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt werden.
Die Gebührenordnungsposition 25229 ist im Arztgruppenfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 01710 berechnungsfähig.

25230 **Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 25214 nach strahlentherapeutischer Behandlung für die Behandlung aufgrund**

einer TSS-Vermittlung und/oder Vermittlung durch den Hausarzt gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.10.1, 4.3.10.2 oder 4.3.10.3,

einmal im Arztgruppenfall

Die Gebührenordnungsposition 25230 kann durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt werden.
Die Gebührenordnungsposition 25230 ist im Arztgruppenfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 01710 berechnungsfähig.

25.3 Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen

25.3.1 Therapie gutartiger Erkrankungen mittels Weichstrahl- oder Orthovolttherapie

25310 **Weichstrahl- oder Orthovolttherapie** — 14,65 € / 115 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Therapie gutartiger und/oder bösartiger Erkrankungen mittels Weichstrahl- oder Orthovolttherapie,

je Behandlungstag

Die Gebührenordnungspositionen 25341 und 25342 sind zum Zweck einer Weichstrahl- oder Orthovolttherapie gemäß der Gebührenordnungsposition 25310 nicht berechnungsfähig.

25.3.2 Hochvolttherapie (mindestens 1 MeV)

25316 **Bestrahlung mit einem Linearbeschleuniger bei gutartigen Erkrankungen** — 56,06 € / 440 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Bestrahlung mit Linearbeschleuniger,
- Überwachung und Kontrolle während der Bestrahlung,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Bestrahlung mit bildgestützter Einstellung (IGRT),

für das erste Zielvolumen, je Bestrahlungssitzung

Die Gebührenordnungsposition 25316 ist einmal am Behandlungstag berechnungsfähig, mit besonderer Begründung zweimal.
Entgegen 4.3.2 der Allgemeinen Bestimmungen kann die Gebührenordnungsposition 25316 auch dann berechnet werden, wenn die Arztpraxis nicht über die Möglichkeit zur Durchführung von Bestrahlung mit bildgestützter Einstellung (IGRT) verfügt.

25317 **Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 25316 für die Bestrahlung von mehr als einem Zielvolumen,** — 25,99 € / 204 Punkte

je weiterem Zielvolumen, je Bestrahlungssitzung

25321 **Bestrahlung mit einem Linearbeschleuniger bei bösartigen Erkrankungen oder bei raumfordernden Prozessen des zentralen Nervensystems** — 122,31 € / 960 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Bestrahlung mit Linearbeschleuniger,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Bestrahlung von mehr als zwei Bestrahlungsfeldern,
- Bestrahlung in 3-D-Technik,
- Bestrahlung mit bildgestützter Einstellung (IGRT),
- Anwendung von intensitätsmodulierter Radiotherapie (IMRT),
- Anwendung von fraktionierter Stereotaxie,
- Überwachung und Kontrolle während der Bestrahlung,

für das erste Zielvolumen, je Bestrahlungssitzung

Die Angabe der Diagnose nach ICD-10-GM ist Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 25321.
Die Gebührenordnungsposition 25321 ist nur bei Vorliegen einer bösartigen Erkrankung (ICD-10-Kodes C00-C97 Bösartige Neubildungen, D00-D09 In-situ-Neubildungen) oder mindestens einer der im Folgenden genannten gutartigen Neubildungen berechnungsfähig: D18.02 Hämangiom: intrakraniell, D32.- Gutartige Neubildung der Meningen, D33.- Gutartige Neubildung des Gehirns und anderer Teile des Zentralnervensystems, D35.2 Gutartige Neubildung: Hypophyse, D35.3 Gutartige Neubildung: Ductus craniopharyngealis, D35.4 Gutartige Neubildung: Epiphyse [Glandula pinealis] [Zirbeldrüse], D42.- Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens der Meningen, D43.- Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens des Gehirns und des Zentralnervensystems, D44.3 Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens: Hypophyse, D44.4 Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens: Ductus craniopharyngealis und D44.5 Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens: Epiphyse [Glandula pinealis] [Zirbeldrüse]
Die Gebührenordnungsposition 25321 ist einmal am Behandlungstag berechnungsfähig, mit besonderer Begründung zweimal.
Entgegen 4.3.2 der Allgemeinen Bestimmungen kann die Gebührenordnungsposition 25321 auch dann berechnet werden, wenn die Arztpraxis nicht über die Möglichkeit zur Durchführung von Bestrahlung mit bildgestützter Einstellung (IGRT) und/oder der Anwendung von intensitätsmodulierter Radiotherapie (IMRT) und/oder der Anwendung von fraktionierter Stereotaxie verfügt.

25322 **Einzeitige stereotaktische Radiochirurgie (SRS) gemäß Nr. 40 und/oder Nr. 41 der Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses (MVVRL)** 1.387,94 € 10894 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Einzeitige stereotaktische Radiochirurgie (SRS) mit Linearbeschleuniger

oder

- Einzeitige stereotaktische Radiochirurgie (SRS) mit Kobalt-60-Gamma-Strahlungsquellen,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Überwachung und Kontrolle während der Bestrahlung,
- Radiochirurgische Behandlung von Lokalrezidiven innerhalb desselben Krankheitsfalls nach Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 25322, bei denen eine Behandlung gemäß der Gebührenordnungsposition 25322 indiziert ist,

für das erste Zielvolumen

Die Gebührenordnungsposition 25322 ist einmal im Krankheitsfall berechnungsfähig.
Treten nach erfolgter primärer radiochirurgischer Behandlung interventionsbedürftige neue Hirnmetastasen oder Vestibularisschwannome gemäß Nr. 40 und/oder Nr. 41 der Anlage I der MVV-RL auf, bei denen es sich nicht um Lokalrezidive handelt, so ist die Gebührenordnungspositon 25322 erneut im selben Krankheitsfall für das erste Zielvolumen berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 25322 ist auch berechnungsfähig bei einer Verteilung der Strahlendosis im Rahmen der stereotaktischen Radiochirurgie auf bis zu fünf Sitzungen. Die Durchführung der Leistung in mehreren Sitzungen setzt eine ausführliche Begründung der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall voraus.

25323 **Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 25322 für die stereotaktische Radiochirurgie (SRS) von mehr als einem Zielvolumen,** 346,92 € 2723 Punkte

je weiterem Zielvolumen

25324 **Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 25321 für die Bestrahlung von mehr als einem Zielvolumen,** 30,70 € 241 Punkte

je weiterem Zielvolumen, je Bestrahlungssitzung

25328 **Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 25321 bei Überschreitung der Einzeldosis ≥ 2,5 Gy,** 61,15 € 480 Punkte

je Bestrahlungssitzung

Die Gebührenordnungsposition 25328 ist einmal am Behandlungstag berechnungsfähig, mit besonderer Begründung zweimal.

25329 **Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 25321 für die Bestrahlung von Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern,** 39,88 € 313 Punkte

je Bestrahlungssitzung

Die Gebührenordnungsposition 25329 ist einmal am Behandlungstag berechnungsfähig, mit besonderer Begründung zweimal.

25.3.3 Brachytherapie

1. Bestrahlungsplanungen für Leistungen der Brachytherapie dieses Abschnittes sind nicht gesondert berechnungsfähig.

2. Die Gebührenordnungspositionen 25335 und 25336 zur Low-Dose-Rate-Brachytherapie (LDR-Brachytherapie) sind gemäß Nr. 35 der Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses nur bei Patienten mit lokal begrenztem Prostatakarzinom mit niedrigem Risikoprofil berechnungsfähig.
3. Die Gebührenordnungspositionen 25335 und 25336 können ausschließlich von Fachärzten für Strahlentherapie und Fachärzten für Urologie berechnet werden, die über die von der Genehmigungsbehörde für die Anwendung der LDR-Brachytherapie zugrunde gelegte erforderliche Fachkunde gemäß Richtlinie Strahlenschutz in der Medizin verfügen.
4. Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 25335 und 25336 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V für die Behandlung mit interstitieller LDR-Brachytherapie beim lokal begrenzten Prostatakarzinom mit niedrigem Risikoprofil des Gemeinsamen Bundesausschusses voraus.
5. Für die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 25335 und 25336 zur LDR-Brachytherapie gelten, abweichend von der Präambel 25.1 Nr. 1, die Anforderungen der Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V für die Behandlung mit interstitieller LDR-Brachytherapie beim lokal begrenzten Prostatakarzinom mit niedrigem Risikoprofil des Gemeinsamen Bundesausschusses.

25330 **Moulagen- oder Flabtherapie** 175,05 €
1374 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Brachytherapie mit umschlossenen Radionukliden an äußeren oder inneren Körperoberflächen (Moulagen- oder Flabtherapie),
- Bestrahlungsplanung(en),

je Behandlungstag

25331 **Intrakavitäre/Intraluminale Brachytherapie** 901,64 €
7077 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Intrakavitäre/Intraluminale Brachytherapie mit umschlossenen Radionukliden - ausgenommen Gefäße -
  - in vorgeformten Körperhöhlen
  und/oder
  - in schlauchförmigen Organen (z. B. Ösophagus)
  und/oder
  - Gängen,
- Bestrahlungsplanung(en),

je Behandlungstag

Die Gebührenordnungsposition 25331 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 25332 und 25333 berechnungsfähig.

25332 **Intrakavitäre vaginale Brachytherapie** 542,10 €
4255 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Intrakavitäre vaginale Brachytherapie mit umschlossenen Radionukliden,
- Bestrahlungsplanung(en),

je Behandlungstag

Die Gebührenordnungsposition 25332 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 25331 berechnungsfähig.

25333 **Interstitielle Brachytherapie** im Afterloading-Verfahren 901,64 €
7077 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Interstitielle Brachytherapie im Afterloading-Verfahren,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Bestrahlungsplanung(en),

je Behandlungstag

Die Gebührenordnungsposition 25333 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 25331 berechnungsfähig.

25335 **Interstitielle LDR-Brachytherapie mit permanenter Seed-Implantation zur Behandlung von Patienten mit lokal begrenztem Prostatakarzinom gemäß Nr. 35 der Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses** 1.074,27 €
8432 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Interstitielle Brachytherapie im LDR-Verfahren,
- Bestrahlungsplanung(en),
- Information über die Notwendigkeit der Durchführung der Untersuchungen zur Postimplantationskontrolle,

einmal im Krankheitsfall

Eine zweifache Berechnung der Gebührenordnungsposition 25335 im Krankheitsfall ist mit ausführlicher Begründung der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall zulässig.
Haben an der Durchführung der Leistung nach der Gebührenordnungsposition 25335 mehrere Ärzte mitgewirkt, so hat der die Gebührenordnungsposition 25335 abrechnende Arzt in seiner Quartalsabrechnung zu bestätigen, dass er mit den anderen Ärzten eine Vereinbarung darüber getroffen hat, wonach nur er allein in den jeweiligen Fällen diese Leistung abrechnet.
Die Gebührenordnungsposition 25335 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 25336 berechnungsfähig.

25336 **Postimplantationskontrolle und Nachplanung zur interstitiellen LDR-Brachytherapie mit permanenter Seed-Implantation zur Behandlung von Patienten mit lokal begrenztem Prostatakarzinom** 128,30 €
1007 Punkte

gemäß Nr. 35 der Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses,

einmal im Krankheitsfall

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 25336 setzt das Vorliegen eines Bestrahlungsplanungs-CT oder -MRT voraus.
Eine zweifache Berechnung der Gebührenordnungsposition 25336 im Krankheitsfall ist mit ausführlicher Begründung der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall zulässig.
Die Gebührenordnungsposition 25336 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 25335 berechnungsfähig.

25.3.4 Bestrahlungsplanung

25340 **Bestrahlungsplanung für die perkutane Bestrahlung** ohne Rechnerunterstützung und individuelle Dosisplanung — 15,29 € / 120 Punkte

Fakultativer Leistungsinhalt

- Simulation(en)

Die Gebührenordnungsposition 25340 ist nicht berechnungsfähig, wenn im Zeitraum der letzten drei Quartale unter Einschluss des aktuellen Quartals die Leistung gemäß der Gebührenordnungsposition 25348 in derselben Arztpraxis für dasselbe Zielvolumen durchgeführt wurde.
Die Gebührenordnungsposition 25340 ist im Behandlungsfall für dasselbe Zielvolumen nicht neben den Gebührenordnungspositionen 25341, 25342 und 25345 berechnungsfähig.

25341 **Rechnerunterstützte Bestrahlungsplanung** für die perkutane Bestrahlung mit individueller Dosisplanung — 441,20 € / 3463 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Ärztliche Definition der Zielvolumina und der Risikobereiche,
- Physikalische Bestrahlungsplanung,
- Autorisierung des Bestrahlungsplans

Fakultativer Leistungsinhalt

- Simulation(en)

Die Gebührenordnungsposition 25341 ist zum Zweck einer Weichstrahl- oder Orthovolttherapie gemäß der Gebührenordnungsposition 25310 nicht berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 25341 ist nicht berechnungsfähig, wenn im Zeitraum der letzten drei Quartale unter Einschluss des aktuellen Quartals die Leistung gemäß der Gebührenordnungsposition 25348 in derselben Arztpraxis für dasselbe Zielvolumen durchgeführt wurde.
Die Gebührenordnungsposition 25341 ist im Behandlungsfall für dasselbe Zielvolumen nicht neben den Gebührenordnungspositionen 25340 und 25342 berechnungsfähig.

25342 **Rechnerunterstützte Bestrahlungsplanung** für die perkutane Bestrahlung mit individueller Dosisplanung **für irreguläre Felder mit individuellen Blöcken, Viellamellenkollimator, nicht koplanaren Feldern und/oder 3-D-Planung** — 604,40 € / 4744 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Ärztliche Definition der Zielvolumina und der Risikobereiche,
- Physikalische Bestrahlungsplanung,
- Autorisierung des Bestrahlungsplans

Fakultativer Leistungsinhalt

- Simulation(en)

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 25342 setzt das Vorliegen eines Bestrahlungsplanungs-CT oder -MRT voraus.
Die Gebührenordnungsposition 25342 ist zum Zweck einer Weichstrahl- oder Orthovolttherapie gemäß der Gebührenordnungsposition 25310 nicht berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 25342 ist nicht berechnungsfähig, wenn im Zeitraum der letzten drei Quartale unter Einschluss des aktuellen Quartals die Leistung gemäß der Gebührenordnungsposition 25348 in derselben Arztpraxis für dasselbe Zielvolumen durchgeführt wurde.
Die Gebührenordnungsposition 25342 ist im Behandlungsfall für dasselbe Zielvolumen nicht neben den Gebührenordnungspositionen 25340 und 25341 berechnungsfähig.

25343 **Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 25342 für die rechnerunterstützte Hochpräzisionsbestrahlungsplanung (IMRT und/oder fraktionierte Stereotaxie),** — 158,62 € / 1245 Punkte

je Bestrahlungsserie

25345 **Rechnerunterstützte Bestrahlungsplanung für die perkutane Bestrahlung mit individueller Dosisplanung bei Weichstrahl- oder Orthovolttherapie** — 134,28 € / 1054 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 25345 ist im Behandlungsfall für dasselbe Zielvolumen nicht neben der Gebührenordnungsposition 25340 berechnungsfähig.

25348 **Rechnerunterstützte Bestrahlungsplanung für die stereotaktische Radiochirurgie nach der Gebührenordnungsposition 25322** — 4.048,01 € / 31773 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Ärztliche Definition der Zielvolumina und der Risikobereiche,
- Physikalische Bestrahlungsplanung,
- Autorisierung des Bestrahlungsplans,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Bestrahlungsplanung mehrerer Metastasen,
- Bestrahlungsplanung für die radiochirurgische Behandlung von Lokalrezidiven innerhalb desselben Krankheitsfalls nach Durchführung der Leistung entsprechend der

Gebührenordnungsposition 25322, bei denen eine Behandlung gemäß der Gebührenordnungsposition 25322 indiziert ist,

einmal im Krankheitsfall

Treten nach erfolgter primärer radiochirurgischer Behandlung interventionsbedürftige neue Hirnmetastasen oder Vestibularisschwannome gemäß Nr. 40 und/oder Nr. 41 der Anlage I der MVV-RL auf, bei denen es sich nicht um Lokalrezidive handelt, so ist die Gebührenordnungsposition 25348 erneut im selben Krankheitsfall berechnungsfähig.
Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 25348 setzt das Vorliegen eines Bestrahlungsplanungs-CT und/oder -MRT voraus. Abweichend von Satz 2 der Nr. 7 der Präambel 25.1 sind im Zusammenhang mit der stereotaktischen Radiochirurgie für dasselbe Zielvolumen die Gebührenordnungspositionen 34360 und 34460 jeweils berechnungsfähig.

26 Urologische Gebührenordnungspositionen

26.1 Präambel

1. Die in diesem Kapitel aufgeführten Gebührenordnungspositionen können ausschließlich von Fachärzten für Urologie berechnet werden.
2. Außer den in diesem Kapitel genannten Gebührenordnungspositionen sind von den in der Präambel genannten Vertragsärzten - unbeschadet der Regelungen gemäß 5 und 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen - zusätzlich nachfolgende Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig: 01100 bis 01102, 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 01220 bis 01224, 01226, 01320 bis 01323, 01410 bis 01416, 01418, 01420, 01422, 01424 bis 01426, 01430, 01431, 01435 bis 01437, 01440, 01442 bis 01444, 01450, 01452, 01478, 01482, 01500 bis 01503, 01510 bis 01512, 01600 bis 01602, 01610 bis 01612, 01615, 01620 bis 01624, 01626, 01630, 01640, 01642, 01643, 01645, 01647, 01648, 01670 bis 01672, 01681, 01682, 01701, 01731, 01737, 01740, 01747, 01748, 01783, 01800, 01802 bis 01804, 01806 bis 01811, 01820, 01821, 01823, 01824, 01850, 01851, 01853, 01854, 01857, 01858, 01949 bis 01953, 01955, 01956, 01960, 02100, 02101, 02110 bis 02112, 02120, 02200, 02300 bis 02302, 02310, 02314, 02320 bis 02323, 02330, 02331, 02340, 02341, 02344, 02360, 02510 bis 02512 und 30706.
3. Außer den in diesem Kapitel genannten Gebührenordnungspositionen sind bei Vorliegen der entsprechenden Qualifikationsvoraussetzungen von den in der Präambel genannten Vertragsärzten - unbeschadet der Regelungen gemäß 5 und 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen - zusätzlich nachfolgende Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig: 01474, 01479, 01920 bis 01922, 30400 bis 30402, 30410, 30411, 30420, 30421, 30700 bis 30705, 30708, 30780 bis 30782, 33000 bis 33002, 33010 bis 33012, 33020 bis 33023, 33030, 33031, 33040 bis 33044, 33046, 33050 bis 33052, 33060 bis 33064, 33070 bis 33076, 33080, 33081, 33090 bis 33092, 33100, 33105, 36884, 37100, 37102, 37113,

37120, 37800 bis 37802 und 37804, Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 30.1, 30.2.1, 30.3.1, 30.5, 30.6, 30.7.2, 30.8, 30.12, 30.13, 31.2, 31.3, 31.4.3, 31.5, 31.6, 31.8, 36.2, 36.3, 36.5, 36.6.2, 37.3 und 37.4 sowie Gebührenordnungspositionen der Kapitel 32, 34, 35, 38 und 40.

4. Neben den in diesem Kapitel genannten Gebührenordnungspositionen sind bei Vorliegen der entsprechenden Qualifikationsvoraussetzungen von den in der Präambel genannten Vertragsärzten zusätzlich die Gebührenordnungspositionen 19310, 19312 und 19319 berechnungsfähig.
5. Bei der Berechnung der zusätzlichen Gebührenordnungspositionen in den Nummern 2 und 3 sind die Maßnahmen zur Qualitätssicherung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V, die berufsrechtliche Verpflichtung zur grundsätzlichen Beschränkung auf das jeweilige Gebiet sowie die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zu beachten.
6. Werden die in den Grundpauschalen enthaltenen Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen 01600 und 01601 durchgeführt, sind für die Versendung bzw. den Transport die Kostenpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 40110 und 40111 berechnungsfähig.
7. Die in der Präambel unter 1. aufgeführten Vertragsärzte können die arztgruppenspezifischen Gebührenordnungspositionen nach den Nrn. 08619, 08621, 08623, 08640, 08641, 08645, 08647 und 08648 berechnen.
8. Neben den in diesem Kapitel genannten Gebührenordnungspositionen sind von den in der Präambel genannten Vertragsärzten zusätzlich die Gebührenordnungspositionen 25335 und 25336 berechnungsfähig. Diese Vertragsärzte können die Gebührenordnungspositionen 25335 und 25336 berechnen, wenn sie über die für die Anwendung der LDR-Brachytherapie erforderliche Fachkunde gemäß Richtlinie Strahlenschutz in der Medizin verfügen. Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 25335 und 25336 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V für die Behandlung mit interstitieller LDR-Brachytherapie beim lokal begrenzten Prostatakarzinom mit niedrigem Risikoprofil des Gemeinsamen Bundesausschusses voraus.

26.2 Urologische Grundpauschalen

Grundpauschale

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt und/oder Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Weitere persönliche oder andere Arzt-Patienten-Kontakte gemäß 4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen,

- Ärztlicher Bericht entsprechend der Gebührenordnungsposition 01600,
- Individueller Arztbrief entsprechend der Gebührenordnungsposition 01601,
- In Anhang 1 aufgeführte Leistungen,

einmal im Behandlungsfall

26210	für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr	20,77 € 163 Punkte
26211	für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr	21,66 € 170 Punkte
26212	für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres	25,48 € 200 Punkte

Die Gebührenordnungspositionen 26210 bis 26212 sind nicht neben der Gebührenordnungsposition 01436 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungspositionen 26210 bis 26212 sind im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01600 und 01601 berechnungsfähig.

26215 **Hygienezuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 26210 bis 26212,** 0,25 €
2 Punkte

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 26215 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.

26220 **Zuschlag für die urologische Grundversorgung** gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.8 zu den Gebührenordnungspositionen 26210 bis 26212, 4,46 €
35 Punkte

einmal im Behandlungsfall

Der Zuschlag nach der Gebührenordnungsposition 26220 kann gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.8 ausschließlich in Behandlungsfällen abgerechnet werden, in denen nur Leistungen der fachärztlichen Grundversorgung gemäß Anhang 3 und/oder regionaler Vereinbarungen erbracht und berechnet werden.

26222 **Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 26220,** 1,15 €
9 Punkte

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 26222 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.

26227 **Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 26210 bis 26212,** 0,25 €
2 Punkte

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 26227 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.

Die Gebührenordnungsposition 26227 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 01630 berechnungsfähig.

26228 **Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 26210 bis 26212 für die Behandlung aufgrund einer TSS-Vermittlung und/oder Vermittlung durch den Hausarzt gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.10.1, 4.3.10.2 oder 4.3.10.3,**

einmal im Arztgruppenfall

Die Gebührenordnungsposition 26228 kann durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt werden.
Die Gebührenordnungsposition 26228 ist im Arztgruppenfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 01710 berechnungsfähig.

26.3 Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen

26310 **Urethro(-zysto)skopie des Mannes oder gemäß den Vorgaben der Allgemeinen Bestimmungen 4.2.1** 95,17 € 747 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Urethro(-zysto)skopie des Mannes mit starrem Endoskop

und/oder

- Urethro(-zysto)skopie des Mannes mit flexiblem Endoskop,
- Patientenaufklärung zur Untersuchung und zu den möglichen therapeutischen Maßnahmen in derselben Sitzung in angemessenem Zeitabstand vor dem Eingriff,
- Information zum Ablauf der vorbereitenden Maßnahmen vor dem Eingriff und zu einer möglichen Sedierung und/oder Prämedikation,
- Nachbeobachtung und -betreuung

Fakultativer Leistungsinhalt

- Prämedikation/Sedierung,
- Lokalanästhesie,
- Probeexzision(en),
- Schlitzung des/der Harnleiterostiums/-ostien,
- Fremdkörperentfernung aus der männlichen Harnröhre unter urethroskopischer Sicht

Die Gebührenordnungsposition 26310 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 36.2 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 26310 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 26313 berechnungsfähig.

26311 **Urethro(-zysto)skopie der Frau oder gemäß den Vorgaben der Allgemeinen Bestimmungen 4.2.1** 35,80 € 281 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Urethro(-zysto)skopie der Frau,
- Patientenaufklärung zur Untersuchung und zu den möglichen therapeutischen Maßnahmen in derselben Sitzung in angemessenem Zeitabstand vor dem Eingriff,

- Information zum Ablauf der vorbereitenden Maßnahmen vor dem Eingriff und zu einer möglichen Sedierung und/oder Prämedikation,
- Nachbeobachtung und -betreuung

Fakultativer Leistungsinhalt

- Prämedikation/Sedierung,
- Lokalanästhesie,
- Probeexzision(en),
- Schlitzung des/der Harnleiterostiums/-ostien,
- Fremdkörperentfernung aus der weiblichen Harnröhre unter urethroskopischer Sicht

Die Gebührenordnungsposition 26311 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 08311 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 36.2 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 26311 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 26313 berechnungsfähig.

26312 **Urethradruckprofilmessung mit fortlaufender Registrierung** 34,40 €
270 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Elektromanometrische Druckmessung der Urethra,
- Fortlaufende grafische Registrierung

Fakultativer Leistungsinhalt

- Physikalische(r) Funktionstest(s)

Die Gebührenordnungsposition 26312 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 26313 berechnungsfähig.

26313 **Zusatzpauschale apparative** Untersuchung bei **Harninkontinenz** oder **neurogener Blasenentleerungsstörung** 108,93 €
855 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Elektromanometrische Druckmessung der Blase und des Abdomens,
- EMG,
- Fortlaufende grafische Registrierung,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Urethro(zysto-)skopie Mann (Nr. 26310),
- Urethro(zysto-)skopie Frau (Nr. 26311),
- Urethradruckprofilmessung (Nr. 26312),
- Physikalische Funktionsteste,

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 26313 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 30420 und 30421 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 26313 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 26310 bis 26312 und 26340 berechnungsfähig.

26315 **Zusatzpauschale Behandlung und/oder Betreuung** eines Patienten mit einer gesicherten **onkologischen Erkrankung bei laufender onkologischer Therapie oder Betreuung im Rahmen der Nachsorge** 24,33 €
191 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Behandlung und/oder Betreuung eines Patienten mit einer laboratoriumsmedizinisch oder histologisch/zytologisch gesicherten onkologischen Erkrankung,
- Fortlaufende Beratung zum Umgang mit der onkologischen Erkrankung,
- Verlaufskontrolle und Dokumentation des Therapieerfolges,
- Erstellung, Überprüfung und Anpassung eines die onkologische Erkrankung begleitenden spezifischen Therapiekonzeptes unter Berücksichtigung individueller Faktoren,
- Kontrolle und/oder Behandlung ggf. auftretender therapiebedingter Nebenwirkungen,
- Planung und Koordination der komplementären Arznei-, Heil- und Hilfsmittelversorgung unter besonderer Berücksichtigung der gesicherten onkologischen Erkrankung,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Anleitung und Führung der Bezugs- und Betreuungsperson(en),
- Fortlaufende Überprüfung des häuslichen, familiären und sozialen Umfelds im Hinblick auf die Grunderkrankung,
- Konsiliarische Erörterung/Fachliche Beratung und regelmäßiger Informationsaustausch mit dem onkologisch verantwortlichen Arzt sowie mit weiteren mitbehandelnden Ärzten,
- Überprüfung und Koordination supportiver Maßnahmen,
- Einleitung und/oder Koordination der psychosozialen Betreuung des Patienten und seiner Familie und/oder Bezugs- und Betreuungsperson(en),
- Ggf. Hinzuziehung komplementärer Dienste bzw. häuslicher Krankenpflege,

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 26315 ist nur bei mindestens einer der im Folgenden genannten Erkrankungen berechnungsfähig: Bösartige Neubildungen der männlichen Geschlechtsorgane C60-C63, der Harnorgane C64-C68, Bösartige Neubildungen sonstiger und ungenau bezeichneter Lokalisation Becken C76.3, Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildungen C77-C80.

Die Gebührenordnungsposition 26315 ist bei laufender medikamentöser, im Sinne einer systemischen Chemotherapie mit z. B. zytostatischen Substanzen, operativer und/oder strahlentherapeutischer Behandlung und/oder bei Betreuung im Rahmen der Nachsorge bis höchstens 2 Jahre nach Beendigung einer medikamentösen, operativen und/oder strahlentherapeutischen Behandlung eines Patienten mit gesicherter onkologischer Erkrankung berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 26315 ist im Behandlungsfall nicht neben den Kostenpauschalen 86510, 86512, 86514, 86516, 86520 und 86522 gemäß Anhang 2 der „Onkologie-Vereinbarung“ (Anlage 7 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä)) berechnungsfähig.

26316 **Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 26310 und 26311 für die transurethrale Therapie mit Botulinumtoxin,** 35,93 € 282 Punkte

je vollendete 10 Minuten

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 26316 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung voraus. Die Genehmigung wird erteilt, wenn jährlich gegenüber der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung die Teilnahme an von der jeweiligen Landesärztekammer anerkannten Fortbildungen zur Therapie von Blasenfunktionsstörungen im Umfang von insgesamt mindestens 8 CME-Punkten nachgewiesen wird.
Die Gebührenordnungsposition 26316 ist je Sitzung höchstens fünfmal berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 26316 ist im Krankheitsfall höchstens fünfzehnmal berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 26316 ist nur bei erwachsenen Patienten mit idiopathischer überaktiver Blase mit den Symptomen Harninkontinenz, imperativer Harndrang und Pollakisurie, die auf Anticholinergika nur unzureichend angesprochen oder diese nicht vertragen haben und/oder bei Erwachsenen mit Harninkontinenz mit neurogener Detrusorhyperaktivität bei neurogener Blase infolge einer stabilen subzervikalen Rückenmarksverletzung oder Multipler Sklerose berechnungsfähig.
Bei Berechnung des Zuschlags nach der Gebührenordnungsposition 26316 reduziert sich die Prüfzeit der in derselben Sitzung abgerechneten Gebührenordnungsposition 26310 um 10 Minuten.
Bei Berechnung des Zuschlags nach der Gebührenordnungsposition 26316 entfällt die Prüfzeit der in derselben Sitzung abgerechneten Gebührenordnungsposition 26311.
Die Gebührenordnungsposition 26316 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 08312 berechnungsfähig.

26317 **Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 26316 für die Beobachtung eines Patienten im Anschluss an die transurethrale Therapie mit Botulinumtoxin** 18,22 € 143 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Beobachtung für mindestens 30 Minuten,
- Abschlussuntersuchung(en) durch den Arzt,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Infusion(en) (Nr. 02100),

einmal am Behandlungstag

Die Gebührenordnungsposition 26317 ist höchstens dreimal im Krankheitsfall berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 26317 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02100 und 08313 berechnungsfähig.

26320 **Ausräumung einer Bluttamponade der Harnblase im Zusammenhang mit der Erbringung der Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen** 26310 **und** 26311 — 17,71 € / 139 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Ausräumung einer Bluttamponade der Harnblase

Die Gebührenordnungsposition 26320 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302 und 26350 bis 26352 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 36.2 berechnungsfähig.

26321 **Zuschlag** zu den Gebührenordnungspositionen 26310 und 26311 **für die Durchführung von (einer) endoskopischen Harnleitersondierung(en)** — 16,94 € / 133 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Endoskopische Harnleitersondierung(en),
- Patientenaufklärung zur Untersuchung und zu den möglichen therapeutischen Maßnahmen in derselben Sitzung in angemessenem Zeitabstand vor dem Eingriff,
- Information zum Ablauf der vorbereitenden Maßnahmen vor dem Eingriff und zu einer möglichen Sedierung und/oder Prämedikation

Fakultativer Leistungsinhalt

- Kalibrierung/Bougierung der Harnröhre (Nr. 26340),
- Nierenbeckenspülung(en),
- Einbringung von Medikamenten,
- Einbringung von Kontrastmitteln in das/die Nierenbecken und/oder den/die Harnleiter

Die Gebührenordnungsposition 26321 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 26324, 26340 und 26350 bis 26352 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 36.2 berechnungsfähig.

26322 **Einlegen einer Ureterverweilschiene** — 25,74 € / 202 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Einlegen einer Ureterverweilschiene,
- Patientenaufklärung zur Untersuchung und zu den möglichen therapeutischen Maßnahmen in derselben Sitzung in angemessenem Zeitabstand vor dem Eingriff,
- Information zum Ablauf der vorbereitenden Maßnahmen vor dem Eingriff und zu einer möglichen Sedierung und/oder Prämedikation

Die Gebührenordnungsposition 26322 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 26323, 26324 und 26350 bis 26352 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 36.2 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 26322 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 26330 berechnungsfähig.

26323 **Wechsel einer Ureterverweilschiene** 12,74 €
100 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Wechsel einer Ureterverweilschiene,
- Patientenaufklärung zur Untersuchung und zu den möglichen therapeutischen Maßnahmen in derselben Sitzung in angemessenem Zeitabstand vor dem Eingriff,
- Information zum Ablauf der vorbereitenden Maßnahmen vor dem Eingriff und zu einer möglichen Sedierung und/oder Prämedikation

Die Gebührenordnungsposition 26323 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 26322, 26324 und 26350 bis 26352 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 36.2 berechnungsfähig.

26324 **Entfernung einer Ureterverweilschiene** 5,61 €
44 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Entfernung einer Ureterverweilschiene,
- Patientenaufklärung zur Untersuchung und zu den möglichen therapeutischen Maßnahmen in derselben Sitzung in angemessenem Zeitabstand vor dem Eingriff,
- Information zum Ablauf der vorbereitenden Maßnahmen vor dem Eingriff und zu einer möglichen Sedierung und/oder Prämedikation

Die Gebührenordnungsposition 26324 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 26321 bis 26323 und 26350 bis 26352 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 36.2 berechnungsfähig.

26325 **Wechsel eines Nierenfistelkatheters** 33,76 €
265 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Wechsel eines Nierenfistelkatheters,
- Spülung,
- Katheterfixation

Die Gebührenordnungsposition 26325 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302 und 26350 bis 26352 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 36.2 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 26325 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 26330 berechnungsfähig.

26330 **Zusatzpauschale Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie (ESWL)** 744,55 €
5844 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie (ESWL) von Harnsteinen,
- Patientenaufklärung in angemessenem Zeitabstand vor dem Eingriff,
- Information zum Ablauf der vorbereitenden Maßnahmen vor dem Eingriff und zu einer möglichen Sedierung und/oder Prämedikation,
- Nachbeobachtung und -betreuung,
- Steinortung,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Infusion(en) (Nr. 02100),
- Einlegen einer Ureterverweilschiene (Nr. 26322),
- Wechsel Nierenfistelkatheter (Nr. 26325),
- Ultraschalldiagnostik (Kapitel 33),
- Radiologische Diagnostik (Kapitel 34),
- Prämedikation/Sedierung,
- In mehreren Sitzungen,

je behandelter Seite einmal im Krankheitsfalls

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 26330 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Vereinbarung zur Stoßwellenlithotripsie sowie zur Strahlendiagnostik und -therapie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.
Die Gebührenordnungsposition 26330 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 26330 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02100 bis 02102, 26322, 26325, 34243 bis 34245, 34255 bis 34257 und 34280 bis 34282 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Kapitels 33 berechnungsfähig.

26340 **Kalibrierung/Bougierung der Harnröhre** 11,85 €
93 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Kalibrierung/Bougierung der Harnröhre,
- Patientenaufklärung zur Untersuchung und zu den möglichen therapeutischen Maßnahmen in derselben Sitzung in angemessenem Zeitabstand,
- Information zum Ablauf der vorbereitenden Maßnahmen vor dem Eingriff und zu einer möglichen Sedierung und/oder Prämedikation,
- Nachbeobachtung und -betreuung

Fakultativer Leistungsinhalt

- Prämedikation/Sedierung

Die Gebührenordnungsposition 26340 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 26321 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 26340 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 26313 berechnungsfähig.

26341 **Prostatabiopsie** 21,79 €
171 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Entnahme von mindestens 6 histologisch verwertbaren Biopsaten aus der Prostata bei Verdacht auf das Vorliegen bzw. zur Kontrolle eines Malignoms

Fakultativer Leistungsinhalt

- Punktion(en) (Nr. 02340),
- Lokalanästhesie

Die Gebührenordnungsposition 26341 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02340, 02341, 02344 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.

26350 **Kleinchirurgischer urologischer Eingriff I** 9,43 €
74 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

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

einmal am Behandlungstag

Die Gebührenordnungspositionen 26350 bis 26352 sind bei Patienten mit den Diagnosen Nävuszellnävussyndrom (ICD-10-GM: D22.-) und/ oder mehreren offenen Wunden (ICD-10-GM: T01.-) mehrfach in einer Sitzung - höchstens fünfmal am Behandlungstag - berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 26350 ist bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr nach der Gebührenordnungsposition 31271 oder 36271 berechnungsfähig, sofern der Eingriff in Narkose erfolgt. Die Voraussetzungen gemäß § 115b SGB V müssen dabei nicht erfüllt sein, sofern die Eingriffe nicht im Katalog zum Vertrag nach § 115b SGB V genannt sind. In diesen Fällen ist die postoperative Behandlung nach den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 31.4.2 und 31.4.3 nicht berechnungsfähig. Die in der Präambel 31.2.1 Nr. 8 bzw. Präambel 36.2.1 Nr. 4 benannten Einschränkungen entfallen in diesen Fällen, es gelten die Abrechnungsausschlüsse der Gebührenordnungsposition 26350 entsprechend.
Lokalanästhesien und Leitungsanästhesien sind, soweit erforderlich, Bestandteil der Gebührenordnungsposition 26350.
Die Gebührenordnungsposition 26350 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02360, 26320 bis 26325, 26330, 26340, 26341, 26351, 26352, 30600, 30601, 30610 und 30611 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 26350 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 31.4.3 berechnungsfähig.

26351 **Kleinchirurgischer urologischer Eingriff II** 15,29 €
120 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Spaltung einer Harnröhrenstriktur nach Otis
und/oder
- Entfernung einer oder mehrerer Geschwülste an der Harnröhrenmündung,

einmal am Behandlungstag

Die Gebührenordnungspositionen 26350 bis 26352 sind bei Patienten mit den Diagnosen Nävuszellnävussyndrom (ICD-10-GM: D22.-) und/ oder mehreren offenen Wunden (ICD-10-GM: T01.-) mehrfach in einer Sitzung - höchstens fünfmal am Behandlungstag - berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 26351 ist bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr nach der Gebührenordnungsposition 31271 oder 36271 berechnungsfähig, sofern der Eingriff in Narkose erfolgt. Die Voraussetzungen gemäß § 115b SGB V müssen dabei nicht erfüllt sein, sofern die Eingriffe nicht im Katalog zum Vertrag nach § 115b SGB V genannt sind. In diesen Fällen ist die postoperative Behandlung nach den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 31.4.2 und 31.4.3 nicht berechnungsfähig. Die in der Präambel 31.2.1 Nr. 8 bzw. Präambel 36.2.1 Nr. 4 benannten Einschränkungen entfallen in diesen Fällen, es gelten die Abrechnungsausschlüsse der Gebührenordnungsposition 26351 entsprechend.
Lokalanästhesien und Leitungsanästhesien sind, soweit erforderlich, Bestandteil der Gebührenordnungsposition 26351.
Die Gebührenordnungsposition 26351 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02360, 26320 bis 26325, 26330, 26340, 26341, 26350, 26352, 30600, 30601, 30610 und 30611 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 26351 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 31.4.3 berechnungsfähig.

26352 **Kleinchirurgischer urologischer Eingriff III und/oder primäre Wundversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern** 26,50 € 208 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Primäre Wundversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern und/oder
- Meatusplastik,

einmal am Behandlungstag

Die Gebührenordnungspositionen 26350 bis 26352 sind bei Patienten mit den Diagnosen Nävuszellnävussyndrom (ICD-10-GM: D22.-) und/ oder mehreren offenen Wunden (ICD-10-GM: T01.-) mehrfach in einer Sitzung - höchstens fünfmal je Behandlungstag - berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 26352 ist bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr nach der Gebührenordnungsposition 31271 oder 36271 berechnungsfähig, sofern der Eingriff in Narkose erfolgt. Die Voraussetzungen gemäß § 115b SGB V müssen dabei nicht erfüllt sein, sofern die Eingriffe nicht im Katalog zum Vertrag nach § 115b SGB V genannt sind. In diesen Fällen ist die postoperative Behandlung nach den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 31.4.2 und 31.4.3 nicht berechnungsfähig. Die in der Präambel 31.2.1 Nr. 8 bzw. Präambel 36.2.1 Nr. 4 benannten Einschränkungen entfallen in diesen Fällen, es gelten die Abrechnungsausschlüsse der Gebührenordnungsposition 26352 entsprechend.
Lokalanästhesien und Leitungsanästhesien sind, soweit erforderlich, Bestandteil der Gebührenordnungsposition 26352.
Die Gebührenordnungsposition 26352 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02360, 26320 bis

26325, 26330, 26340, 26341, 26350, 26351, 30600, 30601, 30610 und 30611 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 26352 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 31.4.3 berechnungsfähig.

27 Gebührenordnungspositionen der Physikalischen und Rehabilitativen Medizin

27.1 Präambel

1. Die in diesem Kapitel aufgeführten Gebührenordnungspositionen können ausschließlich von Fachärzten für Physikalische und Rehabilitative Medizin berechnet werden.
2. Fachärzte für Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte und Ärzte ohne Gebietsbezeichnung können - wenn sie im Wesentlichen Leistungen der Physikalischen und Rehabilitativen Medizin erbringen - gemäß § 73 Abs. 1a SGB V auf deren Antrag die Genehmigung zur ausschließlichen Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung erhalten und Gebührenordnungspositionen dieses Kapitels berechnen. Nach Erhalt der Genehmigung können sie Gebührenordnungspositionen des Kapitels 3 nicht mehr berechnen.
3. Gebietsärzte, die die Zusatzbezeichnung Rehabilitationswesen und/oder Sozialmedizin führen, können auf deren Antrag die Genehmigung zur Abrechnung der Gebührenordnungspositionen dieses Kapitels erhalten. Nach Erhalt der Genehmigung können sie Gebührenordnungspositionen ihres arztgruppenspezifischen Kapitels nicht mehr berechnen.
4. Außer den in diesem Kapitel genannten Gebührenordnungspositionen sind von den in der Präambel genannten Vertragsärzten - unbeschadet der Regelungen gemäß 5 und 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen - zusätzlich nachfolgende Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig: 01100 bis 01102, 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 01220 bis 01224, 01226, 01320 bis 01323, 01410 bis 01416, 01418, 01420, 01422, 01424 bis 01426, 01430, 01431, 01435 bis 01437, 01440, 01442 bis 01444, 01450, 01452, 01471, 01472, 01476, 01477, 01483, 01500 bis 01503, 01510 bis 01512, 01600 bis 01602, 01610 bis 01613, 01615, 01620 bis 01624, 01626, 01630, 01640, 01642, 01643, 01645, 01647, 01648, 01670 bis 01672, 01681, 01682, 01701, 01949 bis 01953, 01955, 01956, 01960, 02100, 02101, 02120, 02200, 02300 bis 02302, 02310, 02312, 02313, 02320 bis 02323, 02330, 02331, 02340, 02341, 02343, 02344, 02350, 02360, 02400, 02500, 02510 bis 02512 und 30706.
5. Außer den in diesem Kapitel genannten Gebührenordnungspositionen sind bei Vorliegen der entsprechenden Qualifikationsvoraussetzungen von den in der Präambel genannten Vertragsärzten - unbeschadet der Regelungen gemäß 5 und 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen - zusätzlich nachfolgende Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig: 01474, 01479,

30400 bis 30402, 30410, 30411, 30420, 30421, 30430, 30440, 30610, 30611, 30700 bis 30705, 30708, 30780 bis 30782, 33000 bis 33002, 33010 bis 33012, 33020 bis 33023, 33030, 33031, 33040 bis 33044, 33046, 33050 bis 33052, 33060 bis 33064, 33070 bis 33076, 33080, 33081, 33090 bis 33092, 33100, 33105, 36884, 37100, 37102, 37113, 37120, 37700, 37701, 37704, 37705, 37710, 37711, 37714, 37720, 37800 bis 37802 und 37804, Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 30.1, 30.2.1, 30.3.1, 30.5, 30.7.2, 30.7.3, 30.8, 30.12, 30.13, 31.2.2, 31.2.3, 31.2.4, 31.2.5, 31.2.6, 31.2.7, 31.2.8, 31.2.9, 31.2.10, 31.2.11, 31.2.12, 31.2.13, 31.2.19, 31.2.20, 31.3, 31.4.3, 31.5, 31.6, 31.8, 36.2.2, 36.2.3, 36.2.4, 36.2.5, 36.2.6, 36.2.7, 36.2.8, 36.2.9, 36.2.10, 36.2.11, 36.2.12, 36.2.13, 36.3, 36.5, 36.6.2, 37.3 und 37.4 sowie Gebührenordnungspositionen der Kapitel 32, 34, 35, 38 und 40.

6. Bei der Berechnung der zusätzlichen Gebührenordnungspositionen in den Nummern 4 und 5 sind die Maßnahmen zur Qualitätssicherung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V, die berufsrechtliche Verpflichtung zur grundsätzlichen Beschränkung auf das jeweilige Gebiet sowie die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zu beachten.
7. Werden die in den Grundpauschalen enthaltenen Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen 01600 und 01601 durchgeführt, sind für die Versendung bzw. den Transport die Kostenpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 40110 und 40111 berechnungsfähig.

27.2 Physikalisch rehabilitative Grundpauschale

Grundpauschale

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt und/oder Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Weitere persönliche oder andere Arzt-Patienten-Kontakte gemäß 4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen,
- Ärztlicher Bericht entsprechend der Gebührenordnungsposition 01600,
- Individueller Arztbrief entsprechend der Gebührenordnungsposition 01601,
- In Anhang 1 aufgeführte Leistungen,

einmal im Behandlungsfall

27210	für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr	26,75 € 210 Punkte
27211	für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr	29,81 € 234 Punkte
27212	für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres	31,98 € 251 Punkte

Die Gebührenordnungspositionen 27210 bis 27212 sind nicht neben der Gebührenordnungsposition 01436 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungspositionen 27210 bis 27212 sind im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01600 und 01601 berechnungsfähig.

27215 **Hygienezuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 27210 bis 27212,** 0,25 €
2 Punkte

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 27215 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.

27220 **Zuschlag für die physikalisch rehabilitative Grundversorgung** gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.8 zu den Gebührenordnungspositionen 27210 bis 27212, 8,28 €
65 Punkte

einmal im Behandlungsfall

Der Zuschlag nach der Gebührenordnungsposition 27220 kann gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.8 ausschließlich in Behandlungsfällen abgerechnet werden, in denen nur Leistungen der fachärztlichen Grundversorgung gemäß Anhang 3 und/oder regionaler Vereinbarungen erbracht und berechnet werden.

27222 **Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 27220,** 2,17 €
17 Punkte

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 27222 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.

27227 **Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 27210 bis 27212,** 0,25 €
2 Punkte

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 27227 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.
Die Gebührenordnungsposition 27227 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 01630 berechnungsfähig.

27228 **Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 27210 bis 27212 für die Behandlung aufgrund einer TSS-Vermittlung und/oder Vermittlung durch den Hausarzt gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.10.1, 4.3.10.2 oder 4.3.10.3,**

einmal im Arztgruppenfall

Die Gebührenordnungsposition 27228 kann durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt werden.
Die Gebührenordnungsposition 27228 ist im Arztgruppenfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 01710 berechnungsfähig.

27.3 Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen

27310 **Funktioneller Ganzkörperstatus** 13,63 €
107 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Erhebung eines auf Einschränkungen von Funktionen und Fähigkeiten bezogenen Ganzkörperstatus,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Klinisch-neurologische Basisdiagnostik (Nr. 27311),

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 27310 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 01711 bis 01720, 01723, 01732 und 27311 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 27310 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13250, 27332 und 27333 berechnungsfähig.

27311 **Klinisch-neurologische Basisdiagnostik** 9,30 €
73 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

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

Fakultativer Leistungsinhalt

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

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 27311 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01711 bis 01719, 01723 und 27310 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 27311 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13250, 22230, 27332 und 27333 berechnungsfähig.

27321 **Belastungs-Elektrokardiographie (Belastungs-EKG)** 25,23 €
198 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Untersuchung in Ruhe und nach Belastung mit mindestens 12 Ableitungen sowie während physikalisch definierter und reproduzierbarer Belastung mit mindestens 3 Ableitungen und fortlaufender Kontrolle des Kurvenverlaufes,
- Wiederholte Blutdruckmessung,

höchstens dreimal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 27321 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 13251 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 27321 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03321, 04321, 13250, 13545, 17330 und 17332 berechnungsfähig.

27322 **Aufzeichnung eines Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden Dauer** — 6,12 € / 48 Punkte

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 27322 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Vereinbarung zur Durchführung von Langzeitelektrokardiographischen Untersuchungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.
Die Gebührenordnungsposition 27322 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03322, 04322 und 13252 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 27322 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13250 und 13545 berechnungsfähig.

27323 **Computergestützte Auswertung eines kontinuierlich aufgezeichneten Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden Dauer** — 10,96 € / 86 Punkte

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 27323 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Vereinbarung zur Durchführung von Langzeitelektrokardiographischen Untersuchungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.
Die Gebührenordnungsposition 27323 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03241, 04241 und 13253 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 27323 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13250 und 13545 berechnungsfähig.

27324 **Langzeit-Blutdruckmessung** — 7,26 € / 57 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Automatische Aufzeichnung von mindestens 20 Stunden Dauer,
- Computergestützte Auswertung,
- Aufzeichnung der Blutdruckwerte mindestens alle 15 Minuten während der Wach- und mindestens alle 30 Minuten während der Schlafphase mit gleichzeitiger Registrierung der Herzfrequenz,
- Auswertung und Beurteilung des Befundes

Die Gebührenordnungsposition 27324 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03324, 04324 und 13254 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 27324 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13250 und 13545 berechnungsfähig.

27330 **Spirographische Untersuchung** — 6,75 € / 53 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Darstellung der Flussvolumenkurve,
- In- und exspiratorische Messung,
- Graphische Registrierung

Die Gebührenordnungsposition 27330 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03330, 04330 und 13255 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 27330 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 13250 berechnungsfähig.

27331 **Abklärung einer peripheren neuromuskulären Erkrankung** 26,63 €
209 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Elektromyographische Untersuchung(en) mit Oberflächen- und/oder Nadelelektroden

und/oder

- Elektroneurographische Untersuchung(en) mit Bestimmung(en) der motorischen oder sensiblen Nervenleitgeschwindigkeit,
- Beidseitig,

je Sitzung

Die Gebührenordnungsposition 27331 ist im Behandlungsfall insgesamt höchstens zweimal berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 27331 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 04437 und 16322 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 27331 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31614 bis 31621 berechnungsfähig.

27332 **Physikalisch-rehabilitative Diagnostik und Therapie bei Schädigungen der Strukturen und Funktionen** des Bewegungssystems, des zentralen und peripheren Nervensystems und der inneren Organe sowie der hiermit zusammenhängenden Beeinträchtigungen von Aktivität und/oder Teilhabe 52,87 €
415 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Physikalisch-rehabilitative Diagnostik und Therapie von Schädigungen der Strukturen und Funktionen einschließlich der hiermit zusammenhängenden Beeinträchtigungen von Aktivität und/oder Teilhabe unter besonderer Berücksichtigung der individuellen Kontextfaktoren,
- Erläuterung der Zusammenhänge zwischen Funktionseinschränkungen und ggf. nachgewiesener Strukturstörungen sowie deren Auswirkungen auf berufliche und persönliche Aktivitäten/Fähigkeiten sowie auf die Teilhabe am persönlichen und sozialen Leben,
- Aufstellung eines Behandlungsplanes,
- Therapiezielorientierte Erläuterung und Beratung zu den individuell unterschiedlich benötigten Behandlungselementen, insbesondere den ärztlichen Behandlungstechniken, der Arznei-, Heil- und Hilfsmitteltherapie sowie ggf. erforderlicher anderer Interventionen,
- Funktioneller Ganzkörperstatus (Nr. 27310),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Einsatz standardisierter qualitätsgesicherter Fragebögen (z. B. SF 36, FFbH, HAQ, Barthel-Index, Geriatric Depression Scale, Mini-Mental Status Examination (MMSE), Sozial Dysfunktion Rating Scale, NASS, Womac),
- Anleitung, Koordination und Schulung im Umgang mit den familiären, sozialen und beruflichen Auswirkungen und Folgen des entsprechenden Störungsbildes,
- Differenzialdiagnostische Erprobung des Einsatzes von Therapiemitteln der Heilmitteltherapie,
- Koordination des Behandlungsplanes mit den intra- und/oder extramural beteiligten Berufsgruppen,
- Anlage/Wechsel/Abnahme eines immobilisierenden Verbandes, funktionellen Tape-Verbandes, eines Schienenverbandes oder einer Orthese,
- Anleitung zur Durchführung eines Eigenübungs- oder Trainingsprogrammes,
- Durchführung einer Thromboseprophylaxe,
- Anleitung und Beratung zur Anpassung des Wohnraumes und/oder des Arbeitsplatzes in Absprache mit dem Hausarzt, ggf. beteiligten anderen Fachärzten, Betriebs- oder Werksarzt und/oder ggf. der Behinderten-Einrichtung/Werkstatt,
- Klinisch-neurologische Basisdiagnostik (Nr. 27311),

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 27332 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 02350 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 27332 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 27310 und 27311 berechnungsfähig.

27333 **Zuschlag** zu der Gebührenordnungsposition 27332 für jede **weitere Untersuchung und Behandlung,** — 8,54 € / 67 Punkte

höchstens dreimal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 27333 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 27310 und 27311 berechnungsfähig.

IV Arztgruppenübergreifende bei spezifischen Voraussetzungen berechnungsfähige Gebührenordnungspositionen

30 Spezielle Versorgungsbereiche

30.1 Allergologie

1. Die Gebührenordnungspositionen 30133 und 30134 sowie die Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 30.1.1 und 30.1.2 können nur von
   - Fachärzten für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde,
   - Fachärzten für Haut- und Geschlechtskrankheiten,

- Vertragsärzten mit der Zusatzbezeichnung Allergologie,
- Fachärzten für Innere Medizin mit Schwerpunkt Pneumologie und Lungenärzte,
- Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin

berechnet werden.

2. Die Gebührenordnungspositionen 30130 und 30131 können von allen Vertragsärzten - soweit dies berufsrechtlich zulässig ist - berechnet werden.

30.1.1 Allergologische Anamnese

30100 **Spezifische allergologische Anamnese und/oder Beratung** — 8,28 € / 65 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Durchführung einer spezifischen allergologischen Anamnese

und/oder

- Beratung und Befundbesprechung nach Vorliegen der Ergebnisse der Allergietestung,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Anwendung eines schriftlichen Anamnesebogens,
- Indikationsstellung zu einer Allergietestung,

je vollendete 5 Minuten

Die Gebührenordnungsposition 30100 ist höchstens viermal im Krankheitsfall berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 30100 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13250 und 13258 berechnungsfähig.

30.1.2 Allergie-Testungen

30110 **Allergologisch-diagnostischer Komplex zur Diagnostik und/oder zum Ausschluss einer (Kontakt-)Allergie vom Spättyp (Typ IV)** — 32,87 € / 258 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Epikutan-Testung,
- Überprüfung der lokalen Hautreaktion,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Hautfunktionstests (z. B. Alkaliresistenzprüfung, Nitrazingelbtest),
- ROAT-Testung (wiederholter offener Expositionstest),
- Okklusion,

einmal im Krankheitsfall

Die Gebührenordnungsposition 30110 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13250, 13258 und 30111 berechnungsfähig.

30111 **Allergologisch-diagnostischer Komplex zur Diagnostik und/oder zum Ausschluss einer Allergie vom Soforttyp (Typ I)** — 28,03 € / 220 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Prick-Testung,
und/oder
- Scratch-Testung
und/oder
- Reibtestung
und/oder
- Skarifikationstestung
und/oder
- Intrakutan-Testung
und/oder
- Konjunktivaler Provokationstest
und/oder
- Nasaler Provokationstest,
- Vergleich zu einer Positiv- und Negativkontrolle,
- Überprüfung der lokalen Hautreaktion,
- Vorhaltung notfallmedizinischer Versorgung,

einmal im Krankheitsfall

Die Gebührenordnungsposition 30111 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13250, 13258 und 30110 berechnungsfähig.

30120 **Rhinomanometrischer Provokationstest** 8,41 €
66 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Nasaler Provokationstest in mindestens 2 Stufen (Kochsalz, Allergen),
- Rhinomanometrische Funktionsprüfung(en) zum Aktualitätsnachweis von Allergenen,
- Testung mit Einzel- und/oder Gruppenextrakt,
- Vorhaltung notfallmedizinischer Versorgung,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Testung mit unterschiedlichen Konzentrationen der Extrakte,

je Test, höchstens zweimal am Behandlungstag

Die Gebührenordnungsposition 30120 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13250 und 13258 berechnungsfähig.

30121 **Subkutaner Provokationstest** 20,64 €
162 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Subkutaner Provokationstest in mindestens 2 Stufen (Kochsalz, Allergen) zum Aktualitätsnachweis von Allergenen,
- Testung mit Einzel- und/oder Gruppenallergenen,
- Vorhaltung notfallmedizinischer Versorgung,
- Mindestens 2 Stunden Nachbeobachtung,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Testung mit unterschiedlichen Konzentrationen der Extrakte,

je Test, höchstens fünfmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 30121 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13250 und 13258 berechnungsfähig.

30122 **Bronchialer Provokationstest** 94,41 €
741 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Bronchialer Provokationstest in mindestens 2 Stufen (Kochsalz, Allergen) zum Aktualitätsnachweis von Allergenen,
- Testung mit Einzel- und/oder Gruppenextrakt,
- Mindestens zweimalige ganzkörperplethysmographische Untersuchungen,
- Nachbeobachtung von mindestens 3 Stunden Dauer,
- Vorhaltung notfallmedizinischer Versorgung,
- Flussvolumenkurve jeweils vor und nach Provokationsstufen,
- Angabe des verwendeten Protokolls und Dokumentation des Testergebnisses,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Testung mit unterschiedlichen Konzentrationen der Extrakte,

je Test

Die Gebührenordnungsposition 30122 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 13651 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 30122 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13250 und 13258 berechnungsfähig.

30123 **Oraler Provokationstest** 18,22 €
143 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Oraler Provokationstest in mindestens 2 Stufen (Leerwert oder Trägersubstanz, Allergen) zur Ermittlung von allergischen oder pseudoallergischen Reaktionen auf nutritive Allergene oder Arzneimittel,
- Vorhaltung notfallmedizinischer Versorgung,
- Mindestens 2 Stunden Nachbeobachtung,

je Test

Die Gebührenordnungsposition 30123 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13250 und 13258 berechnungsfähig.

30.1.3 Hyposensibilisierungsbehandlung

30130 **Hyposensibilisierungsbehandlung** 13,00 €
102 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Hyposensibilisierungsbehandlung (Desensibilisierung) durch subkutane Allergeninjektion(en),
- Nachbeobachtung von mindestens 30 Minuten Dauer

Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 30130 ist die Erfüllung der notwendigen sachlichen und personellen Bedingungen für eine gegebenenfalls erforderliche Schockbehandlung und Intubation.

30131 **Zuschlag** zu der Gebührenordnungsposition 30130 **für jede weitere Hyposensibilisierungsbehandlung durch Injektion(en) zu unterschiedlichen Zeiten am selben Behandlungstag** (zum Beispiel bei Injektion verschiedener nicht mischbarer Allergene oder Cluster- oder Rush-Therapie) — 10,19 € / 80 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Hyposensibilisierungsbehandlung (Desensibilisierung) durch subkutane Allergeninjektion(en),
- Nachbeobachtung von mindestens 30 Minuten Dauer,

je Hyposensibilisierungsbehandlung

Die Gebührenordnungsposition 30131 ist mit Angabe des jeweiligen Injektionszeitpunkts bis zu viermal am Behandlungstag berechnungsfähig.
Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 30131 neben der Gebührenordnungsposition 30130 und die mehrmalige Berechnung der Gebührenordnungsposition 30131 setzen jeweils eine Desensibilisierungsbehandlung durch Allergeninjektion(en) mit jeweils mindestens 30minütigem Nachbeobachtungsintervall sowie die Angabe des jeweiligen Behandlungszeitpunktes auch bei der Gebührenordnungsposition 30130 voraus.
Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 30131 ist die Erfüllung der notwendigen, sachlichen und personellen Bedingungen für eine gegebenenfalls erforderliche Schockbehandlung und Intubation.

30133 **Orale Hyposensibilisierungsbehandlung bei Therapieeinleitung** — 7,90 € / 62 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Orale Hyposensibilisierungsbehandlung (Desensibilisierung) mit AR101 bei Therapieeinleitung,
- Nachbeobachtung von mindestens 20 Minuten Dauer

Die Gebührenordnungsposition 30133 ist am Tag der initialen Aufdosierung sowie bei erforderlicher erneuter initialer Aufdosierung gemäß aktuell gültiger Fachinformation mit Angabe des Behandlungszeitpunktes bis zu viermal berechnungsfähig.
Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 30133 ist die Erfüllung der notwendigen sachlichen und personellen Bedingungen für eine gegebenenfalls erforderliche Schockbehandlung und Intubation.

30134 **Orale Hyposensibilisierungsbehandlung** — 19,88 € / 156 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Orale Hyposensibilisierungsbehandlung (Desensibilisierung) mit AR101,
- Nachbeobachtung von mindestens 60 Minuten Dauer,

einmal am Behandlungstag

Die Gebührenordnungsposition 30134 ist nach Gabe der letzten Dosis am Tag der initialen Aufdosierung, nach Gabe der ersten Dosis jeder neuen Dosissteigerungsstufe sowie nach Wiederaufnahme der Therapie gemäß aktuell gültiger Fachinformation mit Angabe des Behandlungszeitpunktes jeweils einmal berechnungsfähig.
Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 30134 ist die Erfüllung der notwendigen sachlichen und personellen Bedingungen für eine gegebenenfalls erforderliche Schockbehandlung und Intubation.

30.2 Manuelle Medizin und Hyperbare Sauerstofftherapie

30.2.1 Manuelle Medizin

1. Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts setzt eine besondere ärztliche Qualifikation - bei Erstantrag die Zusatzbezeichnung Manuelle Medizin - und eine Genehmigung der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung voraus.

30200 **Manualmedizinischer Eingriff** 6,12 €
48 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Manualmedizinischer Eingriff an einem oder mehreren Extremitätengelenken,
- Dokumentation der Funktionsanalyse,

je Sitzung

Die Gebührenordnungsposition 30200 ist im Behandlungsfall höchstens zweimal berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 30200 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 30201 berechnungsfähig.

30201 **Manualmedizinischer Eingriff an der Wirbelsäule** 9,05 €
71 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Manualmedizinischer Eingriff an der Wirbelsäule,
- Dokumentation der Funktionsanalyse,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Leistungsinhalt entsprechend der Gebührenordnungsposition 30200,

je Sitzung

Die Gebührenordnungsposition 30201 ist im Behandlungsfall zweimal berechnungsfähig. Ist ein ausreichender Behandlungseffekt mit der zweimaligen Erbringung der Gebührenordnungsposition 30201 im Quartal nicht erzielt worden, kann im Ausnahmefall jede weitere Behandlung nur mit ausführlicher Begründung zur Segmenthöhe, Blockierungsrichtung, muskulären reflektorischen Fixierung und den vegetativen und neurologischen Begleiterscheinungen erfolgen.
Die Gebührenordnungsposition 30201 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 30200 berechnungsfähig.

30.2.2 Hyperbare Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom

1. Die Leistungen dieses Abschnitts sind nur bei Patienten berechnungsfähig, bei denen bei Einleitung der Behandlung ein diabetisches Fußsyndrom mindestens mit einer Läsion bis zur Gelenkkapsel und/oder den/einer Sehne(n) vorliegt und bei denen alle anderen Maßnahmen der Standardtherapie (mindestens Stoffwechseloptimierung, Revaskularisation, medikamentöse Behandlung, leitliniengerechte Wundversorgung, Wunddebridement, Verbände, Druckentlastung, chirurgische Maßnahmen) nachweisbar erfolglos geblieben sind.
2. Die Gebührenordnungsposition 30210 kann nur im Rahmen einer interdisziplinären Fallkonferenz zur Indikationsprüfung nach Nr. 1 für Patienten mit diabetischem Fußsyndrom vor Überweisung an ein Druckkammerzentrum gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (Nr. 22 der Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung) unter Teilnahme der folgenden Arztgruppen
   - Fachärzte für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie oder
   - Fachärzte im Gebiet Innere Medizin oder Fachärzte für Allgemeinmedizin, jeweils mit der Zusatzweiterbildung "Diabetologie" oder der Bezeichnung "Diabetologe Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG)"

   und
   - Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Angiologie oder Fachärzte für Gefäßchirurgie

   und
   - sofern verfügbar Fachärzte für Radiologie mit einer Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung zur interventionellen Radiologie nach § 135 Abs. 2 SGB V

   berechnet werden.
3. Die Gebührenordnungsposition 30212 kann nur zur Indikationsprüfung nach Nr. 1 für Patienten mit diabetischem Fußsyndrom vor Überweisung an ein Druckkammerzentrum gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (Nr. 22 der Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung) von
   - Fachärzten für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie,
   - Fachärzten im Gebiet Innere Medizin oder Fachärzten für Allgemeinmedizin, jeweils mit der Zusatzweiterbildung "Diabetologie" oder der Bezeichnung "Diabetologe Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG)"

   berechnet werden.
4. Eine Einrichtung gilt für die Behandlung des diabetischen Fußsyndroms nach der Gebührenordnungsposition 30214 als qualifiziert, wenn sie folgende Mindeststandards erfüllt:
   - mindestens ein diabetologisch qualifizierter Arzt gemäß Nr. 3 oder ein Arzt, der - im Durchschnitt der letzten vier

Quartale vor Antragstellung - je Quartal die Behandlung von mindestens 100 Patienten mit Diabetes mellitus durchgeführt hat und die Qualifikation zur Durchführung von programmierten Schulungen für Diabetiker nachweisen kann. Fachärzte für Chirurgie, Orthopädie und Dermatologie müssen die Qualifikation zur Durchführung von programmierten Schulungen für Diabetiker nicht nachweisen können.

- Medizinisches Fachpersonal mit Kompetenz in lokaler Wundversorgung, nachzuweisen durch von der DDG anerkannte Kurse für Wundversorgung oder gleichwertige Kurse,
- Räumlichkeiten gemäß § 6 Absatz 2 Nr. 2 Qualitätssicherungsvereinbarung Ambulantes Operieren,
- Ausstattung für angiologische und neurologische Basisdiagnostik,
- Voraussetzungen für entsprechende therapeutische Maßnahmen,
- Zusammenarbeit mit entsprechend qualifizierten Fachdisziplinen und -berufen (z. B. Fachärzte für Chirurgie oder Gefäßmedizin, Angiologie, orthopädische Schuhmacher, Podologen).

Die Erfüllung der Mindeststandards ist der Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen. Die Mindeststandards gelten nicht für die Betreuung im Rahmen der Bestätigung der Notwendigkeit einer Weiterbehandlung nach jeder 10. Druckkammerbehandlung durch den überweisenden Facharzt nach Nr. 6.

5. Die Gebührenordnungspositionen 30216 und 30218 können nur von einem Arzt berechnet werden, der von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung eine Genehmigung zur Durchführung der hyperbaren Sauerstofftherapie besitzt. Die Genehmigung wird erteilt, wenn die Anforderungen der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur hyperbaren Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom erfüllt sind.
6. Ein Behandlungszyklus der hyperbaren Sauerstofftherapie ist definiert als die aufeinanderfolgende Druckkammerbehandlung an wöchentlich mindestens drei Tagen. Liegen mehrere behandlungsrelevante Wunden gleichzeitig vor, so gehören diese zum gleichen Behandlungszyklus. Insgesamt sind in einem Behandlungszyklus höchstens 40 Behandlungen berechnungsfähig. Eine einmalige Unterbrechung von maximal einer Woche ist je Behandlungszyklus möglich. Im Krankheitsfall sind mit schriftlicher Begründung bis zu zwei Behandlungszyklen berechnungsfähig. Ein zweiter Behandlungszyklus im Krankheitsfall für die gleiche(n) Wunde(n) setzt eine ausführliche Begründung der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall voraus. Jeweils nach 10 Druckkammerbehandlungen muss der überweisende Facharzt oder seine Vertretung gemäß § 17 Abs. 3 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) die Notwendigkeit einer Weiterbehandlung basierend auf der Fotodokumentation und einer Beurteilung der Wundheilungstendenz schriftlich bestätigen. Hierfür gelten die Anforderungen nach Nr. 4 nicht.

30210	**Teilnahme an einer multidisziplinären Fallkonferenz zur Indikationsüberprüfung eines Patienten mit diabetischem**	10,96 € 86 Punkte

Fußsyndrom vor Überweisung an ein Druckkammerzentrum gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (Nr. 22 der Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung)

Obligater Leistungsinhalt

- Teilnahme an einer multidisziplinären Fallkonferenz,
- Abwägung und Feststellung oder Ausschluss des Bestehens von Therapiealternativen (insbesondere Evaluation der Möglichkeit einer gefäßchirurgischen oder interventionell-radiologischen Gefäßintervention/-rekonstruktion, leitliniengerechte Wundversorgung von mindestens 4 - 5 Wochen, alternative adjuvante Verfahren),

einmal im Krankheitsfall

Die Teilnahme an der Fallkonferenz kann auch durch telefonische Zuschaltung erfolgen, sofern allen Teilnehmern die erforderlichen Dokumentationen vorliegen.
Die Gebührenordnungsposition 30210 ist auch bei Durchführung der Fallkonferenz als Videofallkonferenz berechnungsfähig. Für die Abrechnung gelten die Anforderungen gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä entsprechend.
Eine zweifache Berechnung der Gebührenordnungsposition 30210 im Krankheitsfall ist mit schriftlicher Begründung bei Vorliegen (einer) zum Zeitpunkt der Erstberechnung nicht behandlungsrelevanter/n Wunde(n) zulässig. Die zweifache Berechnung der Gebührenordnungsposition 30210 im Krankheitsfall für die gleiche(n) Wunde(n) ist mit ausführlicher Begründung der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall zulässig.
Die Gebührenordnungsposition 30210 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01442, 01443 und 37804 berechnungsfähig.

30212 **Indikationsüberprüfung eines Patienten mit diabetischem Fußsyndrom vor Überweisung an ein Druckkammerzentrum gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (Nr. 22 der Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung)** 43,70 € / 343 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Beratung und Erörterung des Befundes,
- Berücksichtigung des Ergebnisses der interdisziplinären Fallkonferenz nach der Gebührenordnungsposition 30210,
- Dokumentation des Fußstatus einschließlich Pulsstatus, Sensibilitätsprüfung, Beurteilung von Fußdeformitäten/ Hyperkeratose(n),
- Beurteilung des Lokalbefundes einschließlich Tiefe des Ulkus und Beurteilung einer Wundinfektion,

- Überprüfung der bisher durchgeführten Wundversorgung in einer zur Behandlung des diabetischen Fußes qualifizierten Einrichtung gemäß Nr. 4 dieses Abschnitts,
- Beurteilung der Wundheilungstendenzen der bisherigen leitliniengerechten Wundversorgung,
- Beurteilung der Wirksamkeit bereits durchgeführter antibiotischer Therapien,
- Beurteilung der bereits durchgeführten angioplastischen Maßnahmen,
- Beurteilung der vorliegenden Befunde der bereits durchgeführten chirurgischen Maßnahmen,
- Dokumentation (u. a. des Wundabstrichs, eines ggf. vorhandenen Infektionsverlaufs inklusive Laborparametern und des Behandlungskonzeptes) und Fotodokumentation,
- Feststellung der Transportfähigkeit,
- Befundbericht,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Verbandswechsel,
- Überweisung an ein Druckkammerzentrum zur Feststellung der Druckkammertauglichkeit und ggf. zur Druckkammerbehandlung, Übermittlung der Dokumentation,
- Überweisung zur Betreuung eines Patienten zwischen den Druckkammerbehandlungen gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (Nr. 22 der Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung) nach der Gebührenordnungsposition 30214, Übermittlung der Dokumentation,

einmal im Krankheitsfall

Eine zweifache Berechnung der Gebührenordnungsposition 30212 im Krankheitsfall ist mit schriftlicher Begründung bei Vorliegen (einer) zum Zeitpunkt der Erstberechnung nicht behandlungsrelevanter/n Wunde(n) zulässig. Die zweifache Berechnung der Gebührenordnungsposition 30212 im Krankheitsfall für die gleiche(n) Wunde(n) ist mit ausführlicher Begründung der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall zulässig.

30214 **Betreuung eines Patienten zwischen den Druckkammerbehandlungen gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (Nr. 22 der Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung)** 17,58 € 138 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Leitliniengerechte Wundversorgung, Wundkontrolle und Verbandswechsel während eines Behandlungszyklus der hyperbaren Sauerstofftherapie,
- Überprüfung und Dokumentation der Wundgröße und -heilungstendenz,
- Fußinspektion einschließlich Kontrolle des Schuhwerks,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Fotodokumentation nach jeder 10. Druckkammerbehandlung,
- Bestätigung der Notwendigkeit einer Weiterbehandlung nach jeder 10. Druckkammerbehandlung,
- Abtragung ausgedehnter Nekrosen der unteren Extremität,
- Einleitung einer wirksamen antibiotischen Therapie bei Infektion der Läsion,

je Bein, je Sitzung

Die Gebührenordnungsposition 30214 kann nur dann berechnet werden, wenn der Arzt die arztbezogenen Anforderungen gemäß Nr. 4 dieses Abschnitts erfüllt. Dies gilt nicht für die Betreuung im Rahmen der Bestätigung der Notwendigkeit einer Weiterbehandlung nach jeder 10. Druckkammerbehandlung gemäß Nr. 6 dieses Abschnitts durch den überweisenden Facharzt oder seine Vertretung gemäß § 17 Abs. 3 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä).
Die Gebührenordnungsposition 30214 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02311, 02313, 02350, 02360, 10340 bis 10342, 30500 und 30501 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 30214 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02310, 02312, 07310, 07311, 07340, 10330, 18310, 18311 und 18340 berechnungsfähig.

30216 **Untersuchung auf Eignung und Feststellung der Druckkammertauglichkeit vor der ersten Druckkammersitzung für die hyperbare Sauerstofftherapie gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (Nr. 22 der Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung), einschl. Sachkosten**

41,15 €
323 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Anamnese und Feststellung der Transportfähigkeit,
- Aufklärung und Beratung zur Druckkammertherapie,
- Ganzkörperstatus,
- Otoskopie

und/oder

- Tympanometrie

und/oder

- binokularmikroskopische Untersuchung des Trommelfells

Fakultativer Leistungsinhalt

- Sichtung, Wertung und Erörterung von Fremdbefunden,
- Ruhe-EKG,
- Ruhe-Spirographie,
- Transkutane Messung(en) des Sauerstoffpartialdrucks, ggf. einschließlich Provokation und Dokumentation,
- Anleitung zum Druckausgleich (Valsalva-Manöver),
- Verbandswechsel,
- Übermittlung des Untersuchungsergebnisses an den zuweisenden Arzt bei Nichteignung des Patienten

Die Gebührenordnungsposition 30216 ist einmal vor Beginn eines Behandlungszyklus gemäß Nr. 6 dieses Abschnitts berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 30216 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 30218 berechnungsfähig.

30218 **Hyperbare Sauerstofftherapie gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (Nr. 22 der Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung), einschl. Sachkosten** 149,44 € 1173 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Hyperbare Sauerstofftherapie unter Anwendung des Problemwunden-Therapieschemas 240-90,
- Dokumentation,
- Expiratorische Sauerstoffmessung und Maskenüberwachung,
- Koordination und Sicherstellung der Betreuung des Patienten zwischen den Druckkammerbehandlungen nach der Gebührenordnungsposition 30214 durch eine qualifizierte Einrichtung nach Nr. 4 dieses Abschnitts,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Wundkontrolle und Verbandswechsel,
- Fotodokumentation nach jeder 10. Druckkammerbehandlung,
- Otoskopie,
- EKG-Überwachung,
- Ruhe-Spirographie,
- Vor- und Nachuntersuchung,
- Transkutane Messung(en) des Sauerstoffpartialdrucks, ggf. einschließlich Provokation,
- Aufklärung über vorbeugende Brandschutzmaßnahmen und Sicherheitshinweise vor Beginn der Druckkammerbehandlung,

einmal am Behandlungstag

Die Gebührenordnungsposition 30218 kann nur berechnet werden, wenn die Leistung auf Überweisung zur Durchführung von Auftragsleistungen (Indikations- oder Definitionsauftrag gemäß § 24 Abs. 7 Nr. 1 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä)) durch einen Vertragsarzt gemäß Nr. 3 dieses Abschnitts erfolgt und eine Vorabklärung nach der Gebührenordnungsposition 30216 stattgefunden hat.
Die Gebührenordnungsposition 30218 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 30216 berechnungsfähig.

30.3 Weitere Behandlungsmethoden und neuartige Therapien

30.3.1 Neurophysiologische Übungsbehandlung

1. Die Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts können nur von
   - Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie,
   - Fachärzten für Phoniatrie und Pädaudiologie,
   - Fachärzten für Physikalische und Rehabilitative Medizin,
   - Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie,

- Fachärzten für Neurologie,
- Fachärzten für Neurochirurgie,
- Fachärzten für Nervenheilkunde,
- Fachärzten für Orthopädie,
- Vertragsärzten, die eine entsprechende Zusatzqualifikation oder eine besondere Zusatzqualifikation entsprechender nichtärztlicher Mitarbeiter (Krankengymnasten, Heilpädagogen, Ergotherapeuten oder Physiotherapeuten mit Qualifikation entsprechend der der Vertragsärzte) nachweisen können,

berechnet werden.

2. Die Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts sind nicht neben Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 30.4 berechnungsfähig.

30300 **Sensomotorische Übungsbehandlung** (Einzelbehandlung) 11,08 €
87 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Physikalische Maßnahmen,
- Einzelbehandlung,
- Höchstens 60 Minuten Dauer,
- Systematische Übungsbehandlung komplexer Funktionsstörungen von Organsystemen,
  - sensomotorisch

  und/oder
  - neurophysiologisch,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Einweisung der Bezugsperson(en) in das Verfahren,

je vollendete 15 Minuten

Die Gebührenordnungsposition 30300 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 04355, 04356, 14220, 14221, 14310, 14311, 16220, 21220, 21221 und 30301 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 30.4 berechnungsfähig.

30301 **Sensomotorische Übungsbehandlung** (Gruppenbehandlung) 3,82 €
30 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Physikalische Maßnahmen,
- Gruppenbehandlung,
- Mit 2 bis 6 Teilnehmern,
- Höchstens 60 Minuten Dauer,
- Systematische Übungsbehandlung komplexer Funktionsstörungen von Organsystemen,
  - sensomotorisch

  und/oder
  - neurophysiologisch,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Einweisung der Bezugsperson(en) in das Verfahren,

je Teilnehmer, je vollendete 15 Minuten

Die Gebührenordnungsposition 30301 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 04355, 04356, 14220, 14221, 14310,

14311, 16220, 21220, 21221 und 30300 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 30.4 berechnungsfähig.

30.3.2 Tumortherapiefelder (TTF) zur Behandlung des Glioblastoms

1. Die Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts sind gemäß Nr. 34 der Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses nur bei Patienten mit neu diagnostiziertem Glioblastom berechnungsfähig, wenn nach Abschluss der Radiochemotherapie keine frühe Krankheitsprogression nachgewiesen wurde.
2. Die Gebührenordnungspositionen 30310 und 30311 können nur von
   - Fachärzten für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie,
   - Fachärzten für Neurologie,
   - Fachärzten für Neurochirurgie,
   - Fachärzten für Strahlentherapie

   berechnet werden.
3. Die Gebührenordnungsposition 30312 kann nur von
   - Fachärzten für Neurologie,
   - Fachärzten für Neurochirurgie,
   - Fachärzten für Strahlentherapie

   berechnet werden.
4. Die Verordnung der Geräte zur Anwendung von TTF erfolgt über das vereinbarte Muster für die Hilfsmittelverordnung.

30310 **Indikationsstellung zur Behandlung eines Patienten mit Tumortherapiefeldern (TTF) gemäß Nr. 34 der Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses** — 16,31 € / 128 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Indikationsstellung aufgrund einer Empfehlung einer interdisziplinären Tumorkonferenz gemäß Nr. 34 der Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses,

einmal im Krankheitsfall

30311 **Zusatzpauschale Behandlung und/oder Betreuung eines Patienten mit Tumortherapiefeldern (TTF) gemäß Nr. 34 der Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses** — 29,94 € / 235 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Behandlung und/oder Betreuung eines Patienten mit TTF,
- Überprüfung der Krankheitsprogression und der Indikation zur Anwendung von TTF,
- Fortlaufende Beratung zur Anwendung von TTF,

- Verlaufskontrolle und Dokumentation des Therapieerfolges,
- Erstellung, Überprüfung und Anpassung eines die onkologische Erkrankung begleitenden spezifischen Therapiekonzeptes unter Berücksichtigung individueller Faktoren,
- Kontrolle und/oder Behandlung ggf. auftretender therapiebedingter Nebenwirkungen,
- Planung und Koordination der komplementären Arznei-, Heil- und Hilfsmittelversorgung unter besonderer Berücksichtigung der Anwendung von TTF,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Erst- oder Folgeverordnung von TTF über einen Zeitraum von 3 Monaten,
- Anleitung und Führung der Bezugs- und Betreuungsperson(en),
- Fortlaufende Überprüfung des häuslichen, familiären und sozialen Umfelds im Hinblick auf die Grunderkrankung,
- Konsiliarische Erörterung/Fachliche Beratung und regelmäßiger Informationsaustausch mit weiteren mitbehandelnden Ärzten,
- Überprüfung und Koordination supportiver Maßnahmen,
- Einleitung und/oder Koordination der psychosozialen Betreuung des Patienten und seiner Familie und/oder Bezugs- und Betreuungsperson(en),
- Ggf. Hinzuziehung komplementärer Dienste bzw. häuslicher Krankenpflege,

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 30311 ist im Arztfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 13500 berechnungsfähig.

30312 **Zusatzpauschale für die Entscheidung über die Ausrichtung von Tumortherapiefeldern (TTF) zur Behandlung des Glioblastoms gemäß Nr. 34 der Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses** — 8,28 € / 65 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Aushändigung und Erläuterung des Positionierungsdiagramms im Rahmen der Erst- oder Neuausrichtung der TTF,

bis zu dreimal im Behandlungsfall

30.3.3 Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien

Infusionstherapie mit Valoctocogen Roxaparvovec

Obligater Leistungsinhalt

- Intravasale Infusionstherapie mit Valoctocogen Roxaparvovec,
- Beobachtung und Betreuung unmittelbar nach der intravasalen Infusion von Valoctocogen Roxaparvovec

30320 Dauer mind. 60 Minuten — 21,02 € / 165 Punkte

30321 Dauer mehr als 2 Stunden — 49,18 € / 386 Punkte

30322 Dauer mehr als 4 Stunden — 79,63 € / 625 Punkte

30323 Dauer mehr als 6 Stunden — 122,44 € / 961 Punkte

Die Gebührenordnungspositionen 30320 bis 30323 sind insgesamt nur einmalig berechnungsfähig.
Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 30321 bis 30323 setzt die Angabe der Begründung der erforderlichen Überwachung gemäß der jeweils aktuell gültigen Fachinformation (z. B. Dosierung, Dosisanpassung, Körpergewicht) und der Überwachungsdauer voraus.
Die Gebührenordnungspositionen 30320 bis 30323 können nur von Vertragsärzten berechnet werden, die über eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung gemäß ATMP-Qualitätssicherungs-Richtlinie zur Durchführung von Gentherapien bei Hämophilie verfügen.
Die Gebührenordnungsposition 30320 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02100 bis 02103, 30321 bis 30323 und 30326 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 1.5 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 30321 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02100 bis 02103, 30320, 30322, 30323 und 30326 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 1.5 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 30322 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02100 bis 02103, 30320, 30321, 30323 und 30326 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 1.5 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 30323 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02100 bis 02103, 30320 bis 30322 und 30326 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 1.5 berechnungsfähig.

30326 **Infusionstherapie mit Etranacogen dezaparvovec** — 79,63 € / 625 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Intravasale Infusionstherapie mit Etranacogen dezaparvovec,
- Beobachtung und Betreuung unmittelbar nach der intravasalen Infusion von Etranacogen dezaparvovec,
- Dauer mehr als 4 Stunden

Die Gebührenordnungsposition 30326 ist nur einmalig berechnungsfähig.
Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 30326 setzt die Angabe der Begründung der erforderlichen Überwachung gemäß der jeweils aktuell gültigen Fachinformation (z. B. Dosierung, Dosisanpassung, Körpergewicht) und der Überwachungsdauer voraus.
Die Gebührenordnungsposition 30326 kann nur von Vertragsärzten berechnet werden, die über eine Genehmigung der

Kassenärztlichen Vereinigung gemäß ATMP-Qualitätssicherungs-Richtlinie zur Durchführung von Gentherapien bei Hämophilie verfügen. Die Gebührenordnungsposition 30326 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02100 bis 02103 und 30320 bis 30323 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 1.5 berechnungsfähig.

30.4 Physikalische Therapie

1. Die Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts können nur von
   - Fachärzten für Haut- und Geschlechtskrankheiten (ausschließlich Gebührenordnungspositionen 30401, 30430 und 30431),
   - Fachärzten für Orthopädie,
   - Fachärzten für Neurologie,
   - Fachärzten für Nervenheilkunde,
   - Fachärzten für Chirurgie,
   - Fachärzten für Physikalische und Rehabilitative Medizin,
   - Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin (ausschließlich Gebührenordnungspositionen 30410, 30411 und 30430),
   - Fachärzten für Innere Medizin mit Schwerpunkt Angiologie, sowie Ärzten mit der Zusatzbezeichnung Phlebologe (ausschließlich die Gebührenordnungsposition 30401),
   - Fachärzten für Innere Medizin mit Schwerpunkt Pneumologie und Lungenärzten (ausschließlich Gebührenordnungspositionen 30410 und 30411),
   - Ärzten mit der (den) Zusatzbezeichnung(en) Physikalische Therapie und/oder Manuelle Medizin,
   - Ärzten, die einen entsprechend qualifizierten nichtärztlichen Mitarbeiter (staatl. geprüfter Masseur, Krankengymnast, Physiotherapeut) angestellt und dessen Qualifikation gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung nachgewiesen haben,

   berechnet werden.
2. Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 30420 und 30421 setzt abweichend von 1. voraus, dass der entsprechend qualifizierte Mitarbeiter mindestens die Qualifikation Physiotherapeut und/oder Krankengymnast besitzt.
3. Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 30430 setzt abweichend von 1. voraus, dass der Vertragsarzt die berufsrechtliche Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung Haut- und Geschlechtskrankheiten, Kinder- und Jugendmedizin und/oder Physikalische und Rehabilitative Medizin hat.
4. Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 30431 setzt abweichend von 1. voraus, dass der Vertragsarzt die berufsrechtliche Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung Haut- und Geschlechtskrankheiten hat.
5. Die Gebührenordnungspositionen dieses Abschnittes sind nicht neben Gebührenordnungspositionen des Abschnittes 30.3.1 berechnungsfähig.
6. Von Fachärzten für Haut- und Geschlechtskrankheiten sind die Gebührenordnungspositionen 30400, 30402, 30410, 30411, 30420 und 30421 nicht berechnungsfähig.

7. Von Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin sind die Gebührenordnungspositionen 30400 bis 30402 und 30420, 30421, 30431 nicht berechnungsfähig.
8. Die Gebührenordnungsposition 30440 kann abweichend von 1. nur von Fachärzten für Orthopädie und/oder Fachärzten für Orthopädie und Unfallchirurgie und/oder von Fachärzten für Physikalische und Rehabilitative Medizin berechnet werden.
9. Die Gebührenordnungsposition 30440 ist nur bei Patienten berechnungsfähig, die gemäß § 2 der Nr. 26 der Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ der Richtlinie vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses folgende Kriterien erfüllen:
   - bei denen der Fersenschmerz die gewohnte körperliche Aktivität über mindestens sechs Monate eingeschränkt hat und
   - während dieser Zeit unterschiedliche konservative Therapieansätze (pharmakologische und nicht-pharmakologische) einschließlich patientenzentrierter Maßnahmen (darunter mindestens Schonung, Dehnübungen und Einlagen) über einen ausreichenden Zeitraum ohne relevante Beschwerdebesserung angewandt wurden.

   Die Einschränkung der körperlichen Aktivität über mindestens sechs Monate liegt vor, wenn im Zeitraum der letzten zwei Quartale unter Ausschluss des aktuellen Quartals wegen der Fasciitis plantaris (ICD-10-GM: M72.2) jeweils mindestens ein Arzt-Patienten-Kontakt gemäß 4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen pro Quartal stattgefunden hat.

30400 **Massagetherapie** 9,43 €
74 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Massagetherapie lokaler Gewebeveränderungen eines oder mehrerer Körperteile

und/oder

- Manuelle Bindegewebsmassage

und/oder

- Periostmassage

und/oder

- Kolonmassage

und/oder

- Manuelle Lymphdrainage,

je Sitzung

Die Gebührenordnungsposition 30400 ist am Tag nur einmal berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 30400 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 30300, 30301, 30401, 30402, 30410, 30411, 30420 und 30421 berechnungsfähig.

30401 **Intermittierende apparative Kompressionstherapie,** 4,33 €
34 Punkte
je Bein, je Sitzung

Die Gebührenordnungsposition 30401 ist nur bei Vorliegen einer der im Folgenden genannten Diagnosen gemäß ICD-10-GM berechnungsfähig: I70.20 und I70.21 Artherosklerose der Extremitätenarterien i. V. m. R60.0 Umschriebenes Ödem, I83.0 Varizen der unteren Extremitäten mit Ulzeration, I87.0- Postthrombotisches Syndrom, I87.2- Venöse Insuffizienz (chronisch) (peripher), I89.0- Lymphödem, andernorts nicht klassifiziert, L97 Ulcus cruris venosum, M34.0 Progressive systemische Sklerose, Q27.8 Sonstige näher bezeichnete angeborene Fehlbildungen des peripheren Gefäßsystems, Q82.0- Hereditäres Lymphödem, T93.- Folgen von Verletzungen der unteren Extremität i. V. m. R60.0 Umschriebenes Ödem.
Die Gebührenordnungsposition 30401 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 30300, 30301, 30400, 30402, 30410, 30411, 30420 und 30421 berechnungsfähig.

30402 **Unterwasserdruckstrahlmassage** 12,36 €
97 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Unterwasserdruckstrahlmassage,
- Wanneninhalt mindestens 400 l,
- Leistung der Apparatur mindestens 400 kPa (4 bar)

Fakultativer Leistungsinhalt

- Hydroelektrisches Vollbad ("Stangerbad")

Die Gebührenordnungsposition 30402 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 30300, 30301, 30400, 30401, 30410, 30411, 30420 und 30421 berechnungsfähig.

30410 **Atemgymnastik** (Einzelbehandlung) 9,43 €
74 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Atemgymnastik und Atmungsschulung,
- Einzelbehandlung,
- Dauer mindestens 15 Minuten

Fakultativer Leistungsinhalt

- Intermittierende Anwendung manueller Weichteiltechniken

Die Gebührenordnungsposition 30410 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 30300, 30301, 30400 bis 30402, 30411, 30420 und 30421 berechnungsfähig.

30411 **Atemgymnastik** (Gruppenbehandlung) 4,33 €
34 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Atemgymnastik und Atmungsschulung,
- Gruppenbehandlung mit mindestens 3, höchstens 5 Teilnehmern,
- Dauer mindestens 20 Minuten,

je Teilnehmer

Die Gebührenordnungsposition 30411 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 30300, 30301, 30400 bis 30402, 30410, 30420 und 30421 berechnungsfähig.

30420 **Krankengymnastik** (Einzelbehandlung) 11,98 €
94 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Krankengymnastische Behandlung,
- Einzelbehandlung,
- Dauer mindestens 15 Minuten

Fakultativer Leistungsinhalt

- Intermittierende Anwendung manueller Weichteiltechniken,
- Anwendung von Geräten,
- Durchführung im Bewegungsbad

Die Gebührenordnungsposition 30420 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 08310, 26313, 30300, 30301, 30400 bis 30402, 30410, 30411 und 30421 berechnungsfähig.

30421 **Krankengymnastik** (Gruppenbehandlung) 6,12 €
48 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Krankengymnastische Behandlung,
- Gruppenbehandlung mit 3 bis 5 Teilnehmern,
- Dauer mindestens 20 Minuten,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Intermittierende Anwendung manueller Weichteiltechniken,
- Anwendung von Geräten,
- Durchführung im Bewegungsbad,

je Teilnehmer und Sitzung

Die Gebührenordnungsposition 30421 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 08310, 26313, 30300, 30301, 30400 bis 30402, 30410, 30411 und 30420 berechnungsfähig.

30430 **Selektive Phototherapie** mittels indikationsbezogen optimierten UV-Spektrums, 6,75 €
53 Punkte

je Sitzung

Die Gebührenordnungsposition 30430 ist nicht bei Anwendung der selektiven UVA1-Therapie berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 30430 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 30300 und 30301 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 30430 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 10350 berechnungsfähig.

30431 **Zuschlag** zu der Gebührenordnungsposition 30430 bei Durchführung der Phototherapie als Photochemotherapie (z. B. PUVA) 3,95 €
31 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 30431 ist nicht bei Anwendung der selektiven UVA1-Therapie berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 30431 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 30300 und 30301 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 30431 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 10350 berechnungsfähig.

30440 **Extrakorporale Stoßwellentherapie beim Fersenschmerz bei Fasciitis plantaris entsprechend der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (Nr. 26 Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung)** 31,47 € 247 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Extrakorporale Stoßwellentherapie,

je Fuß dreimal im Krankheitsfall

Die Gebührenordnungsposition 30440 ist nur berechnungsfähig, wenn der Patient nach Kenntnis des Vertragsarztes gemäß der neunten Bestimmung des Abschnitts 30.4 in den letzten zwei Quartalen unter Ausschluss des aktuellen Quartals wegen der Fasciitis plantaris (ICD-10-GM: M72.2) bei einem Arzt bereits behandelt wurde. Sofern der Vertragsarzt nicht selbst den Patienten in den letzten zwei Quartalen unter Ausschluss des aktuellen Quartals aufgrund des Fersenschmerzes behandelt hat, hat er sich zu erkundigen, ob der Patient wegen der Fasciitis plantaris bereits bei einem anderen Arzt gemäß der neunten Bestimmung des Abschnitts 30.4 behandelt wurde. Dies gilt auch, wenn mehrere Ärzte in die Behandlung des Patienten eingebunden sind (z. B. bei Arztwechsel, Vertretung, im Notfall, bei Mit- bzw. Weiterbehandlung).
Die Gebührenordnungsposition 30440 ist nur bei Patienten mit der Diagnose Fasciitis plantaris (ICD-10-GM: M72.2) berechnungsfähig. Die Berechnung setzt die Kodierung nach ICD-10-GM: M72.2 unter Angabe des Zusatzkennzeichens für die Diagnosensicherheit voraus.
Die Gebührenordnungsposition 30440 ist je Fuß in höchstens zwei aufeinanderfolgenden Quartalen höchstens dreimal im Krankheitsfall berechnungsfähig.

30.5 Phlebologie

1. Die Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts können nur von
   - Fachärzten für Haut- und Geschlechtskrankheiten,
   - Fachärzten für Chirurgie,
   - Fachärzten für Innere Medizin,
   - Vertragsärzten mit der Zusatzbezeichnung Phlebologie,

   berechnet werden.

30500 **Phlebologischer Basiskomplex** 19,75 € 155 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Verschlussplethysmograpische Untersuchung(en) der Extremitätenvenen mit graphischer Registrierung

und/oder

- Lichtreflexionsrheographische Untersuchung(en) der Extremitätenvenen,

- Doppler-sonographische Untersuchung(en) der Venen und/oder Arterien,
- Untersuchung(en) ein- und/oder beidseitig,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Doppler-sonographische Druckmessungen an den Extremitätenarterien,
- Thrombusspaltung einschließlich -expression,

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 30500 ist im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03100 und im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03043 von der Vertragsarztpraxis, die die Gebührenordnungsposition 03100 berechnet hat, für denselben Patienten nicht berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 30500 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02311, 10340 bis 10342 und 30214 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 30500 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03043, 03100, 03220, 03221, 04040, 04220, 04221, 13300, 13545, 33061 und 36882 berechnungsfähig.

30501 **Verödung von Varizen** 13,63 €
107 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Verödung von Varizen,
- Entstauender phlebologischer Funktionsverband,

je Bein höchstens fünfmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 30501 ist im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03100 und im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03043 von der Vertragsarztpraxis, die die Gebührenordnungsposition 03100 berechnet hat, für denselben Patienten nicht berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 30501 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02311, 02313, 10340 bis 10342 und 30214 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 30501 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03043, 03100, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.

30.6 Proktologie

1. Die Gebührenordnungsposition 30600 ist nur von
   - Fachärzten für Chirurgie,
   - Fachärzten für Haut- und Geschlechtskrankheiten,
   - Fachärzten für Innere Medizin mit Schwerpunkt Gastroenterologie,
   - Fachärzten für Allgemeinmedizin,
     Fachärzten für Innere und Allgemeinmedizin,
     Fachärzten für Innere Medizin und Fachärzten für Urologie,
     die einen durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung genehmigten Versorgungsschwerpunkt nachweisen können,

- Vertragsärzten mit der Zusatzbezeichnung Proktologie,

berechnungsfähig.

30600 **Zusatzpauschale Prokto-/Rektoskopie** 11,98 €
94 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Rektale Untersuchung,
- Proktoskopie

und/oder

- Rektoskopie,
- Patientenaufklärung,
- Information zum Ablauf der vorbereitenden Maßnahmen vor dem Eingriff und zu einer möglichen Sedierung und/oder Prämedikation,
- Nachbeobachtung und -betreuung

Fakultativer Leistungsinhalt

- Prämedikation/Sedierung

Die Gebührenordnungsposition 30600 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03331, 04331, 04516, 08333, 10340 bis 10342, 13250, 13257 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 30600 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 13260 berechnungsfähig.

30601 **Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 30600 für die Polypentfernung(en)** 6,88 €
54 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Vollständige Entfernung eines oder mehrerer Polypen mittels Heiß- oder Kaltschlinge,
- Veranlassung einer histologischen Untersuchung

Die Gebührenordnungsposition 30601 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 08334, 10340 bis 10342 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 30601 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 13260 berechnungsfähig.

30610 **Behandlung(en) von Hämorrhoiden** im anorektalen Bereich durch Sklerosierung am anorektalen Übergang mittels Injektion, 10,32 €
81 Punkte

höchstens viermal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 30610 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 10340 bis 10342 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.

30611 **Entfernung von Hämorrhoiden** am anorektalen Übergang und/oder eines inneren Schleimhautvorfalls mittels elastischer Ligatur nach Barron, 23,70 €
186 Punkte

höchstens viermal im Behandlungsfall

Die Kosten für im Rahmen der Leistungserbringung verbrauchte Ligaturringe sind in der Bewertung der Gebührenordnungsposition 30611 enthalten.
Die Gebührenordnungsposition 30611 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 10340 bis 10342 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.

30.7 Schmerztherapie

1. Voraussetzung für die Abrechnung der Gebührenordnungspositionen 30700 und/oder 30702 ist eine Genehmigung der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung gemäß Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten (Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie) gemäß § 135 Abs. 2 SGB V und der Nachweis der regelmäßigen Teilnahme an interdisziplinären Schmerzkonferenzen gemäß § 5 Abs. 3 der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie.
2. Kommt es im Verlauf der schmerztherapeutischen Behandlung nach sechs Monaten zu keiner nachweisbaren Verbesserung der Beschwerdesymptomatik, soll der Arzt prüfen, ob der Patient von einer psychiatrischen bzw. psychotherapeutischen Mitbehandlung profitiert. Die Behandlung von chronisch schmerzkranken Patienten (mit Ausnahme von Malignompatienten) nach den Vorgaben der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie soll einen Zeitraum von zwei Jahren nicht überschreiten. Die Kassenärztliche Vereinigung kann den Arzt auffordern, diejenigen Patienten zu benennen, die sich über diesen Zeitraum hinaus in seiner Behandlung befinden. Hinsichtlich der weiteren Behandlung dieser Patienten kann die Kassenärztliche Vereinigung den Arzt zu einer Stellungnahme auffordern und/oder zu einem Beratungsgespräch einladen.
3. Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 30702 ist auf höchstens 300 Behandlungsfälle je Vertragsarzt, der über eine Genehmigung gemäß Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V verfügt, pro Quartal begrenzt. Dabei sind Behandlungsfälle aufgrund einer TSS-Vermittlung und/oder Vermittlung durch den Hausarzt gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.10.1, 4.3.10.2 oder 4.3.10.3 nicht zu berücksichtigen. Die vorgenannte Begrenzung auf 300 Behandlungsfälle kann aus Gründen der Sicherstellung der Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten auf Antrag durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung modifiziert werden.
4. Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 30704 ist eine Genehmigung als schmerztherapeutische Einrichtung gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten gemäß § 135 Abs. 2 SGB V durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung.
5. Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 30704 ist weiterhin, dass die Anforderungen an ein

schmerztherapeutisches Zentrum sowie an den Vertragsarzt vollständig erfüllt sind:

- Das Behandlungsspektrum des schmerztherapeutischen Zentrums umfasst mindestens folgende Schmerzkrankheiten bzw. -störungen
  - chronische muskuloskelettale Schmerzen
  - chronische Kopfschmerzen
  - Gesichtsschmerzen
  - Ischämieschmerzen
  - medikamenteninduzierte Schmerzen
  - neuropathische Schmerzen
  - sympathische Reflexdystrophien
  - somatoforme Schmerzstörungen
  - Tumorschmerzen
- In einem schmerztherapeutischen Zentrum sind sämtliche der unter § 6 Abs. 1 und mindestens drei der in § 6 Abs. 2 der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie genannten Verfahren eigenständig vorzuhalten.
- Der Vertragsarzt hat an mindestens zehn interdisziplinären Schmerzkonferenzen mit Patientenvorstellung im Kalenderjahr teilzunehmen. Die regelmäßige Teilnahme an Schmerzkonferenzen nebst vorgestellten Patienten sind der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung auf deren Verlangen nachzuweisen.
- Der Vertragsarzt hat mindestens 30 Stunden schmerztherapeutische Fortbildung je Kalenderjahr nachzuweisen. Die Teilnahme an schmerztherapeutischen Fortbildungen ist der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung auf deren Verlangen nachzuweisen.

6. Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 30704 ist weiterhin, dass in der schmerztherapeutischen Einrichtung ausschließlich bzw. weit überwiegend chronisch schmerzkranke Patienten entsprechend der Definition der Präambel und des § 1 Abs. 1 der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie behandelt werden. Es sind regelmäßig mindestens 150 chronisch schmerzkranke Patienten im Quartal zu betreuen. Die schmerztherapeutische Einrichtung muss an vier Tagen pro Woche mindestens je 4 Stunden schmerztherapeutische Sprechstunden vorhalten, in denen ausschließlich chronisch schmerzkranke Patienten behandelt werden. Der Anteil der schmerztherapeutisch betreuten Patienten an der Gesamtzahl der Patienten muss mindestens 75 % betragen. Dabei sind Behandlungsfälle aufgrund einer TSS-Vermittlung und/oder einer Vermittlung durch den Hausarzt gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.10.1, 4.3.10.2 oder 4.3.10.3 bei der Gesamtzahl der Patienten nicht zu berücksichtigen. Die Gesamtzahl der schmerztherapeutisch betreuten Patienten darf die Höchstzahl von 300 Behandlungsfällen pro Vertragsarzt pro Quartal nicht überschreiten. Dabei sind Behandlungsfälle aufgrund einer TSS-Vermittlung und/oder einer Vermittlung durch den Hausarzt gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.10.1, 4.3.10.2 oder

4.3.10.3 nicht zu berücksichtigen. Die vorgenannte Begrenzung auf 300 Behandlungsfälle kann aus Gründen der Sicherstellung der Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten auf Antrag durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung modifiziert werden.

7. Die Gebührenordnungspositionen 30790 und 30791 sind nur von
   - Fachärzten für Allgemeinmedizin, Fachärzten für Innere und Allgemeinmedizin, praktischen Ärzten und Ärzten ohne Gebietsbezeichnung,
   - Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin,
   - Fachärzten für Kinderchirurgie,
   - Fachärzten für Innere Medizin,
   - Fachärzten für Chirurgie,
   - Fachärzten für Orthopädie bzw. Fachärzten für Orthopädie und Unfallchirurgie,
   - Fachärzten für Neurologie, Fachärzten für Nervenheilkunde sowie Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie,
   - Fachärzten für Neurochirurgie,
   - Fachärzten für Anästhesiologie,
   - Fachärzten für Physikalische und Rehabilitative Medizin,
   - Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

   mit einer Genehmigung der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung gemäß der Qualitätssicherungs-Vereinbarung Akupunktur nach § 135 Abs. 2 SGB V berechnungsfähig.
8. Werden die in der Grundpauschale 30700 enthaltenen Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen 01600 und 01601 durchgeführt, sind für die Versendung bzw. den Transport die Kostenpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 40110 und 40111 berechnungsfähig.
9. Die Gebührenordnungspositionen 30780 bis 30782 können ausschließlich von Vertragsärzten, die über eine Genehmigung der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung gemäß Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten (Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie) gemäß § 135 Abs. 2 SGB V verfügen, berechnet werden.

30.7.1 Schmerztherapeutische Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten nach § 135 Abs. 2 SGB V

30700	**Grundpauschale** für einen Patienten im Rahmen der Versorgung gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten nach § 135 Abs. 2 SGB V *Obligater Leistungsinhalt* - Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt und/oder Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä,	50,20 € 394 Punkte

Fakultativer Leistungsinhalt

- Weitere persönliche oder andere Arzt-Patienten-Kontakte gemäß 4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen,
- Ärztlicher Bericht entsprechend der Gebührenordnungsposition 01600,
- Individueller Arztbrief entsprechend der Gebührenordnungsposition 01601,
- In Anhang 1 aufgeführte Leistungen,

einmal im Behandlungsfall

Die Grundpauschale 30700 ist in demselben Arztfall nicht neben einer Versichertenpauschale, sonstigen Grundpauschale bzw. Konsiliarpauschale berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 30700 ist im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03100 und im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03043 von der Vertragsarztpraxis, die die Gebührenordnungsposition 03100 berechnet hat, für denselben Patienten nicht berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 30700 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 01436 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 30700 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01600, 01601, 03040, 03043, 03100, 03220, 03221, 03230, 04040, 04220, 04221, 04230 und 04231 berechnungsfähig.

30701 **Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 30700,** 1,15 €
9 Punkte

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 30701 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.
Die Gebührenordnungsposition 30701 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 01630 berechnungsfähig.

30702 **Zusatzpauschale** für die schmerztherapeutische Versorgung gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten nach § 135 Abs. 2 SGB V 63,45 €
498 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Basisabklärung und umfassende schmerztherapeutische Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten nach § 135 Abs. 2, einschließlich
  - Erhebung einer standardisierten Schmerzanamnese einschließlich Auswertung von Fremdbefunden,
  - Durchführung einer Schmerzanalyse,
  - Differentialdiagnostische Abklärung der Schmerzkrankheit,
  - Eingehende Beratung des Patienten einschließlich Festlegung der Therapieziele,

- Aufstellung eines inhaltlich und zeitlich gestuften Therapieplans unter Berücksichtigung des ermittelten Chronifizierungsstadiums,
- Vermittlung von bio-psycho-sozialen Zusammenhängen und von Schmerzbewältigungsstrategien,
- Gewährleistung der Einleitung und Koordination der flankierenden therapeutischen Maßnahmen

und/oder

- Fortführung einer umfassenden schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten nach § 135 Abs. 2, einschließlich
  - Zwischenanamnese einschließlich Auswertung von Fremdbefunden,
  - Eingehende Beratung des Patienten und ggf. Überprüfung der Therapieziele und des Therapieplans,
  - Weitere Koordination und ggf. Überprüfung der flankierenden therapeutischen Maßnahmen,
- Standardisierte Dokumentation(en),
- Bericht an den Hausarzt über den Behandlungsverlauf,
- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Konsiliarische Beratung der gemäß § 6 Abs. 2 der Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten kooperierenden Ärzte,
- Weitere persönliche oder andere Arzt-Patienten-Kontakte gemäß 4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen,

einmal im Behandlungsfall

Die Zusatzpauschale 30702 ist in demselben Arztfall nur neben der Grundpauschale 30700, nicht neben einer anderen Versichertenpauschale, Grundpauschale bzw. Konsiliarpauschale berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 30702 ist im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03100 und im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03043 von der Vertragsarztpraxis, die die Gebührenordnungsposition 03100 berechnet hat, für denselben Patienten nicht berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 30702 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03030, 04030, 05360 und 30930 bis 30933 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 35.1 und 35.2 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 30702 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01600, 01601, 03040, 03043, 03100, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.

30703 **Hygienezuschlag zu der Gebührenordnungsposition 30700,** 0,25 €
einmal im Behandlungsfall 2 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 30703 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.

30704 **Zuschlag** für die Erbringung der Zusatzpauschale 30702 in schmerztherapeutischen Einrichtungen gemäß Anlage I der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie und Erfüllung der Voraussetzungen gemäß Präambel Nr. 4 - 6, 38,09 € 299 Punkte

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 30704 ist im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03100 und im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03043 von der Vertragsarztpraxis, die die Gebührenordnungsposition 03100 berechnet hat, für denselben Patienten nicht berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 30704 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 05360 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 30704 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03043, 03100, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.

30705 **Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 30700 für die Behandlung aufgrund einer TSS-Vermittlung und/oder Vermittlung durch den Hausarzt gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.10.1, 4.3.10.2 oder 4.3.10.3,**

einmal im Arztgruppenfall

Die Gebührenordnungsposition 30705 kann durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt werden.
Die Gebührenordnungsposition 30705 ist im Arztgruppenfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 01710 berechnungsfähig.

30706 **Teilnahme an einer schmerztherapeutischen Fallkonferenz** gemäß § 5 Abs. 3 der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie 10,96 € 86 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Teilnahme an einer multidisziplinären Fallkonferenz

Die Gebührenordnungsposition 30706 ist nur in Behandlungsfällen berechnungsfähig, in denen die Grundpauschale 30700 berechnet worden ist. Hausärzte sowie weitere komplementär behandelnde Ärzte oder Psychotherapeuten dürfen die Gebührenordnungsposition unter Angabe des primär schmerztherapeutisch verantwortlichen Arztes berechnen.
Die Gebührenordnungsposition 30706 ist auch bei Durchführung der Fallkonferenz als Videofallkonferenz berechnungsfähig. Für die Abrechnung gelten die Anforderungen gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä entsprechend.
Die Gebührenordnungsposition 30706 ist im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03100 und im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03043 von der

Vertragsarztpraxis, die die Gebührenordnungsposition 03100 berechnet hat, für denselben Patienten nicht berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 30706 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01442, 01443, 37720 und 37804 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 30706 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03043, 03100, 03220, 03221, 04040, 04220, 04221 und 37320 berechnungsfähig.

30708 **Beratung und Erörterung und/oder Abklärung im Rahmen der Schmerztherapie,** Dauer mindestens 10 Minuten, — 21,53 € / 169 Punkte

je vollendete 10 Minuten

Die Gebührenordnungsposition 30708 ist auch bei Durchführung der Leistung im Rahmen einer Videosprechstunde berechnungsfähig und dies durch Angabe einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung zu dokumentieren. Für die Abrechnung gelten die Anforderungen gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä entsprechend.
Bei der Nebeneinanderberechnung der Gebührenordnungsposition 30708 neben der 30702 ist eine Arzt-Patienten-Kontaktzeit von mindestens 55 Minuten Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 30708.
Bei der Nebeneinanderberechnung diagnostischer bzw. therapeutischer Gebührenordnungspositionen und der Gebührenordnungsposition 30708 ist eine mindestens 10 Minuten längere Arzt-Patienten-Kontaktzeit als in den entsprechenden Gebührenordnungspositionen angegeben Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 30708.
Die Gebührenordnungsposition 30708 ist nur in Behandlungsfällen berechnungsfähig, in denen die Grundpauschale 30700 berechnet worden ist.
Die Gebührenordnungsposition 30708 ist im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03100 und im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03043 von der Vertragsarztpraxis, die die Gebührenordnungsposition 03100 berechnet hat, für denselben Patienten nicht berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 30708 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01440, 01500, 01501, 01510 bis 01512, 01520 bis 01522, 01530, 01531, 01540 bis 01545, 01856, 02100 bis 02102, 05320, 05330, 05331, 05340, 05341, 05350, 05372, 31820 bis 31828, 31840, 31841, 36820 bis 36829, 36840 und 36841 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 30708 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03043, 03100, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.

30780 **Zusatzpauschale für die Verlaufskontrolle und die Auswertung der digitalen Gesundheitsanwendung (DiGA) somnio gemäß dem Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen gemäß § 139e SGB V,** — 8,15 € / 64 Punkte

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 30780 ist auch bei Durchführung der Leistung im Rahmen einer Videosprechstunde berechnungsfähig und dies durch Angabe einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung zu dokumentieren. Für die Abrechnung gelten die Anforderungen gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä entsprechend.
Die Gebührenordnungsposition 30780 ist im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03100 und im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03043 von der Vertragsarztpraxis, die die Gebührenordnungsposition 03100 berechnet hat, für denselben Patienten nicht berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 30780 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01471, 03040, 03043, 03100, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.

30781 **Zusatzpauschale für die Verlaufskontrolle und die Auswertung der digitalen Gesundheitsanwendung (DiGA) Vivira gemäß dem Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen gemäß § 139e SGB V,** 8,15 € 64 Punkte

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 30781 ist im Krankheitsfall höchstens zweimal berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 30781 ist im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03100 und im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03043 von der Vertragsarztpraxis, die die Gebührenordnungsposition 03100 berechnet hat, für denselben Patienten nicht berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 30781 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01472, 01483, 03040, 03043, 03100, 03220, 03221, 04040, 04220, 04221 und 30782 berechnungsfähig.

30782 **Zusatzpauschale für die Verlaufskontrolle und die Auswertung der digitalen Gesundheitsanwendung (DiGA) Axia gemäß dem Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen gemäß § 139e SGB V** 8,15 € 64 Punkte

Fakultativer Leistungsinhalt

- Anpassung der weiteren Therapie,

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 30782 ist im Krankheitsfall höchstens zweimal berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 30782 ist ausschließlich bei Versicherten ab der Vollendung des 18. Lebensjahres berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 30782 ist im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03100 und im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03043 von der Vertragsarztpraxis, die die Gebührenordnungsposition 03100 berechnet hat, für denselben Patienten nicht berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 30782 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01472, 01483, 03040, 03043, 03100, 03220, 03221, 04040, 04220, 04221 und 30781 berechnungsfähig.

30.7.2 Andere schmerztherapeutische Behandlungen

30710 **Infusion** von nach der **Betäubungsmittelverschreibungsverordnung** verschreibungspflichtigen **Analgetika** oder von **Lokalanästhetika** unter **systemischer** Anwendung in überwachungspflichtiger Konzentration — 15,16 € / 119 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Dauer mindestens 30 Minuten

Erfolgt über denselben liegenden Zugang (z. B. Kanüle, Katheter) mehr als eine Infusion entsprechend den Gebührenordnungspositionen 01546, 02100 bis 02102 und/oder 30710, so sind die Gebührenordnungspositionen 01546, 02100 bis 02102 und/oder 30710 je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 30710 ist im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03100 und im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03043 von der Vertragsarztpraxis, die die Gebührenordnungsposition 03100 berechnet hat, für denselben Patienten nicht berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 30710 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01910, 01911, 02100, 05360, 05372 und 34503 bis 34505 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 5.3, 31.5 und 36.5 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 30710 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03043, 03100, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.

30712 **Anleitung** des Patienten zur **Selbstanwendung** der **transkutanen elektrischen Nervenstimulation** (TENS) — 9,17 € / 72 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Einsatz des für die Selbstanwendung bestimmten Gerätetyps,

je Sitzung

Die Gebührenordnungsposition 30712 ist im Krankheitsfall höchstens fünfmal berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 30712 ist im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03100 und im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03043 von der Vertragsarztpraxis, die die Gebührenordnungsposition 03100 berechnet hat, für denselben Patienten nicht berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 30712 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02101, 02102, 05360, 05372, 31840, 31841, 34503 bis 34505, 36840 und 36841 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 5.3 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 30712 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03043, 03100, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.

30720 **Analgesie** eines **Hirnnerven** oder eines **Hirnnervenganglions** an der **Schädelbasis** — 12,74 € / 100 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Analgesie eines Hirnnerven an seiner Austrittsstelle an der Schädelbasis (Nervus mandibularis am Foramen ovale, Nervus maxillaris am Foramen rotundum)

oder

- Analgesie eines Hirnnervenganglions an der Schädelbasis (Ganglion pterygopalatinum, Ganglion Gasseri)

Die Gebührenordnungsposition 30720 ist nur bei Angabe des betreffenden Nerven oder des betreffenden Ganglions berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 30720 ist im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03100 und im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03043 von der Vertragsarztpraxis, die die Gebührenordnungsposition 03100 berechnet hat, für denselben Patienten nicht berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 30720 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02101, 02102, 05360, 05372, 31840, 31841, 34503 bis 34505, 36840 und 36841 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 5.3 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 30720 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03043, 03100, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.

30721 **Sympathikusblockade** (Injektion) am **zervikalen Grenzstrang** — 28,92 € / 227 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Nachweis und Dokumentation des vegetativen Effektes (z. B. seitenvergleichende Messung der Hauttemperatur),
- Kontinuierliches EKG-Monitoring,
- Kontinuierliche Pulsoxymetrie,

je Sitzung

Die Gebührenordnungsposition 30721 ist im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03100 und im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03043 von der Vertragsarztpraxis, die die Gebührenordnungsposition 03100 berechnet hat, für denselben Patienten nicht berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 30721 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02101, 02102, 05360, 05372, 31840, 31841, 34503 bis 34505, 36840 und 36841 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 5.3 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 30721 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03043, 03100, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.

30722 **Sympathikusblockade** (Injektion) am **thorakalen** oder **lumbalen Grenzstrang** — 25,35 € / 199 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Nachweis und Dokumentation des vegetativen Effektes (z. B. seitenvergleichende Messung der Hauttemperatur),
- Kontinuierliches EKG-Monitoring,
- Kontinuierliche Pulsoxymetrie,

je Sitzung

Die Gebührenordnungsposition 30722 ist im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03100 und im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03043 von der Vertragsarztpraxis, die die Gebührenordnungsposition 03100 berechnet hat, für denselben Patienten nicht berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 30722 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02101, 02102, 05360, 05372, 31840, 31841, 34503 bis 34505, 36840 und 36841 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 5.3 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 30722 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03043, 03100, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.

30723 **Ganglionäre Opioid-Applikation,** — 12,74 € / 100 Punkte

je Sitzung

Die Gebührenordnungsposition 30723 ist im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03100 und im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03043 von der Vertragsarztpraxis, die die Gebührenordnungsposition 03100 berechnet hat, für denselben Patienten nicht berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 30723 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02101, 02102, 05360, 05372, 31840, 31841, 34503 bis 34505, 36840 und 36841 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 5.3 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 30723 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03043, 03100, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.

30724 **Analgesie** eines oder mehrerer **Spinalnerven** und der **Rami communicantes** an den **Foramina intervertebralia** — 25,35 € / 199 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Nachweis und Dokumentation des vegetativen Effektes (z. B. seitenvergleichende Messung der Hauttemperatur),
- Kontinuierliches EKG-Monitoring,
- Kontinuierliche Pulsoxymetrie,

je Sitzung

Die Gebührenordnungsposition 30724 ist im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03100 und im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03043 von der Vertragsarztpraxis, die die Gebührenordnungsposition 03100 berechnet hat, für denselben Patienten nicht berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 30724 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02101, 02102, 05360, 05372, 31840, 31841, 34503 bis 34505, 36840 und 36841 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 5.3 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 30724 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03043, 03100, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.

30730 **Intravenöse regionale Sympathikusblockade in Blutleere** 86,38 €
678 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Nachweis und Dokumentation des vegetativen Effektes (z. B. seitenvergleichende Messung der Hauttemperatur),
- Kontinuierliches EKG-Monitoring,
- Kontinuierliche Pulsoxymetrie

Die Gebührenordnungsposition 30730 ist im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03100 und im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03043 von der Vertragsarztpraxis, die die Gebührenordnungsposition 03100 berechnet hat, für denselben Patienten nicht berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 30730 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02101, 02102, 05360, 05372, 31840, 31841, 34503 bis 34505, 36840 und 36841 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 5.3 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 30730 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03043, 03100, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.

30731 **Plexusanalgesie** (Plexus zervikalis, brachialis, axillaris, lumbalis, lumbosakralis), **Spinal- oder Periduralanalgesie** (auch kaudal), **einzeitig** oder **mittels Katheter** (auch als Voraussetzung zur Applikation zytostatischer, antiphlogistischer oder immunsuppressiver Substanzen) 91,48 €
718 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Kontinuierliches EKG-Monitoring,
- Kontinuierliche Pulsoxymetrie,
- Überwachung von bis zu 2 Stunden,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Kontrolle der Katheterlage durch Injektion eines Lokalanästhetikums,

je Sitzung

Die Gebührenordnungsposition 30731 ist im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03100 und im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03043 von der

Vertragsarztpraxis, die die Gebührenordnungsposition 03100 berechnet hat, für denselben Patienten nicht berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 30731 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02101, 02102, 05360, 05372, 31540, 31840, 31841, 34503 bis 34505, 36840 und 36841 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 5.3 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 30731 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03043, 03100, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.

30740 **Überprüfung** (z. B. anatomische Lage, Wundverhältnisse) eines zur **Langzeitanalgesie** angelegten **Plexus-, Peridural-** oder **Spinalkatheters** und/oder eines programmierbaren und implantierten **Stimulationsgerätes** (z. B. SCS- oder DRG- oder PNS- oder ONS-System) im Rahmen der Langzeitanalgesie — 15,16 € / 119 Punkte

Fakultativer Leistungsinhalt

- Injektion(en), Filterwechsel und Verbandwechsel,
- Funktionskontrolle(n),
- Umprogrammierung(en),
- Wiederauffüllung einer externen oder implantierten Medikamentenpumpe,

je Sitzung

Die Gebührenordnungsposition 30740 ist im Rahmen der Funktionskontrolle, ggf. mit Umprogrammierung, von Stimulationsgeräten zur Langzeitanalgesie nur berechnungsfähig bei implantierten Stimulationsgeräten mit Neurostimulator.
Die Gebührenordnungsposition 30740 ist im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03100 und im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03043 von der Vertragsarztpraxis, die die Gebührenordnungsposition 03100 berechnet hat, für denselben Patienten nicht berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 30740 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02101, 02102, 05360, 05372, 31540, 31840, 31841, 34503 bis 34505, 36840 und 36841 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 5.3 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 30740 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03043, 03100, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.

30750 **Erstprogrammierung** einer **externen Medikamentenpumpe** zur **Langzeitanalgesie** — 22,93 € / 180 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Schulung und Anleitung des Patienten und/oder der Bezugsperson(en)

Fakultativer Leistungsinhalt

- Funktionskontrolle(n)

Die Gebührenordnungsposition 30750 ist im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03100 und im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03043 von der Vertragsarztpraxis, die die Gebührenordnungsposition 03100 berechnet hat, für denselben Patienten nicht berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 30750 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02101, 02102, 02120 und 05360 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 30750 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03043, 03100, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.

30751 **Langzeitanalgospasmolyse** mit Auffüllen einer **implantierten Medikamentenpumpe** zur **intrathekalen Dauerapplikation** von Baclofen über **mindestens 8 Stunden** — 25,35 € / 199 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Kontinuierliches EKG-Monitoring,
- Kontinuierliche Pulsoxymetrie

Die Gebührenordnungsposition 30751 ist im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03100 und im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03043 von der Vertragsarztpraxis, die die Gebührenordnungsposition 03100 berechnet hat, für denselben Patienten nicht berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 30751 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02101, 02102, 05360, 05372, 31840, 31841, 34503 bis 34505, 36840 und 36841 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 5.3 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 30751 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03043, 03100, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.

30760 Dokumentierte **Überwachung** im **Anschluss** an die Gebührenordnungsposition **30710**oder nach Eintritt des dokumentierten **vegetativen**, ggf. **sensiblen** Effektes im **Anschluss** an die Gebührenordnungspositionen**30721, 30722, 30724**und**30730** — 30,58 € / 240 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Kontinuierliches EKG-Monitoring,
- Kontinuierliche Pulsoxymetrie,
- Zwischen- und Abschlussuntersuchung(en),
- Dauer mindestens 30 Minuten

Die Gebührenordnungsposition 30760 ist im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03100 und im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03043 von der Vertragsarztpraxis, die die Gebührenordnungsposition 03100 berechnet hat, für denselben Patienten nicht berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 30760 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02101, 02102, 05360, 05372, 31840,

31841, 34503 bis 34505, 36840 und 36841 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 5.3 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 30760 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03043, 03100, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.

30.7.3 Körperakupunktur gemäß den Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V

30790 **Eingangsdiagnostik und Abschlussuntersuchung zur Behandlung mittels Körperakupunktur** gemäß den Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V bei folgenden Indikationen: 65,74 € 516 Punkte

- chronische Schmerzen der Lendenwirbelsäule,

und/oder

- chronische Schmerzen eines oder beider Kniegelenke durch Gonarthrose

Obligater Leistungsinhalt

- Schmerzanalyse zu Lokalisation, Dauer, Stärke und Häufigkeit,
- Bestimmung der Beeinträchtigung in den Alltagstätigkeiten durch den Schmerz,
- Beurteilung des Schmerzeinflusses auf die Stimmung,
- Integration der Akupunkturbehandlung in ein schmerztherapeutisches Gesamtkonzept,
- Schmerzanalyse und Diagnostik nach den Regeln der traditionellen chinesischen Medizin (z.B. anhand von Leitbahnen, Störungsmustern, konstitutionellen Merkmalen oder mittels Syndromdiagnostik),
- Erstellung des Therapieplans zur Körperakupunktur mit Auswahl der Leitbahnen, Spezifizierung der Akupunkturlokalisationen, Berücksichtigung der optimalen Punktekombinationen, Verteilung der Akupunkturlokalisationen,
- eingehende Beratung des Patienten einschließlich Festlegung der Therapieziele,
- Durchführung einer Verlaufserhebung bei Abschluss der Behandlung,
- Dokumentation,
- Dauer mindestens 40 Minuten,
- Bericht an den Hausarzt,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Erläuterung zusätzlicher, flankierender Therapiemaßnahmen,

einmal im Krankheitsfall

Die Gebührenordnungsposition 30790 ist im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03100 und im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03043 von der Vertragsarztpraxis, die die Gebührenordnungsposition 03100 berechnet hat, für denselben Patienten nicht berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 30790 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 05360 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 30790 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03043, 03100, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.

30791 **Durchführung einer Körperakupunktur** und ggfs. Revision des Therapieplans gemäß den Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Behandlung bei folgenden Indikationen: — 21,15 € / 166 Punkte

- Chronische Schmerzen der Lendenwirbelsäule,

oder

- Chronische Schmerzen eines oder beider Kniegelenke durch Gonarthrose

Obligater Leistungsinhalt

- Durchführung der Akupunktur gemäß dem erstellten Therapieplan,
- Aufsuchen der spezifischen Akupunkturpunkte und exakte Lokalisation,
- Nadelung akupunkturspezifischer Punkte mit sterilen Einmalnadeln,
- Verweildauer der Nadeln von mindestens 20 Minuten,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Beruhigende oder anregende Nadelstimulation,
- Hervorrufen der akupunkturspezifischen Nadelwirkung (De-Qui-Gefühl),
- Berücksichtigung der adäquaten Stichtiefe,
- Adaption des Therapieplanes und Dokumentation,
- Festlegung der neuen Punktekombination, Stimulationsart und Stichtiefe,

je dokumentierter Indikation bis zu zehnmal, mit besonderer Begründung bis zu 15-mal im Krankheitsfall

Die Sachkosten inklusive der verwendeten Akupunkturnadeln sind in der Gebührenordnungsposition 30791 enthalten.
Die Gebührenordnungsposition 30791 ist im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03100 und im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03043 von der Vertragsarztpraxis, die die Gebührenordnungsposition 03100 berechnet hat, für denselben Patienten nicht berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 30791 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 05360 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 30791 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03043, 03100, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.

30.8 Soziotherapie

1. Die Gebührenordnungspositionen 30810 und 30811 können nur von
   - Fachärzten für Nervenheilkunde,
   - Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie,
   - Fachärzten für Neurologie,
   - Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,

- Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie,
- Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie,
- Fachärzten mit Zusatz-Weiterbildung Psychotherapie,
- Psychologischen Psychotherapeuten,
- Fachpsychotherapeuten für Erwachsene,
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten,
- Fachpsychotherapeuten für Kinder und Jugendliche,
- Fachpsychotherapeuten für Neuropsychologische Psychotherapie

berechnet werden.

30800 **Hinzuziehung eines soziotherapeutischen Leistungserbringers** 8,54 €
67 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Hinzuziehung eines soziotherapeutischen Leistungserbringers durch den Vertragsarzt, der keine Genehmigung zur Verordnung von Soziotherapie besitzt,
- Beachtung der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung von Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung,
- Motivation des Patienten zur Wahrnehmung von Soziotherapie,
- Verordnung von bis zu 5 Therapieeinheiten

Fakultativer Leistungsinhalt

- Überweisung zu einem bezüglich der Soziotherapie verordnungsbefugten Leistungserbringer

30810 **Erstverordnung Soziotherapie** 21,40 €
168 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Erstverordnung von Behandlungsmaßnahmen zur Soziotherapie von bis zu 30 Therapieeinheiten,
- Beachtung der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung von Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung,
- Mithilfe bei der Auswahl des Soziotherapeuten,
- Mitwirkung bei der Erstellung des soziotherapeutischen Betreuungsplanes,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Anpassung des Betreuungsplanes nach verordneten Probestunden,

einmal im Krankheitsfall

Die Gebührenordnungsposition 30810 ist nur nach Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 30810 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 30811 berechnungsfähig.

30811 **Überprüfung der Indikation zur Folgeverordnung Soziotherapie** 21,40 €
168 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Überprüfung und Anpassung des soziotherapeutischen Behandlungsplanes,
- Beobachtung und Abstimmung des Therapieverlaufs,
- Beachtung der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung von Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Folgeverordnung von bis zu 30 weiteren Einheiten Soziotherapie,

je Sitzung

Die Gebührenordnungsposition 30811 ist im Behandlungsfall höchstens zweimal berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 30811 ist nur nach Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 30811 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 30810 berechnungsfähig.

30.9 Schlafstörungsdiagnostik

1. Die Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts sind nur gemäß Nummer 3 der Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses berechnungsfähig.
2. Abweichend von Nr. 1 sind gemäß § 2 der Nummer 36 der Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses die Gebührenordnungspositionen 30900 und 30901 im Rahmen der Therapie mittels einer Unterkieferprotrusionsschiene nur berechnungsfähig, sofern eine behandlungsbedürftige obstruktive Schlafapnoe anhand einer Stufendiagnostik gemäß § 3 der Nummer 3 der Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung festgestellt wurde und eine Überdrucktherapie nicht erfolgreich durchgeführt werden kann.
3. Die Anfertigung einer Unterkieferprotrusionsschiene kann zu Lasten der Krankenkassen nur erfolgen, sofern ein Vertragszahnarzt durch einen Vertragsarzt mit der Zusatzweiterbildung „Schlafmedizin“ oder der Qualifikation nach § 6 Abs. 2 der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V mit der Anfertigung beauftragt wurde.
4. Für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 30901 im Zusammenhang mit der Therapie mittels einer Unterkieferprotrusionsschiene gelten die Vorgaben gemäß § 3 Abs. 7 und § 5 Abs. 2 der Nummer 3 der Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung.
5. Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 30900 und 30901 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Diagnostik und Therapie

schlafbezogener Atmungsstörungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus. Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 30902 setzt das Vorliegen einer Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung zur Berechnung der Gebührenordnungsposition 30901 voraus. Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 30905 setzt das Vorliegen einer Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung zur Berechnung der Gebührenordnungsposition 30900 und/oder der Gebührenordnungsposition 30901 voraus.

30900 **Kardiorespiratorische Polygraphie** gemäß Stufe 3 der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses — 81,54 € / 640 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Kardiorespiratorische Polygraphie gemäß Stufe 3 der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses bei Patienten, bei denen die Anamnese und die klinische Untersuchung die typischen Befunde einer schlafbezogenen Atmungsstörung ergeben

oder

- Kardiorespiratorische Polygraphie gemäß Stufe 3 der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses bei Patienten zur Therapieverlaufskontrolle der Atemwegs-Überdrucktherapie (CPAP oder verwandte Verfahren)

oder

- Kardiorespiratorische Polygraphie gemäß Stufe 3 der Richtlinen des Gemeinsamen Bundesausschusses bei Patienten zur Wirksamkeitskontrolle nach einer Erstanpassung einer Unterkieferprotrusionsschiene oder zur Verlaufskontrolle einer Therapie mittels Unterkieferprotrusionsschiene,
- Kontinuierliche simultane Registrierung während einer mindestens sechsstündigen Schlafphase,
  - der Atmung (Atemfluss, Schnarchgeräusche),
  - der Oxymetrie (Sättigung des oxygenierbaren Hämoglobins),
  - der Herzfrequenz,
  - der Körperlage,
  - der abdominalen und thorakalen Atembewegungen,
- Computergestützte Auswertung(en) der aufgezeichneten Befunde einschließlich visueller Auswertung(en),
- Dokumentation und patientenbezogene Beurteilung

Fakultativer Leistungsinhalt

- Maskendruckmessung(en) bei Einsatz eines CPAP-Gerätes während einer mindestens sechsstündigen Schlafphase,
- Feststellung einer ausreichenden Gerätenutzung durch den Patienten,
- Weitergabe der Untersuchungsergebnisse an den Arzt, der die weitere polysomnographische Diagnostik durchführt

Die Gebührenordnungsposition 30900 ist im Rahmen einer Therapie mittels Unterkieferprotrusionsschiene höchstens viermal im Krankheitsfall berechnungsfähig.

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 30900 im Rahmen einer Therapie mittels einer Unterkieferprotrusionsschiene setzt die Angabe einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung voraus.
Die Gebührenordnungsposition 30900 ist im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03100 und im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03043 von der Vertragsarztpraxis, die die Gebührenordnungsposition 03100 berechnet hat, für denselben Patienten nicht berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 30900 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 04434, 04435, 14320, 14321, 16310, 16311, 21310, 21311 und 30901 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 30900 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03043, 03100, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.

30901 **Kardiorespiratorische Polysomnographie** gemäß Stufe 4 der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses — 404,00 € / 3171 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Kardiorespiratorische Polysomnographie gemäß Stufe 4 der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses bei Patienten, bei denen trotz sorgfältiger klinisch-anamnestischer Abklärung und nach einer erfolgten Polygraphie entsprechend der Gebührenordnungsposition 30900 keine Entscheidung zur Notwendigkeit mittels CPAP möglich ist

oder

- Kardiorespiratorische Polysomnographie gemäß Stufe 4 der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses bei Patienten mit gesicherter Indikation zur Ersteinstellung oder bei schwerwiegenden Therapieproblemen einer Atemwegs-Überdrucktherapie (CPAP oder verwandte Verfahren)

oder

- Kardiorespiratorische Polysomnographie gemäß Stufe 4 der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses bei Patienten zur Wirksamkeitskontrolle nach einer Erstanpassung einer Unterkieferprotrusionsschiene oder zur Verlaufskontrolle einer Therapie mittels Unterkieferprotrusionsschiene,
- Kontinuierliche Simultanregistrierung während einer mindestens sechsstündigen Schlafphase in einem räumlich vom Ableitraum getrennten Schlafraum, in dem sich während der kardiorespiratorischen Polysomnographie nur ein Patient befinden darf
  - der Atmung,
  - der Oxymetrie (Sättigung des oxygenierbaren Hämoglobins),
  - des EKG,
  - der Körperlage,
  - der abdominalen und thorakalen Atembewegungen,
  - des Atemflusses oder des Maskendruckes bei Einsatz eines CPAP-Gerätes,

- elektookulographische Untersuchung(en) (EOG) mit zwei Ableitungen,
- elektroenzephalographische Untersuchung(en) (EEG) mit zwei Ableitungen,
- elektromyographische Untersuchung(en) (EMG) mit drei Ableitungen,
- optische und akustische Aufzeichnung(en) des Schlafverhaltens,

- Visuelle Auswertung(en) der aufgezeichneten Befunde einschließlich visueller Validierung, Dauer mindestens 40 Minuten,
- Dokumentation und patientenbezogene Beurteilung,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Weitergabe der Untersuchungsergebnisse an den Vertragsarzt, der die Überdrucktherapie einleitet oder die Anfertigung der Unterkieferprotrusionsschiene veranlasst oder an die weiterbehandelnden Vertragsärzte oder Vertragszahnärzte,

je Sitzung

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 30901 im Rahmen einer Therapie mittels einer Unterkieferprotrusionsschiene setzt die Angabe einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung voraus.
Die Gebührenordnungsposition 30901 ist im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03100 und im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03043 von der Vertragsarztpraxis, die die Gebührenordnungsposition 03100 berechnet hat, für denselben Patienten nicht berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 30901 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 04434, 04435, 14320, 14321, 16310, 16311, 21310, 21311 und 30900 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 30901 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03043, 03100, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.

30902 **Einleitung einer Zweitlinientherapie mittels Unterkieferprotrusionsschiene bei obstruktiver Schlafapnoe** 8,28 € 65 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Ausschluss einer erfolgreichen Durchführbarkeit einer Überdrucktherapie bei einem Patienten mit behandlungsbedürftiger obstruktiver Schlafapnoe,
- Schriftliche Beauftragung eines Vertragszahnarztes zur Anfertigung und Anpassung der Unterkieferprotrusionsschiene mit Angabe des anzustrebenden Protrusionsgrades,

einmal im Krankheitsfall

Die Gebührenordnungsposition 30902 ist im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03100 und im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03043 von der Vertragsarztpraxis, die die Gebührenordnungsposition 03100 berechnet hat, für denselben Patienten nicht berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 30902 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 04434, 04435, 14320, 14321, 16310, 16311, 21310 und 21311 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 30902 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03043, 03100, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.

30905 **Zusatzpauschale für die Koordination mit dem Vertragszahnarzt im Rahmen der Therapie mittels einer Unterkieferprotrusionsschiene** — 8,28 € / 65 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Abstimmung mit dem Vertragszahnarzt bezüglich des einzustellenden optimalen Protrusionsgrades,

zweimal im Krankheitsfall

Die Gebührenordnungsposition 30905 ist im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03100 und im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03043 von der Vertragsarztpraxis, die die Gebührenordnungsposition 03100 berechnet hat, für denselben Patienten nicht berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 30905 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 04434, 04435, 14320, 14321, 16310, 16311, 21310 und 21311 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 30905 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03043, 03100, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.

30.10 Leistungen der spezialisierten Versorgung HIV-infizierter Patienten gemäß Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V

1. Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 30920, 30922 und 30924 ist die Genehmigung der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung gemäß Qualitätssicherungsvereinbarung zur spezialisierten Versorgung von Patienten mit HIV-Infektion (Qualitätssicherungsvereinbarung HIV gemäß § 135 Abs. 2 SGB V).
2. Die Gebührenordnungspositionen 30920, 30922 und 30924 sind nur vom behandlungsführenden Arzt berechnungsfähig. Der behandlungsführende HIV-Schwerpunktarzt erklärt gegenüber der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung mit der Abrechnung, dass er der alleinige behandlungsführende und abrechnende Arzt im jeweiligen Fall ist.

30920 **Zusatzpauschale** für die Behandlung eines Patienten im Rahmen der qualitätsgesicherten **Versorgung von HIV-Infizierten** entsprechend der Qualitätssicherungsvereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V — 58,61 € / 460 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Mindestens ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Beratung(en) zum Umgang mit der Erkrankung,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Erhebung von Behandlungsdaten und Befunden bei anderen Leistungserbringern und Übermittlung erforderlicher Behandlungsdaten und Befunde an andere Leistungserbringer, sofern eine schriftliche Einwilligung des Versicherten, die jederzeit widerrufen werden kann, vorliegt,
- Koordination diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen, insbesondere auch mit anderen behandelnden Ärzten, nichtärztlichen Hilfen und flankierenden Diensten,

einmal im Behandlungsfall

30922 **Zuschlag** zur Gebührenordnungsposition 30920 zur Behandlung eines Patienten im Rahmen der qualitätsgesicherten **Versorgung von HIV-Infizierten** entsprechend der Qualitätssicherungsvereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V **bei Behandlung mit antiretroviralen Medikamenten** — 39,37 € / 309 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Mindestens zwei persönliche Arzt-Patienten-Kontakte,
- Beratung(en) zum Umgang mit der Erkrankung,

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 30922 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 30924 berechnungsfähig.

30924 **Zuschlag** zur Gebührenordnungsposition 30920 zur Behandlung eines Patienten im Rahmen der qualitätsgesicherten **Versorgung von HIV-Infizierten** entsprechend der Qualitätssicherungsvereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V **bei Vorliegen HIV-assoziierter Erkrankungen und/oder AIDS-definierender Erkrankungen und/ oder bei Vorliegen von behandlungsbedürftigen Koinfektionen (z. B. Hepatitis B/C, Tuberkulose), ggf. bei Behandlung mit antiretroviralen Medikamenten** — 78,86 € / 619 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Mindestens drei persönliche Arzt-Patienten-Kontakte,
- Beratung(en) zum Umgang mit der Erkrankung,

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 30924 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 30922 berechnungsfähig.

30.11 Neuropsychologische Therapie gemäß der Nr. 19 der Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses

1. Die in dem Abschnitt 30.11 aufgeführten Gebührenordnungspositionen können ausschließlich von Vertragsärzten bzw. -psychotherapeuten, die über eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung neuropsychologischer Leistungen gemäß § 3 der Nr. 19 der Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche

Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses verfügen, abgerechnet werden.

2. Die Durchführung von psychometrischen Tests kann vor oder nach probatorischen Sitzungen bzw. Therapiesitzungen gemäß den Gebührenordnungspositionen 30931, 30932 oder 30933 erfolgen. Die Durchführung, Aufzeichnung und Auswertung der Tests kann nicht während der probatorischen oder therapeutischen Sitzungen erfolgen. Entsprechend verlängert sich die Patienten-Kontaktzeit der Gebührenordnungspositionen 30931 und/oder 30932 und/oder 30933 um jeweils 5 Minuten je abgerechnete Gebührenordnungsposition 30930.
3. Die in dem Abschnitt 30.11 aufgeführten Gebührenordnungspositionen sind im Behandlungsfall neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 35.1, 35.2 und 35.3 nur berechnungsfähig, wenn durch den behandelnden Arzt dargelegt wird, dass der Einsatz von Leistungen nach der Psychotherapie-Richtlinie aufgrund eines über die Indikationsstellung für die Neuropsychologie hinausgehenden Krankheitsbildes indiziert ist und durch den Einsatz einer parallelen Behandlung mit Leistungen nach der Psychotherapie-Richtlinie ein Heilungserfolg zu erzielen ist, der mit der neuropsychologischen Behandlung alleine nicht erreicht werden könnte.
4. Die Gebührenordnungspositionen 30930 bis 30933 sind auch bei Durchführung der Leistungen im Rahmen einer Videosprechstunde berechnungsfähig, wenn die Voraussetzungen in Anlehnung an § 21 der Anlage 1 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) und die Voraussetzungen gemäß der Anlage 31b zum BMV-Ä erfüllt sind. Die Durchführung als Videosprechstunde ist durch Angabe einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung zu dokumentieren.

30930 **Krankheitspezifische neuropsychologische Diagnostik mittels Testverfahren** 4,97 € / 39 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Anwendung von Testverfahren zur krankheitsspezifischen neuropsychologischen Diagnostik gemäß § 5 Abs. 3 der Nr. 19 der Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses,
- Auswertung der Testverfahren,
- Schriftliche Aufzeichnung,
- Dauer mindestens 5 Minuten,

je vollendete 5 Minuten

Die Gebührenordnungsposition 30930 ist je Behandlungsfall für Versicherte bis zum vollendeten 21. Lebensjahr nur bis zu einer Gesamtpunktzahl von 1.636 Punkten, für Versicherte ab Beginn des 22. Lebensjahres nur bis zu einer Gesamtpunktzahl von 1.092 Punkten berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 30930 ist - mit Ausnahme der Indikationsstellung, Bewertung bzw. Interpretation, schriftlichen Aufzeichnung - grundsätzlich delegierbar.
Die Gebührenordnungsposition 30930 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 04355, 04356, 14220 bis 14222, 14310, 14311, 16220, 21220, 21221, 22220 bis 22222, 23220 und 30702 berechnungsfähig.

30931 **Probatorische Sitzung** 90,33 €
709 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Krankheitsspezifische neuropsychologische Diagnostik und spezifische Indikationsstellung vor Beginn einer neuropsychologischen Therapie gemäß § 7 Abs. 6 Nr. 1 der Nr. 19 der Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses,
- Dauer mindestens 50 Minuten,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Fremdanamnese unter Einbeziehung der Bezugsperson(en),
- Unterteilung in zwei Einheiten von jeweils 25 Minuten Dauer,
- Als Doppelsitzung bei zweimaligem Ansatz der Gebührenordnungsposition 30931,

je vollendete 50 Minuten

Die Gebührenordnungsposition 30931 ist nicht neben Gesprächs-, Beratungs- und Betreuungsleistungen berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 30931 beinhaltet nicht die Durchführung, Auswertung und/oder Aufzeichnung der Testverfahren gemäß der Gebührenordnungsposition 30930.
Die Gebührenordnungsposition 30931 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 04355, 04356, 14220 bis 14222, 14310, 14311, 16220, 21220, 21221, 22220 bis 22222, 23220, 30702, 30932 und 30933 berechnungsfähig.

30932 **Neuropsychologische Therapie (Einzelbehandlung)** 119,89 €
941 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Neuropsychologische Therapie gemäß § 7 der Nr. 19 der Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses,
- Einzelbehandlung,
- Dauer mindestens 50 Minuten,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Einbeziehung von Bezugspersonen,
- Unterteilung in zwei Einheiten von jeweils mindestens 25 Minuten Dauer,

je vollendete 50 Minuten

Die Gebührenordnungsposition 30932 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 04355, 04356, 14220 bis 14222, 14310, 14311, 16220, 21220, 21221, 22220 bis 22222, 23220, 30702 und 30931 berechnungsfähig.

30933 **Neuropsychologische Therapie (Gruppenbehandlung)** 86,51 €
679 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Neuropsychologische Therapie gemäß § 7 der Nr. 19 der Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses,
- Gruppenbehandlung,
- Dauer mindestens 100 Minuten,
- Mindestens 2, höchstens 5 Teilnehmer,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Einbeziehung von Bezugspersonen bei Kindern und Jugendlichen,
- Unterteilung in zwei Einheiten von jeweils mindestens 50 Minuten Dauer,

je Teilnehmer, je vollendete 100 Minuten

Die Gebührenordnungsposition 30933 ist am Behandlungstag höchstens zweimal je Teilnehmer berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 30933 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 04355, 04356, 14220 bis 14222, 14310, 14311, 16220, 21220, 21221, 22220 bis 22222, 23220, 30702 und 30931 berechnungsfähig.

30934 **Erstellung eines Therapieplans** 32,74 €
257 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Erstellung eines Therapieplans gemäß § 5 Abs. 4 der Nr. 19 der Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses,

einmal im Krankheitsfall

Die Gebührenordnungsposition 30934 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 04355 und 04356 berechnungsfähig.

30935 **Bericht bei Therapieverlängerung im Einzelfall** 13,76 €
108 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Bericht und Dokumentation der Therapieverlängerung im Einzelfall gemäß § 7 Abs. 6 Nr. 5 der Nr. 19 der Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses,

einmal im Krankheitsfall

Die Gebührenordnungsposition 30935 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 04355 und 04356 berechnungsfähig.

30.12 Spezielle Diagnostik und Eradikationstherapie im Rahmen von MRSA

1. Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 30.12.1 ist die Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung. Die Genehmigung wird erteilt, wenn die Anforderungen der Qualitätssicherungsvereinbarung MRSA gemäß § 135 Abs. 2 SGB V erfüllt sind.
2. Die Leistungen gemäß den Gebührenordnungspositionen 30954 und 30956 können nur von Ärzten berechnet werden, denen eine Genehmigung zur Berechnung von Gebührenordnungspositionen des Unterabschnitts 32.3.10 erteilt wurde.
3. Die Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts sind nur bei Risikopatienten für eine/mit einer MRSA-Kolonisation/MRSA-Infektion sowie bei deren Kontaktperson(en) bis zum dritten negativen Kontrollabstrich (11-13 Monate) nach Abschluss der Eradikationstherapie berechnungsfähig. Ein MRSA-Risikopatient muss in den letzten sechs Monaten stationär (mindestens 4 zusammenhängende Tage Verweildauer) behandelt worden sein und zusätzlich die folgenden Risikokriterien erfüllen:
   - Patient mit positivem MRSA-Nachweis in der Anamnese

   und/oder
   - Patient mit chronischer Pflegebedürftigkeit (Vorliegen eines Pflegegrades) und einem der nachfolgenden Risikofaktoren:
     - Antibiotikatherapie in den zurückliegenden 6 Monaten,
     - liegende Katheter (z.B. Harnblasenkatheter, PEG-Sonde, Trachealkanüle)

   und/oder
   - Patient mit Hautulkus, Gangrän, chronischer Wunde und/oder tiefer Weichgewebeinfektion

   und/oder
   - Patient mit Dialysepflichtigkeit.
4. Die Sanierungsbehandlung beginnt mit der Eradikationstherapie. Die Eradikationstherapie umfasst die notwendigen medizinischen Maßnahmen zur Eradikation des MRSA. Die weitere Sanierungsbehandlung umfasst den Zeitraum, in dem die Kontrollabstrichentnahmen durchgeführt werden bis zum dritten negativen oder einem positiven Kontrollabstrich.
5. Die Gebührenordnungsposition 30942 ist nur in Behandlungsfällen berechnungsfähig, in denen eine Eradikationstherapie erfolgt und darf nur einmal je Sanierungsbehandlung berechnet werden.
6. Sofern ein Patient im Laufe der weiteren Sanierungsbehandlung einen positiven Kontrollabstrich aufweist, kann nach Prüfung des medizinischen Erfordernisses eine zweite Eradikationstherapie vorgenommen werden, auch wenn der Patient die Voraussetzungen gemäß Nr. 3 Satz 2 der Präambel des Abschnitts 30.12 nicht mehr erfüllt. Sofern eine weitere Eradikationstherapie erforderlich ist, kann diese nur nach Vorstellung des Falles in einer Fall-

und/oder Netzwerkkonferenz erfolgen, auch wenn der Patient die Voraussetzungen gemäß Nr. 3 Satz 2 der Präambel des Abschnitts 30.12 nicht mehr erfüllt. Soweit keine Fall-/Netzwerkkonferenz erreichbar ist, hat der behandelnde Arzt sich bei der zuständigen Stelle des öffentlichen Gesundheitsdienstes entsprechend zu informieren.

7. Bei den Gebührenordnungspositionen 30942, 30944 und 30950 darf der ICD-10-GM Sekundärkode U80.00 bzw. U80.01 nur zusätzlich zu einem Diagnosekode nach ICD-10-GM angegeben werden.

30.12.1 Diagnostik und ambulante Eradikationstherapie bei Trägern mit Methicillin-resistentem Staphylococcus aureus (MRSA)

30940 **Erhebung des MRSA-Status eines Risikopatienten** gemäß Nr. 3 der Präambel des Abschnitts 30.12 bis **sechs Monate nach Entlassung aus einer stationären Behandlung** — 4,84 € / 38 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Erhebung und Dokumentation der Risikofaktoren gemäß Nr. 3 der Präambel des Abschnitts 30.12,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Erhebung und Dokumentation von sanierungshemmenden Faktoren,
- sektorenübergreifende (ambulant, stationär) interdisziplinäre Abstimmung und Information,
- Indikationsstellung zur Eradikationstherapie,

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 30940 ist nicht im kurativ-stationären Behandlungsfall berechnungsfähig.

30942 **Behandlung und Betreuung eines Risikopatienten** gemäß Nr. 3 der Präambel des Abschnitts 30.12, **der Träger von MRSA ist, oder einer positiv nachgewiesenen MRSA-Kontaktperson** gemäß der Gebührenordnungsposition 30946 — 16,31 € / 128 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Durch-/Weiterführung der Eradikationstherapie, ausgenommen der Wundversorgung,
- Einleitung, Anleitung bzw. Überwachung der Standardsanierung,
- Aufklärung und Beratung zu Hygienemaßnahmen, der Eradikationstherapie und der weiteren Sanierungsbehandlung, ggf. unter Einbeziehung der Kontakt-/Bezugsperson(en),
- Aushändigung des MRSA-Merkblattes,
- Dokumentation,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Bereitstellung von Informationsmaterialien,

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 30942 ist nicht im kurativ-stationären Behandlungsfall berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 30942 ist nur bei Versicherten mit der gesicherten Diagnose ICD-10-GM U80.00 oder U80.01 berechnungsfähig. Die Diagnose muss durch eine mikrobiologische Untersuchung gesichert sein, die entweder vom Vertragsarzt veranlasst oder aus dem Krankenhaus übermittelt wurde.

30944 **Aufklärung und Beratung eines Risikopatienten** gemäß Nr. 3 der Präambel des Abschnitts 30.12, **der Träger von MRSA ist, oder einer positiv nachgewiesenen MRSA-Kontaktperson** gemäß der Gebührenordnungsposition 30946 **im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung der Gebührenordnungsposition 30942** — 16,31 € / 128 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Aufklärung und/oder Beratung des Patienten, ggf. unter Einbeziehung der Kontakt-/Bezugsperson(en)

oder

- Aufklärung und/oder Beratung einer Kontaktperson des Patienten gemäß der Gebührenordnungsposition 30946,
- Dauer mindestens 10 Minuten,

je vollendete 10 Minuten, höchstens zweimal je Sanierungsbehandlung

Bei der Nebeneinanderberechnung diagnostischer bzw. therapeutischer Gebührenordnungspositionen und der Gebührenordnungsposition 30944 ist eine mindestens 10 Minuten längere Arzt-Patienten-Kontaktzeit, als in den entsprechenden Gebührenordnungspositionen angegeben, Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 30944.

Bei der Nebeneinanderberechnung der Gebührenordnungspositionen 30942 und 30944 ist eine Arzt-Patienten-Kontaktzeit von mindestens 25 Minuten Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 30944.

Die Gebührenordnungsposition 30944 ist nicht im kurativ-stationären Behandlungsfall berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 30944 ist nur bei Versicherten mit der gesicherten Diagnose ICD-10-GM U80.00 oder U80.01 berechnungsfähig. Die Diagnose muss durch eine mikrobiologische Untersuchung gesichert sein, die entweder vom Vertragsarzt veranlasst oder aus dem Krankenhaus übermittelt wurde.

30946 **Abklärungs-Diagnostik einer Kontaktperson nach erfolgloser Sanierung eines MRSA-Trägers** — 3,82 € / 30 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Abklärungsdiagnostik,
- Dokumentation,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Bereitstellung von Informationsmaterialien,

einmal im Behandlungsfall

Die Kontaktperson muss in dem Zeitraum gemäß Nr. 3 der Präambel des Abschnitts 30.12 mindestens über vier Tage den Schlafraum und/oder die Einrichtung(en) zur Körperpflege mit dem MRSA-Träger, bei dem die Eradikationstherapie oder die weitere Sanierungsbehandlung erfolglos verlief, gemeinsam nutzen und/oder genutzt haben.
Die Gebührenordnungsposition 30946 ist nicht im kurativ-stationären Behandlungsfall berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 30946 ist nicht berechnungsfähig für Beschäftigte in Pflegeheimen und/oder in der ambulanten Pflege im Rahmen ihrer beruflichen Ausübung.

30948 **Teilnahme an einer MRSA-Fall- und/oder regionalen Netzwerkkonferenz** gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung MRSA nach § 135 Abs. 2 SGB V, — 10,96 € / 86 Punkte

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 30948 ist nur berechnungsfähig, wenn die Fallkonferenz und/oder regionale Netzwerkkonferenz von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung anerkannt ist.
Die Gebührenordnungsposition 30948 ist nur in Behandlungsfällen in Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung der Gebührenordnungsposition 30942 berechnungsfähig, in denen der abrechnende Arzt eine Eradikationstherapie durchführt, und darf nur einmal je Sanierungsbehandlung berechnet werden.
Ärzte, die aus dem Abschnitt 30.12 ausschließlich Leistungen gemäß den Gebührenordnungspositionen 30954 und 30956 erbringen und berechnen, können bei Erfüllung der Voraussetzungen der Qualitätssicherungsvereinbarung MRSA gemäß § 135 Abs. 2 SGB V für die Teilnahme an der Netzwerk- und/oder Fallkonferenz zusätzlich die Gebührenordnungsposition 30948 je Behandlungsfall mit der Erbringung der Gebührenordnungspositionen 30954 und/oder 30956 berechnen. Dabei gilt ein Höchstwert von 1.720 Punkten je Praxis und je Netzwerk- und/oder Fallkonferenz.
Abweichend davon gilt für den Arzt, der gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung MRSA gemäß § 135 Abs. 2 SGB V vorträgt, ein Höchstwert von 2.838 Punkten je Netzwerk- und/oder Fallkonferenz.
Die Gebührenordnungsposition 30948 ist auch bei Durchführung der Fallkonferenz als Videofallkonferenz berechnungsfähig. Für die Abrechnung gelten die Anforderungen gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä entsprechend.
Die Gebührenordnungsposition 30948 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01442, 01443, 37720 und 37804 berechnungsfähig.

30950 **Bestätigung einer MRSA-Besiedelung durch Abstrich(e)** — 2,42 € / 19 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Abstrichentnahme(n) (z.B. Nasenvorhöfe, Rachen, Wunde(n)) im Zusammenhang mit der Gebührenordnungsposition 30940 oder 30946

oder

- Abstrichentnahme(n) (z.B. Nasenvorhöfe, Rachen, Wunde(n)) zur ersten Verlaufskontrolle frühestens 3 Tage und spätestens 4 Wochen nach abgeschlossener Eradikationstherapie gemäß der Gebührenordnungspositionen 30942 und 30944

oder

- Abstrichentnahme(n) (z.B. Nasenvorhöfe, Rachen, Wunde(n)) zur zweiten Verlaufskontrolle frühestens 3 Monate und spätestens 6 Monate nach abgeschlossener Eradikationstherapie gemäß der Gebührenordnungspositionen 30942 und 30944

oder

- Abstrichentnahme(n) (z.B. Nasenvorhöfe, Rachen, Wunde(n)) zur dritten Verlaufskontrolle frühestens 11 Monate und spätestens 13 Monate nach abgeschlossener Eradikationstherapie gemäß der Gebührenordnungspositionen 30942 und 30944,

einmal am Behandlungstag, höchstens zweimal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 30950 ist nur bei Versicherten mit der gesicherten Diagnose ICD-10-GM U80.00 oder U80.01 berechnungsfähig, wenn das Ergebnis der (des) Abstriche(s) vorliegt.

30952 **Ausschluss einer MRSA-Besiedelung durch Abstrich(e)** 2,42 €
19 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Abstrichentnahme(n) (z.B. Nasenvorhöfe, Rachen, Wunde(n)) im Zusammenhang mit der Gebührenordnungsposition 30940 oder 30946

oder

- Abstrichentnahme(n) (z.B. Nasenvorhöfe, Rachen, Wunde(n)) zur ersten Verlaufskontrolle frühestens 3 Tage und spätestens 4 Wochen nach abgeschlossener Eradikationstherapie gemäß der Gebührenordnungspositionen 30942 und 30944

oder

- Abstrichentnahme(n) (z.B. Nasenvorhöfe, Rachen, Wunde(n)) zur zweiten Verlaufskontrolle frühestens 3 Monate und spätestens 6 Monate nach abgeschlossener Eradikationstherapie gemäß der Gebührenordnungspositionen 30942 und 30944

oder

- Abstrichentnahme(n) (z.B. Nasenvorhöfe, Rachen, Wunde(n)) zur dritten Verlaufskontrolle frühestens 11 Monate und spätestens 13 Monate nach abgeschlossener Eradikationstherapie gemäß der Gebührenordnungspositionen 30942 und 30944,

einmal am Behandlungstag, höchstens zweimal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 30952 ist nur berechnungsfähig, wenn die Abstrichuntersuchung keinen Nachweis von MRSA aufweist.

30.12.2 Labormedizinischer Nachweis von Methicillin-resistentem Staphylococcus aureus (MRSA)

30954 **Gezielter MRSA-Nachweis auf chromogenem Selektivnährboden** 6,50 €
51 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 30954 ist nur im Zusammenhang mit der(n) Gebührenordnungsposition(en) 30950 und/oder 30952 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 30954 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 32837 berechnungsfähig.

30956 **Nachweis der Koagulase und/oder des Clumpingfaktors zur Erregeridentifikation nur bei positivem Nachweis gemäß Gebührenordnungsposition 30954** 3,19 €
25 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 30956 ist nur im Zusammenhang mit der(n) Gebührenordnungsposition(en) 30950 und/oder 30952 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 30956 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 32837 berechnungsfähig.

30.13 Spezialisierte geriatrische Diagnostik und Versorgung

1. Die Gebührenordnungspositionen 30980 und 30988 können nur von
   - Ärzten gemäß Präambel 3.1 Nr. 1 EBM

   und in Kooperation mit Ärzten gemäß Präambel 3.1 Nr. 1 EBM im Ausnahmefall von
   - Fachärzten für Neurologie,
   - Fachärzten für Nervenheilkunde,
   - Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie,
   - Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie,
   - Vertragsärzten mit der Zusatzbezeichnung Geriatrie

   berechnet werden.
2. Die Gebührenordnungspositionen 30981 und 30984 bis 30986 können nur von
   - Fachärzten für Innere Medizin und Geriatrie,
   - Fachärzten für Innere Medizin mit der Schwerpunktbezeichnung Geriatrie,
   - Vertragsärzten mit der Zusatzbezeichnung Geriatrie,
   - Fachärzten für Innere Medizin, Fachärzten für Allgemeinmedizin und Fachärzten für Physikalische und Rehabilitative Medizin, die eine geriatrische Qualifikation gemäß Anlage 1 zu § 1 der Vereinbarung nach § 118a SGB V nachweisen können,
   - ermächtigten geriatrischen Institutsambulanzen gemäß § 118a SGB V

   berechnet werden, die über eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung zur spezialisierten geriatrischen Diagnostik nach § 135 Abs. 2 SGB V verfügen.

3. Die Gebührenordnungsposition 30984 kann nur berechnet werden, wenn die Leistung auf Überweisung eines Vertragsarztes gemäß Nr. 1 erfolgt und eine Vorabklärung gemäß der Gebührenordnungspositionen 30980 und 30981 stattgefunden hat. In Berufsausübungsgemeinschaften und Medizinischen Versorgungszentren, in denen ein geriatrisch spezialisierter Arzt gemäß Nr. 2 zusammen mit einem Vertragsarzt gemäß Nr. 1 tätig ist, ist die Gebührenordnungsposition 30984 auch ohne Überweisung berechnungsfähig, sofern sich die Notwendigkeit aufgrund eines hausärztlichen geriatrischen Basisassessments gemäß der Gebührenordnungsposition 03360 ergibt. In diesen Fällen ist ein Abschlag in Höhe von 50 % auf die Gebührenordnungspositionen 30980 und 30981 vorzunehmen.
4. Die Gebührenordnungsposition 30988 kann nur berechnet werden, wenn die Leistung nach Durchführung eines weiterführenden geriatrischen Assessments gemäß der Gebührenordnungsposition 30984 erbracht wurde. Die Durchführung des weiterführenden geriatrischen Assessments darf nicht länger als vier Wochen zurückliegen.
5. Die Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts sind ausschließlich bei Patienten berechnungsfähig, die aufgrund der Art, Schwere und Komplexität ihrer Krankheitsverläufe einen besonders aufwändigen geriatrischen Versorgungsbedarf aufweisen und folgende Kriterien erfüllen:
   - Höheres Lebensalter (ab Beginn des 71. Lebensjahres)

   und
   - Vorliegen von mindestens zwei der nachfolgenden geriatrischen Syndrome oder mindestens ein nachfolgendes geriatrisches Syndrom und ein Pflegegrad gemäß § 15 SGB XI:
     - Multifaktoriell bedingte Mobilitätsstörung einschließlich Fallneigung und Altersschwindel,
     - Komplexe Beeinträchtigung kognitiver, emotionaler oder verhaltensbezogener Art,
     - Frailty-Syndrom (Kombinationen von unbeabsichtigtem Gewichtsverlust, körperlicher und/oder geistiger Erschöpfung, muskulärer Schwäche, verringerter Ganggeschwindigkeit und verminderter körperlicher Aktivität),
     - Dysphagie,
     - Inkontinenz(en),
     - Therapierefraktäres chronisches Schmerzsyndrom.
6. Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts setzt das Vorliegen der Ergebnisse eines geriatrischen Basisassessments entsprechend den Inhalten der Gebührenordnungsposition 03360 voraus. Die Durchführung des geriatrischen Basisassessments darf nicht länger als ein Quartal zurückliegen.
7. Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts setzt die Angabe von ICD-Kodes gemäß der ICD-10-GM, die den geriatrischen Versorgungsbedarf dokumentieren, voraus.

8. Sofern ein Arzt die Voraussetzungen gemäß Nr. 1 und Nr. 2 erfüllt, kann er abweichend von Nr. 3 für Patienten, die von ihm hausärztlich behandelt werden, ein weiterführendes geriatrisches Assessment nach der Gebührenordnungsposition 30984 auch ohne Überweisung durchführen und abrechnen, sofern ein anderer Arzt gemäß Nr. 2 die Notwendigkeit bescheinigt. In diesem Fall ist für den mitbeurteilenden Arzt die Gebührenordnungsposition 30981 berechnungsfähig. Vom Arzt, der die Voraussetzungen gemäß Nr. 1 und Nr. 2 erfüllt, ist die Gebührenordnungsposition 30980 berechnungsfähig.

30980 **Abklärung vor der Durchführung eines weiterführenden geriatrischen Assessments nach der Gebührenordnungsposition 30984 durch einen Arzt gemäß Nr. 1 in Absprache mit einem Arzt gemäß Nr. 2 der Bestimmungen zum Abschnitt 30.13** — 24,59 € / 193 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Abklärung und konsiliarische Beratung vor der Durchführung eines weiterführenden geriatrischen Assessments zwischen einem Arzt gemäß Nr. 1 und einem geriatrisch spezialisierten Arzt gemäß Nr. 2 der Bestimmungen zum Abschnitt 30.13,
- Überprüfung der Notwendigkeit eines weiterführenden geriatrischen Assessments und der hierfür ggf. erforderlichen Informationen und Untersuchungsbefunde,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Abklärung offener Fragen mit Angehörigen, Bezugs- und Betreuungspersonen,

einmal im Krankheitsfall

Die Gebührenordnungsposition 30980 ist nur nach Abklärung und konsiliarischer Beratung durch einen Arzt gemäß Nr. 1 mit einem Arzt gemäß Nr. 2 der Bestimmungen zum Abschnitt 30.13 berechnungsfähig.

30981 **Abklärung vor der Durchführung eines weiterführenden geriatrischen Assessments nach der Gebührenordnungsposition 30984 durch einen Arzt gemäß Nr. 2 in Absprache mit einem Arzt gemäß Nr. 1 der Bestimmungen zum Abschnitt 30.13** — 16,31 € / 128 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Abklärung und konsiliarische Beratung vor der Durchführung eines weiterführenden geriatrischen Assessments zwischen einem Arzt gemäß Nr. 1 und einem geriatrisch spezialisierten Arzt gemäß Nr. 2 der Bestimmungen zum Abschnitt 30.13,
- Überprüfung der Notwendigkeit eines weiterführenden geriatrischen Assessments und der hierfür ggf. erforderlichen Informationen und Untersuchungsbefunde,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Abklärung offener Fragen mit Angehörigen, Bezugs- und Betreuungspersonen,

einmal im Krankheitsfall

Die Gebührenordnungsposition 30981 ist nur nach Abklärung und konsiliarischer Beratung durch einen Arzt gemäß Nr. 2 mit einem Arzt gemäß Nr. 1 der Bestimmungen zum Abschnitt 30.13 berechnungsfähig.

30984 **Weiterführendes geriatrisches Assessment gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung zur spezialisierten geriatrischen Diagnostik nach § 135 Abs. 2 SGB V** 110,97 € 871 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Umfassendes geriatrisches Assessment (z. B. Selbstversorgungsfähigkeiten, Mobilität, Kognition, Emotion, instrumentelle Aktivitäten) und soziales Assessment (z. B. soziales Umfeld, Wohnumfeld, häusliche/außerhäusliche Aktivitäten, Pflege-/ Hilfsmittelbedarf) jeweils in mindestens fünf Bereichen einschließlich einer Anamnese und einer körperlichen Untersuchung,
- Einbindung von mindestens einem der folgenden anderen Leistungserbringer gemäß § 6 Nr. 3 der Vereinbarung nach § 118a SGB V: Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden,
- Syndrombezogene geriatrische Untersuchungen einschließlich prognostischer Einschätzung zu spezifischen geriatrischen Syndromen,
- Differentialdiagnostische und differentialprognostische Bewertung der geriatrischen Syndrome und des Gesamtbefundes auf Basis des weiterführenden geriatrischen Assessments,
- Feststellung des Behandlungsbedarfs, Festlegung von geriatrischen Behandlungszielen und Erstellung eines schriftlichen Behandlungsplans einschließlich Empfehlungen für die medikamentöse Therapie, ggf. zu Heil- und Hilfsmitteln sowie zu rehabilitativen Maßnahmen und zur weiteren Diagnostik und Verlaufsbeurteilung des Patienten,
- Dauer mindestens 60 Minuten,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Beratung sowie Information über geeignete Behandlungsmöglichkeiten, Beratungs- und Hilfsangebote sowie Unterstützungsleistungen und Kontakte zu Selbsthilfeeinrichtungen für Patienten, ihre Angehörigen und Bezugspersonen,
- Abstimmung und Beratung mit dem überweisenden Arzt,
- Nachuntersuchungen,
- Einbindung von Neuropsychologen und/oder Fachpsychotherapeuten für Neuropsychologische Psychotherapie,

einmal im Krankheitsfall

Die Gebührenordnungsposition 30984 ist nur einmal im Krankheitsfall berechnungsfähig. Die zweimalige Berechnung der Gebührenordnungsposition 30984 im Krankheitsfall setzt eine ausführliche Begründung der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall voraus.

Entgegen Nr. 4.3.2 der Allgemeinen Bestimmungen kann die Gebührenordnungsposition 30984 auch dann berechnet werden,

wenn die Arztpraxis nicht über die Möglichkeit zur Einbindung von Neuropsychologen verfügt.
Die Gebührenordnungsposition 30984 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03360, 03362 und 30988 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 30984 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 01613 berechnungsfähig.

30985 **Zuschlag** zur Gebührenordnungsposition 30984 **für die Fortsetzung des weiterführenden geriatrischen Assessments,** 40,64 € 319 Punkte

je weitere vollendete 30 Minuten, bis zu zweimal im Krankheitsfall

30986 **Zuschlag** zur Gebührenordnungsposition 30985 **für die Fortsetzung des weiterführenden geriatrischen Assessments,** 29,05 € 228 Punkte

je weitere vollendete 30 Minuten, bis zu zweimal im Krankheitsfall

30988 **Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 03362, 16230, 16231, 21230 und 21231 für die Einleitung und Koordination der Therapiemaßnahmen gemäß multiprofessioneller geriatrischer Diagnostik nach Durchführung eines weiterführenden geriatrischen Assessments gemäß Gebührenordnungsposition 30984** 8,28 € 65 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Einleitung und/oder Koordination der Behandlung, ggf. Durchführung therapeutischer Maßnahmen gemäß dem Therapieplan, nach Durchführung eines multiprofessionellen geriatrischen Assessments,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Konsiliarische Beratung mit anderen behandelnden Ärzten,

einmal im Krankheitsfall

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 30988 setzt das Vorliegen der Ergebnisse eines weiterführenden geriatrischen Assessments nach der Gebührenordnungsposition 30984 voraus.
Die Gebührenordnungsposition 30988 ist nur in einem Zeitraum von vier Wochen nach Durchführung eines weiterführenden geriatrischen Assessments nach der Gebührenordnungsposition 30984 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 30988 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 30984 berechnungsfähig.

31 Gebührenordnungspositionen für ambulante Operationen, Anästhesien, präoperative, postoperative und orthopädisch-chirurgisch konservative Leistungen

1. Ambulante Operationen sind in vier Abschnitte unterteilt:
   - Der präoperative Abschnitt, in dem Hausarzt, ggf. zuweisender Vertragsarzt, ggf. andere auf Überweisung tätige Vertragsärzte, ggf. Anästhesist und Operateur zusammenwirken, um den Patienten für die ambulante oder belegärztliche Operation ggf. einschließlich Anästhesien vorzubereiten.
   - Der operative Abschnitt, in dem der Operateur ggf. mit dem Anästhesisten die Operation einschließlich Anästhesie durchführt.
   - Der Abschnitt der postoperativen Überwachung, der in unmittelbarem Anschluss an die Operation entweder vom Anästhesisten oder vom Operateur durchgeführt wird.
   - Der Abschnitt der postoperativen Behandlung vom 1. bis zum 21. postoperativen Tag, der entweder vom Operateur oder auf Überweisung durch den weiterbehandelnden Vertragsarzt erfolgt.

31.1 Präoperative Gebührenordnungspositionen

31.1.1 Präoperative Gebührenordnungspositionen

1. Die in Abschnitt 31.1.2 genannten Gebührenordnungspositionen können nur von:
   - Fachärzten für Allgemeinmedizin,
   - Fachärzten für Innere und Allgemeinmedizin,
   - Praktischen Ärzten,
   - Ärzten ohne Gebietsbezeichnung,
   - Fachärzten für Innere Medizin ohne Schwerpunktbezeichnung, die gegenüber dem Zulassungsausschuss ihre Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung gemäß § 73 Abs. 1a SGB V erklärt haben,
   - Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin

   berechnet werden.
2. Die Berechnung einer präoperativen Gebührenordnungsposition des Abschnitts 31.1.2 vor Durchführung einer intravitrealen Medikamenteneingabe nach den Gebührenordnungspositionen 31371, 31372, 31373, 36371, 36372 oder 36373 setzt die Begründung der medizinischen Notwendigkeit zur Operationsvorbereitung im Einzelfall voraus.
3. Präoperative Leistungen im Zusammenhang mit der Durchführung von Leistungen gemäß § 115f Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V (Hybrid-DRG-Leistungskatalog) sind von Vertragsärzten gemäß Nr. 1 zeitlich befristet vom 1. Januar 2026 bis 31. Dezember 2026 nach den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 31.1.2 berechnungsfähig.

31.1.2 Präoperative Gebührenordnungspositionen

31010	**Operationsvorbereitung** für ambulante und belegärztliche Eingriffe **bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern**	38,73 € 304 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Beratung und Erörterung ggf. unter Einbeziehung einer Bezugsperson,

- Überprüfung der Eignung des häuslichen, familiären oder sozialen Umfeldes,
- Aufklärung über Vor- und Nachteile einer ambulanten oder belegärztlichen Operation,
- Ganzkörperstatus,
- Dokumentation und schriftliche Befundmitteilung für den Operateur und/oder Anästhesisten,
- Ärztlicher Brief (Nr. 01601),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Überprüfung der Operationsfähigkeit,
- Laboruntersuchungen (Nrn. 32101, 32125 und/oder 32110 bis 32116),

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 31010 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01600 und 01601 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 32.2 und 32.3 berechnungsfähig.

31011 **Operationsvorbereitung** für ambulante und belegärztliche Eingriffe bei Jugendlichen und Erwachsenen **bis zum vollendeten 40. Lebensjahr** — 38,73 € / 304 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Beratung und Erörterung,
- Überprüfung der Eignung des häuslichen, familiären oder sozialen Umfeldes,
- Aufklärung über Vor- und Nachteile einer ambulanten oder belegärztlichen Operation,
- Ganzkörperstatus,
- Dokumentation und schriftliche Befundmitteilung für den Operateur und/oder Anästhesisten,
- Ärztlicher Brief (Nr. 01601),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Überprüfung der Operationsfähigkeit,
- Ruhe-EKG,
- Laboruntersuchungen (Nrn. 32101, 32125 und/oder 32110 bis 32116),

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 31011 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01600 und 01601 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 32.2 und 32.3 berechnungsfähig.

31012 **Operationsvorbereitung** bei ambulanten und belegärztlichen Eingriffen bei Patienten **nach Vollendung des 40. Lebensjahres** bis zur Vollendung **des 60. Lebensjahres** — 49,56 € / 389 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Beratung und Erörterung,

- Überprüfung der Eignung des häuslichen, familiären oder sozialen Umfeldes,
- Aufklärung über Vor- und Nachteile einer ambulanten oder belegärztlichen Operation,
- Ganzkörperstatus,
- Ruhe-EKG,
- Dokumentation und/oder schriftliche Befundmitteilung für den Operateur und/oder Anästhesisten,
- Ärztlicher Brief (Nr. 01601),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Überprüfung der Operationsfähigkeit,
- Laboruntersuchung (Nrn. 32101, 32125 und/oder 32110 bis 32116),

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 31012 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01600 und 01601 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 32.2 und 32.3 berechnungsfähig.

31013 **Operationsvorbereitung** bei ambulanten und belegärztlichen Eingriffen bei Patienten **nach Vollendung des 60. Lebensjahres** — 53,00 € / 416 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Beratung und Erörterung,
- Aufklärung über Vor- und Nachteile einer ambulanten oder belegärztlichen Operation,
- Überprüfung der Eignung des häuslichen, familiären oder sozialen Umfeldes,
- Ganzkörperstatus,
- Ruhe-EKG,
- Laboruntersuchungen (Nrn. 32125 und/oder 32110 bis 32116),
- Dokumentation und Befundmitteilung an den Operateur und/oder Anästhesisten,
- Ärztlicher Brief (Nr. 01601),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Laboruntersuchungen (Nr. 32101),
- Überprüfung der Operationsfähigkeit,
- Weiterführende Labordiagnostik (Abschnitt 32.2),
- Spirographische Untersuchung mit Darstellung der Flußvolumenkurve, einschl. in- und exspiratorischer Messung, graphischer Registrierung und Dokumentation,

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 31013 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01600, 01601, 03330 und 04330 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 32.2 und 32.3 berechnungsfähig.

31.2 Ambulante Operationen

31.2.1 Präambel

1. Als ambulante Operation gelten ärztliche Leistungen mit chirurgisch-instrumenteller Eröffnung der Haut und/oder Schleimhaut oder der Wundverschluss von eröffneten Strukturen der Haut und/ oder Schleimhaut mindestens in Oberflächenanästhesie sowie Leistungen entsprechend den OPS-Prozeduren des Anhangs 2 ggf. einschl. eingriffsbezogener Verbandleistungen. Punktionen mit Nadeln, Kanülen und Biopsienadeln, sowie Kürettagen der Haut und Shave-Biopsien der Haut fallen nicht unter die Definition eines operativen Eingriffs.
2. Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungspositionen des Abschnittes 31.2 ist, dass die notwendigen sachlichen und personellen Bedingungen erfüllt sind und sich der Vertragsarzt gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung zur Teilnahme am Vertrag gemäß § 115b SGB V erklärt hat.
3. Der Leistungsumfang der Krankenhäuser, die sich zur Teilnahme am Vertrag gemäß § 115b SGB V erklärt haben, definiert sich nicht durch den Inhalt dieses Abschnittes, sondern durch den Vertrag nach § 115b SGB V.
4. Der Operateur und der ggf. beteiligte Anästhesist sind verpflichtet, in jedem Einzelfall zu prüfen, ob Art und Schwere des beabsichtigten Eingriffs unter Berücksichtigung des Gesundheitszustandes des Patienten die ambulante Durchführung der Operation bzw. der Anästhesie nach den Regeln der ärztlichen Kunst mit den zur Verfügung stehenden Möglichkeiten erlauben und die erforderliche Aufklärung, Einverständniserklärung und Dokumentation erfolgt sind.
5. Die Gebührenordnungspositionen des Abschnittes 31.2 umfassen sämtliche durch den Operateur erbrachten ärztlichen Leistungen, Untersuchungen am Operationstag, Verbände, ärztliche Abschlussuntersuchung(en), einen post-operativen Arzt-Patienten-Kontakt ab dem ersten Tag nach der Operation, Dokumentation(en) und Beratungen einschließlich des Abschlussberichtes an den weiterbehandelnden Vertragsarzt und Hausarzt. Gibt der Versicherte keinen Hausarzt an, bzw. ist eine Genehmigung zur Information des Hausarztes gemäß § 73 Abs. 1b SGB V nicht erteilt, sind die Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 31.2 auch ohne schriftliche Mitteilung an den Hausarzt berechnungsfähig.
6. Der Operateur und/oder der ggf. beteiligte Anästhesist haben durch eine zu dokumentierende Abschlussuntersuchung sicherzustellen, dass der Patient ohne erkennbare Gefahr in die ambulante Weiterbehandlung und Betreuung entlassen werden kann. Die Weiterbehandlung erfolgt in Absprache zwischen dem Operateur, dem ggf. beteiligten Anästhesisten und dem weiterbetreuenden Arzt.
7. Die Zuordnung der Eingriffe entsprechend des Operationenschlüssels nach § 295 SGB V (OPS) zu den Gebührenordnungspositionen ist im Anhang 2 aufgelistet. Es gelten zusätzlich die in der Präambel zu Anhang 2 sowie zu den einzelnen Unterabschnitten aufgelisteten Rahmenbedingungen. Die Zuordnung der definierten Gebührenordnungspositionen zu Unterabschnitten des Abschnitts 31.2 ist nicht gebietsspezifisch. Die Untergruppen sind nach Organsystem, OP-Ausstattung und Art des Eingriffs unterteilt.

Sie können von allen Arztgruppen erbracht werden, die nach Weiterbildungsordnung und Zulassung dazu berechtigt sind. Nur die im Anhang 2 aufgeführten ambulanten Operationen sind berechnungsfähig. Eingriffe der Kleinchirurgie (Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 06350 bis 06352, 09351, 09360 bis 09362, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 26350 bis 26352) in Narkose bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern werden gebietsspezifisch in der Kategorie 1 berechnet.

8. In einem Zeitraum von drei Tagen, beginnend mit dem Operationstag, können in der Praxis (des Operateurs) neben der ambulanten Operation nur die Gebührenordnungspositionen 01102, 01220 bis 01222, 01320 bis 01323, 01410 bis 01415, 01431, 01436, 01437, 01442 bis 01444, 01450, 01452, 01500 bis 01503, 01522, 01546, 01549, 01602, 01610 bis 01613, 01615, 01620 bis 01624, 01626, 01640, 01642, 01643, 01647, 01648, 01670 bis 01672, 01681, 01682, 01700 bis 01703, 01705 bis 01707, 01709, 01711 bis 01723, 01731, 01732, 01734, 01735, 01737, 01740 bis 01743, 01747, 01748, 01750, 01752 bis 01758, 01760, 01761, 01764, 01765, 01770 bis 01775, 01780 bis 01787, 01793 bis 01796, 01800, 01802 bis 01811, 01815, 01816, 01820 bis 01828, 01830 bis 01833, 01840 bis 01842, 01850, 01915, 01920 bis 01922, 01949, 01950 bis 01953, 01955, 01956, 01960, 01965, 01966, 02314, 02325 bis 02328, 03008, 03010, 04008, 04010, 05227, 05228, 06227, 06228, 06362, 07227, 07228, 08227, 08228, 08641 bis 08643, 08645, 09227, 09228, 10227, 10228, 11228, 13227, 13228, 13297, 13298, 13347, 13348, 13397, 13398, 13421, 13423, 13497, 13498, 13547, 13548, 13597, 13598, 13647, 13648, 13697, 13698, 14217, 14218, 15228, 16218, 16228, 17228, 18227, 18228, 19310, 19312, 19315, 19320, 20227, 20228, 21227, 21228, 21236, 21237, 22219, 22228, 23228, 23229, 24228, 25228 bis 25230, 26227, 26228, 27227, 27228, 30701, 30705, 30706, 30740, 31600, 37400, 37700, 37701, 37704 bis 37706, 37710, 37711, 37714 und 37720, die Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschalen, die Gebührenordnungsposition 06225 unter Berücksichtigung der Regelungen der Präambel 6.1 Nr. 6, Gebührenordnungspositionen der Kapitel bzw. Abschnitte 30.1.3, 30.3.2, 30.8, 30.12, 31.3, 31.4.3, 31.5.2, 31.5.3, 31.8, 32, 34, 35, 37.5, 37.6 und 40 sowie die Gebührenordnungspositionen 01100 oder 01101 jeweils in Verbindung mit der Gebührenordnungsposition 01414 berechnet werden.
9. Die Leistungserbringung ist für Leistungen der Abschnitte 31.2.2 bis 31.2.14 sowie 31.2.20 gemäß 2.1 der Allgemeinen Bestimmungen nur dann vollständig gegeben, wenn bei der Berechnung die Angabe der OPS-Prozedur(en) in der gültigen Fassung erfolgt. Die Diagnosen sind nach dem ICD-10-Diagnoseschlüssel (ICD-10-GM) in der gültigen Fassung anzugeben.

31.2.2 Definierte operative Eingriffe an der Körperoberfläche

1. Die Berechnung dermato-chirurgischer Eingriffe setzt die obligate histologische Untersuchung entnommenen Materials und/oder eine Bilddokumentation des prä- und postoperativen Befundes voraus.

2. Für die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 31095, 31096 und 31098 gelten die Anforderungen der Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V bei Verfahren der Liposuktion bei Lipödem (QS-RL Liposuktion).
3. Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 31095 und 31096 setzt das Vorliegen einer Überweisung mit Bestätigung des Vorliegens der in § 4 Absatz 2 und 3 der QS-RL Liposuktion genannten Diagnosekriterien und Indikationsvoraussetzungen voraus. Die Überweisung darf nur von Fachärzten gemäß § 4 Absatz 1 der QS-RL Liposuktion ausgestellt werden.

31095 **Liposuktion bei Lipödem gemäß Nr. 32 der Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses** 605,17 € 4750 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Eingriff der Kategorie AA5 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Gebührenordnungsposition 31095 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31505, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31610 oder 31611 berechnet werden.
Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 31095 setzt das Vorliegen einer Überweisung mit Bestätigung des Vorliegens der in § 4 Absatz 2 und 3 der QS-RL Liposuktion genannten Diagnosekriterien und Indikationsvoraussetzungen voraus.
Bei Berechnung der Gebührenordnungsposition 31095 ist der aktuelle BMI des Patienten und bei BMI ≥ 32 kg/m^2 zusätzlich die Waist-to-height-ratio zu dokumentieren.

31096 **Liposuktion bei Lipödem gemäß Nr. 32 der Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses** 769,14 € 6037 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Eingriff der Kategorie AA6 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Gebührenordnungsposition 31096 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31506, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31612 oder 31613 berechnet werden.
Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 31096 setzt das Vorliegen einer Überweisung mit Bestätigung des Vorliegens der in § 4 Absatz 2 und 3 der QS-RL Liposuktion genannten Diagnosekriterien und Indikationsvoraussetzungen voraus.

Bei Berechnung der Gebührenordnungsposition 31096 ist der aktuelle BMI des Patienten und bei BMI ≥ 32 kg/m^2 zusätzlich die Waist-to-height-ratio zu dokumentieren.

31098 **Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31095 und 31096 bei Simultaneingriffen sowie zur Gebührenordnungsposition 31096 bei Überschreitung der Schnitt-Naht-Zeit von 120 Minuten** — 77,97 € / 612 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Schnitt-Naht-Zeit je weitere vollendete 15 Minuten,
- Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit über das Anästhesieprotokoll oder den OP-Bericht,

je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit

Die Gebührenordnungsposition 31098 kann entsprechend Anhang 2, Präambel 2.1, Nr. 14 als Zuschlag zu anderen ambulanten Operationen des Abschnitts 31.2 abgerechnet werden.
Bei Überschreitung der Schnitt-Naht-Zeit von 120 Minuten gemäß Anhang 2, Präambel 2.1, Nr. 4 ist dieser Zuschlag mit medizinischer Begründung berechnungsfähig.

31101 **Dermatochirurgischer Eingriff** der Kategorie A1 — 110,20 € / 865 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff an der Körperoberfläche der Kategorie A1 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31101 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31502, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31601 oder 31602 berechnet werden.

31102 **Dermatochirurgischer Eingriff** der Kategorie A2 — 180,02 € / 1413 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff an der Körperoberfläche der Kategorie A2 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31102 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31503, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31608 oder 31609 berechnet werden.

31103 **Dermatochirurgischer Eingriff** der Kategorie A3 — 267,17 € / 2097 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff an der Körperoberfläche der Kategorie A3 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31103 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31504, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31608 oder 31609 berechnet werden.

31104 **Dermatochirurgischer Eingriff** der Kategorie A4 — 367,05 € / 2881 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff an der Körperoberfläche der Kategorie A4 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31104 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31504, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31610 oder 31611 berechnet werden.

31105 **Dermatochirurgischer Eingriff** der Kategorie A5 — 507,20 € / 3981 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff an der Körperoberfläche der Kategorie A5 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31105 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31505, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31610 oder 31611 berechnet werden.

31106 **Dermatochirurgischer Eingriff** der Kategorie A6 — 678,55 € / 5326 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff an der Körperoberfläche der Kategorie A6 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31106 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31506, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31612 oder 31613 berechnet werden.

31107 **Dermatochirurgischer Eingriff** der Kategorie A7 — 829,27 € / 6509 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff an der Körperoberfläche der Kategorie A7 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31107 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31507, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31612 oder 31613 berechnet werden.

31108 **Zuschlag** zu den Gebührenordnungspositionen 31101 bis 31106 bei Simultaneingriffen sowie zu der Gebührenordnungsposition 31107 — 81,54 € / 640 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Schnitt-Naht-Zeit je weitere vollendete 15 Minuten,
- Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit über das Anästhesieprotokoll oder den OP-Bericht,

je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit

Die Gebührenordnungsposition 31108 kann entsprechend Anhang 2, Präambel 2.1, Nr. 14 als Zuschlag zu anderen ambulanten Operationen des Abschnitts 31.2 abgerechnet werden.

31111 **Eingriff an der Brustdrüse** der Kategorie B1 — 119,89 € / 941 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff an der Brustdrüse der Kategorie B1 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31111 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31502, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31601 oder 31602 berechnet werden.

31112 **Eingriff an der Brustdrüse** der Kategorie B2 — 195,31 € / 1533 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff an der Brustdrüse der Kategorie B2 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31112 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31503, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31608 oder 31609 berechnet werden.

31113 **Eingriff an der Brustdrüse** der Kategorie B3 — 298,51 € / 2343 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff an der Brustdrüse der Kategorie B3 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31113 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31504, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31608 oder 31609 berechnet werden.

31114 **Eingriff an der Brustdrüse** der Kategorie B4 — 403,74 € / 3169 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff an der Brustdrüse der Kategorie B4 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31114 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31504, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31610 oder 31611 berechnet werden.

31115 **Eingriff an der Brustdrüse** der Kategorie B5 — 582,36 € / 4571 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff an der Brustdrüse der Kategorie B5 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31115 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31505, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31610 oder 31611 berechnet werden.

31116 **Eingriff an der Brustdrüse** der Kategorie B6 — 773,47 € / 6071 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff an der Brustdrüse der Kategorie B6 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31116 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31506, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31612 oder 31613 berechnet werden.

31117 **Eingriff an der Brustdrüse** der Kategorie B7 — 918,33 € / 7208 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff an der Brustdrüse der Kategorie B7 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31117 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31507, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31612 oder 31613 berechnet werden.

31118 **Zuschlag** zu den Gebührenordnungspositionen 31111 bis 31116 bei Simultaneingriffen sowie zur Gebührenordnungsposition 31117 — 92,11 € / 723 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Schnitt-Naht-Zeit je weitere vollendete 15 Minuten,
- Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit über das Anästhesieprotokoll oder den OP-Bericht,

je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit

Die Gebührenordnungsposition 31118 kann entsprechend Anhang 2, Präambel 2.1, Nr. 14 als Zuschlag zu anderen ambulanten Operationen des Abschnitts 31.2 abgerechnet werden

31.2.3 Definierte operative Eingriffe der Extremitätenchirurgie

Abweichend von Nr. 2 der Präambel zu Anhang 2 kann bei Durchführung der Leistung: **'Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße: Lymphangiom oder Hygroma cysticum' (OPS:5-401.c)** die Vergütung durch Anrechnung der Gebührenordnungsposition 31121 (Schnitt-Naht-Zeit bis 15 Minuten) und des Zuschlags nach der Nr. 31128 (jeweils vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit) bis zu der durch OP-Protokoll oder Narkose-Protokoll nachgewiesenen Schnitt-Naht-Zeit erfolgen. Die Beschränkung der Schnitt-Naht-Zeit entsprechend Nr. 4 der Präambel zum Anhang 2 bleibt davon unberührt.

31121 **Eingriff** der Kategorie C1 — 115,94 € / 910 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie C1 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31121 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31502, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31614 oder 31615 berechnet werden.
Im Anschluss an Biopsien von Muskeln, Weichteilen und Nerven kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31501 berechnet werden.

31122 **Eingriff** der Kategorie C2 — 188,56 € / 1480 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie C2 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31122 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31503, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31614 oder 31615 berechnet werden.

31123 **Eingriff** der Kategorie C3 — 283,09 € / 2222 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie C3 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31123 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31504, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31616 oder 31617 berechnet werden.

31124 **Eingriff** der Kategorie C4 — 377,37 € / 2962 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie C4 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31124 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31504, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31618 oder 31619 berechnet werden.

31125 **Eingriff** der Kategorie C5 — 528,85 € / 4151 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie C5 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31125 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31505, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31618 oder 31619 berechnet werden.

31126 **Eingriff** der Kategorie C6 — 701,49 € / 5506 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie C6 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31126 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31506, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31620 oder 31621 berechnet werden.

31127 **Eingriff** der Kategorie C7 — 889,53 € / 6982 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie C7 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31127 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31507, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31620 oder 31621 berechnet werden.

31128 **Zuschlag** zu den Gebührenordnungspositionen 31121 bis 31126 bei Simultaneingriffen sowie zu der Gebührenordnungsposition 31127 — 82,94 € / 651 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Schnitt-Naht-Zeit je weitere vollendete 15 Minuten,
- Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit über das Anästhesieprotokoll oder den OP-Bericht,

je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit

Die Gebührenordnungsposition 31128 kann entsprechend Anhang 2, Präambel 2.1, Nr. 14 als Zuschlag zu anderen ambulanten Operationen des Abschnitts 31.2 abgerechnet werden

31.2.4 Definierte operative Eingriffe an Knochen und Gelenken

1. Abweichend von Nr. 3 der Präambel zu Anhang 2 kann bei Durchführung der Leistung: **"Andere gelenkplastische Eingriffe: Pfannendachplastik am Hüftgelenk"** (OPS: 5-829.1) im Zusammenhang mit den Leistungen 5-820.* und 5-821.* auch dann ein Simultaneingriff abgerechnet werden, wenn nur ein operativer Zugang vorliegt.
2. Die intraartikuläre Einbringung von Karbonfaserstiften und die Sachkosten für Karbonfaserstifte sind nicht berechnungsfähig.
3. Operative Eingriffe an Knochen und Gelenken zur Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese entsprechend den OPS-Kodes 5-78a.00, 5-78a.01, 5-78a.02, 5-78a.03, 5-78a.04, 5-78a.05, 5-78a.06, 5-78a.07, 5-78a.08, 5-78a.09, 5-78a.0a, 5-78a.0b, 5-78a.0c, 5-78a.0d, 5-78a.0e, 5-78a.0f, 5-78a.0g, 5-78a.0h, 5-78a.0j, 5-78a.0k, 5-78a.0m, 5-78a.0n, 5-78a.0p, 5-78a.0q, 5-78a.0r, 5-78a.0s, 5-78a.0t, 5-78a.0u, 5-78a.0v, 5-78a.0w, 5-78a.0z, 5-78a.10, 5-78a.11, 5-78a.12, 5-78a.13, 5-78a.14, 5-78a.15, 5-78a.16, 5-78a.17, 5-78a.18, 5-78a.19, 5-78a.1a, 5-78a.1b, 5-78a.1c, 5-78a.1d, 5-78a.1e, 5-78a.1f, 5-78a.1g, 5-78a.1h, 5-78a.1j, 5-78a.1k, 5-78a.1m, 5-78a.1n, 5-78a.1p, 5-78a.1q, 5-78a.1r, 5-78a.1s, 5-78a.1t, 5-78a.1u, 5-78a.1v, 5-78a.1w, 5-78a.1z, 5-78a.20, 5-78a.21, 5-78a.22, 5-78a.23,

5-78a.24, 5-78a.25, 5-78a.26, 5-78a.27, 5-78a.28, 5-78a.29, 5-78a.2a, 5-78a.2b, 5-78a.2c, 5-78a.2d, 5-78a.2f, 5-78a.2g, 5-78a.2h, 5-78a.2j, 5-78a.2k, 5-78a.2m, 5-78a.2n, 5-78a.2p, 5-78a.2q, 5-78a.2r, 5-78a.2s, 5-78a.2t, 5-78a.2u, 5-78a.2v, 5-78a.2w, 5-78a.2z, 5-78a.31, 5-78a.33, 5-78a.3e, 5-78a.3f, 5-78a.3h, 5-78a.3k, 5-78a.3n, 5-78a.4e, 5-78a.4f, 5-78a.4h, 5-78a.4k, 5-78a.54, 5-78a.57, 5-78a.59, 5-78a.5n, 5-78a.5p, 5-78a.5r, 5-78a.61, 5-78a.62, 5-78a.63, 5-78a.64, 5-78a.65, 5-78a.66, 5-78a.67, 5-78a.68, 5-78a.69, 5-78a.6e, 5-78a.6f, 5-78a.6g, 5-78a.6h, 5-78a.6k, 5-78a.6m, 5-78a.6n, 5-78a.6p, 5-78a.6q, 5-78a.6r, 5-78a.72, 5-78a.75, 5-78a.78, 5-78a.7b, 5-78a.7g, 5-78a.7m, 5-78a.7q, 5-78a.7v, 5-78a.80, 5-78a.81, 5-78a.82, 5-78a.83, 5-78a.84, 5-78a.85, 5-78a.86, 5-78a.87, 5-78a.88, 5-78a.89, 5-78a.8a, 5-78a.8b, 5-78a.8c, 5-78a.8d, 5-78a.8f, 5-78a.8g, 5-78a.8h, 5-78a.8k, 5-78a.8m, 5-78a.8n, 5-78a.8p, 5-78a.8q, 5-78a.8r, 5-78a.8s, 5-78a.8t, 5-78a.8u, 5-78a.8v, 5-78a.8w, 5-78a.90, 5-78a.91, 5-78a.92, 5-78a.93, 5-78a.94, 5-78a.95, 5-78a.96, 5-78a.97, 5-78a.98, 5-78a.99, 5-78a.9a, 5-78a.9b, 5-78a.9c, 5-78a.9d, 5-78a.9e, 5-78a.9f, 5-78a.9g, 5-78a.9h, 5-78a.9j, 5-78a.9k, 5-78a.9m, 5-78a.9n, 5-78a.9p, 5-78a.9q, 5-78a.9r, 5-78a.9s, 5-78a.9t, 5-78a.9u, 5-78a.9v, 5-78a.9w, 5-78a.9z, 5-78a.c1, 5-78a.c2, 5-78a.c3, 5-78a.c4, 5-78a.c5, 5-78a.c6, 5-78a.c7, 5-78a.c8, 5-78a.c9, 5-78a.ce, 5-78a.cf, 5-78a.cg, 5-78a.ch, 5-78a.ck, 5-78a.cm, 5-78a.cn, 5-78a.cp, 5-78a.cq, 5-78a.cr, 5-78a.e0, 5-78a.ea, 5-78a.eb, 5-78a.ec, 5-78a.ef, 5-78a.eh, 5-78a.ej, 5-78a.ek, 578a.en, 5-78a.ep, 5-78a.er, 5-78a.es, 5-78a.et, 5-78a.eu, 5-78a.ev, 5-78a.ew, 5-78a.ez, 5-78a.g0, 5-78a.g1, 5-78a.g2, 5-78a.g3, 5-78a.g4, 5-78a.g5, 5-78a.g6, 5-78a.g7, 5-78a.g8, 5-78a.g9, 5-78a.ga, 5-78a.gb, 5-78a.gc, 5-78a.ge, 5-78a.gf, 5-78a.gg, 5-78a.gh, 5-78a.gk, 5-78a.gm, 5-78a.gn, 5-78a.gp, 5-78a.gq, 5-78a.gr, 5-78a.gu, 5-78a.gv, 5-78a.gw, 5-78a.k0, 5-78a.k1, 5-78a.k2, 5-78a.k5, 5-78a.k6, 5-78a.k7, 5-78a.k8, 5-78a.k9, 5-78a.ka, 5-78a.kb, 5-78a.kc, 5-78a.kg, 5-78a.kh, 5-78a.kk, 5-78a.km, 5-78a.kn, 5-78a.kq, 5-78a.ks, 5-78a.kt, 5-78a.ku, 5-78a.kv, 5-78a.kw, 5-78a.kz, 5-78a.m1, 5-78a.m4, 5-78a.m5, 5-78a.m6, 5-78a.m7, 5-78a.m8, 5-78a.m9, 5-78a.ma, 5-78a.md, 5-78a.mf, 5-78a.mh, 5-78a.mm, 5-78a.mt, 5-78a.mu, 5-78a.n1, 5-78a.n3, 5-78a.n4, 5-78a.n6, 5-78a.n7, 5-78a.n9, 5-78a.nf, 5-78a.nh, 5-78a.nk, 5-78a.nn, 5-78a.np, 5-78a.nr, 5-78a.q0, 5-78a.q1, 5-78a.q2, 5-78a.q5, 5-78a.q6, 5-78a.q7, 5-78a.q8, 5-78a.q9, 5-78a.qa, 5-78a.qb, 5-78a.qc, 5-78a.qg, 5-78a.qh, 5-78a.qk, 5-78a.qm, 5-78a.qn, 5-78a.qq, 5-78a.qr, 5-78a.qs, 5-78a.qt, 5-78a.qu, 5-78a.qv, 5-78a.qw, 5-78a.qz sind nur berechnungsfähig sofern ein operativer Verfahrenswechsel durch aufgetretene Komplikationen stattgefunden hat.

Die Entfernung von Osteosynthesematerial ist nicht gesondert berechnungsfähig.

31131 **Eingriff an Knochen und Gelenken** der Kategorie D1 — 138,62 € / 1088 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie D1 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31131 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31502, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31614 oder 31615 berechnet werden.

31132 **Eingriff an Knochen und Gelenken** der Kategorie D2 — 226,01 € / 1774 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie D2 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31132 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31503, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31614 oder 31615 berechnet werden.

31133 **Eingriff an Knochen und Gelenken** der Kategorie D3 — 336,22 € / 2639 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie D3 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31133 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31504, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31616 oder 31617 berechnet werden.

31134 **Eingriff an Knochen und Gelenken** der Kategorie D4 — 446,04 € / 3501 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie D4 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31134 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31504, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31618 oder 31619 berechnet werden.

31135 **Eingriff an Knochen und Gelenken** der Kategorie D5 — 672,57 € / 5279 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie D5 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31135 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31505, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31618 oder 31619 berechnet werden.

31136 **Eingriff an Knochen und Gelenken** der Kategorie D6 — 838,83 € / 6584 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie D6 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31136 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31506, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31620 oder 31621 berechnet werden.

31137 **Eingriff an Knochen und Gelenken** der Kategorie D7 — 1.059,87 € / 8319 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie D7 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31137 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31507, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31620 oder 31621 berechnet werden.

31138 **Zuschlag** zu den Gebührenordnungspositionen 31131 bis 31136 bei Simultaneingriffen sowie zu der Gebührenordnungsposition 31137 — 90,97 € / 714 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Schnitt-Naht-Zeit je weitere vollendete 15 Minuten,
- Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit über das Anästhesieprotokoll oder den OP-Bericht,

je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit

Die Gebührenordnungsposition 31138 kann entsprechend Anhang 2, Präambel 2.1, Nr. 14 als Zuschlag zu anderen ambulanten Operationen des Abschnitts 31.2 abgerechnet werden

31.2.5 Endoskopische Gelenkeingriffe (Arthroskopien)

1. Bei arthroskopischen Operationen ist die Videodokumentation (Tape oder Print) des präoperativen Befundes und des postoperativen Ergebnisses obligater Bestandteil der Leistungen.
2. Die intraartikuläre Einbringung von Karbonfaserstiften und die Sachkosten für Karbonfaserstifte sind nicht berechnungsfähig.
3. Die Gebührenordnungspositionen 31141 bis 31147 beinhalten die Kosten für Implantate bei rekonstruktiven Bandersatzoperationen bis zu einer Höhe von 25,56 Euro. Darüber hinausgehende Implantatkosten sind über die KV mit der zuständigen Krankenkasse abzurechnen.
4. Die Gebührenordnungspositionen 31142 bis 31145 sind für therapeutische arthroskopische Eingriffe, die primär aufgrund der Diagnose Gonarthrose durchgeführt wurden, gemäß Nr. 53 der

Anlage II der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses nicht berechnungsfähig. Unberührt von diesem Ausschluss bleiben Eingriffe, die aufgrund von Traumen, einer akuten Gelenkblockade oder einer meniskusbezogenen Indikation erfolgen, bei der die bestehende Gonarthrose lediglich als Begleiterkrankung anzusehen ist, sofern die vorliegenden Symptome zuverlässig auf die genannten Veränderungen an der Synovialis, den Gelenkknorpeln und Menisken zurückzuführen und durch eine arthroskopische Intervention zu beeinflussen sind. Unberührt von diesem Ausschluss bleiben zudem diejenigen arthroskopischen Eingriffe, die im Rahmen der matrixassoziierten autologen Chondrozytenimplantation (M-ACI) gemäß Nr. 38 der Anlage I der Richtlinien Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses durchgeführt werden. Die Nr. 53 der Anlage II der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses beinhaltet Methoden, die nicht als vertragsärztliche Leistungen zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden dürfen.

5. Arthroskopische Operationen zur Knochentransplantation und -transposition entsprechend den OPS-Kodes 5-784.c0, 5-784.c2, 5-784.c5, 5-784.c8, 5-784.ca bis 5-784.cd, 5-784.cg, 5-784.cm, 5-784.cq, 5-784.ct bis 5-784.cw, 5-784.d0, 5-784.d2, 5-784.d5, 5-784.d8, 5-784.da bis 5-784.dd, 5-784.dg, 5-784.dm, 5-784.dq, 5-784.dt bis 5-784.dw, 5-784.e0, 5-784.e2, 5-784.e5, 5-784.e8, 5-784.ea bis 5-784.ed, 5-784.eg, 5-784.em, 5-784.eq, 5-784.et bis 5-784.ew, 5-784.f0, 5-784.f2, 5-784.f5, 5-784.f8, 5-784.fa bis 5-784.fd, 5-784.fg, 5-784.fm, 5-784.fq und 5-784.ft bis 5-784.fw beinhalten die Leistung der geschlossenen Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese. Die Entnahme von Spongiosa und/oder kortikospongiösen Spänen ist gesondert berechnungsfähig.
6. Operationen zur Exzision von erkranktem Bandscheibengewebe entsprechend den OPS-Kodes 5-831.01, 5-831.03, 5-831.21, 5-831.23, 5-831.31, 5-831.33, 5-831.91 und 5-831.93 sind unabhängig von dem Vorliegen einer Genehmigung nach der Arthroskopie-Vereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V berechnungsfähig.

31141 **Endoskopischer Gelenkeingriff** (Arthroskopie) der Kategorie E1 — 193,40 € / 1518 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie E1 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31141 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31502, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31601 oder 31602 berechnet werden.

31142 **Endoskopischer Gelenkeingriff** (Arthroskopie) der Kategorie E2 — 279,40 € / 2193 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie E2 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31142 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31503, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31614 oder 31615 berechnet werden.

31143 **Endoskopischer Gelenkeingriff** (Arthroskopie) der Kategorie E3 — 397,88 € / 3123 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie E3 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31143 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31504, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31616 oder 31617 berechnet werden.

31144 **Endoskopischer Gelenkeingriff** (Arthroskopie) der Kategorie E4 — 525,80 € / 4127 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie E4 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31144 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31504, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31618 oder 31619 berechnet werden.

31145 **Endoskopischer Gelenkeingriff** (Arthroskopie) der Kategorie E5 — 692,31 € / 5434 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie E5 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31145 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31505, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31618 oder 31619 berechnet werden.

31146 **Endoskopischer Gelenkeingriff** (Arthroskopie) der Kategorie E6 — 883,42 € / 6934 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie E6 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31146 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31506, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31620 oder 31621 berechnet werden.

31147 **Endoskopischer Gelenkeingriff** (Arthroskopie) der Kategorie E7 — 1.009,80 € / 7926 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie E7 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31147 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31507, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31620 oder 31621 berechnet werden.

31148 **Zuschlag** zu den Gebührenordnungspositionen 31141 bis 31146 bei Simultaneingriffen sowie zu der Gebührenordnungsposition 31147 — 103,32 € / 811 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Schnitt-Naht-Zeit je weitere vollendete 15 Minuten,
- Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit über das Anästhesieprotokoll oder den OP-Bericht,

je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit

Die Gebührenordnungsposition 31148 kann entsprechend Anhang 2, Präambel 2.1, Nr. 14 als Zuschlag zu anderen ambulanten Operationen des Abschnitts 31.2 abgerechnet werden

31.2.6 Definierte operative visceralchirurgische Eingriffe

1. Abweichend von Nr. 3 der Präambel 2.1 zum Anhang 2 kann bei Durchführung der Leistung: **"Andere Operationen an Schilddrüse und Nebenschilddrüsen: Monitoring des N. recurrens im Rahmen einer anderen Operation"** (OPS: 5-069.40 (Nicht kontinuierlich [IONM]), 5-069.41 (Kontinuierlich [CIONM])) im Zusammenhang mit der Leistung 5-061.0 auch dann ein Simultaneingriff abgerechnet werden, wenn nur ein operativer Zugang vorliegt.
2. Proktologische Eingriffe entsprechend des OPS-Kodes 5-490.1 sind nur bei Vorliegen eines periproktitischen Abszesses (ICD-10-GM K61.-) berechnungsfähig.
3. Bei proktologischen Eingriffen entsprechend der OPS-Kodes 5-492.00, 5-492.01 und 5-492.02 ist der histologische Befund vorzuhalten.
4. Proktologische Eingriffe entsprechend den OPS-Kodes 5-493.01 und 5-493.02 sind nur bei Hämorrhoiden 3. Grades berechnungsfähig.
5. Visceralchirurgische Eingriffe entsprechend dem OPS-Kode 5-431.30 sind nur bei Vorliegen eines Buried-Bumper-Syndroms berechnungsfähig.

31151 **Visceralchirurgischer Eingriff** der Kategorie F1 — 114,79 €

Obligater Leistungsinhalt 901 Punkte

- Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F1 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31151 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31503, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31601 oder 31602 berechnet werden.

31152 **Visceralchirurgischer Eingriff** der Kategorie F2 190,60 €
1496 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F2 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31152 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31503, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31608 oder 31609 berechnet werden.

31153 **Visceralchirurgischer Eingriff** der Kategorie F3 287,55 €
2257 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F3 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31153 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31505, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31608 oder 31609 berechnet werden.

31154 **Visceralchirurgischer Eingriff** der Kategorie F4 379,54 €
2979 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F4 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31154 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31505, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31610 oder 31611 berechnet werden.

31155 **Visceralchirurgischer Eingriff** der Kategorie F5 540,96 €

Obligater Leistungsinhalt 4246 Punkte

- Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F5 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31155 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31506, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31610 oder 31611 berechnet werden.

31156 **Visceralchirurgischer Eingriff** der Kategorie F6 727,09 €
5707 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F6 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31156 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31507, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31612 oder 31613 berechnet werden.

31157 **Visceralchirurgischer Eingriff** der Kategorie F7 870,81 €
6835 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F7 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31157 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31507, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31612 oder 31613 berechnet werden.

31158 **Zuschlag** zu den Gebührenordnungspositionen 31151 bis 31156 bei Simultaneingriffen sowie zu der Gebührenordnungsposition 31157 88,67 €
696 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Schnitt-Naht-Zeit je weitere vollendete 15 Minuten,
- Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit über das Anästhesieprotokoll der den OP-Bericht,

je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit

Die Gebührenordnungsposition 31158 kann entsprechend Anhang 2, Präambel 2.1, Nr. 14 als Zuschlag zu anderen ambulanten Operationen des Abschnitts 31.2 abgerechnet werden

31161 **Endoskopischer Visceralchirurgischer Eingriff** der Kategorie G1 143,97 €

Obligater Leistungsinhalt 1130 Punkte

- Endoskopisch-visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie G1 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31161 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31503, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31601 oder 31602 berechnet werden.

31162 **Endoskopischer Visceralchirurgischer Eingriff** der Kategorie G2 215,44 €
Obligater Leistungsinhalt 1691 Punkte

- Endoskopisch-visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie G2 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31162 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31503, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31608 oder 31609 berechnet werden.

31163 **Endoskopischer Visceralchirurgischer Eingriff** der Kategorie G3 309,21 €
Obligater Leistungsinhalt 2427 Punkte

- Endoskopisch-visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie G3 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31163 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31505, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31608 oder 31609 berechnet werden.

31164 **Endoskopischer Visceralchirurgischer Eingriff** der Kategorie G4 411,64 €
Obligater Leistungsinhalt 3231 Punkte

- Endoskopisch-visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie G4 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31164 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31505, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31610 oder 31611 berechnet werden.

31165 **Endoskopischer Visceralchirurgischer Eingriff** der Kategorie G5 566,18 €

Obligater Leistungsinhalt 4444 Punkte

- Endoskopisch-visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie G5 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31165 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31506, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31610 oder 31611 berechnet werden.

31166 **Endoskopischer Visceralchirurgischer Eingriff** der Kategorie G6 744,42 €
5843 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Endoskopisch-visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie G6 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31166 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31507, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31612 oder 31613 berechnet werden.

31167 **Endoskopischer Visceralchirurgischer Eingriff** der Kategorie G7 876,54 €
6880 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Endoskopisch-visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie G7 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31167 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31507, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31612 oder 31613 berechnet werden.

31168 **Zuschlag** zu den Gebührenordnungspositionen 31161 bis 31166 bei Simultaneingriffen und zu der Gebührenordnungsposition 31167 84,72 €
665 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Schnitt-Naht-Zeit je weitere vollendete 15 Minuten,
- Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit über das Anästhesieprotokoll oder den OP-Bericht,

je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit

Die Gebührenordnungsposition 31168 kann entsprechend Anhang 2, Präambel 2.1, Nr. 14 als Zuschlag zu anderen ambulanten Operationen des Abschnitts 31.2 abgerechnet werden

31171 **Proktologischer Eingriff** der Kategorie H1 142,44 €

Obligater Leistungsinhalt 1118 Punkte

- Proktologischer Eingriff der Kategorie H1 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31171 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31503, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31622 oder 31623 berechnet werden.

31172 **Proktologischer Eingriff** der Kategorie H2 205,63 €

Obligater Leistungsinhalt 1614 Punkte

- Proktologischer Eingriff der Kategorie H2 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31172 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31503, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31624 oder 31625 berechnet werden.

31173 **Proktologischer Eingriff** der Kategorie H3 279,14 €

Obligater Leistungsinhalt 2191 Punkte

- Proktologischer Eingriff der Kategorie H3 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31173 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31505, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31624 oder 31625 berechnet werden.

31174 **Proktologischer Eingriff** der Kategorie H4 364,25 €

Obligater Leistungsinhalt 2859 Punkte

- Proktologischer Eingriff der Kategorie H4 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31174 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31505, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31626 oder 31627 berechnet werden.

31175 **Proktologischer Eingriff** der Kategorie H5 526,94 €

Obligater Leistungsinhalt 4136 Punkte

- Proktologischer Eingriff der Kategorie H5 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31175 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31506, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31626 oder 31627 berechnet werden.

31176 **Proktologischer Eingriff** der Kategorie H6 — 719,45 € / 5647 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Proktologischer Eingriff der Kategorie H6 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31176 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31507, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31628 oder 31629 berechnet werden.

31177 **Proktologischer Eingriff** der Kategorie H7 — 850,04 € / 6672 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Proktologischer Eingriff der Kategorie H7 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31177 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31507, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31628 oder 31629 berechnet werden.

31178 **Zuschlag** zu den Gebührenordnungspositionen 31171 bis 31176 bei Simultaneingriffen sowie zu der Gebührenordnungsposition 31177 — 84,21 € / 661 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Schnitt-Naht-Zeit je weitere vollendete 15 Minuten,
- Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit über das Anästhesieprotokoll oder den OP-Bericht,

je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit

Die Gebührenordnungsposition 31178 kann entsprechend Anhang 2, Präambel 2.1, Nr. 14 als Zuschlag zu anderen ambulanten Operationen des Abschnitts 31.2 abgerechnet werden.

31.2.7 Definierte operative Eingriffe der Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie

31181 **Kardiochirurgischer Eingriff** der Kategorie I1 — 241,69 € / 1897 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Kardiochirurgischer Eingriff der Kategorie I1 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31181 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31504, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31601 oder 31602 berechnet werden.

31182 **Kardiochirurgischer Eingriff** der Kategorie I2 — 302,84 € / 2377 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Kardiochirurgischer Eingriff der Kategorie I2 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31182 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31504, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31608 oder 31609 berechnet werden.

31183 **Kardiochirurgischer Eingriff** der Kategorie I3 — 379,66 € / 2980 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Kardiochirurgischer Eingriff der Kategorie I3 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31183 kann für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31608 oder 31609 berechnet werden.

31184 **Kardiochirurgischer Eingriff** der Kategorie I4 — 476,49 € / 3740 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Kardiochirurgischer Eingriff der Kategorie I4 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31184 kann für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31610 oder 31611 berechnet werden.

31185 **Kardiochirurgischer Eingriff** der Kategorie I5 — 704,67 € / 5531 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Kardiochirurgischer Eingriff der Kategorie I5 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31185 kann für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31610 oder 31611 berechnet werden.

31186 **Kardiochirurgischer Eingriff** der Kategorie I6 — 898,96 €

Obligater Leistungsinhalt 7056 Punkte

- Kardiochirurgischer Eingriff der Kategorie I6 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31186 kann für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31612 oder 31613 berechnet werden.

31187 **Kardiochirurgischer Eingriff** der Kategorie I7 1.053,76 €
8271 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Kardiochirurgischer Eingriff der Kategorie I7 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31187 kann für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31612 oder 31613 berechnet werden.

31188 **Zuschlag** zu den Gebührenordnungspositionen 31181 bis 31186 bei Simultaneingriffen sowie zu der Gebührenordnungsposition 31187 97,59 €
766 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Schnitt-Naht-Zeit je weitere vollendete 15 Minuten,
- Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit über das Anästhesieprotokoll oder den OP-Bericht,

je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit

Die Gebührenordnungsposition 31188 kann entsprechend Anhang 2, Präambel 2.1, Nr. 14 als Zuschlag zu anderen ambulanten Operationen des Abschnitts 31.2 abgerechnet werden.

31191 **Thoraxchirurgischer Eingriff** der Kategorie J1 223,59 €
1755 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Thoraxchirurgischer Eingriff der Kategorie J1 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31191 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31504, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31601 oder 31602 berechnet werden.

31192 **Thoraxchirurgischer Eingriff** der Kategorie J2 291,50 €
2288 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Thoraxchirurgischer Eingriff der Kategorie J2 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31192 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31504, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31608 oder 31609 berechnet werden.

31193 **Thoraxchirurgischer Eingriff** der Kategorie J3 — 376,10 € / 2952 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Thoraxchirurgischer Eingriff der Kategorie J3 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31193 kann für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31608 oder 31609 berechnet werden.

31194 **Thoraxchirurgischer Eingriff** der Kategorie J4 — 482,48 € / 3787 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Thoraxchirurgischer Eingriff der Kategorie J4 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31194 kann für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31610 oder 31611 berechnet werden.

31195 **Thoraxchirurgischer Eingriff** der Kategorie J5 — 659,32 € / 5175 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Thoraxchirurgischer Eingriff der Kategorie J5 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31195 kann für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31610 oder 31611 berechnet werden.

31196 **Thoraxchirurgischer Eingriff** der Kategorie J6 — 852,46 € / 6691 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Thoraxchirurgischer Eingriff der Kategorie J6 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31196 kann für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31612 oder 31613 berechnet werden.

31197 **Thoraxchirurgischer Eingriff** der Kategorie J7 — 1.005,34 € / 7891 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Thoraxchirurgischer Eingriff der Kategorie J7 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31197 kann für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31612 oder 31613 berechnet werden.

31198 **Zuschlag** zu den Gebührenordnungspositionen 31191 bis 31196 bei Simultaneingriffen sowie zu der Gebührenordnungsposition 31197 — 97,59 € / 766 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Schnitt-Naht-Zeit je weitere vollendete 15 Minuten,
- Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit über das Anästhesieprotokoll oder den OP-Bericht,

je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit

Die Gebührenordnungsposition 31198 kann entsprechend Anhang 2, Präambel 2.1, Nr. 14 als Zuschlag zu anderen ambulanten Operationen des Abschnitts 31.2 abgerechnet werden.

31201 **Eingriff am Gefäßsystem** der Kategorie K1 — 144,60 € / 1135 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff am Gefäßsystem der Kategorie K1 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31201 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31503, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31630 oder 31631 berechnet werden.

31202 **Eingriff am Gefäßsystem** der Kategorie K2 — 211,11 € / 1657 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff am Gefäßsystem der Kategorie K2 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31202 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31503, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31632 oder 31633 berechnet werden.

31203 **Eingriff am Gefäßsystem** der Kategorie K3 — 284,49 € / 2233 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff am Gefäßsystem der Kategorie K3 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31203 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31505, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31632 oder 31633 berechnet werden.

31204 **Eingriff am Gefäßsystem** der Kategorie K4 — 389,47 € / 3057 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff am Gefäßsystem der Kategorie K4 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31204 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31505, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31634 oder 31635 berechnet werden.

31205 **Eingriff am Gefäßsystem** der Kategorie K5 — 560,71 € / 4401 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff am Gefäßsystem der Kategorie K5 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31205 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31506, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31634 oder 31635 berechnet werden.

31206 **Eingriff am Gefäßsystem** der Kategorie K6 — 740,34 € / 5811 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff am Gefäßsystem der Kategorie K6 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31206 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31507, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31636 oder 31637 berechnet werden.

31207 **Eingriff am Gefäßsystem** der Kategorie K7 — 891,70 € / 6999 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff am Gefäßsystem der Kategorie K7 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31207 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31507, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31636 oder 31637 berechnet werden.

31208 **Zuschlag** zu den Gebührenordnungspositionen 31201 bis 31206 bei Simultaneingriffen und zu der Gebührenordnungsposition 31207 — 85,62 € / 672 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Schnitt-Naht-Zeit je weitere vollendete 15 Minuten,
- Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit über das Anästhesieprotokoll oder den OP-Bericht,

je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit

Die Gebührenordnungsposition 31208 kann entsprechend Anhang 2, Präambel 2.1, Nr. 14 als Zuschlag zu anderen ambulanten Operationen des Abschnitts 31.2 abgerechnet werden

31211 **Eingriff** der Kategorie L1 — 174,54 € / 1370 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie L1 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31211 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31503, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31601 oder 31602 berechnet werden.

31212 **Eingriff** der Kategorie L2 — 235,06 € / 1845 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie L2 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31212 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31503, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31608 oder 31609 berechnet werden.

31213 **Eingriff** der Kategorie L3 — 327,17 € / 2568 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie L3 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31213 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31505, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31608 oder 31609 berechnet werden.

31214 **Eingriff** der Kategorie L4 — 423,75 € / 3326 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie L4 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31214 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31505, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31610 oder 31611 berechnet werden.

31215 **Eingriff** der Kategorie L5 — 610,65 € / 4793 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie L5 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31215 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31506, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31610 oder 31611 berechnet werden.

31216 **Eingriff** der Kategorie L6 — 794,49 € / 6236 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie L6 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31216 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31507, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31612 oder 31613 berechnet werden.

31217 **Eingriff** der Kategorie L7 — 939,48 € / 7374 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie L7 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31217 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31507, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31612 oder 31613 berechnet werden.

31218 **Zuschlag** zu den Gebührenordnungspositionen 31211 bis 31216 bei Simultaneingriffen und zu der Gebührenordnungsposition 31217 — 93,00 € / 730 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Schnitt-Naht-Zeit je weitere vollendete 15 Minuten,
- Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit über das Anästhesieprotokoll oder den OP-Bericht,

je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit

Die Gebührenordnungsposition 31218 kann entsprechend Anhang 2, Präambel 2.1, Nr. 14 als Zuschlag zu anderen ambulanten Operationen des Abschnitts 31.2 abgerechnet werden.

31.2.8 Definierte operative Eingriffe der Mund-, Kiefer- und Gesichts-Chirurgie

1. Die Extraktion von bis zu vier einwurzeligen Zähnen oder bis zu zwei mehrwurzeligen Zähnen oder von einem mehrwurzeligen und bis zu vier einwurzeligen Zähnen muss nach den Gebührenordnungspositionen 15321 bis 15324 berechnet werden.

31221 **Eingriff der MKG-Chirurgie** der Kategorie M1 — 103,96 € / 816 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie M1 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31221 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31502, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31643 oder 31644 berechnet werden.

31222 **Eingriff der MKG-Chirurgie** der Kategorie M2 — 180,02 € / 1413 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie M2 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31222 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31503, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31643 oder 31644 berechnet werden.

31223 **Eingriff der MKG-Chirurgie** der Kategorie M3 — 270,86 € / 2126 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie M3 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31223 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31504, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31645 oder 31646 berechnet werden.

31224 **Eingriff der MKG-Chirurgie** der Kategorie M4 — 368,20 € / 2890 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie M4 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31224 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31504, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31647 oder 31648 berechnet werden.

31225 **Eingriff der MKG-Chirurgie** der Kategorie M5 — 506,56 € / 3976 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie M5 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31225 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31505, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31647 oder 31648 berechnet werden.

31226 **Eingriff der MKG-Chirurgie** der Kategorie M6 — 687,85 € / 5399 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie M6 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31226 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31506, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31649 oder 31650 berechnet werden.

31227 **Eingriff der MKG-Chirurgie** der Kategorie M7 — 775,13 € / 6084 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie M7 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31227 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31507, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31649 oder 31650 berechnet werden.

31228 **Zuschlag** zu den Gebührenordnungspositionen 31221 bis 31226 bei Simultaneingriffen und zu der Gebührenordnungsposition 31227 — 74,40 € / 584 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Schnitt-Naht-Zeit je weitere vollendete 15 Minuten,
- Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit über das Anästhesieprotokoll oder den OP-Bericht,

je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit

Die Gebührenordnungsposition 31228 kann entsprechend Anhang 2, Präambel 2.1, Nr. 14 als Zuschlag zu anderen ambulanten Operationen des Abschnitts 31.2 abgerechnet werden.

31.2.9 Definierte operative Eingriffe der HNO-Chirurgie

1. Abweichend von Nr. 3 der Präambel zu Anhang 2 kann bei Durchführung der Leistung "**Plastische Korrektur abstehender Ohren: Concharotation**" (OPS: 5-184.3) im Zusammenhang mit den Leistungen 5-184.0, 5-184.1 und 5-184.2 auch dann ein Simultaneingriff abgerechnet werden, wenn nur ein operativer Zugang vorliegt.

31231 **Eingriffe der HNO-Chirurgie** der Kategorie N1 — 118,49 € / 930 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie N1 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31231 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31502, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31656 oder 31657 berechnet werden.

31232 **Eingriffe der HNO-Chirurgie** der Kategorie N2 — 192,89 € / 1514 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie N2 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31232 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31503, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31658 oder 31659 berechnet werden.
Abweichend davon kann im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31232 in Verbindung mit dem OPS-Kode 5-281.5 für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31504 berechnet werden.

31233 **Eingriffe der HNO-Chirurgie** der Kategorie N3 — 290,86 € / 2283 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie N3 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31233 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31504, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31658 oder 31659 berechnet werden.

31234 **Eingriffe der HNO-Chirurgie** der Kategorie N4 — 405,91 € / 3186 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie N4 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31234 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31504, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31660 oder 31661 berechnet werden.

31235 **Eingriffe der HNO-Chirurgie** der Kategorie N5 — 565,55 € / 4439 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie N5 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31235 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31505, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31660 oder 31661 berechnet werden.

31236 **Eingriffe der HNO-Chirurgie** der Kategorie N6 — 751,56 € / 5899 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie N6 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31236 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31506, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31662 oder 31663 berechnet werden.

31237 **Eingriffe der HNO-Chirurgie** der Kategorie N7 — 925,72 € / 7266 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie N7 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31237 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31507, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31662 oder 31663 berechnet werden.

31238 **Zuschlag** zu den Gebührenordnungspositionen nach den Nrn. 31231 bis 31236 bei Simultaneingriffen und zu der Gebührenordnungsposition 31237 — 82,05 € / 644 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Schnitt-Naht-Zeit je weitere vollendete 15 Minuten,
- Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit über das Anästhesieprotokoll oder den OP-Bericht,

je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit

Die Gebührenordnungsposition 31238 kann entsprechend Anhang 2, Präambel 2.1, Nr. 14 als Zuschlag zu anderen ambulanten Operationen des Abschnitts 31.2 abgerechnet werden.

31.2.10 Definierte operative Eingriffe der Neurochirurgie

1. Eingriffe, die nach den OPS-Kodes **5-010.00 bis 5-010.14** sowie **5-030.40 bis 5-032.42** kodiert werden, sind nur als selbstständige Leistung berechnungsfähig.

31241 **Peripherer neurochirurgischer Eingriff** der Kategorie O1 — 111,61 € / 876 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie O1 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31241 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31502, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31614 oder 31615 berechnet werden.

31242 **Peripherer neurochirurgischer Eingriff** der Kategorie O2 — 181,42 € / 1424 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie O2 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31242 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31503, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31614 oder 31615 berechnet werden.

31243 **Peripherer neurochirurgischer Eingriff** der Kategorie O3 — 271,88 € / 2134 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie O3 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31243 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31504, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31616 oder 31617 berechnet werden.

31244 **Peripherer neurochirurgischer Eingriff** der Kategorie O4 — 374,95 € / 2943 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie O4 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31244 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31504, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31618 oder 31619 berechnet werden.

31245 **Peripherer neurochirurgischer Eingriff** der Kategorie O5 — 543,00 € / 4262 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie O5 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31245 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31505, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31618 oder 31619 berechnet werden.

31246 **Peripherer neurochirurgischer Eingriff** der Kategorie O6 — 719,45 € / 5647 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie O6 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31246 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31506, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31620 oder 31621 berechnet werden.

31247 **Peripherer neurochirurgischer Eingriff** der Kategorie O7 — 870,93 € / 6836 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie O7 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31247 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31507, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31620 oder 31621 berechnet werden.

31248 **Zuschlag** zu den Gebührenordnungspositionen 31241 bis 31246 bei Simultaneingriffen und zu der Gebührenordnungsposition 31247 — 84,21 € / 661 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Schnitt-Naht-Zeit je weitere vollendete 15 Minuten,
- Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit über das Anästhesieprotokoll oder den OP-Bericht,

je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit

Die Gebührenordnungsposition 31248 kann entsprechend Anhang 2, Präambel 2.1, Nr. 14 als Zuschlag zu anderen ambulanten Operationen des Abschnitts 31.2 abgerechnet werden

31251 **Zentraler neurochirurgischer Eingriff** der Kategorie P1 — 192,63 € / 1512 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie P1 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31251 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31504, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31669 oder 31670 berechnet werden.

31252 **Zentraler neurochirurgischer Eingriff** der Kategorie P2 — 262,07 € / 2057 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie P2 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31252 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31504, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31669 oder 31670 berechnet werden.

31253 **Zentraler neurochirurgischer Eingriff** der Kategorie P3 — 350,87 € / 2754 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie P3 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31253 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31504, für

die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31671 oder 31672 berechnet werden.

31254 **Zentraler neurochirurgischer Eingriff** der Kategorie P4 — 456,49 € / 3583 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie P4 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31254 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31504, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31673 oder 31674 berechnet werden.

31255 **Zentraler neurochirurgischer Eingriff** der Kategorie P5 — 632,31 € / 4963 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie P5 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31255 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31505, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31673 oder 31674 berechnet werden.

31256 **Zentraler neurochirurgischer Eingriff** der Kategorie P6 — 846,60 € / 6645 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie P6 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31256 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31506, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31675 oder 31676 berechnet werden.

31257 **Zentraler neurochirurgischer Eingriff** der Kategorie P7 — 998,21 € / 7835 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie P7 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an Leistung nach der Nr. 31257 kann für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31675 oder 31676 berechnet werden.

31258 **Zuschlag** zu den Gebührenordnungspositionen 31251 bis 31256 bei Simultaneingriffen und zur Gebührenordnungsposition 31257 — 96,83 € / 760 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Schnitt-Naht-Zeit je weitere vollendete 15 Minuten,
- Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit über das Anästhesieprotokoll oder den OP-Bericht,

je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit

Die Gebührenordnungsposition 31258 kann entsprechend Anhang 2, Präambel 2.1, Nr. 14 als Zuschlag zu anderen ambulanten Operationen des Abschnitts 31.2 abgerechnet werden.

31261 **Stereotaktischer neurochirurgischer Eingriff** der Kategorie PP1 — 354,57 € / 2783 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie PP1 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31261 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31504, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31669 oder 31670 berechnet werden.

31262 **Stereotaktischer neurochirurgischer Eingriff** der Kategorie PP2 — 403,23 € / 3165 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie PP2 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31262 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31504, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31669 oder 31670 berechnet werden.

31263 **Stereotaktischer neurochirurgischer Eingriff** der Kategorie PP3 — 495,09 € / 3886 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie PP3 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31263 kann für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31671 oder 31672 berechnet werden.

31264 **Stereotaktischer neurochirurgischer Eingriff** der Kategorie PP4 — 595,74 € / 4676 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie PP4 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31264 kann für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31673 oder 31674 berechnet werden.

31265 **Stereotaktischer neurochirurgischer Eingriff** der Kategorie PP5 — 763,53 € / 5993 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie PP5 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31265 kann für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31673 oder 31674 berechnet werden.

31266 **Stereotaktischer neurochirurgischer Eingriff** der Kategorie PP6 — 950,05 € / 7457 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie PP6 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31266 kann für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31675 oder 31676 berechnet werden.

31267 **Stereotaktischer neurochirurgischer Eingriff** der Kategorie PP7 — 1.100,52 € / 8638 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie PP7 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31267 kann für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31675 oder 31676 berechnet werden.

31268 **Zuschlag** zu den Gebührenordnungspositionen 31261 bis 31266 bei Simultaneingriffen und zu der Gebührenordnungsposition 31267 — 92,37 € / 725 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Schnitt-Naht-Zeit je weitere vollendete 15 Minuten,
- Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit über das Anästhesieprotokoll oder den OP-Bericht,

je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit

Die Gebührenordnungsposition 31268 kann entsprechend Anhang 2, Präambel 2.1, Nr. 14 als Zuschlag zu anderen ambulanten Operationen des Abschnitts 31.2 abgerechnet werden.

31.2.11 Definierte operative Eingriffe an der Niere und dem Urogenitalsystem

Die Durchführung und Berechnung von Leistungen dieses Abschnittes mit dem Ziel der Sterilisation des Mannes ist nicht berechnungsfähig. Die Berechnung von Leistungen zur Sterilisation des Mannes erfolgt nach der Gebührenordnungsposition 01854.

31271 **Urologischer Eingriff** der Kategorie Q1 — 125,62 € / 986 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie Q1 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31271 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31502, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31601 oder 31602 berechnet werden.

31272 **Urologischer Eingriff** der Kategorie Q2 — 208,31 € / 1635 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie Q2 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31272 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31503, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31608 oder 31609 berechnet werden.

31273 **Urologischer Eingriff** der Kategorie Q3 — 314,82 € / 2471 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie Q3 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31273 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31505, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31608 oder 31609 berechnet werden.

31274 **Urologischer Eingriff** der Kategorie Q4 — 426,55 € / 3348 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie Q4 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31274 kann für die postoperative Überwachung Gebührenordnungsposition 31505, für die

postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31610 oder 31611 berechnet werden.

31275 **Urologischer Eingriff** der Kategorie Q5 — 601,98 € / 4725 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie Q5 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31275 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31506, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31610 oder 31611 berechnet werden.

31276 **Urologischer Eingriff** der Kategorie Q6 — 815,26 € / 6399 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie Q6 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31276 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31507, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31612 oder 31613 berechnet werden.

31277 **Urologischer Eingriff** der Kategorie Q7 — 972,73 € / 7635 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie Q7 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31277 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31507, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31612 oder 31613 berechnet werden.

31278 **Zuschlag** zu den Gebührenordnungspositionen 31271 bis 31276 bei Simultaneingriffen und zu der Gebührenordnungsposition 31277 — 96,70 € / 759 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Schnitt-Naht-Zeit je weitere vollendete 15 Minuten,
- Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit über das Anästhesieprotokoll oder den OP-Bericht,

je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit

Die Gebührenordnungsposition 31278 kann entsprechend Anhang 2, Präambel 2.1, Nr. 14 als Zuschlag zu anderen ambulanten Operationen des Abschnitts 31.2 abgerechnet werden.

31281 **Endoskopischer urologischer Eingriff** der Kategorie R1 — 151,48 € / 1189 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie R1 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31281 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31502, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31682 oder 31683 berechnet werden.

31282 **Endoskopischer urologischer Eingriff** der Kategorie R2 — 230,73 € / 1811 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie R2 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31282 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31503, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31684 oder 31685 berechnet werden.

31283 **Endoskopischer urologischer Eingriff** der Kategorie R3 — 337,11 € / 2646 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie R3 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31283 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31505, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31684 oder 31685 berechnet werden.

31284 **Endoskopischer urologischer Eingriff** der Kategorie R4 — 448,84 € / 3523 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie R4 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31284 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31505, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31686 oder 31687 berechnet werden.

31285 **Endoskopischer urologischer Eingriff** der Kategorie R5 — 616,38 € / 4838 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie R5 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31285 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31506, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31686 oder 31687 berechnet werden.

31286 **Endoskopischer urologischer Eingriff** der Kategorie R6 — 810,42 € / 6361 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie R6 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31286 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31507, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31688 oder 31689 berechnet werden.

31287 **Endoskopischer urologischer Eingriff** der Kategorie R7 — 955,02 € / 7496 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie R7 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31287 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31507, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31688 oder 31689 berechnet werden.

31288 **Zuschlag** zu den Gebührenordnungspositionen 31281 bis 31286 bei Simultaneingriffen und zu der Gebührenordnungsposition 31287 — 92,24 € / 724 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Schnitt-Naht-Zeit je weitere vollendete 15 Minuten,
- Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit über das Anästhesieprotokoll oder den OP-Bericht,

je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit

Die Gebührenordnungsposition 31288 kann entsprechend Anhang 2, Präambel 2.1, Nr. 14 als Zuschlag zu anderen ambulanten Operationen des Abschnitts 31.2 abgerechnet werden.

31291 **(Endoskopischer) urologischer Eingriff mit Bildwandler** der Kategorie RR1 — 151,48 € / 1189 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie RR1 entsprechend Anhang 2,
- Durchleuchtung,
- Bilddokumentation des prä- und postoperativen Befundes

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31291 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31503, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31682 oder 31683 berechnet werden.
Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 31291 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.

31292 **(Endoskopischer) urologischer Eingriff mit Bildwandler** der Kategorie RR2 — 230,73 € / 1811 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie RR2 entsprechend Anhang 2,
- Durchleuchtung,
- Bilddokumentation des prä- und postoperativen Befundes

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31292 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31503, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31684 oder 31685 berechnet werden.
Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 31292 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.

31293 **(Endoskopischer) urologischer Eingriff mit Bildwandler** der Kategorie RR3 — 337,11 € / 2646 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie RR3 entsprechend Anhang 2,
- Durchleuchtung,
- Bilddokumentation des prä- und postoperativen Befundes

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31293 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31505, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31684 oder 31685 berechnet werden.
Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 31293 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.

31294 **(Endoskopischer) urologischer Eingriff mit Bildwandler** der Kategorie RR4 — 448,84 € / 3523 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie RR4 entsprechend Anhang 2,
- Durchleuchtung,
- Bilddokumentation des prä- und postoperativen Befundes

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31294 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31505, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31686 oder 31687 berechnet werden.
Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 31294 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.

31295 **(Endoskopischer) urologischer Eingriff mit Bildwandler** der Kategorie RR5 — 624,15 € / 4899 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie RR5 entsprechend Anhang 2,
- Durchleuchtung,
- Bilddokumentation des prä- und postoperativen Befundes

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31295 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31506, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31686 oder 31687 berechnet werden.
Die Berechnung der Gebührenordnungsposition. 31295 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.

31296 **(Endoskopischer) urologischer Eingriff mit Bildwandler** der Kategorie RR6 — 838,06 € / 6578 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie RR6 entsprechend Anhang 2,
- Durchleuchtung,
- Bilddokumentation des prä- und postoperativen Befundes

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31296 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31507, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31688 oder 31689 berechnet werden.
Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 31296 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.

31297 **(Endoskopischer) urologischer Eingriff mit Bildwandler** der Kategorie RR7 — 996,68 € / 7823 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie RR7 entsprechend Anhang 2,
- Durchleuchtung,
- Bilddokumentation des prä- und postoperativen Befundes

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31297 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31507, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31688 oder 31689 berechnet werden.
Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 31297 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.

31298 **Zuschlag** zu den Gebührenordnungspositionen 31291 bis 31296 bei Simultaneingriffen und zu der Gebührenordnungsposition 31297 — 96,70 € / 759 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Schnitt-Naht-Zeit je weitere vollendete 15 Minuten,
- Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit über das Anästhesieprotokoll oder den OP-Bericht,

je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit

Die Gebührenordnungsposition 31298 kann entsprechend Anhang 2, Präambel 2.1, Nr. 14 als Zuschlag zu anderen ambulanten Operationen des Abschnitts 31.2 abgerechnet werden.

31.2.12 Definierte operative Eingriffe der Gynäkologie

1. Die Durchführung und Berechnung von Leistungen dieses Abschnittes mit dem Ziel der Sterilisation der Frau ist nicht berechnungsfähig. Die Berechnung von Leistungen zur Sterilisation der Frau erfolgt nach der Gebührenordnungsposition 01855.
2. Die Leistung: **"Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus: Endometriumablation: Hochfrequenzablation"** (OPS: 5-681.53) gemäß Nr. 39 der Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses mit der Kategorie TT2 beinhaltet die Durchführung einer diagnostischen Hysteroskopie in derselben Sitzung. Diese ist über die zusätzliche Angabe "Diagnostische Hysteroskopie" (OPS: 1-672) zu dokumentieren.
   Bei Durchführung der Leistung: **"Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus: Endometriumablation: Hochfrequenzablation"** (OPS: 5-681.53) ohne "Diagnostische Hysteroskopie" (OPS: 1-672) in derselben Sitzung sind folgende Abschläge vorzunehmen.

GOP	Abschlag in Punkten
31319	1027
31503	245
31697	163
31698	164
31822	349

3. Gynäkologische Eingriffe gemäß den OPS-Kodes 1-570.1 und 1-571.0 beinhalten die Durchführung einer Laparoskopie in derselben Sitzung.

31301 **Gynäkologischer Eingriff** der Kategorie S1 — 107,02 € / 840 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie S1 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31301 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31502, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31695 oder 31696 berechnet werden.

31302 **Gynäkologischer Eingriff** der Kategorie S2 — 160,27 € / 1258 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie S2 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31302 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31503, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31697 oder 31698 berechnet werden.

31303 **Gynäkologischer Eingriff** der Kategorie S3 — 206,52 € / 1621 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie S3 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31303 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31505, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31697 oder 31698 berechnet werden.

31304 **Gynäkologischer Eingriff** der Kategorie S4 — 267,93 € / 2103 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie S4 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31304 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31505, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31699 oder 31700 berechnet werden.

31305 **Gynäkologischer Eingriff** der Kategorie S5 — 366,67 € / 2878 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie S5 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31305 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31506, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31699 oder 31700 berechnet werden.

31306 **Gynäkologischer Eingriff** der Kategorie S6 — 482,99 € / 3791 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie S6 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31306 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31507, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31701 oder 31702 berechnet werden.

31307 **Gynäkologischer Eingriff** der Kategorie S7 — 542,36 € / 4257 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie S7 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31307 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31507, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31701 oder 31702 berechnet werden.

31308 **Zuschlag** zu den Gebührenordnungspositionen 31301 bis 31306 bei Simultaneingriffen und zu der Gebührenordnungsposition 31307 — 55,42 € / 435 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Schnitt-Naht-Zeit je weitere vollendete 15 Minuten,
- Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit über das Anästhesieprotokoll oder den OP-Bericht,

je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit

Die Gebührenordnungsposition 31308 kann entsprechend Anhang 2, Präambel 2.1, Nr. 14 als Zuschlag zu anderen ambulanten Operationen des Abschnitts 31.2 abgerechnet werden

31311 **Endoskopischer gynäkologischer Eingriff** der Kategorie T1 — 158,62 € / 1245 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie T1 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31311 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31503, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31695 oder 31696 berechnet werden.

31312 **Endoskopischer gynäkologischer Eingriff** der Kategorie T2 — 237,86 € / 1867 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie T2 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31312 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31503, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31697 oder 31698 berechnet werden.

31313 **Endoskopischer gynäkologischer Eingriff** der Kategorie T3 — 340,17 € / 2670 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie T3 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31313 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31505, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31697 oder 31698 berechnet werden.

31314 **Endoskopischer gynäkologischer Eingriff** der Kategorie T4 — 451,77 € / 3546 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie T4 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31314 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31505, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31699 oder 31700 berechnet werden.

31315 **Endoskopischer gynäkologischer Eingriff** der Kategorie T5 — 606,32 € / 4759 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie T5 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31315 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31506, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31699 oder 31700 berechnet werden.

31316 **Endoskopischer gynäkologischer Eingriff** der Kategorie T6 — 782,52 € / 6142 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie T6 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31316 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31507, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31701 oder 31702 berechnet werden.

31317 **Endoskopischer gynäkologischer Eingriff** der Kategorie T7 — 945,34 € / 7420 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie T7 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31317 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31507, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31701 oder 31702 berechnet werden.

31318 **Zuschlag** zu den Gebührenordnungspositionen 31311 bis 31316 bei Simultaneingriffen und zu der Gebührenordnungsposition 31317 — 91,09 € / 715 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Schnitt-Naht-Zeit je weitere 15 Minuten
- Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit über das Anästhesieprotokoll oder den OP-Bericht,

je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit

Die Gebührenordnungsposition 31318 kann entsprechend Anhang 2, Präambel 2.1, Nr. 14 als Zuschlag zu anderen ambulanten Operationen des Abschnitts 31.2 abgerechnet werden.

31319 **Endoskopischer gynäkologischer Eingriff der Kategorie TT2** — 344,63 € / 2705 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie TT2 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31319 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31503, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31697 oder 31698 berechnet werden.

31.2.13 Definierte operative Eingriffe der Ophthalmochirurgie

1. Ophthalmochirurgische Eingriffe gemäß dem OPS-Kode 5-126.8 sind nur bei Patienten berechnungsfähig, bei denen gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (§ 2 der Nr. 27 der Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung) ein Keratokonus und eine subjektive Sehverschlechterung vorliegen sowie anhand mindestens eines der folgenden Kriterien eine Progredienz innerhalb der letzten 12 Monate festgestellt wurde:
   - Zunahme der maximalen Hornhautbrechkraft um >= 1 dpt,
   - Zunahme des durch die subjektive Refraktion bestimmten Astigmatismus um >= 1 dpt,
   - Abnahme der Basiskurve der bestsitzenden Kontaktlinse um >= 0,1 mm.
2. Die Gebührenordnungsposition 31364 gemäß dem OPS-Kode 5-126.8 ist nur nach Durchführung einer topographischen Untersuchung gemäß Anhang 1 zur Indikationsstellung gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (§ 3 Abs. 2 der Nr. 27 der Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung) berechnungsfähig, bei der die Ermittlung der Zunahme der maximalen Hornhautbrechkraft anhand des Vergleichs von zwei Messwerten erfolgt, die mit demselben Messgerät oder mit Messgeräten erhoben werden, deren Messungen vergleichbar sind.
3. Die Gebührenordnungsposition 31364 gemäß dem OPS-Kode 5-126.8 ist nur nach Durchführung einer tomographischen Untersuchung nach der Gebührenordnungsposition 06362 gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (§ 2 der Nr. 27 der Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung) berechnungsfähig, bei der die zu bestimmende Hornhautdicke an der dünnsten Stelle bei Beginn der Bestrahlung mindestens 400 µm beträgt. Die Durchführung der tomographischen Untersuchung darf nicht länger als zwei Quartale zurückliegen.

31321 **Extraocularer Eingriff** der Kategorie U1 — 116,45 € / 914 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie U1 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31321 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31502, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31708 oder 31709 berechnet werden.

31322 **Extraocularer Eingriff** der Kategorie U2 — 188,56 € / 1480 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie U2 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31322 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31503, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31708 oder 31709 berechnet werden.

31323 **Extraocularer Eingriff** der Kategorie U3 — 282,71 € / 2219 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie U3 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31323 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31504, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31710 oder 31711 berechnet werden.

31324 **Extraocularer Eingriff** der Kategorie U4 — 382,47 € / 3002 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie U4 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31324 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31504, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31712 oder 31713 berechnet werden.

31325 **Extraocularer Eingriff** der Kategorie U5 — 536,37 € / 4210 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie U5 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31325 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31505, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31712 oder 31713 berechnet werden.

31326 **Extraocularer Eingriff** der Kategorie U6 — 736,90 € / 5784 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie U6 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31326 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31506, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31714 oder 31715 berechnet werden.

31327 **Extraocularer Eingriff** der Kategorie U7 — 873,86 € / 6859 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie U7 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31327 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31507, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31714 oder 31715 berechnet werden.

31328 **Zuschlag** zu den Gebührenordnungspositionen 31321 bis 31326 bei Simultaneingriffen und zu der Gebührenordnungsposition 31327 — 78,99 € / 620 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Schnitt-Naht-Zeit je weitere vollendete 15 Minuten,
- Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit über das Anästhesieprotokoll oder den OP-Bericht,

je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit

Die Gebührenordnungsposition 31328 kann entsprechend Anhang 2, Präambel 2.1, Nr. 14 als Zuschlag zu anderen ambulanten Operationen des Abschnitts 31.2 abgerechnet werden.

31331 **Intraocularer Eingriff** der Kategorie V1 — 197,48 € / 1550 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie V1 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31331 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31502, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31716 oder 31717 berechnet werden.

31332 **Intraocularer Eingriff** der Kategorie V2 — 270,22 € / 2121 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie V2 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31332 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31503, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31718 oder 31719 berechnet werden.

31333 **Intraocularer Eingriff** der Kategorie V3 — 363,36 € / 2852 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie V3 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31333 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31504, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31718 oder 31719 berechnet werden.

31334 **Intraocularer Eingriff** der Kategorie V4 — 488,47 € / 3834 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie V4 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31334 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31504, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31720 oder 31721 berechnet werden.

31335 **Intraocularer Eingriff** der Kategorie V5 — 698,17 € / 5480 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie V5 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31335 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31505, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31720 oder 31721 berechnet werden.

31336 **Intraocularer Eingriff** der Kategorie V6 — 945,21 € / 7419 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie V6 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31336 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31506, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31722 oder 31723 berechnet werden.

31337 **Intraocularer Eingriff** der Kategorie V7 — 1.119,24 € / 8785 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie V7 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31337 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31507, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31722 oder 31723 berechnet werden.

31338 **Zuschlag** zu den Gebührenordnungspositionen 31331 bis 31336 bei Simultaneingriffen und zu der Gebührenordnungsposition 31337 — 107,53 € / 844 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Schnitt-Naht-Zeit je weitere vollendete 15 Minuten,
- Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit über das Anästhesieprotokoll oder den OP-Bericht,

je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit

Die Gebührenordnungsposition 31338 kann entsprechend Anhang 2, Präambel 2.1, Nr. 14 als Zuschlag zu anderen ambulanten Operationen des Abschnitts 31.2 abgerechnet werden

31341 **Laserchirurgischer Eingriff** der Kategorie W1 — 88,42 € / 694 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie W1 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31341 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31501, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31724 oder 31725 berechnet werden.

31342 **Laserchirurgischer Eingriff** der Kategorie W2 — 148,04 € / 1162 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie W2 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31342 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31501, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31726 oder 31727 berechnet werden.

31343 **Laserchirurgischer Eingriff** der Kategorie W3 — 203,97 € / 1601 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie W3 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31343 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31504, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31726 oder 31727 berechnet werden.

31344 **Laserchirurgischer Eingriff** der Kategorie W4 — 272,90 € / 2142 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie W4 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31344 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31504, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31728 oder 31729 berechnet werden.

31345 **Laserchirurgischer Eingriff** der Kategorie W5 — 389,09 € / 3054 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie W5 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31345 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31505, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31728 oder 31729 berechnet werden.

31346 **Laserchirurgischer Eingriff** der Kategorie W6 — 517,52 € / 4062 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie W6 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31346 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31506, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31730 oder 31731 berechnet werden.

31347 **Laserchirurgischer Eingriff** der Kategorie W7 — 599,82 € / 4708 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie W7 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31347 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31507, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31730 oder 31731 berechnet werden.

31348 **Zuschlag** zu den Gebührenordnungspositionen 31341 bis 31346 bei Simultaneingriffen und zu der Gebührenordnungsposition 31347 — 65,23 € / 512 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Schnitt-Naht-Zeit je weitere vollendete 15 Minuten,
- Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit über das Anästhesieprotokoll oder den OP-Bericht,

je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit

Die Gebührenordnungsposition 31348 kann entsprechend Anhang 2, Präambel 2.1, Nr. 14 als Zuschlag zu anderen ambulanten Operationen des Abschnitts 31.2 abgerechnet werden

31350 **Intraocularer Eingriff** der Kategorie X1 — 437,76 € / 3436 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie X1 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31350 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31502, für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31716 oder 31717 berechnet werden.
Im Zusammenhang mit der Erbringung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 31350 kann die Anästhesie nach der Gebührenordnungsposition 31801 bei Erbringung durch den Operateur bzw. 31820 bei Erbringung durch den Anästhesisten gemeinsam mit der Gebührenordnungsposition 31840 berechnet werden.

31351 **Intraocularer Eingriff** der Kategorie X2 — 478,27 € / 3754 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie X2 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 31351 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 31503, für

die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31718 oder 31719 berechnet werden.
Im Zusammenhang mit der Erbringung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 31351 kann die Anästhesie nach der Gebührenordnungsposition 31801 bei Erbringung durch den Operateur bzw. 31820 bei Erbringung durch den Anästhesisten gemeinsam mit der Gebührenordnungsposition 31841 berechnet werden.

31362 **Eingriff der Kategorie Y2: Phototherapeutische Keratektomie (PTK)** gemäß Nr. 13 Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses — 130,21 € / 1022 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Eingriff der Kategorie Y2 entsprechend Anhang 2,
- Anpassung einer Verbandlinse,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt,
- Kontrolle(n) der Verbandlinse,

je Auge innerhalb von 21 Tagen einmal berechnungsfähig

31364 **Eingriff der Kategorie YY4: Hornhautvernetzung mit Riboflavin gemäß Nr. 27 Anlage I der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses** — 372,78 € / 2926 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Eingriff der Kategorie YY4 entsprechend Anhang 2,
- Anpassung einer Verbandlinse,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt,
- Kontrolle(n) der Verbandlinse,

je Auge

Die Gebührenordnungsposition 31364 ist je Auge höchstens einmal im Krankheitsfall berechnungsfähig. Die zweimalige Berechnung der Gebührenordnungsposition 31364 im Krankheitsfall setzt eine ausführliche Begründung der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall voraus.

31371 **Intraokularer Eingriff** der Kategorie Z1: **Intravitreale Medikamenteneingabe am rechten Auge** gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V — 212,13 € / 1665 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Eingriff der Kategorie Z1 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

In der Gebührenordnungsposition 31371 sind alle Kosten, einschließlich des Sprechstundenbedarfs, mit Ausnahme der Kosten für das/ die intravitreal applizierte(n) Arzneimittel enthalten. Die Allgemeinen Bestimmungen nach Nr. 7 finden keine Anwendung.

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 31371 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V zur intravitrealen Medikamenteneingabe voraus.

Die Berechnung einer präoperativen Gebührenordnungsposition des Abschnitts 31.1.2 vor Durchführung einer intravitrealen Medikamenteneingabe setzt die Begründung der medizinischen Notwendigkeit zur Operationsvorbereitung im Einzelfall voraus.

Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 31502 für die postoperative Überwachung und 31821 für die Anästhesie und/ oder Narkose im Rahmen der Durchführung einer intravitrealen Medikamenteneingabe setzen eine ausführliche Begründung der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall voraus.

Im Anschluss an die Leistung nach der Gebührenordnungsposition 31371 kann für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31716 oder 31717 berechnet werden.

31372 **Intraocularer Eingriff** der Kategorie Z1: **Intravitreale Medikamenteneingabe am linken Auge** gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V — 212,13 € / 1665 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Eingriff der Kategorie Z1 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

In der Gebührenordnungsposition 31372 sind alle Kosten, einschließlich des Sprechstundenbedarfs, mit Ausnahme der Kosten für das/ die intravitreal applizierte(n) Arzneimittel enthalten. Die Allgemeinen Bestimmungen nach Nr. 7 finden keine Anwendung.

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 31372 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V zur intravitrealen Medikamenteneingabe voraus.

Die Berechnung einer präoperativen Gebührenordnungsposition des Abschnitts 31.1.2 vor Durchführung einer intravitrealen Medikamenteneingabe setzt die Begründung der medizinischen Notwendigkeit zur Operationsvorbereitung im Einzelfall voraus.

Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 31502 für die postoperative Überwachung und 31821 für die Anästhesie und/ oder Narkose im Rahmen der Durchführung einer intravitrealen Medikamenteneingabe setzen eine ausführliche Begründung der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall voraus.

Im Anschluss an die Leistung nach der Gebührenordnungsposition 31372 kann für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31716 oder 31717 berechnet werden.

31373 **Intraocularer Eingriff** der Kategorie Z9: **Intravitreale Medikamenteneingabe an beiden Augen** gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V — 277,10 € / 2175 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Eingriff der Kategorie Z9 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

In der Gebührenordnungsposition 31373 sind alle Kosten, einschließlich des Sprechstundenbedarfs, mit Ausnahme der Kosten für das/ die intravitreal applizierte(n) Arzneimittel enthalten. Die Allgemeinen Bestimmungen nach Nr. 7 finden keine Anwendung.

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 31373 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V zur intravitrealen Medikamenteneingabe sowie eine ausführliche Begründung der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall voraus.

Die Berechnung einer präoperativen Gebührenordnungsposition des Abschnitts 31.1.2 vor Durchführung einer intravitrealen Medikamenteneingabe setzt die Begründung der medizinischen Notwendigkeit zur Operationsvorbereitung im Einzelfall voraus.

Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 31502 für die postoperative Überwachung und 31821 für die Anästhesie und/ oder Narkose im Rahmen der Durchführung einer intravitrealen Medikamenteneingabe setzen eine ausführliche Begründung der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall voraus.

Im Anschluss an die Leistung nach der Gebührenordnungsposition 31373 kann für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 31716 oder 31717 berechnet werden.

31.2.14 Vakuumversiegelungstherapie gemäß Nr. 33 Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses

1. Die Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts können nur von
   - Fachärzten für Chirurgie,
   - Fachärzten für Kinderchirurgie,
   - Fachärzten für Plastische und Ästhetische Chirurgie,
   - Fachärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe,
   - Fachärzten für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde,
   - Fachärzten für Haut- und Geschlechtskrankheiten,
   - Fachärzten für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie,
   - Fachärzten für Neurochirurgie,
   - Fachärzten für Orthopädie und Unfallchirurgie,
   - Fachärzten für Urologie

   berechnet werden.
2. Entgegen der Nr. 9 der Präambel 31.2.1 ist die Gebührenordnungsposition 31401 ohne Angabe der OPS-Prozedur(en) für die Vakuumversiegelungstherapie berechnungsfähig.

3. Entgegen der Nr. 2 der Präambel 2.1 des Anhangs 2 kann der primäre Wundverschluss mittels Vakuumversiegelungstherapie entsprechend der Gebührenordnungsposition 31401 als Zuschlag zum jeweiligen Haupteingriff berechnet werden.

31401 **Zuschlag zu einem Eingriff des Abschnitts 31.2 für die Anlage eines Systems zur Vakuumversiegelung zum intendierten primären Wundverschluss gemäß Nr. 33 der Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses** — 8,66 € / 68 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Einweisung des Patienten in die Pumpenbedienung im zeitlichen Zusammenhang mit der Operation,
- Einstellen der Pumpe,

einmal am Behandlungstag

Die Gebührenordnungsposition 31401 ist nur bei Patienten berechnungsfähig, bei denen aufgrund wund- oder patientenspezifischer Risikofaktoren unter einer Standardwundbehandlung keine ausreichende Heilung zu erwarten ist.
Die Gebührenordnungsposition 31401 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02314 und 36401 berechnungsfähig.

31.2.19 Zuschläge für zusätzlichen Hygieneaufwand

1. Die Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts sind bei Bezug einer Förderung nach § 4 Absatz 9 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) nicht berechnungsfähig. Dies gilt auch, wenn die Finanzierungsbeträge nach Maßgabe des § 10 Absatz 12 Satz 2 KHEntgG in den jeweiligen Basisfallwert eingerechnet sind.

31020 **Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand zu der Gebührenordnungsposition 31271** — 3,57 € / 28 Punkte

31021 **Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand zu der Gebührenordnungsposition 31342** — 3,69 € / 29 Punkte

31022 **Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand zu den Gebührenordnungspositionen 31371, 31372 und 31373** — 6,50 € / 51 Punkte

31023 **Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand zu der Gebührenordnungsposition 31101** — 7,13 € / 56 Punkte

31024 **Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand zu der Gebührenordnungsposition 31102** — 7,39 € / 58 Punkte

31025	**Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand zu der Gebührenordnungsposition 31341**	8,66 € 68 Punkte
31026	**Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand zu der Gebührenordnungsposition 31301**	9,94 € 78 Punkte
31027	**Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand zu den Gebührenordnungspositionen 31231 und 31242**	14,01 € 110 Punkte
31028	**Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand zu der Gebührenordnungsposition 31171**	14,14 € 111 Punkte
31029	**Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand zu der Gebührenordnungsposition 31103**	15,16 € 119 Punkte
31030	**Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand zu der Gebührenordnungsposition 31121**	15,93 € 125 Punkte
31031	**Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand zu den Gebührenordnungspositionen 31122 und 31302**	16,44 € 129 Punkte
31032	**Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand zu der Gebührenordnungsposition 31281**	16,82 € 132 Punkte
31033	**Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand zu der Gebührenordnungsposition 31232**	17,45 € 137 Punkte
31034	**Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand zu den Gebührenordnungspositionen 31211, 31221 und 31321**	17,71 € 139 Punkte
31035	**Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand zu den Gebührenordnungspositionen 31095 und 31096**	18,09 € 142 Punkte
31036	**Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand zu der Gebührenordnungsposition 31364**	18,86 € 148 Punkte
31037	**Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand zu der Gebührenordnungsposition 31141**	19,62 € 154 Punkte
31038	**Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand zu der Gebührenordnungsposition 31131**	19,88 € 156 Punkte
31039	**Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand zu den Gebührenordnungspositionen 31132 und 31362**	20,64 € 162 Punkte

31040	**Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand zu den Gebührenordnungspositionen 31111, 31201 und 31311**	21,40 € 168 Punkte
31041	**Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand zu der Gebührenordnungsposition 31104**	22,17 € 174 Punkte
31042	**Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand zu den Gebührenordnungspositionen 31112, 31222, 31272 und 31322**	22,30 € 175 Punkte
31043	**Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand zu den Gebührenordnungspositionen 31251 und 31331**	24,33 € 191 Punkte
31044	**Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand zu den Gebührenordnungspositionen 31113 und 31273**	24,97 € 196 Punkte
31045	**Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand zu den Gebührenordnungspositionen 31142, 31282 und 31292**	25,35 € 199 Punkte
31046	**Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand zu der Gebührenordnungsposition 31213**	26,88 € 211 Punkte
31047	**Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand zu den Gebührenordnungspositionen 31114 und 31324**	27,65 € 217 Punkte
31048	**Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand zu den Gebührenordnungspositionen 31152, 31172, 31202, 31212 und 31252**	27,77 € 218 Punkte
31049	**Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand zu den Gebührenordnungspositionen 31123, 31133, 31143, 31243, 31263, 31283 und 31293**	28,03 € 220 Punkte
31050	**Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand zu der Gebührenordnungsposition 31105**	28,67 € 225 Punkte
31051	**Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand zu den Gebührenordnungspositionen 31312, 31319 und 31332**	30,07 € 236 Punkte
31052	**Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand zu den Gebührenordnungspositionen 31233 und 31323**	30,45 € 239 Punkte
31053	**Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand zu den Gebührenordnungspositionen 31124, 31134, 31144, 31244, 31274, 31284 und 31294**	30,70 € 241 Punkte

31054	**Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand zu der Gebührenordnungsposition 31125**	31,09 € 244 Punkte
31055	**Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand zu der Gebührenordnungsposition 31223**	31,60 € 248 Punkte
31056	**Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand zu den Gebührenordnungspositionen 31153, 31173, 31303 und 31333**	32,87 € 258 Punkte
31057	**Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand zu den Gebührenordnungspositionen 31174 und 31234**	33,13 € 260 Punkte
31058	**Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand zu der Gebührenordnungsposition 31191**	33,63 € 264 Punkte
31059	**Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand zu der Gebührenordnungsposition 31192**	34,78 € 273 Punkte
31060	**Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand zu der Gebührenordnungsposition 31126**	35,16 € 276 Punkte
31061	**Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand zu den Gebührenordnungspositionen 31115 und 31334**	35,55 € 279 Punkte
31062	**Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand zu der Gebührenordnungsposition 31162**	37,33 € 293 Punkte
31063	**Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand zu den Gebührenordnungspositionen 31106, 31116 und 31236**	38,35 € 301 Punkte
31064	**Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand zu den Gebührenordnungspositionen 31135, 31145, 31245, 31255, 31275, 31295, 31325 und 31335**	38,73 € 304 Punkte
31065	**Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand zu der Gebührenordnungsposition 31253**	39,37 € 309 Punkte
31066	**Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand zu der Gebührenordnungsposition 31117**	39,62 € 311 Punkte
31067	**Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand zu den Gebührenordnungspositionen 31246 und 31276**	41,41 € 325 Punkte
31068	**Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand zu den Gebührenordnungspositionen 31163, 31193, 31203 und 31313**	41,79 € 328 Punkte

31069	**Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand zu den Gebührenordnungspositionen 31247 und 31277**	42,68 € 335 Punkte
31070	**Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand zu den Gebührenordnungspositionen 31136, 31224 und 31254**	43,83 € 344 Punkte
31071	**Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand zu den Gebührenordnungspositionen 31127 und 31137**	45,10 € 354 Punkte
31072	**Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand zu der Gebührenordnungsposition 31216**	45,99 € 361 Punkte
31073	**Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand zu den Gebührenordnungspositionen 31154, 31164, 31194, 31204, 31214, 31304 und 31314**	46,25 € 363 Punkte
31074	**Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand zu den Gebührenordnungspositionen 31225, 31235 und 31285**	57,08 € 448 Punkte
31075	**Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand zu der Gebührenordnungsposition 31315**	59,37 € 466 Punkte
31076	**Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand zu den Gebührenordnungspositionen 31155, 31165, 31175, 31195, 31205, 31215 und 31305**	59,63 € 468 Punkte
31077	**Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand zu den Gebührenordnungspositionen 31146, 31226, 31256 und 31286**	61,66 € 484 Punkte
31078	**Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand zu der Gebührenordnungsposition 31316**	63,83 € 501 Punkte
31079	**Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand zu den Gebührenordnungspositionen 31147, 31227 und 31237**	63,96 € 502 Punkte
31080	**Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand zu den Gebührenordnungspositionen 31156, 31166, 31176, 31196, 31206 und 31306**	64,08 € 503 Punkte
31081	**Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand zu den Gebührenordnungspositionen 31197 und 31287**	66,12 € 519 Punkte
31082	**Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand zu den Gebührenordnungspositionen 31157, 31167, 31177, 31207, 31257 und 31307**	66,38 € 521 Punkte

31.2.20 Förderung der Ambulantisierung

31451 **Zuschlag I zu einem Eingriff des Abschnitts 31.2 bei Durchführung einer der nachfolgend genannten OPS-Kodes: 5-844.02, 5-844.03, 5-844.05, 5-844.06, 5-844.12, 5-844.13, 5-844.15, 5-844.16, 5-844.23, 5-844.25, 5-844.32, 5-844.33, 5-844.35, 5-844.36, 5-844.42, 5-844.43, 5-844.45, 5-844.46, 5-844.52, 5-844.53, 5-844.55, 5-844.56, 5-844.62, 5-844.63, 5-844.65, 5-844.66, 5-844.70, 5-844.72, 5-844.73, 5-844.74, 5-844.76, 5-902.05, 5-902.06, 5-902.07, 5-902.08, 5-902.09, 5-902.0a, 5-902.0b, 5-902.0c, 5-902.0d, 5-902.0e, 5-902.0f, 5-902.0g, 5-902.15, 5-902.16, 5-902.17, 5-902.18, 5-902.19, 5-902.1a, 5-902.1b, 5-902.1c, 5-902.1d, 5-902.1e, 5-902.1f, 5-902.1g, 5-902.25, 5-902.26, 5-902.27, 5-902.28, 5-902.29, 5-902.2a, 5-902.2b, 5-902.2c, 5-902.2d, 5-902.2e, 5-902.2f, 5-902.2g, 5-902.f5, 5-902.f6, 5-902.f7, 5-902.f8, 5-902.fa, 5-902.fb, 5-902.fc, 5-902.fd, 5-902.fe, 5-902.ff, 5-902.fg, 5-902.h5, 5-902.h6, 5-902.h7, 5-902.h8, 5-902.ha, 5-902.hb, 5-902.hc, 5-902.hd, 5-902.he, 5-902.hf, 5-902.hg**

28,41 €
223 Punkte

31452 **Zuschlag II zu einem Eingriff des Abschnitts 31.2 bei Durchführung einer der nachfolgend genannten OPS-Kodes: 5-057.3, 5-057.4, 5-057.9, 5-214.0, 5-214.5, 5-399.7, 5-399.d, 5-788.0a, 5-788.0b, 5-810.3r, 5-811.0h, 5-811.1h, 5-819.0h, 5-844.75, 5-902.00, 5-902.04, 5-902.10, 5-902.14, 5-902.20, 5-902.24, 5-902.34, 5-902.40, 5-902.44, 5-902.45, 5-902.46, 5-902.47, 5-902.48, 5-902.4a, 5-902.4b, 5-902.4c, 5-902.4d, 5-902.4e, 5-902.4f, 5-902.50, 5-902.54, 5-902.55, 5-902.56, 5-902.57, 5-902.58, 5-902.5a, 5-902.5b, 5-902.5c, 5-902.5d, 5-902.5e, 5-902.5f, 5-902.f0, 5-902.f4, 5-902.f9, 5-902.h0, 5-902.h4, 5-902.h9**

33,51 €
263 Punkte

31453 **Zuschlag III zu einem Eingriff des Abschnitts 31.2 bei Durchführung einer der nachfolgend genannten OPS-Kodes: 5-057.0, 5-057.2, 5-214.6, 5-214.70, 5-214.72, 5-399.5, 5-399.6, 5-399.b0, 5-399.b1, 5-399.b2, 5-399.c, 5-493.20, 5-493.21, 5-493.22, 5-493.5, 5-493.60, 5-493.61, 5-493.62, 5-493.70, 5-493.71, 5-534.01, 5-534.02, 5-534.03, 5-534.1, 5-534.34, 5-535.0, 5-535.34, 5-536.0, 5-624.5, 5-631.0, 5-631.1, 5-631.2, 5-810.00, 5-810.01, 5-810.04, 5-810.05, 5-810.06, 5-810.07, 5-810.08, 5-810.09, 5-810.0h, 5-810.0k, 5-810.0t, 5-810.41, 5-810.70, 5-810.7h, 5-810.96, 5-810.97, 5-810.98, 5-810.99, 5-810.9k, 5-811.07, 5-811.20, 5-811.21, 5-811.24, 5-811.25, 5-811.26, 5-811.27, 5-811.28, 5-811.29, 5-811.2g, 5-811.2h, 5-811.2k, 5-811.2m, 5-811.2r, 5-811.2s, 5-811.2t, 5-811.40, 5-811.41, 5-811.44, 5-811.45, 5-811.46, 5-811.48, 5-811.49, 5-811.4g, 5-811.4h, 5-811.4k, 5-811.4m, 5-811.4s, 5-811.4t, 5-812.00, 5-812.01, 5-812.04, 5-812.05, 5-812.06, 5-812.07, 5-812.08, 5-812.09, 5-812.0g, 5-812.0h, 5-812.0k, 5-812.0m, 5-812.0s, 5-812.0t, 5-812.5, 5-812.e0, 5-812.e1, 5-812.e4, 5-812.e5, 5-812.e7, 5-812.eg, 5-812.eh, 5-812.ek, 5-812.es, 5-812.et, 5-812.f5, 5-812.fn, 5-812.k1, 5-812.k4, 5-812.k5, 5-812.k6, 5-812.k8, 5-812.k9, 5-812.kk, 5-812.km, 5-812.kn, 5-812.ks, 5-812.kt, 5-814.7, 5-819.00, 5-819.01, 5-819.04, 5-819.05, 5-819.07, 5-819.08, 5-819.09, 5-819.0g, 5-819.0k, 5-819.0m, 5-819.0q, 5-819.0s, 5-819.0t, 5-819.1h, 5-819.1k, 5-819.1s, 5-844.00, 5-844.01, 5-844.04, 5-844.10, 5-844.14, 5-844.20, 5-844.30,**

45,87 €
360 Punkte

5-844.31, 5-844.34, 5-844.40, 5-844.41, 5-844.54, 5-844.57, 5-844.60, 5-844.61, 5-844.64, 5-844.71, 5-844.77, 5-847.05, 5-847.15, 5-847.25, 5-847.36, 5-847.45, 5-847.65, 5-902.49, 5-902.4g, 5-902.59, 5-902.5g, 5-902.60, 5-902.64, 5-902.65, 5-902.66, 5-902.67, 5-902.68, 5-902.69, 5-902.6a, 5-902.6b, 5-902.6c, 5-902.6d, 5-902.6e, 5-902.6f, 5-902.6g

31454 **Zuschlag IV zu einem Eingriff des Abschnitts 31.2 bei Durchführung einer der nachfolgend genannten OPS-Kodes: 5-530.00, 5-530.01, 5-530.03, 5-530.33, 5-531.0, 5-531.1, 5-531.33, 5-534.35, 5-536.10, 5-788.00, 5-788.06, 5-788.07, 5-788.0c, 5-788.40, 5-788.41, 5-788.42, 5-788.52, 5-788.53, 5-788.56, 5-788.57, 5-788.58, 5-788.5c, 5-788.5d, 5-788.60, 5-788.61, 5-788.66, 5-788.67, 5-844.11, 5-847.03, 5-847.13, 5-847.23, 5-847.33, 5-847.43, 5-847.63**

103,20 €
810 Punkte

31455 **Zuschlag V zu einem Eingriff des Abschnitts 31.2 bei Durchführung einer der nachfolgend genannten OPS-Kodes: 5-214.4, 5-214.71, 5-530.02, 5-530.1, 5-530.31, 5-530.32, 5-530.34, 5-530.90, 5-530.91, 5-531.31, 5-531.32, 5-531.34, 5-534.33, 5-535.1, 5-535.33, 5-535.35, 5-788.08, 5-788.09, 5-788.0d, 5-788.0e, 5-788.43, 5-788.51, 5-788.54, 5-788.59, 5-788.5e, 5-788.5f, 5-788.5g, 5-788.62, 5-788.65, 5-788.68, 5-788.70, 5-788.71, 5-788.72, 5-788.73, 5-810.1h, 5-810.2q, 5-810.4h, 5-810.4m, 5-810.7g, 5-810.90, 5-810.91, 5-810.94, 5-810.95, 5-810.9g, 5-810.9h, 5-810.9s, 5-810.9t, 5-811.3k, 5-812.6, 5-812.f0, 5-812.f1, 5-812.f4, 5-812.f7, 5-812.fh, 5-812.fk, 5-812.fm, 5-812.fs, 5-812.ft, 5-812.k0, 5-812.kh, 5-813.9, 5-819.10, 5-819.20, 5-819.2h, 5-897.0, 5-897.10, 5-897.11, 5-897.12**

122,44 €
961 Punkte

31456 **Zuschlag VI zu einem Eingriff des Abschnitts 31.2 bei Durchführung einer der nachfolgend genannten OPS-Kodes: 5-214.3, 5-530.73, 5-530.74, 5-624.4, 5-788.44, 5-788.5h, 5-788.63, 5-788.64, 5-788.69, 5-810.40, 5-810.44, 5-810.45, 5-810.47, 5-810.4k, 5-810.4s, 5-810.4t, 5-810.51, 5-810.5h, 5-811.30, 5-811.31, 5-811.34, 5-811.35, 5-811.36, 5-811.37, 5-811.38, 5-811.39, 5-811.3h, 5-811.3s, 5-811.3t, 5-812.34, 5-812.37, 5-812.39, 5-812.3h, 5-812.3k, 5-812.3m, 5-812.7, 5-812.97, 5-812.b, 5-812.fg, 5-812.kg, 5-813.d, 5-847.00, 5-847.02, 5-847.10, 5-847.12, 5-847.20, 5-847.22, 5-847.24, 5-847.30, 5-847.32, 5-847.34, 5-847.37, 5-847.40, 5-847.42, 5-847.44, 5-847.50, 5-847.52, 5-847.54, 5-847.60, 5-847.62, 5-847.67, 5-847.72**

168,56 €
1323 Punkte

31457 **Zuschlag VII zu einem Eingriff des Abschnitts 31.2 bei Durchführung einer der nachfolgend genannten OPS-Kodes: 5-810.20, 5-810.24, 5-810.25, 5-810.27, 5-810.2g, 5-810.2h, 5-810.2k, 5-810.2m, 5-810.2s, 5-810.2t, 5-810.30, 5-810.34, 5-810.37, 5-810.3h, 5-810.3k, 5-810.3m, 5-810.3s, 5-810.3t, 5-810.4g, 5-810.50, 5-810.54, 5-810.57, 5-810.5g, 5-810.5s, 5-810.5t, 5-810.60, 5-810.6h, 5-811.3g, 5-812.30, 5-812.3g, 5-812.9h, 5-812.9k, 5-812.n0, 5-812.n1, 5-812.n2, 5-813.0, 5-813.1, 5-813.2, 5-813.3, 5-813.4, 5-813.6, 5-813.7, 5-813.a, 5-813.b, 5-813.c, 5-813.e, 5-813.f, 5-813.j, 5-813.k, 5-814.0, 5-814.1, 5-814.2, 5-814.3, 5-814.4, 5-814.5, 5-814.60, 5-814.61, 5-814.62, 5-814.8, 5-814.9,**

245,00 €
1923 Punkte

5-814.b, 5-819.4, 5-847.01, 5-847.11, 5-847.21, 5-847.31, 5-847.41, 5-847.51

31.3 Postoperative Überwachungskomplexe nach ambulanter Erbringung der Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen des Abschnittes 31.2

31.3.1 Präambel

1. Haben an der Erbringung der Leistungen des Abschnitts 31.2, die nachfolgend eine Überwachung entsprechend Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 31.3 erforderlich machen oder an der Überwachung selbst mehrere Ärzte mitgewirkt, hat der die Gebührenordnungspositionen dieses Abschnittes abrechnende Arzt in einer der Quartalsabrechnung beizufügenden und von ihm unterzeichneten Erklärung zu bestätigen, dass er mit den anderen Ärzten eine schriftliche Vereinbarung darüber getroffen hat, wonach nur er allein in den jeweiligen Fällen diese Gebührenordnungspositionen berechnet. Die Vereinbarung ist der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung auf Anforderung nachzuweisen.
2. Neben den in diesem Abschnitt genannten Gebührenordnungspositionen können die Gebührenordnungspositionen 01510 bis 01512, 01520 bis 01522, 01530 und 01531, 01857, 01910, 01911, 02100, 02120, 02323, 04536, 32247, 34504 und 34505 nicht berechnet werden.
3. Die Gebührenordnungspositionen 31501 bis 31507 dieses Abschnitts sind nur einmalig im unmittelbaren Anschluss an die Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 berechnungsfähig.
4. Nach einem Simultaneingriff erfolgt die Abrechnung des relevanten höchstwertigsten Überwachungskomplexes.
5. Sofern die Erbringung einer Leistung aus dem Abschnitt 31.3 durch einen anderen Arzt erfolgt als die Erbringung der Leistung aus dem Abschnitt 31.2 oder 31.5, kann dieser neben der Gebührenordnungsposition aus 31.3 keine Grund- oder Versichertenpauschale berechnen.

31.3.2 Postoperative Überwachungskomplexe nach ambulanter Erbringung einer Leistung entsprechend einer Gebührenordnungsposition des Abschnittes 31.2

31501 **Postoperative Überwachung** im Anschluss an Biopsien von Muskeln, Weichteilen und Nerven der Kategorie C1 (Nr. 31121) oder einer Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 31341 oder 31342 — 17,96 € / 141 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Kontrolle von Atmung, Kreislauf, Vigilanz,
- Abschlussuntersuchung(en)

Fakultativer Leistungsinhalt

- Infusionstherapie,

- akute Schmerztherapie, mit Ausnahme der Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 30.7,
- EKG-Monitoring

Die Gebührenordnungsposition 31501 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01500, 01501, 01910, 01911, 02100 und 05350 berechnungsfähig.

31502 **Postoperative Überwachung** im Anschluss an die Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31101, 31111, 31121, 31131, 31141, 31221, 31231, 31241, 31271, 31281, 31301, 31321, 31331 , 31350, 31371, 31372 oder 31373 (außer Biopsieleistungen der Kategorie C1)

30,96 €
243 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Kontrolle von Atmung, Kreislauf, Vigilanz,
- Abschlussuntersuchung(en)

Fakultativer Leistungsinhalt

- Infusionstherapie,
- akute Schmerztherapie, mit Ausnahme der Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 30.7,
- EKG-Monitoring

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 31502 für die postoperative Überwachung nach Durchführung einer intravitrealen Medikamenteneingabe gemäß den Gebührenordnungspositionen 31371 bis 31373 setzt eine ausführliche Begründung der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall voraus.
Die Gebührenordnungsposition 31502 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01500, 01501, 01910, 01911, 02100 und 05350 berechnungsfähig.

31503 **Postoperative Überwachung** im Anschluss an die Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31102, 31112, 31122, 31132, 31142, 31151, 31152, 31161, 31162, 31171, 31172, 31201, 31202, 31211, 31212, 31222, 31232, 31242, 31272, 31282, 31291, 31292, 31302, 31311, 31312, 31319, 31322, 31332 oder 31351

62,17 €
488 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Kontrolle von Atmung, Kreislauf, Vigilanz,
- Abschlussuntersuchung(en)

Fakultativer Leistungsinhalt

- Infusionstherapie,
- akute Schmerztherapie, mit Ausnahme der Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 30.7,
- EKG-Monitoring

Die Gebührenordnungsposition 31503 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01500, 01501, 01910, 01911, 02100 und 05350 berechnungsfähig.

31504 **Postoperative Überwachung** im Anschluss an die Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31103, 31104, 31113, 31114, 31123, 31124, 31133, 31134, 31143, 31144, 31181, 31182, 31191, 31192, 31223, 31224, 31232, 31233, 31234, 31243, 31244, 31251, 31252, 31253, 31254, 31261, 31262, 31323, 31324, 31333, 31334, 31343 oder 31344 — 88,42 € / 694 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Kontrolle von Atmung, Kreislauf, Vigilanz,
- Abschlussuntersuchung(en)

Fakultativer Leistungsinhalt

- Infusionstherapie,
- akute Schmerztherapie, mit Ausnahme der Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 30.7,
- EKG-Monitoring

Die Gebührenordnungsposition 31504 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01500, 01501, 01910, 01911, 02100 und 05350 berechnungsfähig.

31505 **Postoperative Überwachung** im Anschluss an die Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31095, 31105, 31115, 31125, 31135, 31145, 31153, 31154, 31163, 31164, 31173, 31174, 31203, 31204, 31213, 31214, 31225, 31235, 31245, 31255, 31273, 31274, 31283, 31284, 31293, 31294, 31303, 31304, 31313, 31314, 31325, 31335 oder 31345 — 124,47 € / 977 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Kontrolle von Atmung, Kreislauf, Vigilanz,
- Abschlussuntersuchung(en)

Fakultativer Leistungsinhalt

- Infusionstherapie,
- akute Schmerztherapie, mit Ausnahme der Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 30.7,
- EKG-Monitoring

Die Gebührenordnungsposition 31505 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01500, 01501, 01910, 01911, 02100 und 05350 berechnungsfähig.

31506 **Postoperative Überwachung** im Anschluss an die Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31096, 31106, 31116, 31126, 31136, 31146, 31155, 31165, 31175, 31205, 31215, 31226, 31236, 31246, 31256, 31275, 31285, 31295, 31305, 31315, 31326, 31336 oder 31346 — 176,84 € / 1388 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Kontrolle von Atmung, Kreislauf, Vigilanz,
- Abschlussuntersuchung(en)

Fakultativer Leistungsinhalt

- Infusionstherapie,

- akute Schmerztherapie, mit Ausnahme der Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 30.7,
- EKG-Monitoring

Die Gebührenordnungsposition 31506 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01500, 01501, 01910, 01911, 02100 und 05350 berechnungsfähig.

31507 **Postoperative Überwachung** im Anschluss an die Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31107, 31117, 31127, 31137, 31147, 31156, 31157, 31166, 31167, 31176, 31177, 31206, 31207, 31216, 31217, 31227, 31237, 31247, 31276, 31277, 31286, 31287, 31296, 31297, 31306, 31307, 31316, 31317, 31327, 31337 oder 31347 — 234,17 € / 1838 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Kontrolle von Atmung, Kreislauf, Vigilanz,
- Abschlussuntersuchung(en)

Fakultativer Leistungsinhalt

- Infusionstherapie,
- akute Schmerztherapie, mit Ausnahme der Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 30.7,
- EKG-Monitoring

Die Gebührenordnungsposition 31507 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01500, 01501, 01910, 01911, 02100 und 05350 berechnungsfähig.

31.3.3 Postoperative Nachbeobachtung nach ambulanter Erbringung einer Leistung entsprechend einer Gebührenordnungsposition des Abschnitts 31.2

1. Die Gebührenordnungsposition 31530 ist im unmittelbaren Anschluss an die postoperative Überwachung nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 berechnungsfähig. Die Gebührenordnungsposition 31530 ist je vollendete 30 Minuten zur Verlängerung der postoperativen Überwachung im Anschluss an die Gebührenordnungspositionen 31501 bis 31507 berechnungsfähig, bei:
   - Neugeborenen, Säuglingen und Kleinkindern, Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr

   oder
   - Patienten ab dem 70. Lebensjahr mit geriatrischem Versorgungsbedarf und Frailty-Syndrom (Kombination von unbeabsichtigtem Gewichtsverlust, körperlicher und/oder gesteigerter Erschöpfung, muskulärer Schwäche, verringerter Ganggeschwindigkeit und verminderter körperlicher Aktivität)

   und/oder
   - Patienten mit einer der folgenden Erkrankungen: F00-F02 dementielle Erkrankungen, G30 Alzheimer-Erkrankung, G20.1 Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer

Beeinträchtigung und G20.2 Primäres Parkinson-Syndrom mit schwerster Beeinträchtigung

und/oder

- operativen Eingriffen der OP-Kategorie 5 bis 7 gemäß Anhang 2 zum EBM.

Maßgeblich für die Berechnung der Zuschlagspositionen ist die Überschreitung der unter Nr. 2 angegebenen Überwachungszeiten.

Die postoperative Überwachungszeit nach den Gebührenordnungspositionen 31501 bis 31507 und die verlängerte Nachbeobachtungszeit nach der Gebührenordnungsposition 31530 darf in Summe nicht das Doppelte der jeweiligen postoperativen Überwachungszeit gemäß Nr. 2 übersteigen.

Die Überwachungs- und Nachbeobachtungszeiten sind durch die Verlaufs-/Patientendokumentation nachzuweisen. Erfolgt eine Nachbeobachtung im Anschluss an die Erbringung eines operativen Eingriffs der OP-Kategorie 5 bis 7 gemäß Anhang 2, ohne dass zusätzlich die patientenbezogenen Abrechnungsvoraussetzungen gemäß der Spiegelstriche 1 bis 3 erfüllt sind, ist dies medizinisch zu begründen.

Die Gebührenordnungsposition 31530 ist im Anschluss an die Erbringung von Leistungen gemäß den Gebührenordnungspositionen 31341 bis 31347, 31350 und 31351, 31362, 31364 und 31371 bis 31373 nicht berechnungsfähig.

2. Als Berechnungsgrundlagen für die Nachbeobachtung gemäß Nr. 1 gelten folgende Zeiten:

   Postoperative Überwachungskomplexe in Abschnitt 31.3.2 EBM

   - 31501: 0,5 Stunden
   - 31502: 1 Stunde
   - 31503: 2 Stunden
   - 31504: 3 Stunden
   - 31505: 4 Stunden
   - 31506: 6 Stunden
   - 31507: 8 Stunden

3. Die Gebührenordnungsposition 31530 ist im unmittelbaren Anschluss an die jeweilige postoperative Überwachung berechnungsfähig bis zu einem Gesamthöchstwert von
   - 8 Stunden für die OPS-Kodes: 1-694, 5-463.11, 5-530.03, 5-530.1, 5-530.33, 5-530.34, 5-531.0, 5-531.1, 5-531.33, 5-531.34, 5-534.01, 5-534.02, 5-534.03, 5-534.1, 5-534.33, 5-534.34, 5-534.35, 5-535.0, 5-535.1, 5-535.33, 5-535.34, 5-535.35, 5-536.0, 5-536.10, 5-536.45, 5-536.46, 5-536.47, 5-536.48, 5-563.4,
   - 16 Stunden für die OPS-Kodes: 5-401.80, 5-401.90, 5-401.91, 5-401.92, 5-401.j, 5-469.11, 5-469.21, 5-530.00, 5-530.01, 5-530.02, 5-530.5, 5-530.73, 5-530.74, 5-531.5, 5-531.73, 5-531.74, 5-534.36, 5-534.37, 5-535.36, 5-535.37, 5-536.11, 5-536.49, 5-536.4a, 5-550.1, 5-622.0, 5-651.82, 5-651.92, 5-651.a2, 5-651.b2, 5-657.62, 5-657.72, 5-657.82, 5-657.92, 5-659.22, 5-665.42, 5-665.52, 5-704.4t, 5-704.5b, 5-704.5c, 5-704.5d, 5-704.5s, 5-704.5t, 5-704.66, 5-704.67, 5-704.6k, 5-704.6m,

- 24 Stunden für die OPS-Kodes: 5-448.22, 5-448.42, 5-448.52, 5-448.62, 5-470.10, 5-470.11, 5-511.11, 5-530.31, 5-530.32, 5-530.71, 5-530.72, 5-530.90, 5-530.91, 5-531.31, 5-531.32, 5-531.71, 5-531.72, 5-538.01, 5-538.07, 5-538.11, 5-538.17, 5-538.41, 5-538.51, 5-538.57, 5-538.61, 5-538.67, 5-538.91, 5-550.21, 5-550.31, 5-552.2, 5-562.4, 5-562.5, 5-562.8, 5-562.9, 5-569.31, 5-569.41, 5-652.52, 5-652.62, 5-653.22, 5-653.32, 5-656.82, 5-656.92, 5-656.a2, 5-661.42, 5-661.52, 5-661.62, 5-666.82, 5-666.92, 5-666.a2, 5-666.b2, 5-681.32, 5-681.82, 5-681.92, 5-682.02, 5-682.12, 5-683.02, 5-683.03, 5-683.12, 5-683.13, 5-683.22, 5-683.23, 5-685.02, 5-692.02.

4. Die Gebührenordnungsposition 31530 ist im Zusammenhang mit der Gebührenordnungsposition 31540 unmittelbar an die jeweilige postoperative Überwachungszeit berechnungsfähig bis zu einem Gesamthöchstwert von
   - 16 Stunden für die OPS-Kodes: 5-802.4, 5-804.5, 5-804.6, 5-804.8, 5-812.3h, 5-812.90, 5-812.9h, 5-815.20, 5-815.21, 5-815.22, 5-815.23, 5-815.30, 5-815.31, 5-815.32, 5-815.33, 5-852.d8, 5-853.08,
   - 24 Stunden für die OPS-Kodes: 5-803.6, 5-803.7, 5-803.8, 5-805.2, 5-805.7, 5-805.8, 5-809.10, 5-810.20, 5-810.2h, 5-810.6h, 5-812.30, 5-812.3g, 5-813.0, 5-813.1, 5-813.2, 5-813.3, 5-813.4, 5-813.5, 5-813.6, 5-813.7, 5-813.8, 5-813.a, 5-813.b, 5-813.c, 5-813.d, 5-813.e, 5-813.f, 5-813.g, 5-813.h, 5-813.j, 5-813.k, 5-814.0, 5-814.1, 5-814.2, 5-814.4, 5-814.5, 5-814.60, 5-814.61, 5-814.62, 5-814.7, 5-814.8, 5-814.9, 5-814.b, 5-814.e, 5-822.g1, 5-850.c1, 5-852.h1, 5-855.71.
5. Die Gebührenordnungsposition 31530 ist bei mehreren Indikationen zur verlängerten Nachbeobachtung gemäß Nr. 1 und/oder Nr. 3 und/oder Nr. 4 bis zum Höchstwert der größten Stundenzahl berechnungsfähig.
   Die Gebührenordnungsposition 31540 ist maximal bis zum Höchstwert gemäß Nr. 4 berechnungsfähig.
6. Für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 31530 sind ab einem Gesamthöchstwert von mehr als 16 Stunden oder wenn die Patienten aus medizinischen oder organisatorischen Gründen die Nacht in der an die operierende Einrichtung räumlich angegliederten Nachbeobachtungs-Einheit der selben Betriebsstätte verbringen, die nachfolgenden Voraussetzungen zu erfüllen:
   - Personalanforderungen
     - Anwesenheit mindestens einer medizinischen Fachkraft, die über spezifische Kenntnisse und Erfahrungen in der Betreuung von Patienten nach den jeweils durchgeführten Eingriffen verfügt; das den Patienten zugeordnete Pflegepersonal orientiert sich an der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung für Allgemeine Chirurgie und Unfallchirurgie,
     - Verfügbarkeit eines im Zusammenhang mit den entsprechenden Eingriffen qualifizierten Arztes zur

Einschätzung von möglichen eingriffsbezogenen Komplikationen,
- Mindestens telefonische Erreichbarkeit des operierenden bzw. des behandelnden Arztes und eines Anästhesisten

- Notfallversorgung
  - Vorliegen eines strukturierten standort- und risikospezifischen Notfallplans für Zwischenfälle in Bezug auf das angebotene Leistungsspektrum mit Festlegung aller erforderlichen Maßnahmen und Verantwortlichkeiten für mögliche Notfallsituationen einschließlich Reanimation,
  - Jährliche Teilnahme des Personals an Fort- und Weiterbildungen im Notfall-Management einschließlich Reanimationstraining,
  - Räumliche Nähe zu einem OP/Eingriffsraum,
  - Möglichkeit einer umgehenden Verlegung in eine (intensiv-)stationäre Abteilung,
  - Ausstattung:
    - Pulsoxymeter, Blutdruck- und EKG-Monitoring für die kontinuierliche Überwachung der Vitalparameter,
    - Zubehör für die manuelle Beatmung und Intubation,
    - Sauerstoffversorgung und Absaugung,
    - Reanimationszubehör (Defibrillator),
    - Blutzuckermessgerät,
    - Körpertemperaturmessgerät
  - Notfallmedikamente und Infusionslösungen,
  - POCT (Troponin- und Hämoglobinbestimmung),
  - Verbandsmaterial,
  - Regelmäßige Überprüfung und Dokumentation der Notfallausstattung
- Baulich-räumliche Voraussetzungen
  - Unbehinderte Zufahrt und Haltemöglichkeit für einen nötigen Krankentransport,
  - Bettenzimmer mit ausreichend Platz für von allen Seiten zugängliche Betten plus Schrankteil und Möglichkeit der Nutzung eines abschließbaren Wertsachenfaches,
  - Ausreichend Platz für den Einsatz von Rollstühlen und Rollatoren,
  - (Not-)Rufanlage an allen Betten, im Bad und auf den Toiletten,
  - Barrierefreier Sanitärraum mit Waschbecken und Toilette [ggf. inkl. Sichtschutz bei Mehrbettzimmern],
  - Getrennte Sanitärräume für Patienten und Personal,
  - Personalumkleidebereich
- Hygieneanforderungen
  - Vorhalten eines Hygieneplans
    - Regelungen zur Aufbereitung von Betten,
    - Regelungen für die Aufbewahrung von Sterilgut,
    - Regelungen für die Aufbereitung von Medizinprodukten,
    - Regelungen für die Entsorgung von Fäkalien

- Weitere Anforderungen
  - Dokumentation festzulegender Überwachungsparameter sowie etwaiger Auffälligkeiten/Prozeduren,
  - Regelungen zum Schmerzmanagement,
  - Sicherstellung der Versorgung der Patienten mit Getränken,
  - Aufenthaltsmöglichkeit für Begleitpersonen, z. B. bei Kindern oder dementen Patienten

31530 **Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31501 bis 31507 bei sich anschließender Nachbeobachtung** 9,81 € 77 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Nachbeobachtung von mindestens 30 Minuten Dauer,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Betreuung eines Patienten,
- Überwachung der Vitalparameter,
- Infusion(en),

je vollendete 30 Minuten

Ab der fünften Leistung im Anschluss an eine Leistung gemäß Abschnitt 31.3.2 wird die Gebührenordnungsposition 31530 mit 68 Punkten bewertet.
Abweichend von 2.1 der Allgemeinen Bestimmungen ist die Gebührenordnungsposition 31530 an dem Tag zu berechnen, an dem der Eingriff stattgefunden hat. Erfolgt eine Nachbeobachtung in der Zeit zwischen 22:00 und 7:00 Uhr, sind die Leistungen in diesem Zeitraum nach Maßgabe der Kassenärztlichen Vereinigung zu kennzeichnen.
Die Gebührenordnungsposition 31530 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01500 und 01501 berechnungsfähig.

31540 **Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 31530 für die Überprüfung (z. B. anatomische Lage, Wundverhältnisse) und/oder Unterhaltung eines zur Analgesie angelegten Plexus-, Peridural- oder Spinalkatheters bei Durchführung einer Leistung gemäß der in der vierten Bestimmung zum Abschnitt 31.3.3 EBM genannten OPS-Kodes** 4,20 € 33 Punkte

Fakultativer Leistungsinhalt

- Injektion(en), Filterwechsel und Verbandswechsel,
- Funktionskontrolle(n),
- Umprogrammierung(en),
- Wiederauffüllung einer externen Medikamentenpumpe,
- Aufklärung über eine patientenkontrollierte Analgesie (PCA)

Abweichend von 2.1 der Allgemeinen Bestimmungen ist die Gebührenordnungsposition 31540 an dem Tag zu berechnen, an dem der Eingriff stattgefunden hat. Erfolgt eine Nachbeobachtung in der Zeit zwischen 22:00 und 7:00 Uhr, sind die Leistungen in diesem Zeitraum nach Maßgabe der Kassenärztlichen Vereinigung zu kennzeichnen.
Die Gebührenordnungsposition 31540 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02101, 02102, 05360, 05372, 30731,

30740, 31840, 31841, 34503 bis 34505, 36840 und 36841 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 5.3 berechnungsfähig.

31.4 Postoperative Behandlungskomplexe

31.4.1 Präambel

1. Die Gebührenordnungspositionen des Abschnittes 31.4 können vom Operateur oder auf Überweisung des Operateurs, mit Angabe der Gebührenordnungsposition für die postoperative Behandlung, vom weiterbehandelnden Vertragsarzt nach ambulanter Durchführung eines Eingriffs des Abschnittes 31.2 berechnet werden. Der die Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 31.4 abrechnende Vertragsarzt hat auf dem Abrechnungsschein das Datum des zu Grunde liegenden operativen Eingriffes zu dokumentieren.
2. In dem Zeitraum vom 1. bis zum 21. postoperativen Tag kann nur einmalig eine Gebührenordnungsposition des Abschnittes 31.4 abgerechnet werden oder eine Überweisung zur Weiterbehandlung durch einen anderen Vertragsarzt erfolgen.
3. Haben an der Erbringung einer Leistung entsprechend einer Gebührenordnungsposition des Abschnittes 31.4 mehrere Ärzte mitgewirkt, so hat der die Gebührenordnungsposition des Abschnittes 31.4 abrechnende Arzt in einer der Quartalsabrechnung beizufügenden und von ihm unterzeichneten Erklärung zu bestätigen, dass er mit den anderen Ärzten eine Vereinbarung darüber getroffen hat, wonach nur er allein in den jeweiligen Fällen diese Leistung abrechnet.
4. Nach einem Simultaneingriff erfolgt die Abrechnung des Nachbehandlungskomplexes entsprechend dem höchstwertigsten Eingriff.
5. Für Vertragsärzte des hausärztlichen Versorgungsbereichs ist nur die Gebührenordnungsposition 31600 berechnungsfähig.
6. Postoperative Behandlungen im Zusammenhang mit der Durchführung von Leistungen gemäß § 115f Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V (Hybrid-DRG-Leistungskatalog) sind von Vertragsärzten zeitlich befristet bis 31. Dezember 2026 nach den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 31.4.2 und 31.4.3 unter Angabe der Gebührenordnungsposition 88110 berechnungsfähig. Die berechnungsfähige Gebührenordnungsposition des Abschnittes 31.4.3 richtet sich nach dem OPS-Kode der durchgeführten Leistung gemäß § 115f Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V (Hybrid-DRG-Leistungskatalog) und dessen Zuordnung gemäß Anhang 2 zum EBM. Für nicht im Anhang 2 zum EBM aufgeführte OPS-Kodes gemäß § 115f Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V (Hybrid-DRG-Leistungskatalog) ist für die postoperative Behandlung durch Vertragsärzte des hausärztlichen Versorgungsbereichs die Gebührenordnungsposition 31600 abweichend von der Leistungslegende und unter Angabe der Gebührenordnungsposition 88110 berechnungsfähig. Für nicht im Anhang 2 zum EBM aufgeführte OPS-Kodes gemäß § 115f Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V (Hybrid-

DRG-Leistungskatalog) ist bei postoperativer Behandlung durch den Operateur die Gebührenordnungsposition 31611 und bei postoperativer Behandlung im fachärztlichen Versorgungsbereich auf Überweisung des Operateurs die Gebührenordnungsposition 31610 abweichend von der Leistungslegende und unter Angabe der Gebührenordnungsposition 88110 berechnungsfähig. Bei Durchführung einer Leistung gemäß § 115f Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V (Hybrid-DRG-Leistungskatalog) durch ein Krankenhaus können die Gebührenordnungspositionen des Abschnittes 31.4.2 bzw. 31.4.3 abweichend von der Leistungslegende und Satz 1 der Nr. 1 der Präambel 31.4.1 ohne Vorliegen einer Überweisung des Operateurs einmalig je Eingriff berechnet werden.

31.4.2 Postoperativer Behandlungskomplex im Hausärztlichen Versorgungsbereich

31600 **Postoperative Behandlung durch den Hausarzt nach der Erbringung eines Eingriffs des Abschnitts 31.2 bei Überweisung durch den Operateur** — 20,26 € / 159 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Befundkontrolle(n),
- Befundbesprechung(en),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Verbandswechsel,
- Anlage und/oder Wechsel und/oder Ändern eines immobilisierenden Verbandes,
- Drainagenwechsel,
- Drainagenentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

Die Gebührenordnungsposition 31600 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02350 und 02360 berechnungsfähig.

31.4.3 Postoperative Behandlungskomplexe im Fachärztlichen Versorgungsbereich

31601 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31101, 31111, 31141, 31151, 31161, 31181, 31191, 31211 oder 31271 bei Überweisung durch den Operateur — 18,60 € / 146 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Befundkontrolle(n),
- Befundbesprechung,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Verbandwechsel,
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

Die Gebührenordnungsposition 31601 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06350 bis 06352, 07310, 07311, 07320, 07330, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18310, 18311, 18320, 18330, 18340, 18700, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.

31602 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31101, 31111, 31141, 31151, 31161, 31181, 31191, 31211 oder 31271 bei Erbringung durch den Operateur — 10,83 € / 85 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Befundkontrolle(n),
- Befundbesprechung,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Verbandwechsel,
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

Die Gebührenordnungsposition 31602 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06350 bis 06352, 07310, 07311, 07320, 07330, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18310, 18311, 18320, 18330, 18340, 18700, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.

31608 **Postoperative Behandlung** nach Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31102, 31103, 31112, 31113, 31152, 31153, 31162, 31163, 31182, 31183, 31192, 31193, 31212, 31213, 31272 oder 31273 bei Überweisung durch den Operateur — 30,58 € / 240 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Befundkontrolle(n),
- Befundbesprechung,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Verbandwechsel,
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,

- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

Die Gebührenordnungsposition 31608 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06350 bis 06352, 07310, 07311, 07320, 07330, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18310, 18311, 18320, 18330, 18340, 18700, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.

31609 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31102, 31103, 31112, 31113, 31152, 31153, 31162, 31163, 31182, 31183, 31192, 31193, 31212, 31213, 31272 oder 31273 bei Erbringung durch den Operateur — 22,68 € / 178 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Befundkontrolle(n),
- Befundbesprechung,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Verbandwechsel,
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

Die Gebührenordnungsposition 31609 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06350 bis 06352, 07310, 07311, 07320, 07330, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18310, 18311, 18320, 18330, 18340, 18700, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.

31610 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31095, 31104, 31105, 31114, 31115, 31154, 31155, 31164, 31165, 31184, 31185, 31194, 31195, 31214, 31215, 31274 oder 31275 bei Überweisung durch den Operateur — 38,35 € / 301 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Befundkontrolle(n),
- Befundbesprechung,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Verbandwechsel,
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung
einer Leistung des Abschnitts 31.2

Die Gebührenordnungsposition 31610 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06350 bis 06352, 07310, 07311, 07320, 07330, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18310, 18311, 18320, 18330, 18340, 18700, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.

31611 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31095, 31104, 31105, 31114, 31115, 31154, 31155, 31164, 31165, 31184, 31185, 31194, 31195, 31214, 31215, 31274 oder 31275 bei Erbringung durch den Operateur — 30,58 € / 240 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Befundkontrolle(n),
- Befundbesprechung,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Verbandwechsel,
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung
einer Leistung des Abschnitts 31.2

Die Gebührenordnungsposition 31611 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06350 bis 06352, 07310, 07311, 07320, 07330, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18310, 18311, 18320, 18330, 18340, 18700, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.

31612 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31096, 31106, 31107, 31116, 31117, 31156, 31157, 31166, 31167, 31186, 31187, 31196, 31197, 31216, 31217, 31276 oder 31277 bei Überweisung durch den Operateur — 46,38 € / 364 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Befundkontrolle(n),
- Befundbesprechung,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Verbandwechsel,
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- akute Schmerztherapie, mit Ausnahme der Leistungen des Kapitels 30.7,

- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

Die Gebührenordnungsposition 31612 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06350 bis 06352, 07310, 07311, 07320, 07330, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18310, 18311, 18320, 18330, 18340, 18700, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.

31613 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31096, 31106, 31107, 31116, 31117, 31156, 31157, 31166, 31167, 31186, 31187, 31196, 31197, 31216, 31217, 31276 oder 31277 bei Erbringung durch den Operateur — 38,60 € / 303 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Befundkontrolle(n),
- Befundbesprechung,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Verbandwechsel,
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- akute Schmerztherapie, mit Ausnahme der Leistungen des Kapitels 30.7,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

Die Gebührenordnungsposition 31613 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06350 bis 06352, 07310, 07311, 07320, 07330, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18310, 18311, 18320, 18330, 18340, 18700, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.

31614 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31121, 31122, 31131, 31132, 31142, 31241 oder 31242 bei Überweisung durch den Operateur — 21,66 € / 170 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Befundbesprechung,
- Befundkontrolle(n),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Anlage und/oder Wechseln und/oder Ändern eines immobilisierenden Verbands
- Drainagewechsel
- Drainageentfernung,

- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

Die Gebührenordnungsposition 31614 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02350, 16232, 18310, 18311, 18320, 18330, 18331 und 18340 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 7.3 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 31614 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02350, 02360, 04437, 06350 bis 06352, 07310, 07311, 07320, 07330, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 16322, 18310, 18311, 18320, 18330, 18340, 18700, 20364, 20365, 26350 bis 26352 und 27331 berechnungsfähig.

31615 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31121, 31122, 31131, 31132, 31142, 31241 oder 31242 bei Erbringung durch den Operateur — 13,89 € / 109 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Befundbesprechung,
- Befundkontrolle(n),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Anlage und/oder Wechseln und/oder Ändern eines immobilisierenden Verbands
- Drainagewechsel
- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

Die Gebührenordnungsposition 31615 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02350, 16232, 18310, 18311, 18320, 18330, 18331 und 18340 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 7.3 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 31615 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02350, 02360, 04437, 06350 bis 06352, 07310, 07311, 07320, 07330, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 16322, 18310, 18311, 18320, 18330, 18340, 18700, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.

31616 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31123, 31133, 31143 oder 31243 bei Überweisung durch den Operateur — 34,91 € / 274 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Befundbesprechung,
- Befundkontrolle(n),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Anlage und/oder Wechseln und/oder Ändern eines immobilisierenden Verbands,
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

Die Gebührenordnungsposition 31616 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02350, 16232, 18310, 18311, 18320, 18330, 18331 und 18340 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 7.3 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 31616 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02350, 02360, 04437, 06350 bis 06352, 07310, 07311, 07320, 07330, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 16322, 18310, 18311, 18320, 18330, 18340, 18700, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.

31617 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31123, 31133, 31143 oder 31243 bei Erbringung durch den Operateur — 27,01 € / 212 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Befundbesprechung,
- Befundkontrolle(n),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Anlage und/oder Wechseln und/oder Ändern eines immobilisierenden Verbands,
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

Die Gebührenordnungsposition 31617 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02350, 16232, 18310, 18311, 18320, 18330, 18331 und 18340 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 7.3 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 31617 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02350, 02360, 04437, 06350 bis 06352, 07310, 07311, 07320, 07330, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 16322, 18310, 18311, 18320, 18330, 18340, 18700, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.

31618 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31124, 31125, 31134, 31135, 31144, 31145, 31244 oder 31245 bei Überweisung durch den Operateur — 45,23 € / 355 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Befundbesprechung,
- Befundkontrolle(n),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Anlage und/oder Wechseln und/oder Ändern eines immobilisierenden Verbands,
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

Die Gebührenordnungsposition 31618 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02350, 16232, 18310, 18311, 18320, 18330, 18331 und 18340 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 7.3 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 31618 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02350, 02360, 04437, 06350 bis 06352, 07310, 07311, 07320, 07330, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 16322, 18310, 18311, 18320, 18330, 18340, 18700, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.

31619 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31124, 31125, 31134, 31135, 31144, 31145, 31244 oder 31245 bei Erbringung durch den Operateur — 37,33 € / 293 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Befundbesprechung,
- Befundkontrolle(n),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Anlage und/oder Wechseln und/oder Ändern eines immobilisierenden Verbands,
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

Die Gebührenordnungsposition 31619 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02350, 16232, 18310, 18311, 18320, 18330, 18331 und 18340 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 7.3 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 31619 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02350, 02360, 04437, 06350 bis 06352, 07310, 07311, 07320, 07330, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 16322, 18310, 18311, 18320, 18330, 18340, 18700, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.

31620 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31126, 31127, 31136, 31137, 31146, 31147, 31246 oder 31247 bei Überweisung durch den Operateur — 53,13 € / 417 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Befundbesprechung,
- Befundkontrolle(n),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Anlage und/oder Wechseln und/oder Ändern eines immobilisierenden Verbands,
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

Die Gebührenordnungsposition 31620 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02350, 16232, 18310, 18311, 18320, 18330, 18331 und 18340 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 7.3 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 31620 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02350, 02360, 04437, 06350 bis 06352, 07310, 07311, 07320, 07330, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 16322, 18310, 18311, 18320, 18330, 18340, 18700, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.

31621 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31126, 31127, 31136, 31137, 31146, 31147, 31246 oder 31247 bei Erbringung durch den Operateur — 45,36 € / 356 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Befundbesprechung,
- Befundkontrolle(n),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Anlage und/oder Wechseln und/oder Ändern eines immobilisierenden Verbands,
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,

- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

Die Gebührenordnungsposition 31621 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02350, 16232, 18310, 18311, 18320, 18330, 18331 und 18340 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 7.3 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 31621 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02350, 02360, 04437, 06350 bis 06352, 07310, 07311, 07320, 07330, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 16322, 18310, 18311, 18320, 18330, 18340, 18700, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.

31622 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 31171 bei Überweisung durch den Operateur — 22,68 € / 178 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Befundkontrolle(n),
- Befundbesprechung,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Verbandwechsel,
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

Die Gebührenordnungsposition 31622 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06350 bis 06352, 07310, 07311, 07320, 07330, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18310, 18311, 18320, 18330, 18340, 18700, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.

31623 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 31171 bei Erbringung durch den Operateur — 14,91 € / 117 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Befundkontrolle(n),
- Befundbesprechung,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Verbandwechsel,
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

Die Gebührenordnungsposition 31623 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06350 bis 06352, 07310, 07311, 07320, 07330, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18310, 18311, 18320, 18330, 18340, 18700, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.

31624 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31172 oder 31173 bei Überweisung durch den Operateur — 32,23 € / 253 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Befundkontrolle(n),
- Befundbesprechung,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Verbandwechsel,
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

Die Gebührenordnungsposition 31624 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06350 bis 06352, 07310, 07311, 07320, 07330, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18310, 18311, 18320, 18330, 18340, 18700, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.

31625 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31172 oder 31173 bei Erbringung durch den Operateur — 24,33 € / 191 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Befundkontrolle(n),
- Befundbesprechung,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Verbandwechsel,
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

Die Gebührenordnungsposition 31625 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den

Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06350 bis 06352, 07310, 07311, 07320, 07330, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18310, 18311, 18320, 18330, 18340, 18700, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.

31626 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31174 oder 31175 bei Überweisung durch den Operateur — 42,68 € / 335 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Befundkontrolle(n),
- Befundbesprechung,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Verbandwechsel,
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

Die Gebührenordnungsposition 31626 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06350 bis 06352, 07310, 07311, 07320, 07330, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18310, 18311, 18320, 18330, 18340, 18700, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.

31627 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31174 oder 31175 bei Erbringung durch den Operateur — 34,65 € / 272 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Befundkontrolle(n),
- Befundbesprechung,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Verbandwechsel,
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

Die Gebührenordnungsposition 31627 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06350 bis 06352, 07310, 07311, 07320, 07330, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18310, 18311, 18320, 18330, 18340, 18700, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.

31628 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31176 oder 31177 bei Überweisung durch den Operateur — 50,58 € / 397 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Befundkontrolle(n),
- Befundbesprechung,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Verbandwechsel,
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

Die Gebührenordnungsposition 31628 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06350 bis 06352, 07310, 07311, 07320, 07330, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18310, 18311, 18320, 18330, 18340, 18700, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.

31629 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31176 oder 31177 bei Erbringung durch den Operateur — 42,68 € / 335 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Befundkontrolle(n),
- Befundbesprechung,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Verbandwechsel,
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

Die Gebührenordnungsposition 31629 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06350 bis 06352, 07310, 07311, 07320, 07330, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18310, 18311, 18320, 18330, 18340, 18700, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.

31630 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 31201 bei Überweisung durch den Operateur — 22,68 € / 178 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Befundbesprechung,
- Befundkontrolle(n),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Verbandwechsel,
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

Die Gebührenordnungsposition 31630 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 07320 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Kapitels 33 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 31630 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06350 bis 06352, 07310, 07311, 07320, 07330, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18310, 18311, 18320, 18330, 18340, 18700, 20364, 20365, 26350 bis 26352, 33061, 33072 und 33076 berechnungsfähig.

31631 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 31201 bei Erbringung durch den Operateur — 14,91 € / 117 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Befundbesprechung,
- Befundkontrolle(n),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Verbandwechsel,
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

Die Gebührenordnungsposition 31631 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 07320 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Kapitels 33 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 31631 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06350 bis 06352, 07310, 07311, 07320, 07330, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18310, 18311, 18320, 18330, 18340, 18700, 20364, 20365, 26350 bis 26352, 33061, 33072 und 33076 berechnungsfähig.

31632 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31202 oder 31203 bei Überweisung durch den Operateur — 32,23 € / 253 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Befundkontrolle(n),
- Befundbesprechung,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Verbandwechsel,
- Sonographiekontrolle(n),
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

Die Gebührenordnungsposition 31632 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 07320 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Kapitels 33 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 31632 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06350 bis 06352, 07310, 07311, 07320, 07330, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18310, 18311, 18320, 18330, 18340, 18700, 20364, 20365, 26350 bis 26352, 33061, 33072 und 33076 berechnungsfähig.

31633 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31202 oder 31203 bei Erbringung durch den Operateur — 24,33 € / 191 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Befundkontrolle(n),
- Befundbesprechung,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Verbandwechsel,
- Sonographiekontrolle(n),
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

Die Gebührenordnungsposition 31633 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 07320 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Kapitels 33 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 31633 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06350 bis 06352, 07310, 07311, 07320, 07330, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis

15324, 18310, 18311, 18320, 18330, 18340, 18700, 20364, 20365, 26350 bis 26352, 33061, 33072 und 33076 berechnungsfähig.

31634 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31204 oder 31205 bei Überweisung durch den Operateur — 42,68 € / 335 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Befundbesprechung,
- Befundkontrolle(n),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Verbandwechsel,
- Sonographiekontrolle(n),
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

Die Gebührenordnungsposition 31634 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 07320 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Kapitels 33 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 31634 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06350 bis 06352, 07310, 07311, 07320, 07330, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18310, 18311, 18320, 18330, 18340, 18700, 20364, 20365, 26350 bis 26352, 33061, 33072 und 33076 berechnungsfähig.

31635 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31204 oder 31205 bei Erbringung durch den Operateur — 34,65 € / 272 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Befundbesprechung,
- Befundkontrolle(n),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Verbandwechsel,
- Sonographiekontrolle(n),
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

Die Gebührenordnungsposition 31635 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 07320 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Kapitels 33 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 31635 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den

Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06350 bis 06352, 07310, 07311, 07320, 07330, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18310, 18311, 18320, 18330, 18340, 18700, 20364, 20365, 26350 bis 26352, 33061, 33072 und 33076 berechnungsfähig.

31636 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31206 oder 31207 bei Überweisung durch den Operateur — 50,58 € / 397 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Befundbesprechung,
- Befundkontrolle(n),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Verbandwechsel,
- Sonographiekontrolle(n),
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

Die Gebührenordnungsposition 31636 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 07320 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Kapitels 33 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 31636 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06350 bis 06352, 07310, 07311, 07320, 07330, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18310, 18311, 18320, 18330, 18340, 18700, 20364, 20365, 26350 bis 26352, 33061, 33072 und 33076 berechnungsfähig.

31637 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31206 oder 31207 bei Erbringung durch den Operateur — 42,68 € / 335 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Befundbesprechung,
- Befundkontrolle(n),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Verbandwechsel,
- Sonographiekontrolle(n),
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

Die Gebührenordnungsposition 31637 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 07320 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Kapitels 33 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 31637 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06350 bis 06352, 07310, 07311, 07320, 07330, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18310, 18311, 18320, 18330, 18340, 18700, 20364, 20365, 26350 bis 26352, 33061, 33072 und 33076 berechnungsfähig.

31643 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31221 oder 31222 bei Überweisung durch den Operateur — 18,60 € / 146 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Befundbesprechung,
- Befundkontrolle(n),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Verbandwechsel,
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

Die Gebührenordnungsposition 31643 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18340, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.

31644 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31221 oder 31222 bei Erbringung durch den Operateur — 10,83 € / 85 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Befundbesprechung,
- Befundkontrolle(n),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Verbandwechsel,
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

Die Gebührenordnungsposition 31644 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341,

02344, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18340, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.

31645 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 31223 bei Überweisung durch den Operateur — 30,58 € / 240 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Befundbesprechung,
- Befundkontrolle(n),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Verbandwechsel,
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

Die Gebührenordnungsposition 31645 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18340, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.

31646 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 31223 bei Erbringung durch den Operateur — 22,68 € / 178 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Befundbesprechung,
- Befundkontrolle(n),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Verbandwechsel,
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

Die Gebührenordnungsposition 31646 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18340, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.

31647 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31224 oder 31225 bei Überweisung durch den Operateur — 38,35 € / 301 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Befundbesprechung,
- Befundkontrolle(n),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Verbandwechsel,
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

Die Gebührenordnungsposition 31647 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18340, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.

31648 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31224 oder 31225 bei Erbringung durch den Operateur — 30,58 € / 240 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Befundbesprechung,
- Befundkontrolle(n),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Verbandwechsel,
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

Die Gebührenordnungsposition 31648 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18340, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.

31649 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31226 oder 31227 bei Überweisung durch den Operateur — 46,38 € / 364 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Befundbesprechung,
- Befundkontrolle(n),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Verbandwechsel,
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

Die Gebührenordnungsposition 31649 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18340, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.

31650 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31226 oder 31227 bei Erbringung durch den Operateur — 38,60 € / 303 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Befundbesprechung,
- Befundkontrolle(n),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Verbandwechsel,
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

Die Gebührenordnungsposition 31650 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18340, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.

31656 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 31231 bei Überweisung durch den Operateur — 17,71 € / 139 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Befundbesprechung,
- Befundkontrolle(n),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Verbandwechsel,
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung
einer Leistung des Abschnitts 31.2

Die Gebührenordnungsposition 31656 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18340, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.

31657 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 31231 bei Erbringung durch den Operateur — 10,96 € / 86 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Befundbesprechung,
- Befundkontrolle(n),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Verbandwechsel,
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung
einer Leistung des Abschnitts 31.2

Die Gebührenordnungsposition 31657 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18340, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.

31658 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31232 oder 31233 bei Überweisung durch den Operateur — 34,53 € / 271 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Befundbesprechung,
- Befundkontrollen,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Verbandwechsel,
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung
einer Leistung des Abschnitts 31.2

Die Gebührenordnungsposition 31658 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365,

10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18340, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.

31659 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31232 oder 31233 bei Erbringung durch den Operateur — 27,52 € / 216 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Befundbesprechung,
- Befundkontrollen,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Verbandwechsel,
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

Die Gebührenordnungsposition 31659 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18340, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.

31660 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31234 oder 31235 bei Überweisung durch den Operateur — 41,79 € / 328 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Befundbesprechung,
- Befundkontrolle(n),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Verbandwechsel,
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

Die Gebührenordnungsposition 31660 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18340, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.

31661 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31234 oder 31235 bei Erbringung durch den Operateur — 34,91 € / 274 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Befundbesprechung,
- Befundkontrolle(n),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Verbandwechsel,
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

Die Gebührenordnungsposition 31661 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18340, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.

31662 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31236 oder 31237 bei Überweisung durch den Operateur — 52,49 € / 412 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Befundbesprechung,
- Befundkontrolle(n),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Verbandwechsel,
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

Die Gebührenordnungsposition 31662 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18340, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.

31663 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31236 oder 31237 bei Erbringung durch den Operateur — 45,61 € / 358 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Befundbesprechung,
- Befundkontrolle(n),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Verbandwechsel,
- Drainagewechsel,

- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

Die Gebührenordnungsposition 31663 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18340, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.

31669 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31251, 31252, 31261 oder 31262 bei Überweisung durch den Operateur — 18,60 € / 146 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Befundbesprechung,
- Befundkontrolle(n),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Verbandwechsel,
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

Die Gebührenordnungsposition 31669 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18340, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.

31670 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31251, 31252, 31261 oder 31262 bei Erbringung durch den Operateur — 10,83 € / 85 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Befundbesprechung,
- Befundkontrolle(n),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Verbandwechsel,
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

Die Gebührenordnungsposition 31670 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den

Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18340, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.

31671 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31253 oder 31263 bei Überweisung durch den Operateur — 30,58 € / 240 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Befundbesprechung,
- Befundkontrolle(n),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Verbandwechsel,
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

Die Gebührenordnungsposition 31671 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18340, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.

31672 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31253 oder 31263 bei Erbringung durch den Operateur — 22,68 € / 178 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Befundbesprechung,
- Befundkontrolle(n),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Verbandwechsel,
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

Die Gebührenordnungsposition 31672 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18340, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.

31673 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31254, 31255, 31264 oder 31265 bei Überweisung durch den Operateur — 38,35 € / 301 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Befundbesprechung,
- Befundkontrolle(n),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Verbandwechsel,
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

Die Gebührenordnungsposition 31673 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18340, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.

31674 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31254, 31255, 31264 oder 31265 bei Erbringung durch den Operateur — 30,58 € / 240 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Befundbesprechung,
- Befundkontrolle(n),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Verbandwechsel,
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

Die Gebührenordnungsposition 31674 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18340, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.

31675 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31256, 31257, 31266 oder 31267 bei Überweisung durch den Operateur — 46,38 € / 364 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Befundbesprechung,
- Befundkontrolle(n),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Verbandwechsel,
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

Die Gebührenordnungsposition 31675 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18340, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.

31676 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31256, 31257, 31266 oder 31267 bei Erbringung durch den Operateur — 38,60 € / 303 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Befundbesprechung,
- Befundkontrolle(n),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Verbandwechsel,
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

Die Gebührenordnungsposition 31676 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18340, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.

31682 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31281 oder 31291 bei Überweisung durch den Operateur — 18,98 € / 149 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Befundbesprechung,
- Befundkontrolle(n),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Verbandwechsel,
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

Die Gebührenordnungsposition 31682 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 01748 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Kapitels 33 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 31682 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18340, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.

31683 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31281 oder 31291 bei Erbringung durch den Operateur — 12,36 € / 97 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Befundbesprechung,
- Befundkontrolle(n),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Verbandwechsel,
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

Die Gebührenordnungsposition 31683 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 01748 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Kapitels 33 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 31683 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18340, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.

31684 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31282, 31283, 31292 oder 31293 bei Überweisung durch den Operateur — 31,85 € / 250 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Befundbesprechung,
- Befundkontrolle(n),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Verbandwechsel,
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung
einer Leistung des Abschnitts 31.2

Die Gebührenordnungsposition 31684 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 01748 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Kapitels 33 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 31684 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18340, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.

31685 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31282, 31283, 31292 oder 31293 bei Erbringung durch den Operateur — 24,97 € / 196 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Befundbesprechung,
- Befundkontrolle(n),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Verbandwechsel,
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung
einer Leistung des Abschnitts 31.2

Die Gebührenordnungsposition 31685 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 01748 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Kapitels 33 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 31685 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18340, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.

31686 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31284, 31285, 31294 oder 31295 bei Überweisung durch den Operateur — 38,09 € / 299 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Befundbesprechung,
- Befundkontrolle(n),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Verbandwechsel,
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung
einer Leistung des Abschnitts 31.2

Die Gebührenordnungsposition 31686 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 01748 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Kapitels 33 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 31686 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18340, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.

31687 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31284, 31285, 31294 oder 31295 bei Erbringung durch den Operateur — 31,21 € / 245 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Befundbesprechung,
- Befundkontrolle(n),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Verbandwechsel,
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung
einer Leistung des Abschnitts 31.2

Die Gebührenordnungsposition 31687 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 01748 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Kapitels 33 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 31687 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18340, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.

31688 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31286, 31287, 31296 oder 31297 bei Überweisung durch den Operateur — 42,94 € / 337 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Befundbesprechung,
- Befundkontrolle(n),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Verbandwechsel,
- Sonographische Kontrolle(n),
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

Die Gebührenordnungsposition 31688 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 01748 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Kapitels 33 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 31688 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18340, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.

31689 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31286, 31287, 31296 oder 31297 bei Erbringung durch den Operateur — 36,18 € / 284 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Befundbesprechung,
- Befundkontrolle(n),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Verbandwechsel,
- Sonographische Kontrolle(n),
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

Die Gebührenordnungsposition 31689 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 01748 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Kapitels 33 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 31689 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18340, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.

31695 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31301 oder 31311 bei Überweisung durch den Operateur — 20,51 € / 161 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Befundbesprechung,
- Befundkontrolle(n),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Verbandwechsel,
- Sonographische Kontrolle(n),
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,

- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

Die Gebührenordnungsposition 31695 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Kapitels 33 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 31695 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18340, 20364, 20365, 26350 bis 26352, 33043, 33044 und 33090 berechnungsfähig.

31696 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31301 oder 31311 bei Erbringung durch den Operateur — 13,00 € / 102 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Befundbesprechung,
- Befundkontrolle(n),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Verbandwechsel,
- Sonographische Kontrolle(n),
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

Die Gebührenordnungsposition 31696 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Kapitels 33 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 31696 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18340, 20364, 20365, 26350 bis 26352, 33043, 33044 und 33090 berechnungsfähig.

31697 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31302, 31303, 31312, 31313 oder 31319 bei Überweisung durch den Operateur — 41,28 € / 324 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Befundbesprechung,
- Befundkontrolle(n),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Verbandwechsel,
- Sonographische Kontrolle(n),
- Drainagewechsel,

- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

Die Gebührenordnungsposition 31697 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Kapitels 33 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 31697 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18340, 20364, 20365, 26350 bis 26352, 33043, 33044 und 33090 berechnungsfähig.

31698 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31302, 31303, 31312, 31313 oder 31319 bei Erbringung durch den Operateur — 33,89 € / 266 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Befundbesprechung,
- Befundkontrolle(n),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Verbandwechsel,
- Sonographische Kontrolle(n),
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

Die Gebührenordnungsposition 31698 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Kapitels 33 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 31698 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18340, 20364, 20365, 26350 bis 26352, 33043, 33044 und 33090 berechnungsfähig.

31699 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31304, 31305, 31314 oder 31315 bei Überweisung durch den Operateur — 53,38 € / 419 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Befundbesprechung,
- Befundkontrolle(n),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Verbandwechsel,
- Sonographische Kontrolle(n),

- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

Die Gebührenordnungsposition 31699 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Kapitels 33 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 31699 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18340, 20364, 20365, 26350 bis 26352, 33043, 33044 und 33090 berechnungsfähig.

31700 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31304, 31305, 31314 oder 31315 bei Erbringung durch den Operateur — 45,87 € / 360 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Befundbesprechung,
- Befundkontrolle(n),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Verbandwechsel,
- Sonographische Kontrolle(n),
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

Die Gebührenordnungsposition 31700 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Kapitels 33 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 31700 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18340, 20364, 20365, 26350 bis 26352, 33043, 33044 und 33090 berechnungsfähig.

31701 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31306, 31307, 31316 oder 31317 bei Überweisung durch den Operateur — 68,29 € / 536 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Befundbesprechung,
- Befundkontrolle(n),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Verbandwechsel,

- Sonographische Kontrolle(n),
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

Die Gebührenordnungsposition 31701 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Kapitels 33 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 31701 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18340, 20364, 20365, 26350 bis 26352, 33043, 33044 und 33090 berechnungsfähig.

31702 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31306, 31307, 31316 oder 31317 bei Erbringung durch den Operateur — 60,64 € / 476 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Befundbesprechung,
- Befundkontrolle(n),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Verbandwechsel,
- Sonographische Kontrolle(n),
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

Die Gebührenordnungsposition 31702 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Kapitels 33 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 31702 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18340, 20364, 20365, 26350 bis 26352, 33043, 33044 und 33090 berechnungsfähig.

31708 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31321 oder 31322 bei Überweisung durch den Operateur — 21,28 € / 167 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Befundbesprechung,
- Befundkontrolle(n),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Verbandwechsel,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

Die Gebührenordnungsposition 31708 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 06340 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 31708 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18340, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.

31709 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31321 oder 31322 bei Erbringung durch den Operateur — 13,12 € / 103 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Befundbesprechung,
- Befundkontrolle(n),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Verbandwechsel,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

Die Gebührenordnungsposition 31709 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 06340 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 31709 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18340, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.

31710 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung der Leistung entsprechend den Gebührenordnungsposition 31323 bei Überweisung durch den Operateur — 34,27 € / 269 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Befundbesprechung,
- Befundkontrolle(n),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Verbandwechsel,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

Die Gebührenordnungsposition 31710 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 06340 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 31710 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18340, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.

31711 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung der Leistung entsprechend den Gebührenordnungsposition 31323 bei Erbringung durch den Operateur — 25,99 € / 204 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Befundbesprechung,
- Befundkontrolle(n),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Verbandwechsel,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

Die Gebührenordnungsposition 31711 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 06340 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 31711 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18340, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.

31712 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31324 oder 31325 bei Überweisung durch den Operateur — 43,83 € / 344 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Befundbesprechung,
- Befundkontrolle(n),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Verbandwechsel,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

Die Gebührenordnungsposition 31712 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 06340 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 31712 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18340, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.

31713 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31324 oder 31325 bei Erbringung durch den Operateur — 35,29 € / 277 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Befundbesprechung,
- Befundkontrolle(n),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Verbandwechsel,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

Die Gebührenordnungsposition 31713 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 06340 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 31713 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18340, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.

31714 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31326 oder 31327 bei Überweisung durch den Operateur — 49,81 € / 391 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Befundbesprechung,
- Befundkontrolle(n),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Verbandwechsel,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

Die Gebührenordnungsposition 31714 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 06340 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 31714 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18340, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.

31715 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31326 oder 31327 bei Erbringung durch den Operateur — 41,53 € / 326 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Befundbesprechung,
- Befundkontrolle(n),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Verbandwechsel,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

Die Gebührenordnungsposition 31715 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 06340 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 31715 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18340, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.

31716 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung der Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31331, 31350, 31371, 31372 oder 31373 bei Überweisung durch den Operateur — 29,69 € / 233 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Befundbesprechung,
- Befundkontrolle(n),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Verbandwechsel,
- Tonometrie(n),
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

Die Gebührenordnungsposition 31716 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 06310 und 06340 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 31716 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06310, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18340, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.

31717 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung der Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31331, 31350, 31371, 31372 oder 31373 bei Erbringung durch den Operateur — 21,28 € / 167 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Befundbesprechung,
- Befundkontrolle(n),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Verbandwechsel,
- Tonometrie(n),
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung
einer Leistung des Abschnitts 31.2

Die Gebührenordnungsposition 31717 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 06310 und 06340 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 31717 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06310, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18340, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.

31718 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31332, 31333 oder 31351 bei Überweisung durch den Operateur — 46,88 € / 368 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Befundbesprechung,
- Befundkontrolle(n),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Verbandwechsel,
- Tonometrie(n),
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung
einer Leistung des Abschnitts 31.2

Die Gebührenordnungsposition 31718 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 06310 und 06340 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 31718 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06310, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18340, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.

31719 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31332, 31333 oder 31351 bei Erbringung durch den Operateur — 38,35 € / 301 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Befundbesprechung,
- Befundkontrolle(n),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Verbandwechsel,
- Tonometrie(n),
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung
einer Leistung des Abschnitts 31.2

Die Gebührenordnungsposition 31719 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 06310 und 06340 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 31719 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06310, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18340, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.

31720 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31334 oder 31335 bei Überweisung durch den Operateur — 56,19 € / 441 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Befundbesprechung,
- Befundkontrolle(n),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Verbandwechsel,
- Tonometrie(n),
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

Die Gebührenordnungsposition 31720 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 06310 und 06340 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 31720 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06310, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18340, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.

31721 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31334 oder 31335 bei Erbringung durch den Operateur — 47,90 € / 376 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Befundbesprechung,
- Befundkontrolle(n),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Verbandwechsel,
- Tonometrie(n),
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

Die Gebührenordnungsposition 31721 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 06310 und 06340 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 31721 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06310, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18340, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.

31722 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31336 oder 31337 bei Überweisung durch den Operateur — 62,68 € / 492 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Befundbesprechung,
- Befundkontrolle(n),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Verbandwechsel,
- Tonometrie(n),
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

Die Gebührenordnungsposition 31722 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 06310 und 06340 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 31722 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06310, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18340, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.

31723 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31336 oder 31337 bei Erbringung durch den Operateur — 54,53 € / 428 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Befundbesprechung,
- Befundkontrolle(n),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Verbandwechsel,
- Tonometrie(n),
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

Die Gebührenordnungsposition 31723 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 06310 und 06340 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 31723 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341,

02344, 02360, 06310, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18340, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.

31724 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 31341 bei Überweisung durch den Operateur — 17,84 € / 140 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Befundbesprechung,
- Befundkontrolle(n),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Verbandwechsel,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

Die Gebührenordnungsposition 31724 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 06310 und 06340 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 31724 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18340, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.

31725 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 31341 bei Erbringung durch den Operateur — 9,30 € / 73 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Befundbesprechung,
- Befundkontrolle(n),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Verbandwechsel,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

Die Gebührenordnungsposition 31725 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 06310 und 06340 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 31725 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18340, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.

31726 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31342 oder 31343 bei Überweisung durch den Operateur — 17,84 € / 140 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Befundbesprechung,
- Befundkontrolle(n),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Verbandwechsel,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

Die Gebührenordnungsposition 31726 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 06310 und 06340 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 31726 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18340, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.

31727 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31342 oder 31343 bei Erbringung durch den Operateur — 9,30 € / 73 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Befundbesprechung,
- Befundkontrolle(n),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Verbandwechsel,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

Die Gebührenordnungsposition 31727 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 06310 und 06340 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 31727 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18340, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.

31728 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31344 oder 31345 bei Überweisung durch den Operateur — 23,70 € / 186 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Befundbesprechung,
- Befundkontrolle(n),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Verbandwechsel,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

Die Gebührenordnungsposition 31728 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 06310 und 06340 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 31728 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18340, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.

31729 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31344 oder 31345 bei Erbringung durch den Operateur — 15,54 € / 122 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Befundbesprechung,
- Befundkontrolle(n),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Verbandwechsel,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

Die Gebührenordnungsposition 31729 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 06310 und 06340 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 31729 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18340, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.

31730 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31346 oder 31347 bei Überweisung durch den Operateur — 29,43 € / 231 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Befundbesprechung,
- Befundkontrolle(n),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Verbandwechsel,

- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

Die Gebührenordnungsposition 31730 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 06310 und 06340 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 31730 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18340, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.

31731 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31346 oder 31347 bei Erbringung durch den Operateur — 20,89 € / 164 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Befundbesprechung,
- Befundkontrolle(n),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Verbandwechsel,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

Die Gebührenordnungsposition 31731 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 06310 und 06340 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 31731 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18340, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.

31734 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 31362 bei Überweisung durch den Operateur — 66,89 € / 525 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Befundbesprechung,
- Befundkontrolle(n),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Verbandwechsel,
- Tonometrie(n),
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

Die Gebührenordnungsposition 31734 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18340, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.

31735 **Postoperative Behandlung** nach der Erbringung einer Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 31362 bei Erbringung durch den Operateur — 21,53 € / 169 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Befundbesprechung,
- Befundkontrolle(n),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Verbandwechsel,
- Tonometrie(n),
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

Die Gebührenordnungsposition 31735 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18340, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.

31737 **Postoperative Behandlung nach der Erbringung einer Leistung nach der Gebührenordnungsposition 31364 bei Überweisung durch den Operateur** — 46,88 € / 368 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Befundbesprechung,
- Befundkontrolle(n),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Verbandswechsel,
- Tonometrie(n),

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

Die Gebührenordnungsposition 31737 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 06310 und 06340 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 31737 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06310, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18340, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.

31738 **Postoperative Behandlung nach der Erbringung einer Leistung nach der Gebührenordnungsposition 31364 bei Erbringung durch den Operateur** 21,53 € 169 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Befundbesprechung,
- Befundkontrolle(n),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Verbandswechsel,
- Tonometrie(n),

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

Die Gebührenordnungsposition 31738 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 06310 und 06340 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 31738 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02344, 02360, 06310, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18340, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.

31.5 Anästhesien im Zusammenhang mit Eingriffen des Abschnitts 31.2

31.5.1 Präambel

1. Die Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen des Abschnittes 31.5.2 können nur von dem die Gebührenordnungsposition des Abschnittes 31.2 abrechnenden Operateur erbracht werden. Die Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 31800 kann auch von Ärzten berechnet werden, die Leistungen entsprechend der Gebührenordnungspositionen 31910, 31912 und 31920 erbringen.
2. Die Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen des Abschnittes 31.5.3 können nur von Fachärzten für Anästhesie erbracht werden.
3. Fachärzte für Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte und Ärzte ohne Gebietsbezeichnung können - wenn sie im Wesentlichen anästhesiologische Leistungen erbringen - gemäß § 73 Abs. 1a SGB V auf deren Antrag die Genehmigung zur ausschließlichen Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung erhalten und Gebührenordnungspositionen des Abschnittes 31.5.3 berechnen. Nach Erhalt der Genehmigung können sie Gebührenordnungspositionen des Kapitels 3 nicht mehr berechnen.
4. Entsprechend Nr. 3 und Nr. 4 der Präambel zum Anhang 2 wird die Fortsetzung der Narkose durch die Abrechnung des Zuschlags nach der Nr. 31828 berechnet.
5. Bei primärer Anwendung mehrerer Anästhesie- und/oder Narkoseverfahren nebeneinander ist nur die höchstbewertete Leistung berechnungsfähig, sofern die unterschiedlichen Verfahren die Analgesie in demselben Versorgungsgebiet zum Ziel haben.

31.5.2 Regionalanästhesien durch den Operateur

31800 **Regionalanästhesie durch den Operateur**, der einen ambulanten Eingriff nach Abschnitt 31.2 erbringt — 49,05 € / 385 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Intravenöse regionale Anästhesie an einer Extremität (Blockade nach Bier)

und/oder

- Anästhesie des Plexus brachialis

und/oder

- Ischiofemorale Blockade (Blockade des Nervus ischiadicus und 3- in 1-Block),
- Überwachung und Dokumentation der Vitalparameter,
- Pulsoxymetrie,
- EKG-Monitoring,
- I.v.-Zugang

Fakultativer Leistungsinhalt

- Legen einer Blutleere,
- Infusion,
- Verabreichung von Analgetika/Sedativa

Im Zusammenhang mit der Erbringung der Leistungen entsprechend der Gebührenordnungspositionen 31910, 31912 und 31920 ist die Gebührenordnungsposition 31800 ebenfalls berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 31800 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01220 bis 01222, 01500, 01501, 05350, 05360, 31840 und 31841 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 31800 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02100 bis 02102 berechnungsfähig.

31801 **Retrobulbäre und/oder parabulbäre und/oder peribulbäre Anästhesie durch den Operateur**, der einen ambulanten Eingriff der Kategorie U, V, W oder X entsprechend Anhang 2 erbringt — 21,66 € / 170 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Retrobulbäre und/oder parabulbäre und/oder peribulbäre Anästhesie,
- Pulsoxymetrie,
- Überwachung und Dokumentation der Vitalparameter

Fakultativer Leistungsinhalt

- Infusion(en),
- Verabreichung von Analgetika/Sedativa

Die Gebührenordnungsposition 31801 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01220 bis 01222, 01500, 01501, 05350, 05360 und 31821 bis 31827 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 31801 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02100 bis 02102 berechnungsfähig.

31802 **Tumeszenzlokalanästhesie durch den Operateur, der einen ambulanten Eingriff nach den Gebührenordnungspositionen 31095 und 31096 entsprechend Anhang 2 durchführt** 330,23 € 2592 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Tumeszenzlokalanästhesie der Haut und des subkutanen Fettgewebes,
- Überwachung und Dokumentation der Vitalparameter,
- Pulsoxymetrie,
- EKG-Monitoring,
- I.v.-Zugang

Fakultativer Leistungsinhalt

- Infusion(en),
- Verabreichung von Analgetika/Sedativa

Sofern die Gebührenordnungsposition 31802 neben den Gebührenordnungspositionen 31825 oder 31826 berechnet wird, ist ein Abschlag von 1.896 Punkten auf die Gebührenordnungsposition 31802 vorzunehmen. Die Prüfzeit wird entgegen der Nr. 1.7 der Allgemeinen Bestimmungen nicht angepasst.
Die Gebührenordnungsposition 31802 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01220 bis 01222, 01500, 01501, 05350, 05360 und 30710 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 31802 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02100 bis 02102 berechnungsfähig.

31.5.3 Anästhesien im Zusammenhang mit der Erbringung von Leistungen des Abschnittes 31.2

1. Die Berechnung von Anästhesien des Abschnitts 31.5.3 setzt voraus, dass ein anderer Vertragsarzt in diesem Zusammenhang eine Leistung entsprechend einer Gebührenordnungsposition des Abschnitts 31.2 erbringt und berechnet. Im Zusammenhang mit der Erbringung von Leistungen entsprechend einer Gebührenordnungsposition des Abschnitts 31.2 durch einen anderen Vertragsarzt können nur Anästhesien des Abschnitts 31.5.3, keine Anästhesien aus dem Kapitel 5 oder dem Abschnitt 36.5, erbracht werden.

31820 **Leitungsanästhesie eines Nerven oder Ganglions an der Schädelbasis** 27,39 € 215 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

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

Fakultativer Leistungsinhalt

- Retrobulbäre und/oder parabulbäre und/oder peribulbäre Anästhesie

Die Gebührenordnungsposition 31820 ist bei der Leitungsanästhesie der nervi occipitales oder auriculares nicht berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 31820 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01220 bis 01222, 01440, 01500, 01501, 01510 bis 01512, 01520 bis 01522, 01530, 01531, 01540 bis 01545, 01549, 01856, 01913, 02100 bis 02102, 02300 bis 02302, 02342, 05320, 05330, 05331, 05340, 05341, 05350, 05360, 30708 und 31821 bis 31828 berechnungsfähig.

31821 **Anästhesie und/oder Narkose**, im Rahmen der Durchführung von Leistungen entsprechend einer der Gebührenordnungspositionen 31101, 31111, 31121, 31131, 31141, 31151, 31161, 31171, 31181, 31191, 31201, 31211, 31221, 31231, 31241, 31251, 31261, 31271, 31281, 31291, 31301, 31311, 31321, 31331, 31341, 31371, 31372 oder 31373 einschließlich der prä- und postanästhesiologischen Rüstzeiten, mittels eines oder mehrerer der nachfolgend genannten Verfahren: 127,02 € 997 Punkte

- Plexusanästhesie

und/oder

- Spinal- und/oder Periduralanästhesie

und/oder

- Intravenöse regionale Anästhesie einer Extremität

und/oder

- Narkose mit Maske, Larynxmaske und/oder endotracheale Intubation einschließlich Kapnometrie

Obligater Leistungsinhalt

- Anästhesien oder Narkose

Fakultativer Leistungsinhalt

- Anästhesien nach der Nr. 05320,
- Kontrolle der Katheterlage durch Injektion eines Lokalanästhetikums,
- Legen einer Blutleere,
- Infusion(en) (Nr. 02100),
- Magenverweilsondeneinführung (Nr. 02320),
- Anlage suprapubischer Harnblasenkatheter (Nr. 02321),
- Wechsel/Entfernung suprapubischer Harnblasenkatheter (Nr. 02322),
- Wechsel/Legen transurethraler Dauerkatheter (Nr. 02323),
- arterielle Blutentnahme (Nr. 02330),
- Multigasmessung,
- Gesteuerte Blutdrucksenkung,
- Dokumentierte Überwachung bis zur Stabilisierung der Vitalfunktionen

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 31821 für die Anästhesie und/oder Narkose im Rahmen der Durchführung einer intravitrealen Medikamenteneingabe gemäß den Gebührenordnungspositionen 31371 bis 31373 setzt eine ausführliche Begründung der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall voraus.

Die Gebührenordnungsposition 31821 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01220 bis 01222, 01440, 01500, 01501, 01510 bis 01512, 01520 bis 01522, 01530, 01531, 01540 bis 01545, 01549, 01856, 01913, 02100 bis 02102, 02300 bis 02302, 02320 bis 02323, 02330, 02331, 02340 bis 02344, 05320, 05330, 05331, 05340, 05341, 05350, 05360, 30708, 31801, 31820, 31822 bis 31827, 31840 und 31841 berechnungsfähig.

31822 **Anästhesie und/oder Narkose**, im Rahmen der Durchführung von Leistungen entsprechend einer der Gebührenordnungspositionen 31102, 31112, 31122, 31132, 31142, 31152, 31162, 31172, 31182, 31192, 31202, 31212, 31222, 31232, 31242, 31252, 31262, 31272, 31282, 31292, 31302, 31312, 31319, 31322, 31332 oder 31342 einschließlich der prä- und postanästhesiologischen Rüstzeiten, mittels eines oder mehrerer der nachfolgend genannten Verfahren: 171,49 € 1346 Punkte

- Plexusanästhesie

und/oder

- Spinal- und/oder Periduralanästhesie

und/oder

- Intravenöse regionale Anästhesie einer Extremität

und/oder

- Narkose mit Maske, Larynxmaske und/oder endotracheale Intubation einschließlich Kapnometrie

Obligater Leistungsinhalt

- Anästhesien oder Narkose

Fakultativer Leistungsinhalt

- Anästhesien nach der Nr. 05320,
- Kontrolle der Katheterlage durch Injektion eines Lokalanästhetikums,
- Legen einer Blutleere,
- Infusion(en) (Nr. 02100),
- Magenverweilsondeneinführung (Nr. 02320),
- Anlage suprapubischer Harnblasenkatheter (Nr. 02321),
- Wechsel/Entfernung suprapubischer Harnblasenkatheter (Nr. 02322),
- Wechsel/Legen transurethraler Dauerkatheter (Nr. 02323),
- arterielle Blutentnahme (Nr. 02330),
- Multigasmessung,
- Gesteuerte Blutdrucksenkung,
- Dokumentierte Überwachung bis zur Stabilisierung der Vitalfunktionen

Die Gebührenordnungsposition 31822 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01220 bis 01222, 01440, 01500, 01501, 01510 bis 01512, 01520 bis 01522, 01530, 01531, 01540 bis 01545, 01549, 01856, 01913, 02100 bis 02102, 02300 bis 02302, 02320 bis 02323, 02330, 02331, 02340 bis 02344, 05320, 05330, 05331, 05340, 05341, 05350, 05360, 30708, 31801, 31820, 31821, 31823 bis 31827, 31840 und 31841 berechnungsfähig.

31823 **Anästhesie und/oder Narkose**, im Rahmen der Durchführung von Leistungen entsprechend einer der Gebührenordnungspositionen 31103, 31113, 31123, 31133, 31143, 31153, 31163, 31173, 31183, 31193, 31203, 31213, 31223, 31233, 31243, 31253, 31263, 31273, 31283, 31293, 31303, 31313, 31323, 31333 oder 31343, einschließlich der prä- und postanästhesiologischen Rüstzeiten, mittels eines oder mehrerer der nachfolgend genannten Verfahren: 215,95 € 1695 Punkte

- Plexusanästhesie

und/oder

- Spinal- und/oder Periduralanästhesie

und/oder

- Intravenöse regionale Anästhesie einer Extremität

und/oder

- Narkose mit Maske, Larynxmaske und/oder endotracheale Intubation einschließlich Kapnometrie

Obligater Leistungsinhalt

- Anästhesien oder Narkose

Fakultativer Leistungsinhalt

- Anästhesien nach der Nr. 05320,
- Kontrolle der Katheterlage durch Injektion eines Lokalanästhetikums,
- Legen einer Blutleere,
- Infusion(en) (Nr. 02100),
- Magenverweilsondeneinführung (Nr. 02320),
- Anlage suprapubischer Harnblasenkatheter (Nr. 02321),
- Wechsel/Entfernung suprapubischer Harnblasenkatheter (Nr. 02322),
- Wechsel/Legen transurethraler Dauerkatheter (Nr. 02323),
- arterielle Blutentnahme (Nr. 02330),
- Multigasmessung,
- Gesteuerte Blutdrucksenkung,
- Dokumentierte Überwachung bis zur Stabilisierung der Vitalfunktionen

Die Gebührenordnungsposition 31823 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01220 bis 01222, 01440, 01500, 01501, 01510 bis 01512, 01520 bis 01522, 01530, 01531, 01540 bis 01545, 01549, 01856, 01913, 02100 bis 02102, 02300 bis 02302, 02320 bis 02323, 02330, 02331, 02340 bis 02344, 05320, 05330, 05331, 05340, 05341, 05350, 05360, 30708, 31801, 31820 bis 31822, 31824 bis 31827, 31840 und 31841 berechnungsfähig.

31824 **Anästhesie und/oder Narkose**, im Rahmen der Durchführung von Leistungen entsprechend einer der Gebührenordnungspositionen 31104, 31114, 31124, 31134, 31144, 31154, 31164, 31174, 31184, 31194, 31204, 31214, 31224, 31234, 31244, 31254, 31264, 31274, 31284, 31294, 31304, 31314, 31324, 31334 oder 31344, einschließlich der prä- und postanästhesiologischen Rüstzeiten, mittels eines oder mehrerer der nachfolgend genannten Verfahren: 260,54 € 2045 Punkte

- Plexusanästhesie

und/oder

- Spinal- und/oder Periduralanästhesie
und/oder
- Intravenöse regionale Anästhesie einer Extremität
und/oder
- Narkose mit Maske, Larynxmaske und/oder endotracheale Intubation einschließlich Kapnometrie

Obligater Leistungsinhalt

- Anästhesien oder Narkose

Fakultativer Leistungsinhalt

- Anästhesien nach der Nr. 05320,
- Kontrolle der Katheterlage durch Injektion eines Lokalanästhetikums,
- Legen einer Blutleere,
- Infusion(en) (Nr. 02100),
- Magenverweilsondeneinführung (Nr. 02320),
- Anlage suprapubischer Harnblasenkatheter (Nr. 02321),
- Wechsel/Entfernung suprapubischer Harnblasenkatheter (Nr. 02322),
- Wechsel/Legen transurethraler Dauerkatheter (Nr. 02323),
- arterielle Blutentnahme (Nr. 02330),
- Multigasmessung,
- Gesteuerte Blutdrucksenkung,
- Dokumentierte Überwachung bis zur Stabilisierung der Vitalfunktionen

Die Gebührenordnungsposition 31824 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01220 bis 01222, 01440, 01500, 01501, 01510 bis 01512, 01520 bis 01522, 01530, 01531, 01540 bis 01545, 01549, 01856, 01913, 02100 bis 02102, 02300 bis 02302, 02320 bis 02323, 02330, 02331, 02340 bis 02344, 05320, 05330, 05331, 05340, 05341, 05350, 05360, 30708, 31801, 31820 bis 31823, 31825 bis 31827, 31840 und 31841 berechnungsfähig.

31825 **Anästhesie und/oder Narkose**, im Rahmen der Durchführung von Leistungen entsprechend einer der Gebührenordnungspositionen 31095, 31105, 31115, 31125, 31135, 31145, 31155, 31165, 31175, 31185, 31195, 31205, 31215, 31225, 31235, 31245, 31255, 31265, 31275, 31285, 31295, 31305, 31315, 31325, 31335 oder 31345, einschließlich der prä- und postanästhesiologischen Rüstzeiten, mittels eines oder mehrerer der nachfolgend genannten Verfahren: 349,60 € 2744 Punkte

- Plexusanästhesie
und/oder
- Spinal- und/oder Periduralanästhesie
und/oder
- Intravenöse regionale Anästhesie einer Extremität
und/oder
- Narkose mit Maske, Larynxmaske und/oder endotracheale Intubation einschließlich Kapnometrie

Obligater Leistungsinhalt

- Anästhesien oder Narkose

Fakultativer Leistungsinhalt

- Anästhesien nach der Nr. 05320,
- Kontrolle der Katheterlage durch Injektion eines Lokalanästhetikums,
- Legen einer Blutleere,
- Infusion(en) (Nr. 02100),
- Magenverweilsondeneinführung (Nr. 02320),
- Anlage suprapubischer Harnblasenkatheter (Nr. 02321),
- Wechsel/Entfernung suprapubischer Harnblasenkatheter (Nr. 02322),
- Wechsel/Legen transurethraler Dauerkatheter (Nr. 02323),
- arterielle Blutentnahme (Nr. 02330),
- Multigasmessung,
- Gesteuerte Blutdrucksenkung,
- Dokumentierte Überwachung bis zur Stabilisierung der Vitalfunktionen

Die Gebührenordnungsposition 31825 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01220 bis 01222, 01440, 01500, 01501, 01510 bis 01512, 01520 bis 01522, 01530, 01531, 01540 bis 01545, 01549, 01856, 01913, 02100 bis 02102, 02300 bis 02302, 02320 bis 02323, 02330, 02331, 02340 bis 02344, 05320, 05330, 05331, 05340, 05341, 05350, 05360, 30708, 31801, 31820 bis 31824, 31826, 31827, 31840 und 31841 berechnungsfähig.

31826 **Anästhesie und/oder Narkose**, im Rahmen der Durchführung von Leistungen entsprechend einer der Gebührenordnungspositionen 31096, 31106, 31116, 31126, 31136, 31146, 31156, 31166, 31176, 31186, 31196, 31206, 31216, 31226, 31236, 31246, 31256, 31266, 31276, 31286, 31296, 31306, 31316, 31326, 31336 oder 31346 einschließlich der prä- und postanästhesiologischen Rüstzeiten, mittels eines oder mehrerer der nachfolgend genannten Verfahren: 420,43 € 3300 Punkte

- Plexusanästhesie

und/oder

- Spinal- und/oder Periduralanästhesie

und/oder

- Intravenöse regionale Anästhesie einer Extremität

und/oder

- Narkose mit Maske, Larynxmaske und/oder endotracheale Intubation einschließlich Kapnometrie

Obligater Leistungsinhalt

- Anästhesien oder Narkose

Fakultativer Leistungsinhalt

- Anästhesien nach der Nr. 05320,
- Kontrolle der Katheterlage durch Injektion eines Lokalanästhetikums,
- Legen einer Blutleere,
- Infusion(en) (Nr. 02100),
- Magenverweilsondeneinführung (Nr. 02320),
- Anlage suprapubischer Harnblasenkatheter (Nr. 02321),

- Wechsel/Entfernung suprapubischer Harnblasenkatheter (Nr. 02322),
- Wechsel/Legen transurethraler Dauerkatheter (Nr. 02323),
- arterielle Blutentnahme (Nr. 02330),
- Multigasmessung,
- Gesteuerte Blutdrucksenkung,
- Dokumentierte Überwachung bis zur Stabilisierung der Vitalfunktionen

Die Gebührenordnungsposition 31826 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01220 bis 01222, 01440, 01500, 01501, 01510 bis 01512, 01520 bis 01522, 01530, 01531, 01540 bis 01545, 01549, 01856, 01913, 02100 bis 02102, 02300 bis 02302, 02320 bis 02323, 02330, 02331, 02340 bis 02344, 05320, 05330, 05331, 05340, 05341, 05350, 05360, 30708, 31801, 31820 bis 31825, 31827, 31840 und 31841 berechnungsfähig.

31827 **Anästhesie und/oder Narkose**, im Rahmen der Durchführung von Leistungen entsprechend einer der Gebührenordnungspositionen 31107, 31117, 31127, 31137, 31147, 31157, 31167, 31177, 31187, 31197, 31207, 31217, 31227, 31237, 31247, 31257, 31267, 31277, 31287, 31297, 31307, 31317, 31327, 31337 oder 31347, einschließlich der prä- und postanästhesiologischen Rüstzeiten, mittels eines oder mehrerer der nachfolgend genannten Verfahren: 438,65 € 3443 Punkte

- Plexusanästhesie

und/oder

- Spinal- und/oder Periduralanästhesie

und/oder

- Intravenöse regionale Anästhesie einer Extremität

und/oder

- Narkose mit Maske, Larynxmaske und/oder endotracheale Intubation einschließlich Kapnometrie

Obligater Leistungsinhalt

- Anästhesien oder Narkose

Fakultativer Leistungsinhalt

- Anästhesien nach der Nr. 05320,
- Kontrolle der Katheterlage durch Injektion eines Lokalanästhetikums,
- Legen einer Blutleere,
- Infusion(en) (Nr. 02100),
- Magenverweilsondeneinführung (Nr. 02320),
- Anlage suprapubischer Harnblasenkatheter (Nr. 02321),
- Wechsel/Entfernung suprapubischer Harnblasenkatheter (Nr. 02322),
- Wechsel/Legen transurethraler Dauerkatheter (Nr. 02323),
- arterielle Blutentnahme (Nr. 02330),
- Multigasmessung,
- Gesteuerte Blutdrucksenkung,
- Dokumentierte Überwachung bis zur Stabilisierung der Vitalfunktionen

Die Gebührenordnungsposition 31827 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01220 bis 01222, 01440, 01500, 01501, 01510 bis 01512, 01520 bis 01522, 01530, 01531, 01540 bis 01545, 01549, 01856, 01913, 02100 bis 02102, 02300 bis 02302, 02320 bis 02323, 02330, 02331, 02340 bis 02344, 05320, 05330, 05331, 05340, 05341, 05350, 05360, 30708, 31801, 31820 bis 31826, 31840 und 31841 berechnungsfähig.

31828 **Zuschlag** zu den Gebührenordnungspositionen 31821 bis 31826 bei Simultaneingriffen sowie zu der Gebührenordnungsposition 31827 **bei Fortsetzung einer Anästhesie und/oder Narkose** für jeweils vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit — 44,46 € / 349 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Fortsetzung der Narkose für jeweils vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit,
- Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit durch das OP- und/oder Narkoseprotokoll,

je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit

Die Gebührenordnungsposition 31828 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01220 bis 01222, 01440, 01500, 01501, 01510 bis 01512, 01520 bis 01522, 01530, 01531, 01540 bis 01545, 01549, 01856, 01857, 01913, 02100 bis 02102, 02300 bis 02302, 02320 bis 02323, 02330, 02331, 02340 bis 02344, 05320, 05330, 05331, 05340, 05341, 05350, 05360, 30708, 31820, 31840 und 31841 berechnungsfähig.

31840 **Patientenadaptiertes Narkosemanagement** im Zusammenhang mit einem operativen Eingriff nach der Gebührenordnungsposition 31350 — 56,44 € / 443 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Präanästhesiologische Untersuchung (Nr. 05310),
- Einleitung und Unterhaltung einer Analgesie und/oder Sedierung einschließlich der Verabreichung von Analgetika und/oder Sedativa

und/oder

- Narkose als Kombination Analgetikum/Sedativum mit Atemwegsmanagement (z. B. mit Maske und/oder endotrachealer Intubation) einschließlich prä- und postanästhesiologischer Rüstzeiten

und/oder

- Überwachung der Vitalfunktionen (Stand-By) unter ständiger persönlicher Anwesenheit des Arztes,
- Pulsoxymetrie,
- Kontinuierliches EKG-Monitoring,
- Intravenöser Zugang

Fakultativer Leistungsinhalt

- Infusion(en) (Nr. 02100),
- Legen einer Magenverweilsonde (Nr. 02320),
- Anlage eines suprapubischen Harnblasenkatheters (Nr. 02321),

- Wechsel/Entfernung eines suprapubischen Harnblasenkatheters (Nr. 02322),
- Wechsel/Legen eines transurethralen Dauerkatheters (Nr. 02323),
- Arterielle Blutentnahme(n) (Nr. 02330),
- Multigasmessung(en),
- Blutdrucksteuerung,
- Dokumentierte Überwachung bis zur Stabilisierung der Vitalfunktionen

Abweichend von Nr. 5 der Präambel 31.5.1 kann die Gebührenordnungsposition 31840 neben der Gebührenordnungsposition 31801 oder 31820 berechnet werden.
Die Gebührenordnungsposition 31840 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01220 bis 01222, 01440, 01500, 01501, 01510 bis 01512, 01520 bis 01522, 01530, 01531, 01540 bis 01545, 01549, 01856, 01857, 01913, 02100 bis 02102, 02300 bis 02302, 02320 bis 02323, 02330, 02331, 02340 bis 02344, 05320, 05330, 05331, 05340, 05341, 05350, 05360, 05361, 05370, 05371, 30708, 30710, 30712, 30720 bis 30724, 30730, 30731, 30740, 30751, 30760, 31540, 31800, 31821 bis 31828 und 31841 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 31840 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 05310 berechnungsfähig.

31841 **Patientenadaptiertes Narkosemanagement** im Zusammenhang mit einem operativen Eingriff nach der Gebührenordnungsposition 31351 — 89,95 € / 706 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Präanästhesiologische Untersuchung (Nr. 05310),
- Einleitung und Unterhaltung einer Analgesie und/oder Sedierung einschließlich der Verabreichung von Analgetika und/oder Sedativa

und/oder

- Narkose als Kombination Analgetikum/Sedativum mit Atemwegsmanagement (z. B. mit Maske und/oder endotrachealer Intubation) einschließlich prä- und postanästhesiologischer Rüstzeiten

und/oder

- Überwachung der Vitalfunktionen (Stand-By) unter ständiger persönlicher Anwesenheit des Arztes,
- Pulsoxymetrie,
- Kontinuierliches EKG-Monitoring,
- Intravenöser Zugang

Fakultativer Leistungsinhalt

- Infusion(en) (Nr. 02100),
- Legen einer Magenverweilsonde (Nr. 02320),
- Anlage eines suprapubischen Harnblasenkatheters (Nr. 02321),
- Wechsel/Entfernung eines suprapubischen Harnblasenkatheters (Nr. 02322),
- Wechsel/Legen eines transurethralen Dauerkatheters (Nr. 02323),
- Arterielle Blutentnahme(n) (Nr. 02330),
- Multigasmessung(en),
- Blutdrucksteuerung,

- Dokumentierte Überwachung bis zur Stabilisierung der Vitalfunktionen

Abweichend von Nr. 5 der Präambel 31.5.1 kann die Gebührenordnungsposition 31841 neben der Gebührenordnungsposition 31801 oder 31820 berechnet werden.
Die Gebührenordnungsposition 31841 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01220 bis 01222, 01440, 01500, 01501, 01510 bis 01512, 01520 bis 01522, 01530, 01531, 01540 bis 01545, 01549, 01856, 01857, 01913, 02100 bis 02102, 02300 bis 02302, 02320 bis 02323, 02330, 02331, 02340 bis 02344, 05320, 05330, 05331, 05340, 05341, 05350, 05360, 05361, 05370, 05371, 30708, 30710, 30712, 30720 bis 30724, 30730, 30731, 30740, 30751, 30760, 31540, 31800, 31821 bis 31828 und 31840 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 31841 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 05310 berechnungsfähig.

31.6 Orthopädisch-chirurgisch konservative Gebührenordnungspositionen

31.6.1 Präambel

1. Neben einem ablaufbezogenen Leistungskomplex nach den Nrn. 31930 und/oder 31932 können im Behandlungsfall nur die arztgruppenspezifischen Versicherten- und/oder Grundpauschalen, die Gebührenordnungspositionen 01100, 01101, 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 01220 bis 01224, 01226, 01320, 01321, 01322, 01323, 01437, 01450, 01500 bis 01503, 01522, 01549, 01600 bis 01602, 01610, 01612, 01615, 01620 bis 01624, 01626, 01640, 01642, 01643, 01647, 01648, 01670 bis 01672, 01681, 01682, 01711 bis 01718, 01722, 01723, 01747, 01748, 01770 bis 01775, 01780 bis 01787, 01793, 01800, 01802 bis 01811, 01815, 01816, 01822, 01825 bis 01828, 01830 bis 01833, 01840, 01850, 01915, 01949, 01950 bis 01953, 01955, 01956, 01960, 03010, 04010, 05227, 05228, 06227, 06228, 07227, 07228, 08227, 08228, 08576, 09227, 09228, 10227, 10228, 13227, 13228, 13297, 13298, 13347, 13348, 13397, 13398, 13497, 13498, 13547, 13548, 13597, 13598, 13647, 13648, 13697, 13698, 14217, 14218, 15228, 16218, 16228, 18227, 18228, 20227, 20228, 21227, 21228, 21236, 21237, 22219, 22228, 26227, 26228, 27227, 27228, 30701, 30705, 30706, 33050 und 33051, die Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 31.2.19 und die Gebührenordnungspositionen der Kapitel 32, 34, 35 und 40 berechnet werden. Dies gilt nicht für Berufsausübungsgemeinschaften gemäß § 1a Nr. 12 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä), sofern die Leistungen von unterschiedlichen Ärzten erbracht werden.
2. Wird im Zusammenhang mit den Gebührenordnungspositionen 31910, 31912 und 31920 die Gebührenordnungsposition 31800 erbracht, ist diese ebenfalls berechnungsfähig.

31.6.2 Orthopädisch-chirurgisch konservative Gebührenordnungspositionen

31900 **Praktische Schulung** 7,26 €
57 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Schulung im Gebrauch von Kunstgliedern, Fremdkraftprothesen oder großen orthopädischen Hilfsmitteln,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Unterweisung der Betreuungsperson,

je Sitzung

31910 **Einrichtung von Frakturen und/oder Luxationen distal der Hand- oder Fußwurzel** 7,26 €
57 Punkte

31912 **Einrichtung von Frakturen und/oder Luxationen des Ellenbogen- oder Kniegelenkes oder distal davon** mit Ausnahme der Leistungsinhalte der Gebührenordnungsposition 31910 14,27 €
112 Punkte

31914 **Einrichtung von Frakturen und/oder Luxationen proximal von Knie- oder Ellenbogengelenk** 35,67 €
280 Punkte

31920 **Kontraktionsmobilisierung** 21,28 €
167 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

Mobilisierung eines kontrakten
- Kiefergelenks
und/oder
- Schultergelenks
und/oder
- Ellenbogengelenks
und/oder
- Hüftgelenks
und/oder
- Kniegelenks

Die Gebührenordnungsposition ist nur berechnungsfähig, wenn die Kontraktionsmobilisierung in Narkose oder Regionalanästhesie als selbstständige Leistung vorgenommen wurde.
Der zur Berechnung der Gebührenordnungsposition 31920 geforderte Leistungsinhalt (Regionalanästhesie) wird nicht erfüllt durch Infiltrations-, Leitungs- oder Oberflächenanästhesien.
Wird im Zusammenhang mit der Gebührenordnungsposition 31920 die Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 31800 erbracht, ist diese ebenfalls berechnungsfähig.

31930 **Behandlung mit einer orofazialen Stütz-, Halte- oder Hilfsvorrichtung** 35,67 €
280 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Anlegen einer Verbandsplatte, Pelotte, Kopf-Kinn-Kappe und/oder orofazialen Drahtaufhängung einfacher Art am Ober- oder Unterkiefer

und/oder

- Wiederanbringung einer gelösten Apparatur am Ober- oder Unterkiefer

und/oder

- Änderungen und/oder teilweise Erneuerung einer Verbandsplatte, Pelotte, Kopf-Kinn-Kappe und/oder orofazialen Drahtaufhängung einfacher Art am Ober- oder Unterkiefer,

und/oder

- Entfernung einer Verbandsplatte, Pelotte, Kopf-Kinn-Kappe und/oder orofazialen Drahtaufhängung einfacher Art am Ober- oder Unterkiefer

Fakultativer Leistungsinhalt

- Schienen oder Apparaturen,
- Modellierende Stellungskorrektur,
- Stellungsänderung im Verlauf der Behandlung

In der Gebührenordnungsposition nach der Nr. 31930 sind die Kosten für die Herstellung der Schienen und Apparaturen nicht enthalten.

31932 **Behandlung mit einer orthopädischen Stütz-, Halte- und/oder Hilfsvorrichtung** 35,67 € 280 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Modellierende Stellungskorrektur einer schweren Hand- und/oder Fußfehlbildung

und/oder

- Stellungskorrektur der angeborenen Luxation eines Hüftgelenkes

Fakultativer Leistungsinhalt

- Schienen und/oder Apparaturen,
- Stellungsänderung im Verlauf der Behandlung

In der Gebührenordnungsposition 31932 sind die Kosten für die Herstellung der Schienen und Apparaturen nicht enthalten.

31941 **Abdrücke und Modelle I** 7,26 € 57 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Abdrücke oder Modellherstellung durch Gips oder andere Werkstoffe für eine Hand oder für einen Fuß, mit oder ohne Positiv - nicht für Kopieabdrücke -

Fakultativer Leistungsinhalt

- Gespräch mit dem Orthopädiemechaniker und dem Patienten zur Erstellung des Konstruktionsplanes für ein großes orthopädisches Hilfsmittel (z. B. Kunstglied)

31942 **Abdrücke und Modelle II** 11,85 € 93 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Abdrücke oder Modellherstellung durch Gips oder andere Werkstoffe
  - für einen Unterarm mit Hand

  und/oder
  - für einen Unterschenkel mit Fuß

  und/oder

- für einen Ober- oder Unterarm

und/oder

- für einen Unterschenkel- oder Oberschenkelstumpf (mit Tubersitzausarbeitung)

Fakultativer Leistungsinhalt

- Gespräch mit dem Orthopädiemechaniker und dem Patienten zur Erstellung des Konstruktionsplanes für ein großes orthopädisches Hilfsmittel (z. B. Kunstglied)

31943 **Abdrücke und Modelle III** 14,27 €
112 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Abdrücke oder Modellherstellung durch Gips oder andere Werkstoffe für den ganzen Arm oder das ganze Bein

Fakultativer Leistungsinhalt

- Abdrücke oder Modellherstellung durch Gips oder andere Werkstoffe für den Arm mit Schulter,
- Gespräch mit dem Orthopädiemechaniker und dem Patienten zur Erstellung des Konstruktionsplanes für ein großes orthopädisches Hilfsmittel (z. B. Kunstglied)

31944 **Abdrücke und Modelle IV** 22,17 €
174 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Abdrücke oder Modellherstellung durch Gips oder andere Werkstoffe für das Bein mit Becken

Fakultativer Leistungsinhalt

- Gespräch mit dem Orthopädiemechaniker und dem Patienten zur Erstellung des Konstruktionsplanes für ein großes orthopädisches Hilfsmittel (z. B. Kunstglied)

31945 **Abdrücke und Modelle V** 35,67 €
280 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Abdrücke oder Modellherstellung durch Gips oder andere Werkstoffe für den Rumpf

Fakultativer Leistungsinhalt

- Gespräch mit dem Orthopädiemechaniker und dem Patienten zur Erstellung des Konstruktionsplanes für ein großes orthopädisches Hilfsmittel (z. B. Kunstglied)

31946 **Abdrücke und Modelle VI** 37,84 €
297 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Abdrücke oder Modellherstellung durch Gips oder andere Werkstoffe für
  - Rumpf und Kopf

  oder
  - Rumpf und Arm

  oder

- Rumpf, Kopf und Arm

Fakultativer Leistungsinhalt

- Gespräch mit dem Orthopädiemechaniker und dem Patienten zur Erstellung des Konstruktionsplanes für ein großes orthopädisches Hilfsmittel (z. B. Kunstglied)

31.8 Zuschläge bei der Durchführung von Leistungen aus dem Katalog der Hybrid-DRG 2026 bei Patienten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr

31.8.1 Präambel

1. Bei der Durchführung von Leistungen des Hybrid-DRG-Leistungskataloges gemäß Anlage 1 des Beschlusses des ergänzten erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 5a SGB V in seiner 10. Sitzung am 11. November 2025, die Inhalt des Anhangs 2 zum EBM sind, kann für Patienten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr, zeitlich befristet vom 16. April 2026 bis zum 31. Dezember 2026, vom Operateur ein Zuschlag gemäß den Gebührenordnungspositionen 31950 bis 31999 zu der jeweiligen Gebührenordnungsposition des Abschnitts 31.2 berechnet werden.
2. Bei der Durchführung von Simultaneingriffen nach Nummer 3 bzw. Nummer 16 der Präambel 2.1 Anhang 2 zum EBM kann höchstens ein Zuschlag gemäß den Gebührenordnungspositionen 31950 bis 31999 zur Gebührenordnungsposition des Haupteingriffes berechnet werden.

31.8.2 Zuschläge

Zuschlag für ambulante Operationen bei der Durchführung von Leistungen des Hybrid-DRG Leistungskataloges bei Patienten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr bei einem der folgenden OPS-Kodes 1-502.7, 1-570.1, 1-586.0, 1-586.6, 1-673, 1-694, 5-056.9, 5-316.2, 5-316.3, 5-377.50, 5-377.6, 5-377.70, 5-377.71, 5-378.55, 5-378.5c, 5-378.5d, 5-378.5e, 5-378.5f, 5-378.b8, 5-378.ba, 5-378.bb, 5-378.bc, 5-378.c0, 5-378.c1, 5-378.c2, 5-378.c5, 5-378.c6, 5-378.c9, 5-378.cf, 5-378.ch, 5-378.cj, 5-378.ck, 5-378.d4, 5-378.d6, 5-378.d7, 5-378.d8, 5-452.1, 5-469.11, 5-469.21, 5-470.10, 5-470.11, 5-490.1, 5-491.10, 5-491.11, 5-491.12, 5-491.16, 5-492.00, 5-492.01, 5-492.02, 5-511.11, 5-530.00, 5-530.01, 5-530.02, 5-530.03, 5-530.1, 5-530.31, 5-530.32, 5-530.33, 5-530.34, 5-530.4, 5-530.5, 5-530.71, 5-530.72, 5-530.73, 5-530.74, 5-530.8, 5-530.90, 5-530.91, 5-531.0, 5-531.1, 5-531.31, 5-531.32, 5-531.33, 5-531.34, 5-531.4, 5-531.5, 5-531.71, 5-531.72, 5-531.73, 5-531.74, 5-531.8, 5-534.01, 5-534.02, 5-534.03, 5-534.1, 5-534.33, 5-534.34, 5-534.35, 5-534.36, 5-534.37, 5-535.0, 5-535.1, 5-535.33, 5-535.34, 5-535.35, 5-535.36, 5-535.37, 5-536.0, 5-536.10, 5-536.45, 5-536.46, 5-536.47, 5-536.48, 5-536.49, 5-536.4a, 5-539.0, 5-539.1, 5-539.30, 5-539.31, 5-539.32, 5-539.4, 5-546.20, 5-546.21, 5-546.22, 5-550.21, 5-550.31, 5-550.4, 5-561.5, 5-562.2, 5-562.3, 5-562.4, 5-562.5, 5-562.8, 5-562.9, 5-563.3, 5-563.4, 5-570.0, 5-573.1, 5-573.20, 5-573.21, 5-573.32, 5-573.40, 5-573.41, 5-582.1,

5-585.1, 5-585.2, 5-585.3, 5-589.1, 5-593.20, 5-599.00, 5-611, 5-612.0, 5-612.1, 5-622.0, 5-622.1, 5-624.4, 5-624.5, 5-630.5, 5-631.0, 5-631.1, 5-631.2, 5-633.0, 5-633.1, 5-634.0, 5-634.1, 5-634.2, 5-639.1, 5-639.2, 5-651.82, 5-651.92, 5-651.a2, 5-651.b2, 5-652.42, 5-652.52, 5-652.62, 5-653.22, 5-653.32, 5-657.62, 5-657.72, 5-657.82, 5-657.92, 5-658.6, 5-658.7, 5-658.8, 5-660.4, 5-661.42, 5-661.52, 5-661.62, 5-665.42, 5-665.52, 5-681.31, 5-681.32, 5-681.53, 5-681.81, 5-681.82, 5-681.83, 5-681.86, 5-681.91, 5-681.92, 5-681.93, 5-681.96, 5-683.01, 5-692.02, 5-692.12, 5-780.4w, 5-780.6u, 5-780.6v, 5-780.6w, 5-782.1s, 5-782.1t, 5-782.1u, 5-782.as, 5-782.at, 5-782.au, 5-782.bs, 5-782.bt, 5-788.00, 5-788.06, 5-788.07, 5-788.08, 5-788.09, 5-788.0a, 5-788.0b, 5-788.0c, 5-788.0d, 5-788.0e, 5-788.0f, 5-788.40, 5-788.41, 5-788.42, 5-788.43, 5-788.44, 5-788.51, 5-788.52, 5-788.53, 5-788.56, 5-788.5c, 5-788.5e, 5-788.60, 5-788.61, 5-788.66, 5-789.cv, 5-790.0v, 5-790.0w, 5-790.1r, 5-790.1v, 5-790.1w, 5-790.k0, 5-790.nr, 5-793.04, 5-793.06, 5-793.07, 5-793.14, 5-793.17, 5-793.1n, 5-793.1r, 5-793.26, 5-793.27, 5-793.36, 5-793.37, 5-793.3r, 5-793.h4, 5-793.h6, 5-793.h7, 5-793.hn, 5-793.hr, 5-793.k6, 5-794.04, 5-794.06, 5-794.07, 5-794.0n, 5-794.0r, 5-794.16, 5-794.17, 5-794.1r, 5-794.26, 5-794.27, 5-794.2r, 5-794.h4, 5-794.h6, 5-794.h7, 5-794.hn, 5-794.hr, 5-794.k6, 5-794.k7, 5-795.10, 5-795.20, 5-795.30, 5-795.h0, 5-795.k0, 5-796.00, 5-796.10, 5-796.20, 5-796.h0, 5-796.k0, 5-79a.1r, 5-800.0r, 5-800.3r, 5-800.4q, 5-800.5q, 5-800.6q, 5-800.9n, 5-800.9p, 5-800.9q, 5-800.9r, 5-808.b0, 5-808.b1, 5-808.b9, 5-808.ba, 5-808.bb, 5-808.bc, 5-808.bd, 5-808.be, 5-808.bf, 5-808.bg, 5-808.bx, 5-809.0q, 5-809.1m, 5-809.2q, 5-809.2r, 5-811.2k, 5-812.ek, 5-812.fk, 5-812.fm, 5-812.fn, 5-812.kk, 5-812.km, 5-812.kn, 5-812.kp, 5-812.kq, 5-812.kr, 5-819.0k, 5-850.d7, 5-851.1a, 5-852.0a, 5-852.2a, 5-852.6a, 5-852.9a, 5-852.aa, 5-854.0c, 5-855.1a, 5-859.1a, 5-859.2a, 5-896.1d, 5-897.0, 5-897.10, 5-897.11 sowie 5-897.12

31950	**zur Gebührenordnungsposition 31101**	142,31 € 1117 Punkte
31951	**zur Gebührenordnungsposition 31121**	145,75 € 1144 Punkte
31952	**zur Gebührenordnungsposition 31122**	216,08 € 1696 Punkte
31953	**zur Gebührenordnungsposition 31123**	299,40 € 2350 Punkte
31954	**zur Gebührenordnungsposition 31131**	159,38 € 1251 Punkte
31955	**zur Gebührenordnungsposition 31132**	238,50 € 1872 Punkte
31956	**zur Gebührenordnungsposition 31133**	331,25 € 2600 Punkte
31957	**zur Gebührenordnungsposition 31134**	424,00 € 3328 Punkte
31958	**zur Gebührenordnungsposition 31135**	613,32 €

		4814 Punkte
31959	**zur Gebührenordnungsposition 31142**	270,48 € 2123 Punkte
31960	**zur Gebührenordnungsposition 31143**	368,32 € 2891 Punkte
31961	**zur Gebührenordnungsposition 31152**	217,22 € 1705 Punkte
31962	**zur Gebührenordnungsposition 31153**	302,07 € 2371 Punkte
31963	**zur Gebührenordnungsposition 31154**	384,00 € 3014 Punkte
31964	**zur Gebührenordnungsposition 31155**	534,33 € 4194 Punkte
31965	**zur Gebührenordnungsposition 31156**	688,49 € 5404 Punkte
31966	**zur Gebührenordnungsposition 31162**	232,13 € 1822 Punkte
31967	**zur Gebührenordnungsposition 31163**	315,07 € 2473 Punkte
31968	**zur Gebührenordnungsposition 31164**	403,36 € 3166 Punkte
31969	**zur Gebührenordnungsposition 31171**	161,68 € 1269 Punkte
31970	**zur Gebührenordnungsposition 31172**	226,27 € 1776 Punkte
31971	**zur Gebührenordnungsposition 31173**	297,11 € 2332 Punkte
31972	**zur Gebührenordnungsposition 31174**	374,82 € 2942 Punkte
31973	**zur Gebührenordnungsposition 31175**	525,92 € 4128 Punkte
31974	**zur Gebührenordnungsposition 31212**	243,98 € 1915 Punkte
31975	**zur Gebührenordnungsposition 31213**	325,90 € 2558 Punkte
31976	**zur Gebührenordnungsposition 31214**	410,62 € 3223 Punkte
31977	**zur Gebührenordnungsposition 31215**	576,12 € 4522 Punkte
31978	**zur Gebührenordnungsposition 31232**	218,63 € 1716 Punkte

31979	**zur Gebührenordnungsposition 31233**	304,11 € 2387 Punkte
31980	**zur Gebührenordnungsposition 31242**	211,75 € 1662 Punkte
31981	**zur Gebührenordnungsposition 31271**	151,61 € 1190 Punkte
31982	**zur Gebührenordnungsposition 31272**	227,93 € 1789 Punkte
31983	**zur Gebührenordnungsposition 31273**	318,51 € 2500 Punkte
31984	**zur Gebührenordnungsposition 31274**	412,28 € 3236 Punkte
31985	**zur Gebührenordnungsposition 31281**	167,15 € 1312 Punkte
31986	**zur Gebührenordnungsposition 31282**	241,30 € 1894 Punkte
31987	**zur Gebührenordnungsposition 31283**	331,89 € 2605 Punkte
31988	**zur Gebührenordnungsposition 31284**	425,66 € 3341 Punkte
31989	**zur Gebührenordnungsposition 31292**	241,30 € 1894 Punkte
31990	**zur Gebührenordnungsposition 31294**	425,66 € 3341 Punkte
31991	**zur Gebührenordnungsposition 31295**	584,27 € 4586 Punkte
31992	**zur Gebührenordnungsposition 31304**	317,11 € 2489 Punkte
31993	**zur Gebührenordnungsposition 31305**	429,73 € 3373 Punkte
31994	**zur Gebührenordnungsposition 31312**	245,63 € 1928 Punkte
31995	**zur Gebührenordnungsposition 31313**	333,67 € 2619 Punkte
31996	**zur Gebührenordnungsposition 31314**	427,44 € 3355 Punkte
31997	**zur Gebührenordnungsposition 31319**	309,72 € 2431 Punkte
31998	**zur Gebührenordnungsposition 31275**	570,90 € 4481 Punkte
31999	**zur Gebührenordnungsposition 31306**	542,10 €

4255 Punkte

32 In-vitro-Diagnostik der Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie sowie Transfusionsmedizin

1. Quantitative Laborleistungen sind nur dann berechnungsfähig, wenn ihre Durchführung nach Maßgabe der Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung quantitativer laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen erfolgt. Näheres bestimmen die Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für Verfahren zur Qualitätssicherung gemäß § 75 Abs. 7 SGB V. Alle Maßnahmen zur Qualitätssicherung sind Bestandteil der einzelnen Untersuchungen.
2. Werden Untersuchungsergebnisse im Rahmen eines programmierten Profils oder einer nicht änderbaren Parameterkombination gewonnen, so können nur die Parameter berechnet werden, die indiziert sind.
3. Auch wenn zur Erbringung einer Laborleistung aus demselben menschlichen Körpermaterial mehrfache Untersuchungen, Messungen oder Probenansätze erforderlich sind, kann die entsprechende Gebührenordnungsposition nur einmal berechnet werden. Werden aus mehr als einem Körpermaterial dieselben Leistungen erbracht, sind die Gebührenordnungspositionen entsprechend mehrfach berechnungsfähig.
4. Die Bestimmung einer Bezugsgröße für die Konzentration eines anderen berechnungsfähigen Parameters (z. B. Kreatinin für die Harnkonzentration) ist Bestandteil dieser Gebührenordnungsposition und nicht gesondert berechnungsfähig.
5. Werden alle Bestandteile eines Leistungskomplexes bestimmt, so kann nur die für den Leistungskomplex angegebene Gebührenordnungsposition abgerechnet werden. Die Summe der Kostenbeträge für einzeln abgerechnete Gebührenordnungspositionen, die Bestandteil eines Komplexes sind, darf den für die Komplexleistung festgelegten Kostenbetrag nicht überschreiten.
6. "Ähnliche Untersuchungen" können nur dann berechnet werden, wenn dies die entsprechende Leistungsbeschreibung vorsieht und für den betreffenden Parameter (Messgröße) keine eigenständige Gebührenordnungsposition vorhanden ist. Die Art der Untersuchung ist anzugeben.
7. Die rechnerische Ermittlung von Ergebnissen aus anderen Messwerten ist nicht berechnungsfähig.
8. Die im Kapitel 32 enthaltenen Höchstwerte für die entsprechenden Kataloge oder Einzelleistungen umfassen alle Untersuchungen aus demselben Körpermaterial, auch wenn dieses an einem oder an zwei aufeinanderfolgenden Tagen entnommen und an mehreren Tagen untersucht wurde. Das gilt sinngemäß auch, wenn die Nebeneinanderberechnung von Gebührenordnungspositionen aus

demselben Untersuchungsmaterial durch Begrenzungsregelungen eingeschränkt ist.

9. Vorbereitende Maßnahmen (Aufbereitungen, Vorbehandlungen) am Untersuchungsmaterial oder an Proben davon, z. B. Serumgewinnung, Antikoagulation, Extraktion, Anreicherung, sind Bestandteil der jeweiligen Gebührenordnungsposition, soweit nichts anderes bestimmt ist.
10. Die Kosten für die Beschaffung und ggf. die Aufbereitung von Reagenzien, Substanzen und Materialien für in-vitro- und in-vivo-Untersuchungen, die mit ihrer Anwendung verbraucht sind, sowie die Kosten dieser Substanzen selbst sind in den Gebührenordnungspositionen enthalten, soweit nichts anderes bestimmt ist.
11. Die Kosten für zu applizierende Substanzen bei Funktionsprüfungen sind in den Gebührenordnungspositionen nicht enthalten.
12. Die Kosten für eine sachgemäße Beseitigung bzw. Entsorgung aller Materialien sind in den Gebührenordnungspositionen enthalten.
13. In den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 32.2 und 32.3 sind die Gebührenordnungspositionen 01600 und 01601 enthalten.
14. Bei Aufträgen zur Durchführung von Untersuchungen des Kapitels 32 hat der überweisende Vertragsarzt grundsätzlich Diagnose, Verdachtsdiagnose oder Befunde mitzuteilen und Art und Umfang der Leistungen durch Angabe der Gebührenordnungsposition bzw. der Legende der Gebührenordnungsposition zu definieren (Definitionsauftrag) oder durch Angabe des konkreten Untersuchungsziels einzugrenzen (Indikationsauftrag). Der ausführende Vertragsarzt darf nur diese Gebührenordnungspositionen berechnen. Eine Erweiterung des Auftrages bedarf der Zustimmung des Vertragsarztes, der den Auftrag erteilt hat (gemäß § 24 Abs. 7 und 8 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä)).
15. Die Arztpraxis, die auf Überweisung kurativ-ambulante Auftragsleistungen des Kapitels 32 EBM durchführt, teilt der überweisenden Arztpraxis zum Zeitpunkt der abgeschlossenen Untersuchung die Gebührenordnungspositionen dieser Leistungen und die Höhe der Kosten gemäß der regionalen Euro-GO getrennt nach Leistungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM mit. Dies gilt sinngemäß für die Mitteilung der Kosten über die in einer Laborgemeinschaft veranlassten Leistungen an den Veranlasser. Im Falle der Weiterüberweisung eines Auftrages oder eines Teilauftrages hat jede weiter überweisende Arztpraxis dem vorhergehenden Überweiser die Angaben nach Satz 1 sowohl über die selbst erbrachten Leistungen als auch über die Leistungen mitzuteilen, die ihr von der Arztpraxis gemeldet wurden, an die sie weiterüberwiesen hatte.
16. In Anhang 4 zum EBM sind Laborleistungen aufgeführt, die nicht bzw. nicht mehr berechnungsfähig sind. Diese Leistungen sind auch nicht als "Ähnliche Untersuchungen" berechnungsfähig.
17. Im Zusammenhang mit einer Screening-Untersuchung dürfen Tumormarker nicht verwendet werden.

18. Die Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 32.2 und 32.3, ausgenommen der Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 32575, 32614, 32618, 32660 und 32781, sind im Zyklusfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 08535, 08536, 08550, 08555, 08558 und 08635 berechnungsfähig.

32.1 Grundleistungen

1. Für die wirtschaftliche Erbringung und Veranlassung von laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen wird die Gebührenordnungsposition 32001 einmal im Behandlungsfall, in dem mindestens eine Versicherten-, Grund- und/oder Konsiliarpauschale der Kapitel 3, 4, 7 bis 11, 13, 16 bis 18, 20, 21, 26, 27 oder 30.7 mit persönlichem Arzt-Patienten-Kontakt abgerechnet wird, vergütet. Die Gebührenordnungsposition 32001 wird ebenso für alle Behandlungsfälle vergütet, bei denen die Versorgungspauschale nach der Gebührenordnungsposition 03100 im Vorquartal berechnet wurde und im aktuellen Quartal ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden hat. Die Gebührenordnungsposition 32001 ist nur im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung berechnungsfähig. Abweichend von den Sätzen 1 und 2 wird der Zuschlag nach der Gebührenordnungsposition 32001 in selektivvertraglichen Fällen im Quartal vergütet, sofern die wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 nicht Gegenstand des Selektivvertrags ist. Die Wirtschaftlichkeit der von Laborgemeinschaften bezogenen, als Auftragsleistung überwiesenen und eigenerbrachten Leistungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 wird anhand des arztpraxisspezifischen Fallwertes gemäß Nummer 2 in Form eines Wirtschaftlichkeitsfaktors nach den Nummern 4 und 5 berechnet. Für die Ermittlung der arztpraxisspezifischen Bewertung der Gebührenordnungsposition 32001 ist die Punktzahl der Gebührenordnungsposition 32001 mit dem Wirtschaftlichkeitsfaktor gemäß den Nummern 4 und 5 zu multiplizieren.
2. Der arztpraxisspezifische Fallwert wird - unter Berücksichtigung der Ausnahmeregelung nach Nummer 6 - ermittelt als Summe der Kosten der in dem jeweiligen Quartal von Laborgemeinschaften bezogenen, als Auftragsleistung überwiesenen und eigenerbrachten Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 32.2 und 32.3 der Arztpraxis dividiert durch die Anzahl der Behandlungsfälle, in denen mindestens eine Versicherten-, Grund- und/oder Konsiliarpauschale der Kapitel 3, 4, 7 bis 11, 13, 16 bis 18, 20, 21, 26, 27 oder 30.7 mit persönlichem Arzt-Patienten-Kontakt abgerechnet wurde oder die Versorgungspauschale nach der Gebührenordnungsposition 03100 im Vorquartal berechnet wurde und im aktuellen Quartal ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden hat. Sofern die Kosten der Leistungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 in einem Folgequartal abgerechnet werden, sind die Kosten bei der Ermittlung des arztpraxisspezifischen Fallwertes in diesem Folgequartal ohne erneute Zählung des auslösenden Behandlungsfalls für die Berechnung des Wirtschaftlichkeitsfaktors

zu berücksichtigen. Bei der Ermittlung des arztpraxisspezifischen Fallwertes bleiben die Kosten der von der Arztpraxis abgerechneten Auftragsleistungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 unberücksichtigt.

3. Zusätzlich relevant für die Fallzählung gemäß Nummer 2 ist die Anzahl der selektivvertraglichen Fälle im Quartal bei Ärzten, die an einem Selektivvertrag teilnehmen, sofern gemäß diesem Vertrag die Leistungen der Abschnitte 32.2 und/oder 32.3 weiter als kollektivvertragliche Leistungen gemäß § 73 SGB V veranlasst oder abgerechnet werden und in diesen Fällen keine Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale berechnet wird. Der Nachweis aller selektivvertraglichen Fälle im Quartal erfolgt gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung anhand der kodierten Zusatznummer 88192 gegebenenfalls unter Angabe einer Kennnummer gemäß Nummer 6.
4. Sofern der arztpraxisspezifische Fallwert kleiner oder gleich dem arztgruppenspezifischen unteren begrenzenden Fallwert ist, beträgt der Wirtschaftlichkeitsfaktor 1.

   Ist der arztpraxisspezifische Fallwert größer oder gleich dem arztgruppenspezifischen oberen begrenzenden Fallwert, beträgt der Wirtschaftlichkeitsfaktor 0.

   Liegt der arztpraxisspezifische Fallwert zwischen dem arztgruppenspezifischen unteren begrenzenden Fallwert und dem arztgruppenspezifischen oberen begrenzenden Fallwert, wird der Wirtschaftlichkeitsfaktor anteilig wie folgt bestimmt: Die Differenz zwischen dem arztgruppenspezifischen oberen begrenzenden Fallwert und dem arztpraxisspezifischen Fallwert wird dividiert durch die Differenz zwischen dem arztgruppenspezifischen oberen begrenzenden Fallwert und dem arztgruppenspezifischen unteren begrenzenden Fallwert.

Arztgruppenspezifische untere und obere begrenzende Fallwerte

Versicherten-, Grund- oder Konsiliar-pauschale des EBM Kapitels bzw. Abschnitts	Arztgruppe	Unterer begren-zender Fallwert in Euro	Oberer begren-zender Fallwert in Euro
3	Allgemeinmedizin, hausärztliche Internisten und praktische Ärzte	1,42	3,37
4	Kinder- und Jugendmedizin	0,83	2,21
7	Chirurgie	0,00	0,37
8	Gynäkologie, Fachärzte ohne SP Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	0,95	2,47
8	Gynäkologie, SP Endokrinologie und	3,71	57,88

Versicherten-, Grund- oder Konsiliar-pauschale des EBM Kapitels bzw. Abschnitts	Arztgruppe	Unterer begren-zender Fallwert in Euro	Oberer begren-zender Fallwert in Euro
	Reproduktionsmedizin: Nur für Ärzte, die die Gebührenordnungspositionen 08520, 08531, 08535, 08537, 08538, 08539, 08550, 08555 und 08558 berechnen		
9	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	0,10	0,77
10	Dermatologie	0,47	2,18
11	Humangenetik	0,00	2,57
13.2	Innere Medizin, fachärztliche Internisten ohne SP	1,08	4,15
13.3.1	Innere Medizin, SP Angiologie	0,18	1,78
13.3.2	Innere Medizin, SP Endokrinologie	11,39	64,79
13.3.3	Innere Medizin, SP Gastroenterologie	1,44	5,68
13.3.4	Innere Medizin, SP Hämatologie/Onkologie	9,88	27,65
13.3.5	Innere Medizin, SP Kardiologie	0,24	1,22
13.3.6	Innere Medizin, SP Nephrologie	19,25	48,48
13.3.7	Innere Medizin, SP Pneumologie	0,72	4,68
13.3.8	Innere Medizin, SP Rheumatologie	7,58	31,86
16	Neurologie, Neurochirurgie	0,00	0,80
17	Nuklearmedizin	0,09	16,60
18	Orthopädie, Fachärzte ohne SP Rheumatologie	0,00	0,35
18	Orthopädie, SP Rheumatologie: Nur für Ärzte, die die Gebührenordnungsposition 18700 berechnen	0,18	1,23

Versicherten-, Grund- oder Konsiliar-pauschale des EBM Kapitels bzw. Abschnitts	Arztgruppe	Unterer begren-zender Fallwert in Euro	Oberer begren-zender Fallwert in Euro
20	Phoniatrie, Pädaudiologie	0,00	0,38
21	Psychiatrie	0,00	0,27
26	Urologie	2,27	6,73
27	Physikalische und Rehabilitative Medizin	0,00	0,27
30.7	Schmerztherapie	0,00	0,35

5. Wird ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt oder Zusatzweiterbildung im Arztfall gemäß der Präambel Kapitel 4 Nr. 4 im fachärztlichen Versorgungsbereich tätig, so bestimmen sich die arztgruppenspezifischen begrenzenden Fallwerte und die Bewertung der Gebührenordnungsposition 32001 gemäß dem entsprechenden Schwerpunkt der Inneren Medizin.

   Für einen Vertragsarzt, der seine Tätigkeit unter mehreren Gebiets- oder Schwerpunktbezeichnungen ausübt, richtet sich der arztgruppenspezifische untere und obere begrenzende Fallwert sowie die Bewertung der Gebührenordnungsposition 32001 nach dem Versorgungsauftrag, mit dem er zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen ist.

   Für (Teil-) Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinische Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten wird die Höhe der begrenzenden Fallwerte sowie die Bewertung der Gebührenordnungsposition 32001 arztpraxisspezifisch wie folgt bestimmt: Die jeweilige Summe der Produkte aus der Anzahl der Arztfälle des Arztes in der Praxis, in denen mindestens eine Versicherten-, Grund- und/oder Konsiliarpauschale der Kapitel 3, 4, 7 bis 11, 13, 16 bis 18, 20, 21, 26, 27 oder 30.7 mit persönlichem Arzt-Patienten-Kontakt abgerechnet wurde und dem arztgruppenspezifischen unteren begrenzenden Fallwert, dem arztgruppenspezifischen oberen begrenzenden Fallwert sowie der arztgruppenspezifischen Bewertung der Gebührenordnungsposition 32001 wird dividiert durch die Anzahl der Behandlungsfälle der berechtigten Ärzte, in denen mindestens eine Versicherten-, Grund- und/oder Konsiliarpauschale der Kapitel 3, 4, 7 bis 11, 13, 16 bis 18, 20, 21, 26, 27 oder 30.7 mit persönlichem Arzt-Patienten-Kontakt abgerechnet wurde.
6. Behandlungsfälle mit einer oder mehreren der nachfolgend aufgeführten Untersuchungsindikationen sind mit der (den) zutreffenden Kennnummer(n) zu kennzeichnen. Für diese Behandlungsfälle bleiben die für die jeweilige Untersuchungsindikation

genannten Gebührenordnungspositionen bei der Ermittlung des arztpraxisspezifischen Fallwertes unberücksichtigt.
Die Kennnummer(n) des Behandlungsfalls ist (sind) ausschließlich in der Abrechnung der beziehenden, eigenerbringenden oder veranlassenden Arztpraxis anzugeben.

Untersuchungsindikation	Kennnummer	Ausgenommene GOPen
Nebenstehende Gebührenordnungspositionen bleiben grundsätzlich bei der Ermittlung des arztpraxisspezifischen Fallwertes unberücksichtigt		32125; 32779; 32816; 32865; 32866; 32867; 32869; 32880; 32881; 32882
Diagnostik zur Bestimmung der notwendigen Dauer, Dosierung und Art eines gegebenenfalls erforderlichen Antibiotikums vor Einleitung einer Antibiotikatherapie oder bei persistierender Symptomatik vor erneuter Verordnung	32004	32151; 32459; 32720; 32721; 32722; 32723; 32724; 32725; 32726; 32727; 32750; 32759; 32760; 32761; 32762; 32763; 32772; 32773; 32774; 32775; 32777
Spezifische antivirale Therapie der chronischen viralen Hepatitiden	32005	32058; 32066; 32070; 32071; 32781; 32815; 32817; 32823; 32827
Erkrankungen oder Verdacht auf Erkrankungen, bei denen eine gesetzliche Meldepflicht besteht oder Mukoviszidose	32006	32172; 32176; 32177; 32178; 32179; 32185; 32186; 32565; 32566; 32567; 32568; 32572; 32573; 32574; 32575; 32584; 32586; 32587; 32590; 32592; 32593; 32600; 32611; 32612; 32613; 32614; 32615; 32619; 32620; 32623; 32624; 32629; 32630; 32636; 32660; 32662; 32664; 32680; 32700; 32701; 32705; 32707; 32721; 32722; 32723; 32724; 32725; 32726; 32727; 32743; 32745; 32746; 32747; 32748; 32749; 32750; 32759; 32760; 32761; 32762; 32764; 32768; 32772; 32773; 32774; 32775; 32777; 32780; 32781;

Untersuchungsindikation	Kenn-nummer	Ausgenommene GOPen
		32782; 32786; 32789; 32790; 32791; 32792; 32793; 32804; 32805; 32806; 32807; 32808; 32809; 32810; 32825; 32830; 32833; 32834; 32835; 32837; 32839; 32842; 32850; 32851; 32852; 32853
Leistungen der Mutterschaftsvorsorge gemäß der Mutterschafts-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses bei Vertretung, im Notfall oder bei Mit- bzw. Weiterbehandlung	32007	32031; 32035; 32038; 32120
Leistungen der Mutterschaftsvorsorge, die bei Vertretung, im Notfall oder bei Mit- bzw. Weiterbehandlung nach den kurativen Gebührenordnungspositionen erbracht werden, sind mit dem für die Mutterschaftsvorsorge vereinbarten Kennzeichen "V" zu versehen.		
Anfallsleiden unter antiepileptischer Therapie oder Psychosen unter Clozapintherapie	32008	32070; 32071; 32120; 32305; 32314; 32342
Allergische Erkrankungen bei Kindern bis zum vollendeten 6. Lebensjahr	32009	32380; 32426; 32427
Therapie der hereditären Thrombophilie, des Antiphospholipidsyndroms oder der Hämophilie	32011	32112; 32113; 32115; 32120; 32203; 32208; 32212; 32213; 32214; 32215; 32216; 32217; 32218; 32219; 32220; 32221; 32222; 32228
Erkrankungen unter antineoplastischer Therapie oder systemischer Zytostatika-Therapie und/oder Strahlentherapie	32012	32066; 32068; 32070; 32071; 32120; 32122; 32155; 32156; 32157; 32159; 32163; 32168; 32169; 32324; 32351; 32376; 32390; 32391; 32392; 32394; 32395; 32396; 32397; 32400; 32446; 32447; 32527
Substitutionsgestützte Behandlung Opioidabhängiger	32014	32137; 32140; 32141; 32142; 32143; 32144;

Untersuchungsindikation	Kenn-nummer	Ausgenommene GOPen
gemäß Nr. 2 Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses		32145; 32146; 32147; 32148; 32292; 32293; 32314; 32330; 32331; 32332; 32333; 32334; 32335; 32336; 32337
Orale Antikoagulantientherapie	32015	32026; 32113; 32114; 32120
Manifeste angeborene Stoffwechsel- und/ oder endokrinologische Erkrankung(en) bei Kindern und Jugendlichen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr	32017	32082; 32101; 32309; 32310; 32320; 32321; 32359; 32361; 32367; 32368; 32370; 32371; 32401; 32412
Chronische Niereninsuffizienz mit einer endogenen Kreatinin-Clearance < 25 ml/min	32018	32064; 32065; 32066; 32081; 32083; 32197; 32237; 32411; 32435
HLA-Diagnostik vor einer Organ-, Gewebe- oder hämatopoetischen Stammzelltransplantation und/ oder immunsuppressive Therapie nach erfolgter Transplantation	32020	32374; 32379; 32784; 32843; 32844; 32901; 32902; 32904; 32906; 32908; 32910; 32911; 32915; 32916; 32917; 32918; 32939; 32940; 32941; 32942; 32943
Therapiebedürftige HIV-Infektionen	32021	32058; 32066; 32070; 32071; 32520; 32521; 32522; 32523; 32524; 32525; 32526; 32821; 32824; 32828
Manifester Diabetes mellitus	32022	32025; 32057; 32066; 32094; 32135
Rheumatoide Arthritis (PCP) einschl. Sonderformen und Kollagenosen unter immunsuppressiver oder immunmodulierender Langzeit-Basistherapie	32023	32042; 32066; 32068; 32070; 32071; 32081; 32120; 32461; 32489; 32490; 32491
Erkrankungen oder Verdacht auf prä- bzw. perinatale Infektionen	32024	32565; 32566; 32567; 32568; 32572; 32573; 32574; 32575; 32594; 32602; 32603; 32621; 32626; 32629; 32630; 32660; 32740; 32750;

Untersuchungsindikation	Kenn-nummer	Ausgenommene GOPen
		32760; 32781; 32832; 32833

32001 **Wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen der Abschnitte 32.2 und/oder 32.3 (in Punkten) im Behandlungsfall, in dem mindestens eine Versicherten-, Grund- und/oder Konsiliarpauschale der Kapitel 3, 4, 7 bis 11, 13, 16 bis 18, 20, 21, 26, 27 oder 30.7 mit persönlichem Arzt-Patienten-Kontakt abgerechnet wird oder im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03100, sofern ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden hat,**

Versicherten-, Grund- oder Konsiliar-pauschale des EBM Kapitels bzw. Abschnitts	Arztgruppe	Punkte
3	Allgemeinmedizin, hausärztliche Internisten und praktische Ärzte	19
4	Kinder- und Jugendmedizin	17
7	Chirurgie	3
8	Gynäkologie, Fachärzte ohne SP Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	10
8	Gynäkologie, SP Endokrinologie und Reproduktionsmedizin: Nur für Ärzte, die die Gebührenordnungspositionen 08520, 08531, 08535, 08537, 08538, 08539, 08550, 08555 und 08558 berechnen	37
9	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	6
10	Dermatologie	10
11	Humangenetik	3
13.2	Innere Medizin, fachärztliche Internisten ohne SP	15
13.3.1	Innere Medizin, SP Angiologie	10
13.3.2	Innere Medizin, SP Endokrinologie	37
13.3.3	Innere Medizin, SP Gastroenterologie	15

Versicherten-, Grund- oder Konsiliar-pauschale des EBM Kapitels bzw. Abschnitts	Arztgruppe	Punkte
13.3.4	Innere Medizin, SP Hämatologie/ Onkologie	23
13.3.5	Innere Medizin, SP Kardiologie	6
13.3.6	Innere Medizin, SP Nephrologie	37
13.3.7	Innere Medizin, SP Pneumologie	15
13.3.8	Innere Medizin, SP Rheumatologie	23
16	Neurologie, Neurochirurgie	6
17	Nuklearmedizin	23
18	Orthopädie, Fachärzte ohne SP Rheumatologie	3
18	Orthopädie, SP Rheumatologie: Nur für Ärzte, die die Gebührenordnungsposition 18700 berechnen	6
20	Phoniatrie, Pädaudiologie	3
21	Psychiatrie	3
26	Urologie	15
27	Physikalische und Rehabilitative Medizin	3
30.7	Schmerztherapie	3

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 32001 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt.
Bei einer Ermächtigung nach § 95 Abs. 4 SGB V oder nach § 119b Satz 4 SGB V ist der Ermächtigte entsprechend seiner Zugehörigkeit zu den aufgeführten Arztgruppen zu berücksichtigen, sofern der Ermächtigungsumfang dem eines zugelassenen Vertragsarztes entspricht.
Die Gebührenordnungsposition 32001 ist im Zyklusfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 08535, 08536, 08550, 08555, 08558 und 08635 berechnungsfähig.

32.2 Allgemeine Laboratoriumsuntersuchungen

1. Bei den im Abschnitt 32.2 aufgeführten Bewertungen handelt es sich um Eurobeträge gemäß § 87 Abs. 2 Satz 8 SGB V. Der tatsächliche

Vergütungsanspruch ergibt sich aus den Eurobeträgen nach Satz 1 unter Berücksichtigung der für das entsprechende Quartal gültigen Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemäß § 87b Abs. 4 SGB V zur Honorarverteilung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen.

2. Die Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 32.2 sind am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 31.1.2 und nicht neben der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.

32.2.1 Basisuntersuchungen

1. Der Nachweis von Eiweiß und/oder Glukose im Harn (ggf. einschl. Kontrolle auf Ascorbinsäure) sowie die Bestimmung des spezifischen Gewichts und/oder des pH-Wertes im Harn ist nicht berechnungsfähig.

Quantitative Bestimmung, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32025 bis 32027,

je Untersuchung

32025	**Glucose**	1,60 €
32026	**TPZ (Thromboplastinzeit)**	4,70 €
32027	**D-Dimer (nicht mittels trägergebundener Reagenzien)**	15,30 €

Die Gebührenordnungspositionen 32025 bis 32027 sind nur berechnungsfähig bei Erbringung in der Arztpraxis des Vertragsarztes, der die Untersuchung veranlasst hat. Diese Erbringung ist anzunehmen, wenn das Untersuchungsergebnis innerhalb einer Stunde nach Materialentnahme vorliegt.
Die Gebührenordnungspositionen 32025 bis 32027 sind bei Erbringung in Laborgemeinschaften nicht berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 32025 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01732, 32057 und 32880 bis 32882 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 32026 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32113 und 32114 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 32027 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 32117 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 32025 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 01812 berechnungsfähig.

32030	**Orientierende Untersuchung**	0,50 €

Obligater Leistungsinhalt

- Orientierende Untersuchung mit visueller Auswertung mittels vorgefertigter
  - Reagenzträger

  oder
  - Reagenzzubereitungen

Fakultativer Leistungsinhalt

- Apparative Auswertung,

- Verwendung von Mehrfachreagenzträgern

Können mehrere Bestandteile eines Körpermaterials sowohl durch Verwendung eines Mehrfachreagenzträgers als auch durch Verwendung mehrerer Einfachreagenzträger erfasst werden, so ist in jedem Fall nur einmal die Gebührenordnungsposition 32030 berechnungsfähig.
Bei mehrfacher Berechnung der Gebührenordnungsposition 32030 ist die Art der Untersuchungen anzugeben.
Die Gebührenordnungsposition 32030 ist für die Untersuchung des Urins mittels Harnstreifentest nicht berechnungsfähig.

32031 **Mikroskopische Untersuchung des Harns auf morphologische Bestandteile** 0,25 €

32032 **Bestimmung des pH-Wertes durch apparative Messung** (außer im Harn) 0,25 €

32033 **Harnstreifentest auf mindestens fünf der folgenden Parameter: Eiweiß, Glukose, Erythrozyten, Leukozyten, Nitrit, pH-Wert, spezifisches Gewicht, Ketonkörper ggf. einschließlich Kontrolle auf Ascorbinsäure einschließlich visueller oder apparativer Auswertung** 0,50 €

Die Gebührenordnungsposition 32033 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01732 und 32880 bis 32882 berechnungsfähig.

Quantitative Bestimmung mit physikalischer oder chemischer **Messung oder Zellzählung**, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32035 bis 32039,

je Untersuchung

32035 **Erythrozytenzählung** 0,25 €

32036 **Leukozytenzählung** 0,25 €

32037 **Thrombozytenzählung** 0,25 €

32038 **Hämoglobin** 0,25 €

32039 **Hämatokrit** 0,25 €

Werden in Akut- bzw. Notfällen Leistungen entsprechend der Gebührenordnungspositionen 32035 bis 32039 als Einzelbestimmungen im Eigenlabor erbracht, sind die Gebührenordnungspositionen 32035 bis 32039 einzeln berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungspositionen 32035 bis 32039 sind nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32120, 32122 und 32125 berechnungsfähig.

32041 Qualitativer **immunologischer** Nachweis von **Albumin im Stuhl** 1,60 €

Die Gebührenordnungsposition 32041 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 40152 berechnungsfähig.

32042 Bestimmung der **Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit** 0,25 €

32.2.2 Mikroskopische Untersuchungen

32045 **Mikroskopische Untersuchung** eines Körpermaterials 0,25 €

Obligater Leistungsinhalt

- Nativpräparat (z. B. Kalilauge-Präparat auf Pilze, Untersuchung auf Trichomonaden und Treponemen)

und/oder

- Nach einfacher Färbung (z. B. mit Methylenblau, Fuchsin, Laktophenolblau, Lugolscher Lösung)

Fakultativer Leistungsinhalt

- Phasenkontrastdarstellung,
- Dunkelfeld

Die Gebührenordnungsposition 32045 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 01827 berechnungsfähig.

Mikroskopische Untersuchung eines Körpermaterials **nach differenzierender Färbung**, ggf. einschl. Zellzählung, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32046, 32047 und 32050,

je Untersuchung

32046 **Fetal-Hämoglobin in Erythrozyten** 0,40 €

32047 **Retikulozytenzählung** 0,40 €

32050 **Mikroskopische Untersuchung** eines Körpermaterials nach **Gram-Färbung** 0,40 €

Die Gebührenordnungsposition 32047 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32120, 32122 und 32125 berechnungsfähig.

32051 Mikroskopische **Differenzierung** und Beurteilung aller korpuskulären Bestandteile des gefärbten **Blutausstriches** 0,40 €

Die Gebührenordnungsposition 32051 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32121 und 32122 berechnungsfähig.

32052 Quantitative Bestimmung(en) der morphologischen Bestandteile durch **Kammerzählung** der Zellen im **Sammelharn**, auch in mehreren Fraktionen innerhalb von 24 Stunden (Addis-Count) 0,25 €

32.2.3 Physikalische oder chemische Untersuchungen

32055 Quantitative **Bestimmung eines Arzneimittels** (z. B. Theophyllin, Antikonvulsiva, Herzglykoside) in einem Körpermaterial mittels 1,99 €

trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien und apparativer Messung (z. B. Reflexionsmessung),
je Untersuchung

Quantitative **Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten**, auch mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32056 bis 32079 und 32081 bis 32087,
je Untersuchung

32056	**Gesamteiweiß**	0,25 €
32057	**Glukose**	0,25 €
32058	**Bilirubin gesamt**	0,25 €
32059	**Bilirubin direkt**	0,40 €
32060	**Cholesterin gesamt**	0,25 €
32061	**HDL-Cholesterin**	0,25 €
32062	**LDL-Cholesterin**	0,25 €
32063	**Triglyceride**	0,25 €
32064	**Harnsäure**	0,25 €
32065	**Harnstoff**	0,25 €
32066	**Kreatinin (Jaffé-Methode)**	0,25 €
32067	**Kreatinin, enzymatisch**	0,40 €
32068	**Alkalische Phosphatase**	0,25 €
32069	**GOT**	0,25 €
32070	**GPT**	0,25 €
32071	**Gamma-GT**	0,25 €
32072	**Alpha-Amylase**	0,40 €
32073	**Lipase**	0,40 €
32074	**Creatinkinase (CK)**	0,25 €
32075	**LDH**	0,25 €
32076	**GLDH**	0,40 €
32077	**HBDH**	0,40 €
32078	**Cholinesterase**	0,40 €
32079	**Saure Phosphatase**	0,25 €
32081	**Kalium**	0,25 €
32082	**Calcium**	0,25 €
32083	**Natrium**	0,25 €
32084	**Chlorid**	0,25 €

32085 **Eisen** 0,25 €

32086 **Phosphor anorganisch** 0,40 €

32087 **Lithium** 0,58 €

Die Gebührenordnungsposition 32057 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01732, 32025, 32125 und 32880 bis 32882 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungspositionen 32060 bis 32063 sind nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01732 und 32880 bis 32882 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungspositionen 32066 und 32067 sind nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01930 und 32125 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungspositionen 32071 und 32081 sind nicht neben der Gebührenordnungsposition 32125 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 32074 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 32150 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 32057 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 01812 berechnungsfähig.

32089 **Zuschlag** zu den Gebührenordnungspositionen 32057, 32064, 32065 oder 32066 oder 32067, 32069, 32070, 32072 oder 32073, 32074, 32081, 32082 und 32083 bei Erbringung mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien im Labor innerhalb der eigenen Arztpraxis als **Einzelbestimmung(en),** 0,78 €

je Leistung

Die Gebührenordnungsposition 32089 ist nicht berechnungsfähig bei Bezug der Analyse aus Laborgemeinschaften oder bei Erbringung mit Analysensystemen, die für Serien mit hoher Probenzahl bestimmt sind, z. B. Systeme mit mechanisierter Probenverteilung und/ oder programmierten Analysen mehrerer Messgrößen in einem Untersuchungsablauf.

32092 **Quantitative Bestimmung CK-MB** 1,12 €

Die Gebührenordnungsposition 32092 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 32150 berechnungsfähig.

32094 **Quantitative Bestimmung von HbA1c** 2,67 €

32097 **Quantitative Bestimmung des/der natriuretischen Peptides/Peptide BNP und/oder NT-Pro-BNP und/oder MR-Pro-ANP,** 11,90 €

je Untersuchung

Die Gebührenordnungsposition 32097 ist nur bei Erbringung und Qualitätssicherung in eigener Praxis oder bei Überweisung berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 32097 ist nicht bei Bezug der Analyse aus Laborgemeinschaften berechnungsfähig.

32101	**Quantitative Bestimmung von Thyrotropin (TSH),** je Untersuchung	2,39 €
	Quantitative **immunochemische Bestimmung im Serum**, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32103 bis 32106, je Untersuchung	
32103	Immunglobulin A (Gesamt-**IgA**)	0,58 €
32104	Immunglobulin G (Gesamt-**IgG**)	0,58 €
32105	Immunglobulin M (Gesamt-**IgM**)	0,58 €
32106	**Transferrin**	0,58 €
32107	**Elektrophoretische Trennung von Proteinen oder Lipoproteinen im Serum** mit quantitativer Auswertung der Fraktionen und graphischer Darstellung	0,73 €

32.2.4 Gerinnungsuntersuchungen

	Untersuchungen zur **Abklärung einer plasmatischen Gerinnungsstörung** oder zur Verlaufskontrolle bei **Antikoagulantientherapie**, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32110 bis 32117, je Untersuchung	
32110	**Blutungszeit (standardisiert)**	0,73 €
32111	**Rekalzifizierungszeit**	0,73 €
32112	Partielle Thromboplastinzeit (**PTT**)	0,58 €
32113	Thromboplastinzeit **(TPZ) aus Plasma**	0,58 €
32114	Thromboplastinzeit **(TPZ) aus Kapillarblut**	0,73 €
32115	Thrombingerinnungszeit (**TZ**)	0,73 €
32116	**Fibrinogenbestimmung**	0,73 €
32117	Qualitativer Nachweis von **Fibrinmonomeren, Fibrin- und/oder Fibrinogen-Spaltprodukten** (z. B. D-Dimere)	4,46 €

Der Höchstwert für die Untersuchungen entsprechend der Gebührenordnungspositionen 32110 bis 32116 beträgt 1,55 EURO.
Die Gebührenordnungspositionen 32113 und 32114 sind nicht neben der Gebührenordnungsposition 32026 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 32117 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 32027 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungspositionen 32110 bis 32117 sind am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 01741 berechnungsfähig.

32.2.5 Funktions- und Komplexuntersuchungen

32120 Bestimmung von **mindestens zwei** der folgenden **Parameter**: Erythrozytenzahl, Leukozytenzahl (ggf. einschl. orientierender Differenzierung), Thrombozytenzahl, Hämoglobin, Hämatokrit, mechanisierte Retikulozytenzählung, insgesamt — 0,50 €

Die Gebührenordnungsposition 32120 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32035 bis 32039, 32047, 32122 und 32125 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 32120 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 01741 berechnungsfähig.

32121 **Mechanisierte Zählung** der Neutrophilen, Eosinophilen, Basophilen, Lymphozyten und Monozyten, insgesamt — 0,58 €

Die Gebührenordnungsposition 32121 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32051 und 32122 berechnungsfähig.

32122 **Vollständiger Blutstatus** mittels automatisierter Verfahren — 1,07 €

Obligater Leistungsinhalt

- Hämoglobin,
- Hämatokrit,
- Erythrozytenzählung,
- Leukozytenzählung,
- Thrombozytenzählung,
- Mechanisierte Zählung der Neutrophilen, Eosinophilen, Basophilen, Lymphozyten und Monozyten

Fakultativer Leistungsinhalt

- Mechanisierte Zählung der Retikulozyten,
- Bestimmung weiterer hämatologischer Kenngrössen

Die Gebührenordnungsposition 32122 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32035 bis 32039, 32047, 32051, 32120, 32121 und 32125 berechnungsfähig.

32123 **Zuschlag** zu den Gebührenordnungspositionen 32121 oder 32122 bei **nachfolgender mikroskopischer Differenzierung** und Beurteilung aller korpuskulären Bestandteile des gefärbten Blutausstriches — 0,40 €

32124 Bestimmung der **endogenen Kreatininclearance** — 0,78 €

Die Gebührenordnungsposition 32124 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 32197 berechnungsfähig.

32125 Bestimmung von **mindestens sechs** der folgenden **Parameter**: Erythrozyten, Leukozyten, Thrombozyten, Hämoglobin, Hämatokrit, Kalium, Glukose im Blut, Kreatinin, Gamma-GT **vor Eingriffen in Narkose oder in rückenmarksnaher Regionalanästhesie** (spinal, peridural) — 1,41 €

Die Gebührenordnungsposition 32125 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32035 bis 32039, 32047, 32057, 32066, 32067, 32071, 32081, 32120 und 32122 berechnungsfähig.

32.2.6 Immunologische Untersuchungen und Untersuchungen auf Drogen

Immunologischer oder gleichwertiger chemischer Nachweis, ggf. einschl. mehrerer Probenverdünnungen, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32128 und 32130 bis 32136,
je Untersuchung

32128	**C-reaktives Protein**	1,12 €
32130	**Streptolysin O-Antikörper** (Antistreptolysin)	1,12 €
32131	**Gesamt-IgM beim Neugeborenen**	2,09 €
32132	**Schwangerschaftsnachweis**	1,30 €
32133	**Mononucleose-Test**	1,99 €
32134	**Myoglobin**	2,91 €
32135	**Mikroalbuminurie**-Nachweis	1,55 €
32136	**Alpha-1-Mikroglobulinurie**-Nachweis	1,79 €

Die Gebührenordnungsposition 32134 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 32150 berechnungsfähig.

Drogensuchtest unter Verwendung eines **vorgefertigten Reagenzträgers**, gilt für Gebührenordnungspositionen 32137 und 32140 bis 32147
je Substanz und/oder Substanzgruppe

32137	**Buprenorphinhydrochlorid**	3,05 €
32140	**Amphetamin/Metamphetamin**	3,05 €
32141	**Barbiturate**	2,96 €
32142	**Benzodiazepine**	3,05 €
32143	**Cannabinoide (THC)**	3,05 €
32144	**Kokain**	3,05 €
32145	**Methadon**	3,05 €
32146	**Opiate (Morphin)**	3,05 €
32147	**Phencyclidin (PCP)**	2,96 €

Die Gebührenordnungspositionen 32137 und 32140 bis 32147 sind nicht neben der Gebührenordnungsposition 32292 berechnungsfähig.

32148	**Quantitative Alkohol-Bestimmung in der Atemluft mit apparativer Messung, z. B. elektrochemisch, im Rahmen der substitutionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger**	1,00 €

gemäß Nr. 2 Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses

Der Höchstwert im Behandlungsfall für die Untersuchungen entsprechend der Gebührenordnungspositionen 32137 und 32140 bis 32148 beträgt im ersten und zweiten Quartal der substitutionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger gemäß Nr. 2 Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses 125,00 EURO.
Der Höchstwert im Behandlungsfall für die Untersuchungen entsprechend der Gebührenordnungspositionen 32137 und 32140 bis 32148 beträgt ab dem dritten Quartal oder außerhalb der substitutionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger gemäß Nr. 2 Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses 64,00 EURO.
Die Gebührenordnungsposition 32148 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 01955 berechnungsfähig.

32150 Immunologischer Nachweis von **Troponin I und/oder Troponin T** auf einem vorgefertigten Reagenzträger bei akutem koronaren Syndrom (ACS), ggf. einschl. apparativer quantitativer Auswertung — 11,25 €

Die Untersuchung entsprechend der Gebührenordnungsposition 32150 sollte bei Verdacht einer Myokardschädigung nur dann durchgeführt werden, wenn der Beginn der klinischen Symptomatik länger als 3 Stunden zurückliegt und die Entscheidung über das Vorgehen bei dem Patienten aufgrund der typischen Symptomatik und eines typischen EKG-Befundes nicht getroffen werden kann.
Die Gebührenordnungsposition 32150 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32074, 32092, 32134 und 32450 berechnungsfähig.

32.2.7 Mikrobiologische Untersuchungen

32151 **Kulturelle** bakteriologische und/oder mykologische **Untersuchung** — 1,12 €

Obligater Leistungsinhalt

- Kulturelle bakteriologische Untersuchung
und/oder
- Kulturelle mykologische Untersuchung,
- Verwendung eines
  - Standardnährbodens
  und/oder
  - Trägers mit einem oder mehreren vorgefertigten Nährböden (z. B. Eintauchnährböden)

Fakultativer Leistungsinhalt

- Nachweis antimikrobieller Wirkstoffe mittels Hemmstofftest,
- Nachfolgende Keimzahlschätzung(en),

- Nachfolgende mikroskopische Prüfung(en),
- Einfache Differenzierung(en) (z. B. Chlamydosporen-Nachweis, Nachweis von Pseudomycel)

Die Gebührenordnungsposition 32151 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 32720 berechnungsfähig.

32152 Orientierender **Schnelltest auf A-Streptokokken-Gruppenantigen** bei Patienten bis zum vollendeten 16. Lebensjahr — 2,55 €

32.2.8 Laborpauschalen im Zusammenhang mit präventiven Leistungen

32880 **Harnstreifentest gemäß Anlage 1 der Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie auf Eiweiß, Glukose, Erythrozyten, Leukozyten und Nitrit** — 0,50 €

Erfolgt die Untersuchung nicht unmittelbar nach Gewinnung des Urins ist durch geeignete Lagerungs- und ggf. Transportbedingungen sicherzustellen, dass keine Verfälschungen des Analyseergebnisses auftreten können.
Die Gebührenordnungsposition 32880 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32025, 32033, 32057 und 32060 bis 32063 berechnungsfähig.

32881 **Bestimmung der Nüchternplasmaglukose gemäß Anlage 1 der Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie** — 0,25 €

Die Gebührenordnungsposition 32881 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32025, 32033, 32057 und 32060 bis 32063 berechnungsfähig.

32882 **Bestimmung des Lipidprofils (Gesamtcholesterin, LDL-Cholesterin, HDL-Cholesterin und Triglyceride) gemäß Anlage 1 der Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie** — 1,00 €

Die Gebührenordnungsposition 32882 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32025, 32033, 32057 und 32060 bis 32063 berechnungsfähig.

32.3 Spezielle Laboratoriumsuntersuchungen, molekulargenetische und molekularpathologische Untersuchungen

1. Bei den im Abschnitt 32.3 aufgeführten Bewertungen handelt es sich um Eurobeträge gemäß § 87 Abs. 2 Satz 8 SGB V. Der tatsächliche Vergütungsanspruch ergibt sich aus den Eurobeträgen nach Satz 1 unter Berücksichtigung der für das entsprechende Quartal gültigen Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemäß § 87b Abs. 4 SGB V zur Honorarverteilung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen.
2. Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 32.3 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung Spezial-Labor gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.

3. Die Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 32.3 unterliegen einer Staffelung je Arztpraxis in Abhängigkeit von der im Quartal erbrachten Anzahl der Gebührenordnungspositionen nach dem Abschnitt 32.3. Rechnet die Arztpraxis mehr als 450.000 Gebührenordnungspositionen nach dem Abschnitt 32.3 im Quartal ab, wird die Vergütung in EURO der darüber hinaus abgerechneten Kosten nach dem Abschnitt 32.3 um 20 % vermindert. Sofern ein Höchstwert zu berechnen ist, zählen die dem Höchstwert zugrunde liegenden Gebührenordnungspositionen hinsichtlich der Abstaffelung insgesamt als eine Gebührenordnungsposition.
4. Die Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 32.3 sind am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 31.1.2 und nicht neben der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.

32.3.1 Mikroskopische Untersuchungen

Mikroskopische Untersuchung von **Blut- oder Knochenmarkzellen nach zytochemischer Färbung**, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32155 bis 32158 und 32159 bis 32161,
je Untersuchung

32155	**Alkalische Leukozyten(Neutrophilen)phosphatase**	13,16 €
32156	**Esterasereaktion**	5,15 €
32157	**Peroxydasereaktion**	5,15 €
32158	**PAS-Reaktion**	5,15 €
32159	**Eisenfärbung**	7,73 €
32160	**Saure Phosphatase**	5,15 €
32161	**Terminale Desoxynukleotidyl-Transferase (TdT)**	5,15 €

Die Gebührenordnungsposition 32159 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 32168 berechnungsfähig.

Mikroskopische Differenzierung eines Materials als **gefärbte(r) Ausstrich(e)** oder als Tupfpräparat(e) **eines Organpunktates**, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32163 bis 32167,
je Untersuchung

32163	**Knochenmark**	7,27 €
32164	**Lymphknoten**	8,46 €
32165	**Milz**	12,00 €
32166	**Synovia**	5,34 €
32167	Morphologische Differenzierung des **Liquorzellausstrichs**	5,89 €
32168	Mikroskopische Differenzierung eines Materials als **gefärbte(r) Ausstrich(e)** oder als Tupfpräparat(e) des **Knochenmarks** einschl. der	14,08 €

Beurteilung des Eisenstatus auf Sideroblasten, Makrophageneisen und Therapieeisengranula

Die Gebührenordnungsposition 32168 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 32159 berechnungsfähig.

32169 **Vergleichende hämatologische Begutachtung** von mikroskopisch differenzierten Ausstrichen des **Knochenmarks und des Blutes**, einschl. Dokumentation — 14,08 €

32170 **Mikroskopische Differenzierung von Haaren** (Trichogramm) — 5,15 €

Obligater Leistungsinhalt

- Mikroskopische Differenzierung von Haaren einschl. deren Wurzeln (Trichogramm)

Fakultativer Leistungsinhalt

- Färbung, auch mehrere Präparate,
- Epilation

32172 Mikroskopische Untersuchung des Blutes auf **Parasiten**, z. B. Plasmodien, Mikrofilarien, **im gefärbten Blutausstrich** und/oder **Dicken Tropfen** — 7,73 €

Mikroskopische Untersuchung eines Körpermaterials auf **Krankheitserreger nach differenzierender Färbung**, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32175 bis 32182,

je Untersuchung

32175 **Corynebakterienfärbung nach Neisser** — 5,70 €

32176 **Ziehl-Neelsen-Färbung auf Mykobakterien** — 4,78 €

32177 **Färbung mit Fluorochromen (z. B. Auramin) auf Mykobakterien** — 4,60 €

32178 **Giemsa-Färbung auf Protozoen** — 5,80 €

32179 **Karbolfuchsinfärbung auf Kryptosporidien** — 1,29 €

32180 **Tuschepräparat auf Kryptokokken** — 5,15 €

32181 **Färbung mit Fluorochromen** (z. B. Acridinorange, Calcofluor weiß) **auf Pilze** — 3,04 €

32182 **Ähnliche Untersuchungen** unter Angabe der Erregerart und Art der Färbung — 5,80 €

Mikroskopische Untersuchung eines Körpermaterials auf **Krankheitserreger nach differenzierender Färbung**, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32185 bis 32187,

je Untersuchung

32185 **Heidenhain-Färbung auf Protozoen** — 9,02 €

32186 **Trichrom-Färbung auf Protozoen** — 7,27 €

32187 **Silberfärbung auf Pneumozysten** 3,22 €

32.3.2 Funktionsuntersuchungen

32190 Physikalisch-morphologische **Untersuchung des Spermas** [Menge, Viskosität, pH-Wert, Nativpräparat(e), Differenzierung der Beweglichkeit, Bestimmung der Spermienzahl, Vitalitätsprüfung, morphologische Differenzierung nach Ausstrichfärbung (z. B. Papanicolaou)] 23,70 €

Die Gebührenordnungsposition 32190 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 08540 und 08640 berechnungsfähig.

Funktionsprüfung mit Belastung, einschl. der erforderlichen quantitativen Bestimmungen im **Harn oder Blut**, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32192 bis 32195,
je Funktionsprüfung

32192 **Laktosetoleranz-Test** 3,77 €

32193 **D-Xylose-Test** 4,60 €

32194 **Pancreolauryl-Test** 9,00 €

32195 **Ähnliche Untersuchungen** (mit Ausnahme von Glukose-Toleranztests), unter Angabe der Art der Untersuchung 4,60 €

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 32195 setzt die Begründung der medizinischen Notwendigkeit der jeweiligen Untersuchung im Einzelfall voraus. Abweichend davon kann die Begründung der medizinischen Notwendigkeit der jeweiligen Untersuchung im Einzelfall entfallen bei: Fructose-Toleranz-Test und säuresekretorische Kapazität des Magens.

Funktionsprüfung der Nieren durch **Bestimmung der Clearance** mit mindestens drei quantitativ-chemischen Blut- oder Harnanalysen, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32196 bis 32198,
je Funktionsprüfung

32196 **Inulin-Clearance** 10,30 €

32197 **Harnstoff-, Phosphat- und/oder Calcium-Clearance, ggf. inkl. Kreatinin-Clearance** 9,20 €

32198 **Ähnliche Untersuchungen**, unter Angabe der Art der Untersuchung 10,40 €

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 32198 setzt die Begründung der medizinischen Notwendigkeit der jeweiligen Untersuchung im Einzelfall voraus.
Die Gebührenordnungsposition 32197 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 32124 berechnungsfähig.

32.3.3 Gerinnungsuntersuchungen

32203 **Thrombelastogramm** 15,27 €

Untersuchung der **Gerinnungsfunktion** durch **Globaltests**, ggf. einschl. mehrfacher Bestimmung der Gerinnungszeit, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32205 bis 32208,
je Untersuchung

32205	**Batroxobin-(Reptilase-)zeit**	15,46 €
32206	Aktiviertes Protein C-Resistenz (**APC-Resistenz**, APC-Ratio)	14,35 €
32207	**Lupus Antikoagulans** (Lupusinhibitoren)	12,79 €
32208	**Ähnliche Untersuchungen** unter Angabe der Art der Untersuchung	17,66 €

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 32208 setzt die Begründung der medizinischen Notwendigkeit der jeweiligen Untersuchung im Einzelfall voraus. Abweichend davon kann die Begründung der medizinischen Notwendigkeit der jeweiligen Untersuchung im Einzelfall entfallen bei: Ecarin-Clotting-Time, anti-Xa Aktivität.

Quantitative Bestimmung von **Einzelfaktoren des Gerinnungssystems**, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32210 bis 32227,
je Faktor

32210	**Antithrombin III**	10,49 €
32211	**Plasminogen**	16,84 €
32212	**Fibrinmonomere, Fibrin- und/oder Fibrinogenspaltprodukte**, z. B. D-Dimere	17,00 €
32213	**Faktor II**	17,30 €
32214	**Faktor V**	16,93 €
32215	**Faktor VII**	31,83 €
32216	**Faktor VIII**	22,36 €
32217	**Faktor VIII-assoziiertes Protein**	27,78 €
32218	**Faktor IX**	22,17 €
32219	**Faktor X**	26,77 €
32220	**Faktor XI**	25,39 €
32221	**Faktor XII**	25,39 €
32222	**Faktor XIII**	23,83 €
32223	**Protein C**	28,80 €
32224	**Protein S**	28,80 €
32225	**Plättchenfaktor 4**	29,81 €
32226	**C1-Esterase-Inhibitor** (C1-INH)	25,02 €
32227	**Ähnliche Untersuchungen** unter Angabe des Faktors	19,04 €

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 32227 setzt die Begründung der medizinischen Notwendigkeit der jeweiligen Untersuchung im Einzelfall voraus. Abweichend davon kann die Begründung der medizinischen Notwendigkeit der jeweiligen Untersuchung im Einzelfall entfallen bei: Hemmkörperbestimmung (Bethesda-Assay), von Willebrand-Faktor/Ristocetin-Cofaktor-Aktivität.

32228 Untersuchungen der **Thrombozytenfunktion mit mehreren Methoden**, z. B. Thrombozytenausbreitung, -adhäsion, -aggregation, insgesamt — 30,54 €

32229 **Untersuchung der von -Willebrand-Faktor-Multimere** — 69,00 €

Obligater Leistungsinhalt

- Darstellung der nieder-, mittel- und hochmolekularen Formen des von-Willebrand-Faktors einschließlich der Triplettstrukturen,
- Dokumentation (fotografisch und/oder densitometrisch),
- Klassifikation pathologischer Befunde gemäß VWD-Klassifikation

Die Gebührenordnungsposition 32229 ist bei Patienten mit bekanntem oder mit Verdacht auf ein familiäres von-Willebrand-Syndrom sowie bei unklarer angeborener oder erworbener (z. B. lymphoproliferative, myeloproliferative Erkrankungen, Herzfehler, Herzleistungssysteme) Blutungsneigung berechnungsfähig und setzt den vorherigen Ausschluss eines Faktorenmangels, einer Thrombopenie oder einer Thrombozytenfunktionsstörung durch Aggregationshemmer als Ursache der Blutungsneigung voraus.

32.3.4 Klinisch-chemische Untersuchungen

Quantitative chemische oder physikalische Bestimmung, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32230 bis 32238, 32240 und 32242 bis 32246 und 32248,

je Untersuchung

32230 **Methämoglobin** — 8,19 €

32231 **Fruktose** — 10,21 €

32232 **Lactat** — 2,00 €

32233 **Ammoniak** — 9,94 €

32234 **Fluorid** — 12,70 €

32235 **Phenylalanin** — 8,46 €

32236 **Kreatin** — 14,54 €

32237 **Gesamteiweiß im Liquor oder Harn** — 5,80 €

32238 **Plasmaviskosität** — 5,70 €

32240 Angiotensin-I-Converting Enzyme (**ACE**) — 14,08 €

32242 **Knochen-AP** (Isoenzym der Alkalischen Phosphatase) nach Lektinfällung — 17,02 €

32243	**Osmotische Erythrozyten-Resistenzbestimmung**	10,86 €
32244	**Osmolalität** (apparative Bestimmung)	7,45 €
32245	**Gallensäuren**	14,81 €
32246	**Ähnliche Untersuchungen** unter Angabe der Art der Untersuchung	9,38 €
32248	Magnesium	1,29 €

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 32246 setzt die Begründung der medizinischen Notwendigkeit der jeweiligen Untersuchung im Einzelfall voraus. Abweichend davon kann die Begründung der medizinischen Notwendigkeit der jeweiligen Untersuchung im Einzelfall entfallen bei: Äthanol im Serum, beta-Hydroxybuttersäure, Fettsäuren (frei im Serum, unverestert) und Zinkprotoporphyrin.

32247 **Bestimmung der Blutgase und des Säure-Basen-Status** 9,50 €

Obligater Leistungsinhalt

- Bestimmung der Wasserstoffionenkonzentration (pH) im Blut,
- Bestimmung des Kohlendioxidpartialdrucks (pCO_2),
- Bestimmung des Sauerstoffpartialdrucks (pO_2)

Fakultativer Leistungsinhalt

- Messung der prozentualen Sauerstoffsättigung (SpO_2),
- Messung oder Berechnung weiterer Kenngrößen in demselben Untersuchungsgang (z. B. Hämoglobin, Bicarbonat, Basenabweichung)

Die Gebührenordnungsposition 32247 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01500, 01501, 01510 bis 01512, 01520 bis 01522, 01530, 01531, 01540 bis 01545, 01857, 04536, 05350, 05372, 13250, 13256, 13652, 13661, 36884 und 37705 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 32247 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 04560 bis 04562, 04564 bis 04566, 04572, 04573, 13600 bis 13602, 13610 bis 13612 und 13620 bis 13622 berechnungsfähig.

Quantitative **chemische oder physikalische Bestimmung**, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32250 bis 32254 und 32257 bis 32262,
je Untersuchung

32250	Spektralphotometrische **Bilirubin-Bestimmung im Fruchtwasser oder im Blut** des Neugeborenen	10,21 €
32251	**Carboxyhämoglobin**	25,39 €
32252	**Carnitin**	24,75 €
32253	**Stuhlfett-Ausscheidung pro 24 Stunden**	13,06 €
32254	**Fetales (HbF) oder freies Hämoglobin**	6,72 €
32257	**Citronensäure/Citrat**	15,82 €

32258	**Oxalsäure/Oxalat**	21,99 €
32259	**Phosphohexose-Isomerase** (PHI)	13,43 €
32260	**Glucose-6-Phosphat-Dehydrogenase** (G6P-DH)	15,64 €
32261	**Pyruvatkinase**	13,43 €
32262	**Ähnliche Untersuchungen** unter Angabe der Art der Untersuchung	14,17 €

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 32262 setzt die Begründung der medizinischen Notwendigkeit der jeweiligen Untersuchung im Einzelfall voraus. Abweichend davon kann die Begründung der medizinischen Notwendigkeit der jeweiligen Untersuchung im Einzelfall entfallen bei: Galaktose-I-Phosphat-Uridyltransferase, alpha-Glucosidase, alpha-Galaktosidase, beta-Galaktosidase, Phosphofruktokinase i. E., UDP-Galaktose-Epimerase, Biotinidase, Carnitin-Palmityl-Transferase-II Aktivität, Phosphoisomerase, Phosphomannomutase, Kryoglobuline.

Quantitative physikalische Bestimmung von Elementen mittels Atomabsorption oder ICP-MS, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32265, 32267 bis 32274, 32277 bis 32281 und 32283,

je Untersuchung

32265	**Calcium im Harn**	2,85 €
32267	**Zink**	11,32 €
32268	**Nickel**	14,81 €
32269	**Arsen**	14,81 €
32270	**Aluminium**	11,32 €
32271	**Blei**	12,70 €
32272	**Cadmium**	9,90 €
32273	**Chrom**	14,08 €
32274	**Eisen im Harn**	17,66 €
32277	**Kupfer im Harn oder Gewebe**	8,10 €
32278	**Mangan**	11,32 €
32279	**Quecksilber**	11,32 €
32280	**Selen**	13,43 €
32281	**Thallium**	12,60 €
32283	**Spurenelemente** unter Angabe der Art der Untersuchung	8,92 €

Der Höchstwert für die Untersuchungen nach den Nrn. 32265, 32267 bis 32274, 32277 bis 32281 und 32283 beträgt 24,50 EURO.

Qualitativer **chromatographischer Nachweis** einer oder mehrerer Substanz(en), gilt für die Gebührenordnungspositionen 32290 bis 32294,

je Untersuchungsgang

32290	**Aminosäuren**	16,47 €
32291	**Porphyrine**	20,80 €
32292	**Drogen** Unter Angabe der Substanz(en) oder Substanzgruppe(n)	18,68 €
32293	**Arzneimittel** Unter Angabe der Substanz(en) oder Substanzgruppe(n)	9,57 €
32294	**Ähnliche Untersuchungen** unter Angabe der Substanz(en) oder Substanzgruppe	18,12 €

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 32294 setzt die Begründung der medizinischen Notwendigkeit der jeweiligen Untersuchung im Einzelfall voraus.
Die Gebührenordnungsposition 32292 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32137 und 32140 bis 32147 berechnungsfähig.

Quantitative **chromatographische Bestimmung(en)** einer oder mehrerer Substanz(en), ggf. einschl. qualitativem chromatographischem Nachweis, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32300 bis 32313,
je Untersuchungsgang

32300	**Katecholamine und/oder Metabolite**	24,84 €
32301	**Serotonin und/oder Metabolite**	13,30 €
32302	**Porphyrine**	14,17 €
32303	**Porphobilinogen**	21,53 €
32304	**Delta-Amino-Lävulinsäure**	22,54 €
32305	**Arzneimittel** (chromatographisch oder mit sonstigen Verfahren) Unter Angabe der Substanz(en) oder Substanzgruppe(n)	15,92 €
32306	**Vitamine** Unter Angabe der Substanz(en) oder Substanzgruppe(n)	20,52 €
32307	**Drogen** Unter Angabe der Substanz(en) oder Substanzgruppe(n)	16,28 €
32308	**Pyridinolin und/oder Desoxypyridinolin**	26,13 €
32309	**Phenylalanin**	17,20 €
32310	**Aminosäuren**	20,24 €
32311	**Exogene Gifte** Unter Angabe der Substanz(en) oder Substanzgruppe(n)	26,40 €
32312	**Hämoglobine** (außer glykierte Hämoglobine nach Nr. 32094)	10,86 €
32313	**Ähnliche Untersuchungen** unter Angabe der Substanz(en) oder Substanzgruppe	19,23 €

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 32313 setzt die Begründung der medizinischen Notwendigkeit der jeweiligen Untersuchung im Einzelfall voraus. Abweichend davon kann die Begründung der medizinischen Notwendigkeit der jeweiligen Untersuchung im Einzelfall entfallen bei: organische Säuren, Methanol. Die Gebührenordnungsposition 32312 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 32468 berechnungsfähig.

32314 Bestimmung von Substanzen mittels **DC, GC und/oder HPLC und** anschließender **Massenspektrometrie** und EDV-Auswertung, 43,00 €

je Körpermaterial unter Angabe der Art der Untersuchung

32315 **Analytische Auswertung** einer oder mehrerer Atemproben eines **^{13}C-Harnstoff-Atemtests** nach der Nr. 02400, ggf. einschl. Probenvorbereitung (z. B. chromatographisch), insgesamt 11,04 €

Die Gebührenordnungsposition 32315 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 32706 berechnungsfähig.

32316 Vollständige **chemische** Analyse zur **Differenzierung eines Steins** 9,48 €

Die Gebührenordnungsposition 32316 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 32317 berechnungsfähig.

32317 Analyse zur **Differenzierung eines Steins** in seinen verschiedenen Schichtungen mittels **Infrarot-Spektrographie** 18,68 €

Die Gebührenordnungsposition 32317 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 32316 berechnungsfähig.

32318 **Quantitative Bestimmung von Homocystein** 13,80 €

Quantitative **Bestimmung der freien Schilddrüsenhormone**, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32320 und 32321,

je Untersuchung

32320 Freies Thyroxin **(fT4)** 3,70 €

32321 Freies Trijodthyronin **(fT3)** 3,70 €

Quantitative Bestimmung, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32323 bis 32325,

je Untersuchung

32323 **Digoxin** 6,30 €

32324 Carcinoembryonales Antigen **(CEA)** 3,80 €

32325 **Ferritin** 3,50 €

Die Gebührenordnungspositionen 32324, 32350, 32351, 32352, 32390 bis 32398, 32400, 32405 und 32420 sind nebeneinander insgesamt bis zu zweimal berechnungsfähig.

Quantitative **Bestimmung von Drogen mittels Immunoassay**, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32330 bis 32337,
je Untersuchung

32330	**Amphetamine**	7,08 €
32331	**Barbiturate**	8,10 €
32332	**Benzodiazepine**	7,10 €
32333	**Cannabinoide**	7,50 €
32334	**Kokain**	7,08 €
32335	**Methadon**	8,19 €
32336	**Opiate**	7,50 €
32337	**Ähnliche Untersuchungen** unter Angabe der Art der Untersuchung	8,74 €

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 32337 setzt die Begründung der medizinischen Notwendigkeit der jeweiligen Untersuchung im Einzelfall voraus.
Der Höchstwert für die Untersuchungen der Gebührenordnungspositionen 32330 bis 32337 beträgt 24,10 EURO.

Quantitative **Bestimmung von Arzneimitteln mittels Immunoassay**, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32340 bis 32346,
je Untersuchung

32340	**Antiarrhythmika**	13,71 €
32341	**Antibiotika**	16,28 €
32342	**Antiepileptika**	7,91 €
32343	**Digitoxin**	7,20 €
32344	**Zytostatika**, z. B. Methotrexat	21,99 €
32345	**Theophyllin**	9,84 €
32346	**Ähnliche Untersuchungen** unter Angabe der Art der Untersuchung	13,43 €

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 32346 setzt die Begründung der medizinischen Notwendigkeit der jeweiligen Untersuchung im Einzelfall voraus.

Quantitative **Bestimmung mittels Immunoassay**, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32350 bis 32361,
je Untersuchung

32350	Alpha-Fetoprotein (**AFP**)	6,40 €
32351	Prostataspezifisches Antigen (**PSA**) oder freies PSA	4,42 €

32352	Choriongonadotropin (**HCG** und/oder **ß-HCG**)	5,61 €
32353	Follitropin (**FSH**)	4,50 €
32354	Lutropin (**LH**)	4,90 €
32355	**Prolaktin**	4,60 €
32356	**Östradiol**	4,60 €
32357	**Progesteron**	3,80 €
32358	**Testosteron** und/oder freies Testosteron	5,00 €
32359	**Insulin**	6,40 €
32360	Sexualhormonbindendes Globulin (**SHBG**)	10,95 €
32361	**Ähnliche Untersuchungen** unter Angabe der Art der Untersuchung	8,10 €

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 32361 setzt die Begründung der medizinischen Notwendigkeit der jeweiligen Untersuchung im Einzelfall voraus. Abweichend davon kann die Begründung der medizinischen Notwendigkeit der jeweiligen Untersuchung im Einzelfall entfallen bei: Anti-Müller-Hormon.
Die Gebührenordnungspositionen 32324, 32350, 32351, 32352, 32390 bis 32398, 32400, 32405 und 32420 sind nebeneinander insgesamt bis zu zweimal berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungspositionen 32350 bis 32361 sind im Rahmen eines Stimulations- oder Suppressionstestes bis zu zweimal, im Rahmen eines Tagesprofils bis zu dreimal berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 32350 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 01783 berechnungsfähig.

Quantitative Bestimmung frühestens ab der 24. SSW + 0 Tage, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32362 und 32363,
je Untersuchung

32362	**PlGF**	17,85 €
32363	**sFlt-1/PlGF-Quotienten**	57,27 €

Der Befundbericht muss innerhalb von 24 Stunden nach Materialeingang übermittelt sein.
Voraussetzung für die Berechnungsfähigkeit der Gebührenordnungspositionen 32362 und 32363 ist die Erfüllung eines der folgenden Kriterien der Präeklampsie:
- *Neu auftretender oder bestehender Hypertonus*
- *Präeklampsie-assoziierter organischer oder labordiagnostischer Untersuchungsbefund, welcher keiner anderen Ursache zugeordnet werden kann*
- *Fetale Wachstumsstörung*
- *auffälliger dopplersonographischer Befund der Aa. uterinae in einer Untersuchung nach der Gebührenordnungsposition 01775*

Die Gebührenordnungspositionen 32362 und 32363 sind jeweils höchstens dreimal im Behandlungsfall berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungspositionen 32362 und 32363 sind am Behandlungstag nicht nebeneinander berechnungsfähig.

Quantitative **Bestimmung mittels Immunoassay**, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32365 bis 32381,
je Untersuchung

32365	**C-Peptid**	13,52 €
32366	**Gastrin**	11,70 €
32367	**Cortisol**	5,70 €
32368	**17-Hydroxy-Progesteron**	9,40 €
32369	Dehydroepiandrosteron (**DHEA**) und/oder -sulfat (**DHEA-S**)	6,35 €
32370	Wachstumshormon (**HGH**), Somatotropin (**STH**)	10,20 €
32371	Insulin-like growth factor I (**IGF-I**) bzw. Somatomedin C (**SM-C**) und/oder IGF-I bindendes Protein 3 (**IGFBP-3**)	31,00 €
32372	**Folsäure**	5,40 €
32373	**Vitamin B 12**	4,20 €
32374	**Cyclosporin**	14,00 €
32375	**Trypsin**	22,63 €
32376	**ß2-Mikroglobulin**	10,03 €
32377	**Pankreas-Elastase**	20,70 €
32378	**Neopterin**	17,02 €
32379	**Tacrolimus** (FK 506)	14,00 €
32380	Eosinophiles kationisches Protein (**ECP**)	19,87 €
32381	**Ähnliche Untersuchungen** unter Angabe der Art der Untersuchung	14,63 €

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 32381 setzt die Begründung der medizinischen Notwendigkeit der jeweiligen Untersuchung im Einzelfall voraus. Abweichend davon kann die Begründung der medizinischen Notwendigkeit der jeweiligen Untersuchung im Einzelfall entfallen bei: Interleukin 2 Rezeptor, Calprotectin und/oder Lactoferrin im Stuhl, Everolimus, Sirolimus und Mycophenolat.
Die Gebührenordnungspositionen 32365 bis 32380, 32385 bis 32398, 32400 bis 32404 und 32410 bis 32415 sind im Rahmen eines Stimulations- oder Suppressionstestes bis zu fünfmal, im Rahmen eines Tagesprofils bis zu dreimal berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungspositionen 32376 und 32378 sind im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 32824 berechnungsfähig.

Quantitative **Bestimmung mittels Immunoassay**, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32385 bis 32398 und 32400 bis 32409,

	je Untersuchung	
32385	**Aldosteron**	11,70 €
32386	**Renin**	28,80 €
32387	**Androstendion**	11,78 €
32388	**Corticosteron**	49,40 €
32389	**11-Desoxycortisol**	20,33 €
32390	**CA 125 und/oder HE 4**	9,75 €
32391	**CA 15-3**	8,70 €
32392	**CA 19-9**	9,20 €
32393	**CA 50**	26,86 €
32394	**CA 72-4 (TAG 72)**	20,88 €
32395	Neuronenspezifische Enolase (**NSE**)	14,26 €
32396	Squamous cell carcinoma Antigen (**SCC**)	14,63 €
32397	Tissue Polypeptide Antigen (**TPA, TPS**)	22,45 €
32398	Mucin-like cancer associated antigen (**MCA**)	33,20 €
32400	Cytokeratin-19-Fragmente (**CYFRA 21-1**)	22,26 €
32401	**Dihydrotestosteron**	14,81 €
32402	**Erythropoetin**	23,09 €
32403	**Pyridinolin, Desoxypyridinolin** und/oder **Typ I-Kollagen-Telopeptide**	17,39 €
32404	**Knochen-AP** (Isoenzym der Alkalischen Phosphatase) und/oder **Typ I-Prokollagen-Propeptide**	18,86 €
32405	**Ähnliche Untersuchungen** unter Angabe der Art der Untersuchung	20,98 €
32406	**ß-Amyloid 1-40 im Liquor**	18,86 €
32407	**ß-Amyloid 1-42 im Liquor**	18,86 €
32408	**Gesamt-Tau im Liquor**	18,86 €
32409	**Phospho-Tau im Liquor**	18,86 €

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 32405 setzt die Begründung der medizinischen Notwendigkeit der jeweiligen Untersuchung im Einzelfall voraus. Abweichend davon kann die Begründung der medizinischen Notwendigkeit der jeweiligen Untersuchung im Einzelfall entfallen bei: Chromogranin A, Tryptase, Thymidinkinase, S-100, 11-Desoxycorticosteron und Parathormon-related Peptide.

Die Gebührenordnungspositionen 32324, 32350, 32351, 32352, 32390 bis 32398, 32400 und 32420 sind nebeneinander insgesamt bis zu zweimal berechnungsfähig. Davon abweichend sind die Gebührenordnungspositionen 32391 und 32398 nicht nebeneinander berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungspositionen 32365 bis 32380, 32385 bis 32398, 32400 bis 32405 und 32410 bis 32415 sind im Rahmen eines Stimulations- oder Suppressionstestes bis zu fünfmal, im Rahmen eines Tagesprofils bis zu dreimal berechnungsfähig.
Für die Diagnostik der Amyloid-Pathologie zur Indikationsstellung einer Therapie mit Lecanemab oder Donanemab gemäß der jeweils aktuell gültigen Fachinformation sind im Krankheitsfall nur die Gebührenordnungspositionen 32407 bis 32409 berechnungsfähig.
Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 32407 bis 32409 im Zusammenhang mit der Diagnostik einer Amyloid-Beta-Pathologie zur Indikationsstellung einer Therapie mit Lecanemab oder Donanemab gemäß der jeweils aktuell gültigen Fachinformation ist durch die Angabe einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung zu dokumentieren.

Quantitative **Bestimmung mittels Immunoassay**, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32410 bis 32416,
je Untersuchung

32410	**Calcitonin**	13,71 €
32411	**Intaktes Parathormon**	13,62 €
32412	Corticotropin (**ACTH**)	13,34 €
32413	25-Hydroxy-Cholecalciferol (**Vitamin D**)	14,00 €
32414	**Osteocalcin**	23,90 €
32415	Antidiuretisches Hormon (**ADH**, Vasopressin)	22,08 €
32416	**Ähnliche Untersuchungen** unter Angabe der Art der Untersuchung	21,50 €

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 32416 setzt die Begründung der medizinischen Notwendigkeit der jeweiligen Untersuchung im Einzelfall voraus. Abweichend davon kann die Begründung der medizinischen Notwendigkeit der jeweiligen Untersuchung im Einzelfall entfallen bei: Androstandiol-Glucuronid.
Die Gebührenordnungspositionen 32365 bis 32380, 32385 bis 32398, 32400 bis 32404 und 32410 bis 32416 sind im Rahmen eines Stimulations- oder Suppressionstestes bis zu fünfmal, im Rahmen eines Tagesprofils bis zu dreimal berechnungsfähig.

Quantitative **Bestimmung mittels Immunoassay**, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32420 bis 32421,
je Untersuchung

32420	**Thyreoglobulin**, einschl. Bestätigungstest	16,01 €
32421	1,25 Dihydroxy-Cholecalciferol (**Vitamin D3**)	14,00 €

32.3.5 Immunologische Untersuchungen

32426	Quantitative Bestimmung von **Gesamt-IgE**	4,23 €

32427	Untersuchung auf **allergenspezifische Immunglobuline in Einzelansätzen** (Allergene oder Allergengemische), je Ansatz *Der Höchstwert für die Untersuchungen der Gebührenordnungspositionen 32426 und 32427 beträgt im Behandlungsfall 65,00 Euro.* *Der Höchstwert für die Untersuchungen der Gebührenordnungspositionen 32426 und 32427 beträgt in begründeten Einzelfällen bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern bis zum vollendeten 6. Lebensjahr im Behandlungsfall 111,00 Euro.* *Die Erbringung und/oder Auftragserteilung zur Durchführung von Laborleistungen nach der Gebührenordnungsposition 32427 setzt grundsätzlich das Vorliegen der Ergebnisse vorangegangener Haut- und/oder Provokationstests voraus, ausgenommen bei Kindern bis zum vollendeten 6. Lebensjahr.*	7,10 €
32430	Qualitativer **Nachweis von humanen Proteinen mittels Immunpräzipitation**, je Nachweis unter Angabe der Art des Proteins *Der Höchstwert für Untersuchungen nach der Nr. 32430 beträgt 16,80 EURO.*	5,89 €
	Quantitative Bestimmung von **humanen Proteinen** oder anderen Substanzen mittels Immunnephelometrie, Immunturbidimetrie, Immunpräzipitation, Fluorometrie, Immunoassay oder anderer gleichwertiger Verfahren, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32435 und 32437 bis 32455, je Untersuchung	
32435	**Albumin**	3,13 €
32437	**Alpha-1-Mikroglobulin**	7,73 €
32438	**Alpha-1-Antitrypsin** (Alpha-1-Proteinase-Inhibitor, Alpha-1-Pi)	9,84 €
32439	**Alpha-2-Makroglobulin**	9,38 €
32440	**Coeruloplasmin**	10,30 €
32441	**Haptoglobin**	6,72 €
32442	**Hämopexin**	10,58 €
32443	Komplementfaktor **C 3**	7,80 €
32444	Komplementfaktor **C 4**	7,50 €
32445	Immunglobulin D (**IgD**)	10,67 €
32446	**Freie Kappa-Ketten**	11,59 €
32447	**Freie Lambda-Ketten**	11,50 €
32448	**Immunglobulin A, G oder M im Liquor**	7,82 €
32449	**Immunglobulin G im Harn**	5,06 €

32450	**Myoglobin**	9,94 €
32451	**Apolipoprotein A-I**	8,74 €
32452	**Apolipoprotein B**	8,83 €
32453	Granulozyten-**(PMN-)Elastase**	13,25 €
32454	**Lysozym**	9,75 €
32455	**Ähnliche Untersuchungen** unter Angabe der Art der Untersuchung	8,19 €

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 32455 setzt die Begründung der medizinischen Notwendigkeit der jeweiligen Untersuchung im Einzelfall voraus. Abweichend davon kann die Begründung der medizinischen Notwendigkeit der jeweiligen Untersuchung im Einzelfall entfallen bei: Zirkulierende Immunkomplexe, Fibronectin im Punktat, Lösl. Transferrin-Rezeptor und Gesamthämolytische Aktivität.
Die Gebührenordnungsposition 32450 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 32150 berechnungsfähig.

32456	Quantitative Bestimmung des **Lipoproteins(a)**	10,95 €

Der Höchstwert für die Untersuchungen der Gebührenordnungspositionen 32435 und 32437 bis 32456 beträgt 33,40 EURO.

32457	**Quantitative immunologische Bestimmung von occultem Blut im Stuhl (iFOBT),** einmal im Behandlungsfall	7,21 €

Die Gebührenordnungsposition 32457 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01737 und 01738 berechnungsfähig.

Quantitative Bestimmung mittels Immunnephelometrie, Immunturbidimetrie, Immunpräzipitation, Immunoassay oder anderer gleichwertiger Verfahren, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32459 bis 32461,
je Untersuchung

32459	**Procalcitonin** (PCT)	8,83 €
32460	C-reaktives Protein (**CRP**)	3,36 €
32461	**Rheumafaktor** (RF)	4,20 €
32462	Quantitative Bestimmung einer **Immunglobulinsubklasse**	21,53 €
32463	**Quantitative Bestimmung** von **Cystatin C** bei einer GFR von 40 bis 80 ml/(Minute/1,73 m²) (berechnet nach der MDRD- oder CKD-EPI-Formel), sowie in begründeten Einzelfällen bei Sammelschwierigkeiten	8,92 €

Elektrophoretische Trennung von humanen Proteinen, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32465 bis 32475,

Obligater Leistungsinhalt

- Elektrophoretische Trennung von humanen Proteinen, z. B. Agarosegel-, Polyacrylamidgel-, Disk-Elektrophorese, isoelektrische Fokussierung,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Färbereaktion,
- Quantitative Auswertung,

je Untersuchungsgang

32465	**Oligoklonale Banden** im Liquor und im Serum	22,91 €
32466	**Harnproteine**	16,56 €
32467	**Lipoproteine**, einschl. Polyanionenpräzipitation	19,50 €
32468	**Hämoglobine** (außer glykierte Hämoglobine nach der Nr. 32094)	20,15 €
32469	**Isoenzyme** der Alkalischen Phosphatase (**AP**)	19,69 €
32470	**Isoenzyme** der Creatinkinase (**CK**)	19,87 €
32471	**Isoenzyme** der Lactatdehydrogenase (**LDH**)	19,23 €
32472	**Alpha-1-Antitrypsin**, Phänotypisierung	30,36 €
32473	Acetylcholinesterase (**AChE**) im Fruchtwasser	12,88 €
32474	**Proteine in Punktaten**	7,45 €
32475	**Ähnliche Untersuchungen** (mit Ausnahme der Gebührenordnungsposition 32107) unter Angabe der Art der Untersuchung *Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 32475 setzt die Begründung der medizinischen Notwendigkeit der jeweiligen Untersuchung im Einzelfall voraus.* *Die Gebührenordnungsposition 32468 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 32312 berechnungsfähig.*	6,62 €
32476	Elektrophoretische Trennung von **humanen Proteinen** durch Polyacrylamidgel-Elektrophorese oder ähnliche Verfahren **mit Antigentransfer und** anschließender **Immunreaktion** (Immunoblot), je Untersuchungsgang unter Angabe der Art der Untersuchung *Untersuchungen zum Nachweis von Antikörpern gegen körpereigene Antigene (Autoantikörper) sind nicht nach der Gebührenordnungsposition 32476 berechnungsfähig.*	20,30 €
32478	**Immunfixationselektrophorese** *Obligater Leistungsinhalt* - Immunfixationselektrophorese mit mindestens vier Antiseren und/oder	18,40 €

- Immunelektrophorese mit mindestens vier Antiseren,
- Bei Dys- und Paraproteinämie

Fakultativer Leistungsinhalt

- Isoelektrische Fokussierung oder ähnliche Verfahren,
- Serumeiweiß-Elektrophorese nach der Gebührenordnungsposition 32107

32479 Qualitativer Nachweis und/oder quantitative Bestimmung von **Gliadin-Antikörpern** mittels indirekter Immunfluoreszenz oder Immunoassay, je IgG und IgA — 13,52 €

32480 **Nachweis von Anti-Drug-Antikörpern,** je Untersuchung — 18,65 €

Qualitativer Nachweis und/oder quantitative Bestimmung von **Antikörpern gegen körpereigene Antigene (Autoantikörper)** mittels indirekter Immunfluoreszenz, Immunoassay oder Immunoblot, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32489 bis 32505,

32489 Antikörper gegen zyklisch citrulliniertes Peptid (**Anti-CCP-AK**), einmal im Krankheitsfall — 11,20 €

32490 Antinukleäre Antikörper (**ANA**) als Suchtest — 7,30 €

32491 Antikörper gegen native Doppelstrang-DNS (**anti-ds-DNS**) — 10,40 €

32492 **Antikörper gegen Zellkern- oder zytoplasmatische Antigene**, z. B. Sm-, U1-RNP-, SS-A-, SS-B-, Scl-70-, Jo-1-, Histon-Antikörper — 9,50 €

32493 **Antikörper gegen Zentromerantigene**, z. B. CENP-B-Antikörper — 9,00 €

32494 Antimitochondriale Antikörper (**AMA**), auch Subtypen, z. B. AMA-M2 — 5,52 €

32495 Leberspezifische Antikörper, z. B. gegen Leber-/Nieren-Mikrosomen (**LKM-Antikörper**), lösliches Leberantigen (**SLA-Antikörper**), Asialoglykoprotein Rezeptor (**ASGPR-Antikörper**) — 11,32 €

32496 Antikörper gegen zytoplasmatische Antigene neutrophiler Granulozyten (**ANCA**), z. B. c-ANCA (Proteinase 3-Antikörper), p-ANCA (Myeloperoxidase-Antikörper) — 9,29 €

32497 **Antikörper gegen glatte Muskulatur** — 13,71 €

32498 **Herzmuskel-Antikörper** — 13,62 €

32499 **Antikörper gegen Skelettmuskulatur** — 8,37 €

32500 **Antikörper gegen Inselzellen**, z. B. ICA, Glutaminsäuredecarboxylase-Antikörper (GADA) — 11,50 €

32501 **Insulin-Antikörper** — 11,41 €

32502 **Antikörper gegen Schilddrüsenperoxidase** (-mikrosomen) und/oder Thyreoglobulin, einmal im Behandlungsfall — 7,50 €

32503	**Phospholipid-Antikörper**, z. B. Cardiolipin-Antikörper	7,30 €
32504	**Thrombozyten-Antikörper**	26,40 €
32505	**Ähnliche Untersuchungen** unter Angabe des Antikörpers	8,74 €

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 32505 setzt die Begründung der medizinischen Notwendigkeit der jeweiligen Untersuchung im Einzelfall voraus. Abweichend davon kann die Begründung der medizinischen Notwendigkeit der jeweiligen Untersuchung im Einzelfall entfallen bei: Anti-Heparin/PF4 Autoantikörper.
Der Höchstwert für die Untersuchungen der Gebührenordnungspositionen 32489 bis 32505 beträgt 42,60 EURO.

32506	**Mixed antiglobulin reaction (MAR-Test)** zum Nachweis von spermiengebundenen Antikörpern	6,81 €

Die Gebührenordnungsposition 32506 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 32507 berechnungsfähig.

32507	Nachweis von **Antikörpern gegen Spermien**, ggf. mit mehreren Methoden, insgesamt	15,73 €

Die Gebührenordnungsposition 32507 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 32506 berechnungsfähig.

32508	Quantitative Bestimmung von **TSH-Rezeptor-Antikörpern**, einmal im Behandlungsfall	10,30 €
32509	Quantitative Bestimmung von **Acetylcholin-Rezeptor-Antikörpern**	38,46 €
32510	**Dichtegradienten- oder immunomagnetische Isolierung von Zellen** als vorbereitende Untersuchung	9,57 €

Die Gebührenordnungsposition 32510 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 19430 berechnungsfähig.

Differenzierung und Quantifizierung von Zellen (Immunphänotypisierung) mittels Durchflußzytometrie und/oder mikroskopisch und mittels markierter monoklonaler Antikörper, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32520 bis 32527,
je Untersuchung

32520	**B-Lymphozyten**	8,19 €
32521	**T-Lymphozyten**	6,81 €
32522	**CD4-T-Zellen**	8,19 €
32523	**CD8-T-Zellen**	8,19 €
32524	**Natürliche Killerzellen**	8,19 €

32525 **Aktivierte T-Zellen** 8,19 €

32526 **Zytotoxische T-Zellen** 8,19 €

32527 **Ähnliche Untersuchungen** unter Angabe der Art der Untersuchung 10,58 €

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 32527 setzt die Begründung der medizinischen Notwendigkeit der jeweiligen Untersuchung im Einzelfall voraus.

32532 **Lymphozyten-Transformations-Test(s)**, einschl. Kontrollkultur(en) ggf. mit mehreren Mitogenen und/oder Antigenen (nicht zur Erregerdiagnostik), insgesamt 48,21 €

32533 Untersuchung der **Leukozytenfunktion**, auch unter Anwendung mehrerer Methoden, z. B. Chemotaxis, Phagozytose, insgesamt 23,55 €

32.3.6 Blutgruppenserologische Untersuchungen

32540 **Nachweis der Blutgruppenmerkmale A, B, 0 und Rh-Faktor D** 8,83 €

Obligater Leistungsinhalt

- Nachweis der Blutgruppenmerkmale A, B, 0 und Rh-Faktor D

Fakultativer Leistungsinhalt

- A-Untergruppe,
- Serumeigenschaften

Die Gebührenordnungsposition 32540 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 01804 berechnungsfähig.

32541 **Nachweis eines Blutgruppenmerkmals** (Antigens) mit **agglutinierenden** oder **konglutinierenden Testseren**, z. B. Rh-Merkmale, Lewis, M, N, P1, je Untersuchung unter Angabe der Art des Antigens 6,35 €

Die Gebührenordnungsposition 32541 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 01806 berechnungsfähig.

32542 **Nachweis eines Blutgruppenmerkmals** (Antigens) mittels **Antiglobulintest** (Coombs-Test), z. B. Dweak, Duffy, Kell, Kidd, je Untersuchung unter Angabe der Art des Antigens 8,00 €

Die Gebührenordnungsposition 32542 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 01805 berechnungsfähig.

32543 Nachweis von **Erythrozytenantikörpern** im **direkten Antiglobulintest** mit zwei verschiedenen polyspezifischen Antiglobulinseren 8,00 €

32544 Nachweis von **Erythrozytenantikörpern ohne Antiglobulinphase**, z. B. **Kälteagglutinine** 5,89 €

32545 **Antikörpersuchtest** in mehreren Techniken einschl. indirekter Antiglobulintests mit mindestens zwei Testerythrozyten-Präparationen — 7,30 €

Die Gebührenordnungsposition 32545 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 01807 berechnungsfähig.

32546 **Antikörperdifferenzierung** in mehreren Techniken einschl. indirekter Antiglobulintests gegen mindestens acht Testerythrozyten-Präparationen — 18,95 €

Die Gebührenordnungsposition 32546 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 01808 berechnungsfähig.

Nachweis oder quantitative Bestimmung von **Blutgruppenantigenen oder -antikörpern** mit aufwendigen Verfahren, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32550 bis 32555,
je Antigen oder Antikörper

32550 **Antiglobulintest mit monospezifischem Antihumanglobulin** — 13,25 €

32551 **Chemische oder thermische Elution von Erythrozytenantikörpern** — 17,66 €

32552 **Absorption von Erythrozytenantikörpern an vorbehandelte Zellen** — 9,84 €

32553 **Nachweis von Hämolysin(en) mit Komplementzusatz** — 12,70 €

32554 **Quantitative Bestimmung eines Erythrozytenantikörpers** — 7,36 €

32555 **Ähnliche Untersuchungen** unter Angabe der Art der Untersuchung — 8,00 €

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 32555 setzt die Begründung der medizinischen Notwendigkeit der jeweiligen Untersuchung im Einzelfall voraus.
Die Gebührenordnungsposition 32554 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 01809 berechnungsfähig.

32556 Serologische **Verträglichkeitsprobe (Kreuzprobe)** mit indirektem Antiglobulintest, — 11,68 €
je Konserve

32557 **Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 32545 oder 32556 für eine Vorbehandlung mit Dithiothreitol (DTT) zur Vermeidung von Interferenzen durch Daratumumab oder Isatuximab,** — 19,20 €
je Untersuchung

Die Gebührenordnungsposition 32557 ist am Behandlungstag höchstens viermal berechnungsfähig.

32.3.7 Infektionsimmunologische Untersuchungen

Quantitative Bestimmung von **Streptokokken-Antikörpern**, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32560 bis 32563,

je Untersuchung

32560 **Antistreptolysin O-Reaktion** 4,60 €

32561 **Anti-DNase-B-Reaktion** (Antistreptodornase) 10,76 €

32562 **Antistreptokokken - Hyaluronidase** 11,13 €

32563 **Antistreptokinase** 10,67 €

32564 **Antistaphylolysinbestimmung** 7,73 €

Obligater Leistungsinhalt

- Quantitative Antistaphylolysinbestimmung

Fakultativer Leistungsinhalt

- Qualitativer Suchtest

32565 **Cardiolipin-Flockungstest,** quantitativ nur bei nachgewiesener Infektion 4,32 €

32566 **Treponemenantikörper**-Nachweis im **TPHA/TPPA-Test** (Lues-Suchreaktion) oder mittels **Immunoassay** 4,23 €

Die Gebührenordnungsposition 32566 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01800 und 01935 berechnungsfähig.

32567 **Treponemenantikörper**-Bestimmung (nur bei positivem Suchtest), quantitativ **je Immunglobulin IgG oder IgM** 12,97 €

32568 **Treponema pallidum Bestätigungsteste (Immunoblot** oder **FTA-ABS),** 20,30 €

einmal im Krankheitsfall

32572 **Qualitativer Nachweis und/oder quantitative Bestimmung von Toxoplasma-Antikörpern der Immunglobulinklasse IgM und/oder IgG, auch zur Verlaufskontrolle** 10,81 €

Fakultativer Leistungsinhalt

- quantitative Bestimmung von Toxoplasma-IgA-Antikörpern

32573 **Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 32572 für die Bestimmung der Avidität von Toxoplasma-IgG-Antikörpern als Abklärungstest nach positiver IgM-Antikörperbestimmung, in mehreren Ansätzen, insgesamt** 23,83 €

32574 **Rötelnantikörper**-Nachweis mittels **Immunoassay** 8,83 €

Obligater Leistungsinhalt

- Untersuchung auf Antikörper der Klasse IgG,

oder

- Untersuchung auf Antikörper der Klasse IgM,

je Klasse

Die Gebührenordnungsposition 32574 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01802 und 01803 berechnungsfähig.

32575	**Nachweis von HIV-1- und HIV-2-Antikörpern und von HIV-p24-Antigen** *Die Gebührenordnungsposition 32575 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 01931 berechnungsfähig.*	4,09 €

Qualitativer Nachweis und/oder quantitative Bestimmung von **Antikörpern gegen Krankheitserreger** mittels Immunoassay, indirekter Immunfluoreszenz, Komplementbindungsreaktion, Immunpräzipitation (z. B. Ouchterlony-Test), indirekter Hämagglutination, Hämagglutinationshemmung oder Bakterienagglutination (Widal-Reaktion), einschl. der **Beurteilung des Infektions- oder Immunstatus**, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32584 bis 32639 und 32641,

je Krankheitserreger oder klinisch relevanter Immunglobulinklasse, z. B. IgG-, IgM-Antikörper

32584	**HEV-Antikörper**	11,10 €
32585	**Bordetella pertussis-Antikörper**	9,75 €
32586	**Borrelia burgdorferi-Antikörper**	6,53 €
32587	**Brucella-Antikörper**	7,18 €
32588	**Campylobacter-Antikörper**	7,08 €
32589	**Chlamydien-Antikörper**	9,29 €
32590	**Coxiella burnetii-Antikörper**	12,70 €
32591	**Gonokokken-Antikörper**	7,36 €
32592	**Legionellen-Antikörper**	8,92 €
32593	**Leptospiren-Antikörper**	10,67 €
32594	**Listerien-Antikörper**	4,51 €
32595	**Mycoplasma pneumoniae-Antikörper**	6,44 €
32596	**S. typhi- oder S. paratyphi-Antikörper**	4,97 €
32597	**Tetanus-Antitoxin**	8,37 €
32598	**Yersinien-Antikörper**	5,61 €
32599	**Leptospiren-Antikörper** mittels Mikroagglutinationsreaktion mit Lebendkulturen	31,70 €
32600	**Chlamydien-Antikörper** (speziesspezifisch) mittels Mikroimmunfluoreszenztest (**MIF**)	14,44 €
32601	**Adenoviren-Antikörper**	9,57 €
32602	**Cytomegalievirus-Antikörper**	9,02 €

32603	**Cytomegalievirus-IgM-Antikörper**	8,92 €
32604	**Coxsackieviren-Antikörper**	7,27 €
32605	**EBV-EA-Antikörper**	7,82 €
32606	**EBV-EBNA-Antikörper**	7,73 €
32607	**EBV-VCA-Antikörper**	8,37 €
32608	**EBV-VCA-IgM-Antikörper**	9,02 €
32609	**Echoviren-Antikörper**	7,54 €
32610	**Enteroviren-Antikörper**	6,81 €
32611	**FSME-Virus-Antikörper**	10,21 €
32612	**HAV-Antikörper**	5,34 €
32613	**HAV-IgM-Antikörper**	6,16 €
32614	**HBc-Antikörper**	5,43 €
32615	**HBc-IgM-Antikörper**	7,82 €
32616	**HBe-Antikörper**	8,65 €
32617	**HBs-Antikörper**	5,06 €
32618	**HCV-Antikörper**	9,02 €
32619	**HDV-Antikörper** bei nachgewiesener HBV-Infektion	24,56 €
32620	**HDV-IgM-Antikörper** bei nachgewiesener HBV-Infektion	26,59 €
32621	**HSV-Antikörper**	10,21 €
32622	**Influenzaviren-Antikörper**	6,99 €
32623	**Masernvirus-Antikörper**	10,21 €
32624	**Mumpsvirus-Antikörper**	11,04 €
32625	**Parainfluenzaviren-Antikörper**	9,48 €
32626	**Parvoviren-Antikörper**	15,92 €
32627	**Polioviren-Antikörper**	9,02 €
32628	**RSV-Antikörper**	7,36 €
32629	**Varicella-Zoster-Virus-Antikörper**	10,40 €
32630	**Varicella-Zoster-Virus-IgM-Antikörper**	12,14 €
32631	**Aspergillus-Antikörper**	9,02 €
32632	**Candida-Antikörper**	9,02 €
32633	**Coccidioides-Antikörper**	22,45 €
32634	**Histoplasma-Antikörper**	16,93 €
32635	**Cysticercus-Antikörper**	16,93 €
32636	**Echinococcus-Antikörper**	13,06 €

32637 **Entamoeba histolytica-Antikörper** 13,52 €

32638 **Leishmania-Antikörper** 17,39 €

32639 **Plasmodien-Antikörper** 14,17 €

32641 **Ähnliche Untersuchungen** unter Angabe der Antikörperspezifität 10,21 €

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 32641 setzt die Begründung der medizinischen Notwendigkeit der jeweiligen Untersuchung im Einzelfall voraus.
Antikörperuntersuchungen auf vorgefertigten Reagenzträgern (z. B. immunchromatographische Schnellteste) oder Schnellteste mit vorgefertigten Reagenzzubereitungen (z. B. Latexteste) sind nicht nach den Gebührenordnungspositionen 32584 bis 32639 und 32641 berechnungsfähig.
Der Höchstwert für die Untersuchungen nach den Gebührenordnungspositionen 32572 und 32573, 32584 bis 32639 und 32641, 32642 und 32660 bis 32664 beträgt 66,30 EURO.
Die Gebührenordnungsposition 32594 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 32803 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 32601 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 32809 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungspositionen 32602 und 32603 sind nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32818 und 32831 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 32614 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 01932 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 32617 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 01933 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 32618 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 01934 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 32629 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 01833 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 32630 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 32801 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungspositionen 32589, 32592, 32595, 32600, 32622, 32625 und 32628 sind am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 32851 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungspositionen 32601, 32604, 32609 und 32610 sind am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32851 und 32853 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 32618 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 01865 berechnungsfähig.

32642 Nachweis **neutralisierender Antikörper mittels Zellkultur(en), in vivo oder im Brutei**, 13,06 €

je Untersuchung unter Angabe des Antikörpers

Untersuchungen auf **Antikörper gegen Krankheitserreger** mittels Immunreaktion mit elektrophoretisch aufgetrennten und/ oder diagnostisch gleichwertigen rekombinanten mikrobiellen/viralen

Antigenen **(Immunoblot)** als **Bestätigungs- oder Abklärungstest** nach positivem oder fraglich positivem Antikörpernachweis, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32660 bis 32664

32660	**HIV-1- und/oder HIV-2-Antikörper (Westernblot)**	20,30 €
32661	**HCV-Antikörper**	20,30 €
32662	**Borrelia-Antikörper**	18,68 €
32663	**Yersinien-Antikörper, auch als Eingangstest**	18,49 €
32664	**Ähnliche Untersuchungen** unter Angabe des Krankheitserregers	17,66 €

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 32664 setzt die Begründung der medizinischen Notwendigkeit der jeweiligen Untersuchung im Einzelfall voraus.
Die Gebührenordnungspositionen 32660 bis 32664 sind je Krankheitserreger bis zu zweimal berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 32660 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 32850 berechnungsfähig.

32670	**Quantitative Bestimmung einer in-vitro-Freisetzung von Interferon-gamma oder IP-10 nach ex-vivo-Stimulation mit Antigenen** (mindestens ESAT-6 und CFP-10) spezifisch für Mycobacterium tuberculosis-Complex (außer BCG) bei Patienten - vor Einleitung oder während einer Behandlung mit einem Arzneimittel, für das der Ausschluss einer latenten oder aktiven Tuberkulose in der Fachinformation (Zusammenfassung der Merkmale des Arzneimittels / Summary of Product Characteristics) des Herstellers gefordert wird - mit einer HI-Virus Infektion nur vor einer Therapieentscheidung einer behandlungsbedürftigen Infektion mit Mycobacterium-tuberculosis-Complex (außer BCG) - vor Einleitung einer Dialysebehandlung bei chronischer Niereninsuffizienz - vor Durchführung einer Organtransplantation (Niere, Herz, Lunge, Leber, Pankreas)	53,36 €

Die Gebührenordnungsposition 32670 ist auf die genannten Indikationen beschränkt und dient weder als Screeninguntersuchung noch zur Umgebungsuntersuchung von Kontaktpersonen. Die Berechnung als "Ähnliche Untersuchung" für die genannten und andere Indikationen ist unzulässig.

32674	**Qualitativer Nachweis und/oder quantitative Bestimmung von Antikörpern gegen Adeno-assoziierte Viren (AAV) zur Indikationsstellung einer gezielten medikamentösen Behandlung, wenn diese(r) laut Fachinformation obligat ist,** einmal am Behandlungstag	40,00 €

32.3.8 Parasitologische Untersuchungen

32680 Nachweis von **Parasiten-Antigenen** aus einem Körpermaterial **(Direktnachweis)** mittels **Immunfluoreszenz** und/oder **Immunoassay** mit photometrischer oder gleichwertiger Messung, 8,28 €

je Untersuchung unter Angabe des Antigens

Die Gebührenordnungsposition 32680 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 32683 berechnungsfähig.

32681 **Kulturelle Untersuchung auf Protozoen** 5,24 €

Obligater Leistungsinhalt

- Kulturelle Untersuchung auf Protozoen, z. B. auf Trichomonaden, Lamblien,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Nachfolgende mikroskopische Prüfung(en),

je Untersuchung unter Angabe der Art der Untersuchung

32682 **Systematische parasitologische Untersuchung** auf einheimische und/oder tropische **Helminthen** und/oder **Helmintheneier nach Anreicherung**, z. B. SAF-, Zink-Sulfat-Anreicherung, einschl. aller mikroskopischen Untersuchungen 6,35 €

32683 **Nukleinsäurenachweis von Erregern von Parasitosen bei immundefizienten Patienten außer Toxoplasma aus einem Körpermaterial,** 18,31 €

je Erregerart, höchstens drei Erregerarten je Untersuchungsprobe

Die Gebührenordnungsposition 32683 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32680 und 32833 berechnungsfähig.

32.3.9 Mykologische Untersuchungen

32685 Nachweis von **Pilz-Antigenen** aus einem Körpermaterial (**Direktnachweis**) mittels **Agglutination** und/oder **Immunpräzipitation**, 9,57 €

je Untersuchung unter Angabe des Antigens

32686 Nachweis von **Pilz-Antigenen** aus einem Körpermaterial (**Direktnachweis**) mittels **Immunfluoreszenz** und/oder **Immunoassay** mit photometrischer oder gleichwertiger Messung, 10,76 €

je Untersuchung unter Angabe des Antigens

32687 **Kulturelle mykologische Untersuchung** 4,23 €

Obligater Leistungsinhalt

- Kulturelle mykologische Untersuchung
  - nach Aufbereitung (z. B. Zentrifugation, Auswaschung)

  und/oder
  - unter Verwendung von mindestens 2 Nährmedien

und/oder
- als Langzeitkultivierung,

Fakultativer Leistungsinhalt
- Keimzahlbestimmung,
- nachfolgende mikroskopische Prüfung(en) und Kultur(en),

unter Angabe der Art des Untersuchungsmaterials

Die mykologische Untersuchung von Haut-, Schleimhaut- oder Vaginalabstrichen einschl. von Vaginalsekret ist nicht nach der Gebührenordnungsposition 32687, sondern nach der Gebührenordnungsposition 32151 berechnungsfähig.

32688 **Morphologische Differenzierung gezüchteter Pilze außer Hefen** 2,48 €

Obligater Leistungsinhalt
- Morphologische Differenzierung gezüchteter Pilze außer Hefen mittels kultureller Verfahren und mikroskopischer Prüfung,

Fakultativer Leistungsinhalt
- Biochemische Differenzierung,

je Pilzart

Die Gebührenordnungsposition 32688 ist bei derselben Pilzart nicht neben der Gebührenordnungsposition 32692 berechnungsfähig.

32689 **Biochemische Differenzierung von Hefen** 9,29 €

Obligater Leistungsinhalt
- Biochemische Differenzierung von Hefen in Reinkultur mit mindestens 8 Reaktionen,

Fakultativer Leistungsinhalt
- Kulturelle Verfahren,

je Hefeart

Die Gebührenordnungsposition 32689 ist bei derselben Hefeart nicht neben der Gebührenordnungsposition 32692 berechnungsfähig.

32690 **Differenzierung gezüchteter Pilze mittels mono- oder polyvalenter Seren**, 2,12 €

je Antiserum

Der Höchstwert für die Untersuchung nach der Nr. 32690 beträgt 11,50 EURO.

32691 **Orientierende Empfindlichkeitsprüfung(en) von Hefen** in Reinkultur, 5,15 €

insgesamt je Körpermaterial

32692 **Differenzierung gezüchteter Pilze mittels MALDI-TOF-Massenspektrometrie (Matrix-unterstützte Laser-Desorptions-Ionisations-Flugzeit),** 6,06 €

je Art

Die Gebührenordnungsposition 32692 ist bei derselben Art nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32688 und 32689 berechnungsfähig.

32.3.10 Bakteriologische Untersuchungen

32700 Nachweis von **Bakterien-Antigenen** aus einem Körpermaterial (**Direktnachweis**) mittels **Agglutination** und/oder **Immunpräzipitation**, je Untersuchung unter Angabe des Antigens — 8,74 €

32701 **Clostridioides difficile-Nachweis im Stuhl** — 23,80 €

Obligater Leistungsinhalt

- Nachweis des Glutamat-Dehydrogenase-Enzyms
- Nachweis der Toxine A und B

32702 **Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 32701 für den Nukleinsäurenachweis von Clostridioides difficile bei diskordanten Ergebnissen des Immunoassays** — 18,31 €

Nachweis von **Bakterien-Antigenen** aus einem Körpermaterial (**Direktnachweis**) mittels **Immunfluoreszenz** und/oder **Immunoassay** mit photometrischer oder gleichwertiger Messung, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32704 bis 32707, je Untersuchung

32704 **Mycoplasma pneumoniae** — 8,92 €

32705 **Shigatoxin** (Verotoxin), ggf. einschl. kultureller Anreicherung — 8,56 €

32706 **Helicobacter pylori-Antigen im Stuhl** — 21,62 €

32707 **Ähnliche Untersuchungen** unter Angabe des Antigens — 10,95 €

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 32707 setzt die Begründung der medizinischen Notwendigkeit der jeweiligen Untersuchung im Einzelfall voraus.
Die Gebührenordnungsposition 32706 ist grundsätzlich nur berechnungsfähig vor einer geplanten Dauermedikation mit niedrig dosiertem ASS oder mit nicht steroidalen Antirheumatika (NSAR) und erhöhtem Risiko für eine Ulcus-Erkrankung sowie zur Erfolgskontrolle nach Eradikationstherapie einer Helicobacter pylori-Infektion (frühestens 4 Wochen nach Ende der Therapie) oder zum Ausschluss einer Reinfektion bei einer gastroduodenoskopisch gesicherten Ulcus-duodeni-Erkrankung oder bei Kindern mit begründetem Verdacht auf eine Ulkus-Erkrankung.
Die Gebührenordnungsposition 32706 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02400 und 32315 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 32704 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 32851 berechnungsfähig.

Kulturelle Untersuchung auf ätiologisch relevante Bakterien, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32720 bis 32727,

Obligater Leistungsinhalt

- Kulturelle Untersuchung auf ätiologisch relevante Bakterien,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Keimzahlbestimmung,
- Nachweis antimikrobieller Wirkstoffe mittels Hemmstofftest,
- Nachfolgende mikroskopische Prüfung(en) und Kultur(en),

je Untersuchung

32720	**Urinuntersuchung** mit mindestens zwei Nährböden (ausgenommen Eintauchnährböden) und/oder mit apparativer Wachstumsmessung	5,06 €
32721	Untersuchung von Sekreten des Respirationstrakts, z. B. **Sputum, Bronchialsekret**, mit mindestens drei Nährböden	6,62 €
32722	**Stuhluntersuchung** mit mindestens fünf Nährböden, ggf. **einschl. anaerober Untersuchung**, z. B. auf Clostridien	7,36 €
32723	**Stuhluntersuchung** mit mindestens fünf Nährböden, einschl. **Untersuchung auf Yersinien, Campylobacter** und ggf. weitere darmpathogene Bakterien, ggf. einschl. anaerober Untersuchung, z. B. auf Clostridien	9,84 €
32724	**Aerobe oder anaerobe Untersuchung von Blut**	10,76 €
32725	**Untersuchung von Liquor, Punktat, Biopsie-, Bronchiallavage- oder Operationsmaterial,** ggf. einschl. anaerober Untersuchung, unter Angabe der Materialart	8,65 €
32726	**Untersuchung eines Abstrichs**, Exsudats, Sekrets oder anderen Körpermaterials mit mindestens drei Nährböden unter Angabe der Materialart	5,89 €
32727	**Untersuchung eines Abstrichs**, Exsudats, Sekrets oder anderen Körpermaterials mit mindestens fünf Nährböden, ggf. einschl. anaerober Untersuchung unter Angabe der Materialart	7,82 €

Anstelle der Gebührenordnungspositionen 32720 bis 32724 sind die Gebührenordnungspositionen 32725 bis 32727 bei demselben Körpermaterial nicht berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungspositionen 32720, 32722 und 32723 sind bei demselben Material nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32725 bis 32727 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 32721 ist bei demselben Material nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32725 bis 32727 und 32740 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 32724 ist bei demselben Material nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32725 bis 32727 und 32741 bis 32746 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 32725 ist bei demselben Material nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32720 bis 32724, 32726 und 32741 bis 32746 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 32726 ist bei demselben Material nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32720 bis 32725 und 32740 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 32727 ist bei demselben Material nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32720 bis 32724 und 32740 bis 32746 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 32720 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 32151 berechnungsfähig.

Gezielte kulturelle Untersuchung auf bestimmte Krankheitserreger, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32740 bis 32747

Obligater Leistungsinhalt

- Gezielte kulturelle Untersuchung auf bestimmte Krankheitserreger unter Verwendung spezieller Nährböden und/oder Kulturverfahren,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Keimzahlbestimmung,
- Nachweis antimikrobieller Wirkstoffe mittels Hemmstofftest,
- Nachfolgende mikroskopische Prüfung(en) und Kultur(en),

je Untersuchung

32740	**Untersuchung auf betahämolysierende Streptokokken**, z. B. aus dem Rachen, mit mindestens zwei Nährböden	4,97 €
32741	**Untersuchung auf Neisseria gonorrhoeae** unter vermehrter CO_2-Spannung, ggf. einschl. Oxidase- und/oder ß-Lactamaseprüfung	4,78 €
32742	**Untersuchung auf Aktinomyzeten**	5,70 €
32743	**Untersuchung auf Borrelien**	6,07 €
32744	**Untersuchung auf Mykoplasmen**, ggf. auch mehrere Gattungen (z. B. Mycoplasma, Ureaplasma)	8,74 €
32745	**Untersuchung auf Legionellen**	6,07 €
32746	**Untersuchung auf Leptospiren**	6,07 €
32747	**Untersuchung auf Mykobakterien** mit mindestens einem flüssigen und zwei festen Kulturmedien	32,11 €

Die Gebührenordnungsposition 32740 ist bei demselben Material nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32721, 32726 und 32727 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungspositionen 32741 bis 32746 sind bei demselben Material nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32724, 32725 und 32727 berechnungsfähig.

32748	**Bakteriologische Untersuchung in vivo**	12,70 €

Obligater Leistungsinhalt

- Bakteriologische Untersuchung in vivo, z. B. Toxinnachweis,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Nachfolgende kulturelle und mikroskopische Untersuchungen,

je Untersuchungsmaterial unter Angabe des Krankheitserregers

Die Gebührenordnungsposition 32748 ist nicht für die Untersuchung auf Mykobakterien berechnungsfähig.

32749 Nachweis **bakterieller Toxine**, z. B. Verotoxine, mittels **Zellkultur(en),** 11,78 €
je Untersuchungsmaterial unter Angabe des Toxins

32750 **Differenzierung gezüchteter Bakterien mittels mono- oder polyvalenter Seren**, 3,59 €
je Antiserum

Der Höchstwert für die Untersuchung nach der Nr. 32750 beträgt 39,00 EURO.

32759 **Differenzierung von in Reinkultur gezüchteten Bakterien mittels MALDI-TOF-Massenspektrometrie (Matrix-unterstützte Laser-Desorptions-Ionisations-Flugzeit),** 6,06 €
je Bakterienart

Die Gebührenordnungsposition 32759 ist bei derselben Bakterienart nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32760 bis 32765 berechnungsfähig.

Differenzierung von in Reinkultur gezüchteten Bakterien, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32760 bis 32765

Obligater Leistungsinhalt

- Differenzierung von in Reinkultur gezüchteten Bakterien mittels
  - biochemischer und/oder kultureller Verfahren

  oder
  - Nukleinsäuresonden,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Subkultur(en),

je Bakterienart und/oder -typ

32760 **Verfahren mit bis zu drei Reaktionen** 3,31 €

32761 **Verfahren mit mindestens vier Reaktionen** 4,88 €

32762 **Verfahren mit mindestens zehn Reaktionen** 8,10 €

32763 **Differenzierung von strikten Anaerobiern** 12,24 €

32764 **Differenzierung von Tuberkulosebakterien** (M. tuberculosis, M. bovis, M. africanum, BCG-Stamm) 26,13 €

32765 **Differenzierung von Mykobakterien**, die nicht Tuberkulosebakterien sind (sog. **ubiquitäre Mykobakterien**), mit Verfahren mit mindestens zehn Reaktionen oder mittels Nukleinsäuresonden 31,74 €

Die Gebührenordnungsposition 32760 ist bei derselben Bakterienart nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32759 und 32761 bis 32765 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 32761 ist bei derselben Bakterienart nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32759, 32760 und 32762 bis 32765 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 32762 ist bei derselben Bakterienart nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32759 bis 32761 und 32763 bis 32765 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 32763 ist bei derselben Bakterienart nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32759 bis 32762, 32764 und 32765 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 32764 ist bei derselben Bakterienart nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32759 bis 32763 und 32765 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 32765 ist bei derselben Bakterienart nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32759 bis 32764 berechnungsfähig.

32768 Bestimmung der **minimalen Hemmkonzentration** (MHK) von in Reinkultur gezüchteten, ätiologisch relevanten Bakterien, außer aus Sputum, Urin, Stuhl und von Oberflächenabstrichen von Haut und Schleimhäuten, in **mindestens acht Verdünnungsstufen**,
je Untersuchungsprobe, insgesamt — 17,20 €

32769 **Zuschlag** zur Gebührenordnungsposition 32768 bei Bestimmung der **minimalen bakteriziden Konzentration** (MBK) durch Subkulturen,
je Untersuchungsprobe — 8,46 €

32770 **Empfindlichkeitsprüfungen** von **Mykobakterien** in Reinkultur,
je Bakterienstamm und je Chemotherapeutikum in mindestens jeweils zwei Abstufungen — 7,27 €

Der Höchstwert für Untersuchungen nach der Nr. 32770 beträgt 39,50 EURO je Mykobakterienart.

32772 **Semiquantitative nach EUCAST oder CLSI ausgewählte Empfindlichkeitsprüfungen von in Reinkultur gezüchteten klinisch relevanten gramnegativen Bakterien aus einem Material gegen mindestens fünf Standardtherapeutika sowie mindestens drei für den Nachweis von Resistenzmechanismen relevanten Leitsubstanzgruppen** — 6,38 €

Fakultativer Leistungsinhalt

- Bestimmung der minimalen Hemmkonzentration (MHK) mittels Gradienten-Diffusionstest,

je Bakterienart, höchstens zwei Bakterienarten je Untersuchungsprobe

Der Höchstwert für die Untersuchungen der Gebührenordnungspositionen 32772, 32773 und 32777 beträgt je Untersuchungsprobe 20,79 Euro.
Der Befundbericht soll die Ergebnisse zu den Leitsubstanzen der Multiresistenz nur aufführen, sofern der Keim auf mehrere Standardtherapeutika nicht oder nur intermediär sensibel ist.

32773 **Semiquantitative nach EUCAST oder CLSI ausgewählte Empfindlichkeitsprüfungen von in Reinkultur gezüchteten klinisch relevanten grampositiven Bakterien aus einem Material gegen mindestens fünf Standardtherapeutika sowie der für den Nachweis von Resistenzmechanismen relevanten Leitsubstanzgruppen** 6,38 €

Fakultativer Leistungsinhalt

- Bestimmung der minimalen Hemmkonzentration (MHK) mittels Gradienten-Diffusionstest,

je Bakterienart, höchstens zwei Bakterienarten je Untersuchungsprobe

Der Höchstwert für die Untersuchungen der Gebührenordnungspositionen 32772, 32773 und 32777 beträgt je Untersuchungsprobe 20,79 Euro.
Der Befundbericht soll die Ergebnisse zu den Leitsubstanzen der Multiresistenz nur aufführen, sofern der Keim auf mehrere Standardtherapeutika nicht oder nur intermediär sensibel ist.

32774 **Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 32772 bei gramnegativen Bakterien für die Durchführung von phänotypischen Bestätigungstesten bei Multiresistenz gegen die für die Bakterienart relevante(n) Leitsubstanz(en),** 7,82 €

je Bakterienart und Resistenzmechanismus

32775 **Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 32773 bei grampositiven Bakterien für die Durchführung von phänotypischen Bestätigungstesten bei Multiresistenz gegen die für die Bakterienart relevante(n) Leitsubstanz(en),** 7,82 €

je Bakterienart und Resistenzmechanismus

32777 **Semiquantitative nach EUCAST oder CLSI ausgewählte Empfindlichkeitsprüfungen von in Reinkultur gezüchteten klinisch relevanten Bakterien aus einem Material** 6,93 €

- **mit atypischem Färbeverhalten nach Gram**

oder

- **für die gemäß EUCAST oder CLSI ein von den Gebührenordnungspositionen 32772 oder 32773 abweichender Leistungsinhalt definiert ist,**

je Bakterienart, höchstens zwei Bakterienarten je Untersuchungsprobe

Der Höchstwert für die Untersuchungen der Gebührenordnungspositionen 32772, 32773 und 32777 beträgt je Untersuchungsprobe 20,79 Euro.

32.3.11 Virologische Untersuchungen

Nachweis von **Virus-Antigenen** aus einem Körpermaterial (**Direktnachweis**) mittels **Immunfluoreszenz** und/oder mittels **Immunoassay** mit photometrischer oder gleichwertiger Messung, gilt für die Gebührenordnungspositionen 32779 bis 32782 und 32784 bis 32791,

je Untersuchung

32779	**SARS-CoV-2**	10,80 €
32780	**Hepatitis A-Virus (HAV)**	7,08 €
32781	**Hepatitis B-Oberflächenantigen (HBsAg)**	5,06 €
32782	**Hepatitis B-e-Antigen (HBeAg)**	10,03 €
32784	**Cytomegalievirus** (**CMV**)	17,02 €
32785	**Herpes simplex-Viren**	15,92 €
32786	**Influenzaviren**	8,46 €
32787	**Parainfluenzaviren**	5,61 €
32788	**Respiratory-Syncytial-Virus (RSV)**	17,02 €
32789	**Adenoviren**	8,00 €
32790	**Rotaviren**	6,81 €
32791	**Ähnliche Untersuchungen** unter Angabe des Antigens	12,14 €

Untersuchungen mittels vorgefertigter Reagenzträger (z. B. immunchromatographische Schnellteste) oder Schnellteste mit vorgefertigten Reagenzzubereitungen (z. B. Latexteste) sind nicht nach der Gebührenordnungsposition 32779 berechnungsfähig.
Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 32779 setzt die Teilnahme an Maßnahmen der externen Qualitätssicherung voraus.
Die Gebührenordnungsposition 32779 ist nur von Fachärzten für Laboratoriumsmedizin oder für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie berechnungsfähig.
Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 32791 setzt die Begründung der medizinischen Notwendigkeit der jeweiligen Untersuchung im Einzelfall voraus.
Die Gebührenordnungsposition 32781 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01810 und 01932 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 32785 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 32800 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 32781 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 01865 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 32785 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 32852 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungspositionen 32786 bis 32788 sind am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 32851 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 32789 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32851 und 32853 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 32790 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 32853 berechnungsfähig.

32792 **Elektronenmikroskopischer Nachweis von Viren** 42,32 €

Obligater Leistungsinhalt

- Elektronenmikroskopischer Nachweis von Viren

Fakultativer Leistungsinhalt

- Verwendung spezifischer Antiseren (Immunelektronenmikroskopie)

32793 Anzüchtung von **Viren, Rickettsien in Zellkulturen oder in vivo** 9,48 €

Obligater Leistungsinhalt

- Anzüchtung von Viren, Rickettsien in Zellkulturen oder in vivo

Fakultativer Leistungsinhalt

- Folgekulturen (Passagen)

32794 **Anzüchtung von Viren oder Rickettsien in einem Brutei** 9,38 €

Der Höchstwert für die Untersuchungen nach den Nrn. 32792 bis 32794 beträgt 46,00 EURO je Körpermaterial.

32795 **Typisierung von Viren in Zellkulturen, in vivo oder im Brutei**, 8,46 €
je Antiserum

32.3.12 Molekularbiologische Untersuchungen

1. Immundefizient sind Patienten, bei denen mindestens ein Teil des Immunsystems aufgrund exogener oder endogener Ursachen soweit eingeschränkt ist, dass eine regelgerechte Immunreaktion nicht erfolgt und ein Auftreten opportunistischer Infektionen zu erwarten ist.
2. Der Nachweis mikrobieller/viraler Nukleinsäure aus einem Körpermaterial (Direktnachweis) erfolgt mittels Nukleinsäureamplifikationstechniken und beinhaltet für die Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 32815, 32817 sowie 32823 bis 32827 die Aufbereitung (z. B. Zellisolierung, Nukleinsäureisolierung, -denaturierung) und Spezifitätskontrolle des Amplifikats (z. B. mittels Elektrophorese und markierter Sonden), ggf. einschl. reverser Transkription und mehreren aufeinanderfolgenden Amplifikationen.

32800 **Nukleinsäurenachweis von Herpes-simplex-Virus Typ 1 und Typ 2 bei immundefizienten Patienten** 18,31 €

Der Höchstwert für die Untersuchungen nach den Gebührenordnungspositionen 32800 und 32852 beträgt 38,26 Euro.
Die Gebührenordnungsposition 32800 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 32785 berechnungsfähig.

32801 **Nukleinsäurenachweis von Varicella-Zoster-Virus bei immundefizienten Patienten** 18,31 €

Die Gebührenordnungsposition 32801 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 32630 berechnungsfähig.

32802 **Nukleinsäurenachweis von Pneumocystis jirovecii bei immundefizienten Patienten** 18,31 €

32803 **Nukleinsäurenachweis von Listeria spp. bei immundefizienten Patienten** 18,31 €

Die Gebührenordnungsposition 32803 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 32594 berechnungsfähig.

32804 **Nukleinsäurenachweis von Zika-Virus-RNA** 18,31 €

32805 **Nukleinsäurenachweis von sonstigen Arboviren** 18,31 €

32806 **Nukleinsäurenachweis von Masernvirus** 18,31 €

32807 **Nukleinsäurenachweis von Mumpsvirus** 18,31 €

32808 **Nukleinsäurenachweis von Rötelnvirus** 18,31 €

32809 **Nukleinsäurenachweis von Adenoviren aus Konjunktivalabstrich** 18,31 €

Die Gebührenordnungsposition 32809 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 32601 berechnungsfähig.

32810 **Nukleinsäurenachweis von Orthopoxvirus spp. aus makulo-/vesiculopapulösen Haut- oder Schleimhautläsionen (Befundmitteilung innerhalb von 24 Stunden nach Materialeingang im Labor),** 18,31 €

höchstens dreimal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 32810 ist nur von Fachärzten für Laboratoriumsmedizin oder für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie berechnungsfähig.

32815 **Quantitative Bestimmung der Hepatitis D-Virus-RNA vor, während, zum Abschluss oder nach Abbruch einer spezifischen antiviralen Therapie,** 82,34 €

höchstens dreimal im Behandlungsfall

32816 **Nukleinsäurenachweis des beta-Coronavirus SARS-CoV-2** 18,31 €

Obligater Leistungsinhalt

- Untersuchung von Material der oberen Atemwege (Oropharynx-Abstrich und/oder Nasopharynx-Abstrich),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Untersuchung von Material der tiefen Atemwege (Bronchoalveoläre Lavage, Sputum (nach Anweisung produziert bzw. induziert) und/ oder Trachealsekret),

einmal am Behandlungstag

Die Gebührenordnungsposition 32816 ist im Behandlungsfall höchstens fünfmal berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 32816 ist nur von Fachärzten für Laboratoriumsmedizin oder für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie berechnungsfähig.
Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 32816 setzt die Teilnahme an Maßnahmen der externen Qualitätssicherung voraus.

32817 **Quantitative Bestimmung der Hepatitis B-Virus-DNA zur Diagnostik einer HBV-Reaktivierung oder vor, während, zum Abschluss oder nach Abbruch einer spezifischen antiviralen Therapie,** 82,34 €

höchstens dreimal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 32817 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 01866 berechnungsfähig.

32818 **Quantitative Bestimmung der CMV-DNA** 40,94 €

- zur Diagnostik einer CMV-Reaktivierung bei organtransplantierten Patienten oder immundefizienten Patienten

oder

- vor, während, zum Abschluss oder nach Abbruch einer spezifischen antiviralen Therapie

Die Gebührenordnungsposition 32818 ist nur in begründeten Einzelfällen neben kulturellen Untersuchungen und/oder Antigennachweisen zum Nachweis von CMV berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 32818 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32602 und 32603 berechnungsfähig.

32820 **Genotypische CMV-Resistenztestung bei Verdacht auf ein Therapieversagen unter einer spezifischen antiviralen Therapie** 260,00 €

Obligater Leistungsinhalt

- Untersuchung auf resistenzvermittelnde Mutationen in den Genen UL97 und UL54,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Untersuchung auf resistenzvermittelnde Mutationen in weiteren Genen,

einmal im Behandlungsfall

32821 **Genotypische HIV-Resistenztestung bei HIV-Infizierten vor spezifischer antiretroviraler Therapie oder bei Verdacht auf Therapieversagen mit folgenden Substanzklassen gemäß Zusammenfassung der Merkmale eines Arzneimittels (Fachinformation)** 260,00 €
- Integrase-Inhibitoren

oder
- Corezeptor-Antagonisten

oder
- Fusionsinhibitoren,

je Substanzklasse

Die Gebührenordnungsposition 32821 setzt die Angabe der Substanzklasse als Art der Untersuchung voraus.
Für die Beurteilung eines Therapieversagens sind die aktuellen Leitlinien des AWMF-Registers zugrunde zu legen.

32823 **Quantitative Bestimmung der Hepatitis C-Virus-RNA vor, während, zum Abschluss oder nach Abbruch einer spezifischen antiviralen Therapie,** 82,34 €

höchstens dreimal im Behandlungsfall

32824 **Quantitative Bestimmung der HIV-RNA vor, während, zum Abschluss oder nach Abbruch einer spezifischen antiviralen Therapie,** 82,34 €

höchstens dreimal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 32824 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 32850 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 32824 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32376 und 32378 berechnungsfähig.

32825 **Nachweis von DNA und/oder RNA des Mycobacterium tuberculosis-Complex (MTC) bei begründetem Verdacht auf eine Tuberkulose** 56,49 €

32827 **Bestimmung des Hepatitis C-Virus-Genotyps vor oder während spezifischer antiviraler Therapie,** 82,34 €

einmal im Behandlungsfall

32828 **Genotypische HIV-Resistenztestung bei HIV-Infizierten vor spezifischer antiretroviraler Therapie oder bei Verdacht auf Therapieversagen mit folgenden Substanzklassen** 239,20 €
- Protease-Inhibitoren

und/oder
- Reverse Transkriptase-Inhibitoren

Für die Beurteilung eines Therapieversagens sind die aktuellen Leitlinien des AWMF-Registers zugrunde zu legen.
Die Gebührenordnungsposition 32828 umfasst auch die gemäß Anlage I der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungen und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung festgelegten Indikationen.

32830 **Nukleinsäurenachweis von Mycobacterium tuberculosis,** 18,31 €
einmal im Behandlungsfall

32831 **Nukleinsäurenachweis von Zytomegalie-Virus** bei 18,31 €
- organtransplantierten Patienten
oder
- bei Verdacht auf eine kongenitale CMV-Infektion
oder
- bei konkreter therapeutischer Konsequenz in begründeten Einzelfällen bei immundefizienten Patienten

Die Gebührenordnungsposition 32831 ist nur in begründeten Einzelfällen neben kulturellen Untersuchungen und/oder Antigennachweisen zum Nachweis von CMV berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 32831 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32602 und 32603 berechnungsfähig.

32832 **Nukleinsäurenachweis von Parvovirus in besonders zu begründenden Einzelfällen oder aus Fruchtwasser und/oder Fetalblut zum Nachweis einer vorgeburtlichen fetalen Infektion** 18,31 €

32833 **Nukleinsäurenachweis von Toxoplasma** aus 18,31 €
- Fruchtwasser und/oder Fetalblut
oder
- bei immundefizienten Patienten

Die Gebührenordnungsposition 32833 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 32683 berechnungsfähig.

32834 **Nukleinsäurenachweis von Erreger im Liquor** 18,31 €

32835 **Nukleinsäurenachweis von HCV,** 39,93 €
einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 32835 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 01867 berechnungsfähig.

32837 **Nukleinsäurenachweis von MRSA (nicht für das Sanierungsmonitoring)** 18,31 €

Die Gebührenordnungsposition 32837 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 30954 und 30956 berechnungsfähig.

32839 **Nukleinsäurenachweis von Chlamydien** 18,31 €

Die Gebührenordnungsposition 32839 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01816, 01840, 01915 und 01936 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 32839 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32851 und 32852 berechnungsfähig.

32842 **Nukleinsäurenachweis von Mykoplasmen** 18,31 €

Neben der Gebührenordnungsposition 32842 sind kulturelle Untersuchungen und/oder Antigennachweise zum Nachweis von Mykoplasmen nicht berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 32842 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32851 und 32852 berechnungsfähig.

32843 **Nukleinsäurenachweis von Polyomavirus bei immundefizienten Patienten** 18,31 €

32844 **Nukleinsäurenachweis von Epstein-Barr-Virus bei immundefizienten Patienten** 18,31 €

32845 **Nukleinsäurenachweis von HAV,** 18,31 €
einmal im Behandlungsfall

32846 **Nukleinsäurenachweis von HEV,** 18,31 €
einmal im Behandlungsfall

32847 **Nukleinsäurenachweis von HDV,** 18,31 €
einmal im Behandlungsfall

32850 **Nukleinsäurenachweis von HIV-RNA,** 39,93 €
einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 32850 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32660 und 32824 berechnungsfähig.

32851 **Nukleinsäurenachweis von einem oder mehreren der nachfolgend aufgeführten Erreger akuter respiratorischer Infektionen (Befundmitteilung innerhalb von 24 Stunden nach Materialeingang im Labor)** 18,31 €
- virale Erreger: Influenza A und B, Parainfluenzaviren, Bocavirus, Respiratory-Syncytial-Virus, Adenoviren, humanes Metapneumovirus, Rhinoviren, Enteroviren, Coronaviren (außer beta-Coronavirus SARS-CoV-2),

- bakterielle Erreger: Bordetella pertussis und B. parapertussis, Mycoplasma pneumoniae, Chlamydia pneumoniae, Legionella pneumophilia, Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae,

je Erreger

Ab der 2. Leistung am Behandlungstag wird die Gebührenordnungsposition 32851 mit 6,65 Euro je Erreger bewertet.
Der Höchstwert für die Untersuchungen nach der Gebührenordnungsposition 32851 beträgt 58,30 Euro.
Neben der Gebührenordnungsposition 32851 sind kulturelle Untersuchungen und/oder Antigennachweise zum Nachweis von Mykoplasmen nicht berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 32851 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32589, 32592, 32595, 32600, 32601, 32604, 32609, 32610, 32622, 32625, 32628, 32704, 32786 bis 32789, 32839 und 32842 berechnungsfähig.

32852 **Nukleinsäurenachweis von einem oder mehreren der nachfolgend aufgeführten Erreger sexuell übertragbarer Infektionen (Befundmitteilung innerhalb von 24 Stunden nach Materialeingang im Labor)** 18,31 €

- Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae, Mycoplasma genitalium, Trichomonas vaginalis, Herpes-simplex-Virus Typ 1 und 2,

je Erreger

Ab der 2. Leistung am Behandlungstag wird die Gebührenordnungsposition 32852 mit 6,65 Euro je Erreger bewertet.
Der Höchstwert für die Untersuchungen nach den Gebührenordnungspositionen 32800 und 32852 beträgt 38,26 Euro.
Neben der Gebührenordnungsposition 32852 sind kulturelle Untersuchungen und/oder Antigennachweise zum Nachweis von Mykoplasmen und/oder C. trachomatis nicht berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 32852 ist nur in begründeten Einzelfällen neben kulturellen Untersuchungen zum Nachweis von Neisseria gonorrhoeae berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 32852 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01816, 01840, 01915, 01936, 32785, 32839 und 32842 berechnungsfähig.

32853 **Nukleinsäurenachweis von einem oder mehreren der nachfolgend aufgeführten Erreger akuter gastrointestinaler Infektionen (Befundmitteilung innerhalb von 24 Stunden nach Materialeingang im Labor)** 18,31 €

- virale Erreger: Noroviren, Enteroviren, Rotaviren, Adenoviren, Astroviren, Sapoviren,
- bakterielle Erreger: Campylobacter, Salmonellen, Shigellen, Yersinia enterocolitica, Yersinia pseudotuberculosis, EHEC/EPEC,
- Cryptosporidium spp., Entamoeba histolytica, Giardia duodenalis, Strongyloides spp.,

je Erreger

Ab der 2. Leistung am Behandlungstag wird die Gebührenordnungsposition 32853 mit 6,65 Euro je Erreger bewertet.
Der Höchstwert für die Untersuchungen der Gebührenordnungsposition 32853 beträgt 45 Euro.
Die Gebührenordnungsposition 32853 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32601, 32604, 32609, 32610, 32789 und 32790 berechnungsfähig.

32.3.14 Molekulargenetische Untersuchungen

32860 **Faktor-V-Leiden-Mutation** 27,60 €
insgesamt

32861 **Prothrombin G20210A-Mutation** 27,60 €
insgesamt

32863 **Nachweis einer MTHFR-Mutation** (Homocystein Konzentration im Plasma > 50 µmol pro Liter) 27,60 €

32864 **Hämochromatose** 46,00 €
Obligater Leistungsinhalt
- Untersuchung auf die C282Y- und die H63D-Mutation des HFE (Hämochromatose)-Gens,

einmal im Krankheitsfall

32865 **Genotypisierung zur Bestimmung des CYP2D6-Metabolisierungsstatus vor Gabe von Inhibitoren der Glukozerebrosid-Synthase bei Morbus Gaucher Typ 1 gemäß der Zusammenfassung der Merkmale eines Arzneimittels (Fachinformation)** 308,50 €
Obligater Leistungsinhalt
- Untersuchung des CYP2D6-Gens mittels Sequenzanalyse,

Fakultativer Leistungsinhalt
- Untersuchung auf eine Deletion und/oder Duplikation,

einmal im Krankheitsfall

32866 **Genotypisierung zur Bestimmung des CYP2C9-Metabolisierungsstatus vor der Gabe von Siponimod bei sekundär progredienter Multipler Sklerose gemäß der Zusammenfassung der Merkmale des Arzneimittels (Fachinformation)** 75,44 €
Obligater Leistungsinhalt
- Untersuchung auf das Vorliegen der Allele CYP2C9*1, CYP2C9*2 und CYP2C9*3,

einmal im Krankheitsfall

32867 **Genotypisierung zur Bestimmung des Dihydropyrimidin-Dehydrogenase (DPD)-Metabolisierungsstatus vor systemischer Therapie mit 5-Fluorouracil oder dessen Vorstufen gemäß der Zusammenfassung der Merkmale des Arzneimittels (Fachinformation)** 110,40 €

Obligater Leistungsinhalt

- Untersuchung des DPYD Gens auf die Varianten c.1905+1G>A, c.1679T>G, c.2846A>T und c.1236G>A/HapB3,

einmal im Krankheitsfall

32868 **Genotypisierung zur Bestimmung des UDP-Glucuronosyltransferase 1A1 (UGT1A1) Metabolisierungsstatus vor systemischer Therapie mit einem irinotecanhaltigen Arzneimittel** 50,00 €

Obligater Leistungsinhalt

- Untersuchung auf das Vorliegen der Allele UGT1A1*6 und UGT1A1*28,

einmal im Krankheitsfall

32869 **Genotypisierung zur Bestimmung des CYP2C19-Metabolisierungsstatus vor der Gabe von Mavacamten bei symptomatischer hypertropher obstruktiver Kardiomyopathie (NYHA-Klasse II-III) gemäß der Zusammenfassung der Merkmale des Arzneimittels (Fachinformation)** 82,00 €

Obligater Leistungsinhalt

- Untersuchung auf das Vorliegen der Allele CYP2C19*2 und CYP2C19*3,

einmal im Krankheitsfall

32.3.15 Immungenetische Untersuchungen

32.3.15.1 Transplantationsvorbereitende immungenetische Untersuchungen

1. Die Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 32.3.15.1 sind nur vor einer Organ-, Gewebe- oder hämatopoetischen Stammzelltransplantation berechnungsfähig.
2. Die Einhaltung der Richtlinie der Bundesärztekammer zu Anforderungen an die Histokompatibilitätsdiagnostik gemäß § 16 Abs. 1 S. 1 Nr. 4a) und 4b) Transplantationsgesetz ist gegenüber der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen.
3. Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 32.3.15.1 setzt die endständige Angabe eines der folgenden Kodes gemäß ICD-10-GM voraus, der die Indikation dokumentiert: U55.-, Z00.5, Z52.-, Z75.6- oder Z75.7-. Für Empfänger einer Knochenmarkspende ist der entsprechende Kode aus C00 - D90 ICD-10-GM endständig anzugeben.

32901 **Ausschluss einer Expressionsvariante,** 19,41 €

je Genort

Die Gebührenordnungsposition 32901 ist im Krankheitsfall je untersuchte Person höchstens zweimal berechnungsfähig.

32902 **Typisierung eines HLA Klasse I Genortes HLA-A, -B oder -C in Einfeldauflösung mit Split-äquivalenter Zweifeldauflösung** 105,80 €

Fakultativer Leistungsinhalt

- DNA-Präparation,

je Genort

Die Gebührenordnungsposition 32902 ist im Krankheitsfall je Genort und je untersuchte Person höchstens zweimal berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 32902 ist im Krankheitsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32935 und 32937 berechnungsfähig.

32904 **Typisierung eines HLA Klasse I Genortes HLA-A, -B oder -C in Zweifeldauflösung bei bekannter Einfeldauflösung** 138,00 €

Fakultativer Leistungsinhalt

- DNA-Präparation,

je Genort

Die Gebührenordnungsposition 32904 ist im Krankheitsfall je Genort und je untersuchte Person höchstens zweimal berechnungsfähig.

32906 **Typisierung eines HLA Klasse II Genortes HLA-DR, -DQ oder -DP in Einfeldauflösung mit Split-äquivalenter Zweifeldauflösung** 66,24 €

Fakultativer Leistungsinhalt

- DNA-Präparation,

je Genort

Die Gebührenordnungsposition 32906 ist im Krankheitsfall je Genort und je untersuchte Person höchstens zweimal berechnungsfähig.

32908 **Typisierung eines HLA Klasse II Genortes HLA-DR, -DQ oder -DP in Zweifeldauflösung bei bekannter Einfeldauflösung** 105,80 €

Fakultativer Leistungsinhalt

- DNA-Präparation,

je Genort

Die Gebührenordnungsposition 32908 ist im Krankheitsfall je Genort und je untersuchte Person höchstens zweimal berechnungsfähig.

32910 **Transplantations-Cross-Match mittels Lymphozytotoxizitäts-Test (LCT),** 39,47 €

je Spender

32911 **Erweitertes Transplantations-Cross-Match** 78,30 €

Obligater Leistungsinhalt

- Isolierung von B- und/oder T-Zellen als vorbereitende Untersuchung,
- B-Zell- und/oder T-Zell-Cross-Match ggf. einschließlich DTT-Cross-Match,

je Spender

Die Gebührenordnungsposition 32911 ist nur berechnungsfähig, wenn die diagnostische Fragestellung aufgrund der Analyse-Ergebnisse entsprechend der Gebührenordnungsposition 32910 nicht vollständig beantwortet werden konnte.

32915 **Nachweis von Antikörpern gegen HLA-Klasse I oder II Antigene mittels Lymphozytotoxizitäts-Test (LCT), ggf. einschließlich Vorbehandlung mit Dithiothreitol (DTT),** 29,50 €

je HLA-Klasse

Die Gebührenordnungsposition 32915 ist im Behandlungsfall höchstens zweimal berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 32915 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 32939 berechnungsfähig.

32916 **Nachweis von Antikörpern gegen HLA-Klasse I oder II Antigene mittels Festphasenmethoden,** 47,30 €

je HLA-Klasse und je Immunglobulinklasse

Die Gebührenordnungsposition 32916 ist im Behandlungsfall höchstens viermal berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 32916 ist bei vorbekanntem Antikörpernachweis für die entsprechende HLA- und Immunglobulinklasse nicht berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 32916 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 32940 berechnungsfähig.

32917 **Spezifizierung der Antikörper gegen HLA-Klasse I oder II Antigene unter Anwendung spezifisch charakterisierter HLA-Antigenpanel auf unterscheidbaren Festphasen und Berechnung des virtuellen Panelreaktivitätswertes,** 79,00 €

je HLA-Klasse

Die Gebührenordnungsposition 32917 ist nur bei bekannter Reaktivität gegen HLA-Klasse I oder II Antigene berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 32917 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32918, 32941 und 32942 berechnungsfähig.

32918 **Spezifizierung der Antikörper gegen HLA-Klasse I oder II Antigene mittels Single-Antigen-Festphasentest,** 150,00 €

je HLA-Klasse

Die Gebührenordnungsposition 32918 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32917, 32941 und 32942 berechnungsfähig.

32.3.15.2 Allgemeine immungenetische Untersuchungen

32931 **Molekulargenetischer Nachweis HLA-B27** 27,60 €

Fakultativer Leistungsinhalt

- DNA-Präparation,

einmal im Krankheitsfall

Die Gebührenordnungsposition 32931 ist bis 30. Juni 2017 auch für den immunologischen Nachweis von HLA-B 27 und unabhängig von der Erfüllung der Qualifikationsanforderungen für den fakultativen Leistungsinhalt berechnungsfähig.

32932 **Molekulargenetischer Nachweis eines krankheitsrelevanten HLA-Merkmals in Einfeldauflösung** 30,36 €

Fakultativer Leistungsinhalt

- DNA-Präparation,
- Nachweis in Zweifeldauflösung, sofern die Relevanz oder Assoziation auf Zweifeldniveau definiert ist,

je Merkmal

Die Gebührenordnungsposition 32932 ist nicht für den Nachweis des HLA-B27 berechnungsfähig.
Der Höchstwert im Krankheitsfall für die Untersuchungen nach den Gebührenordnungspositionen 32931 und 32932 beträgt 80,00 Euro.

32935 **Serologische HLA-Typisierung der Klasse I Antigene HLA-A, -B und -C,** 70,56 €

je Krankheitsfall

Die Gebührenordnungsposition 32935 ist im Krankheitsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32902 und 32937 berechnungsfähig.

32937 **Typisierung eines HLA Klasse I Genortes HLA-A, -B oder -C in Einfeldauflösung mit Split-äquivalenter Zweifeldauflösung** 105,80 €

Fakultativer Leistungsinhalt

- DNA-Präparation,

je Genort

Die Gebührenordnungsposition 32937 ist nur im Zusammenhang mit der Verordnung eines HLA-kompatiblen Thrombozytenpräparates berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 32937 ist im Krankheitsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32902 und 32935 berechnungsfähig.

32939 **Nachweis von Antikörpern gegen HLA-Klasse I oder II Antigene mittels Lymphozytotoxizitäts-Test (LCT), ggf. einschließlich Vorbehandlung mit Dithiothreitol (DTT),** 29,50 €

je HLA-Klasse

Die Gebührenordnungsposition 32939 ist im Behandlungsfall höchstens zweimal berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 32939 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 32915 berechnungsfähig.

32940 **Nachweis von Antikörpern gegen HLA-Klasse I oder II Antigene mittels Festphasenmethoden,** 47,30 €

je HLA-Klasse und je Immunglobulinklasse

Die Gebührenordnungsposition 32940 ist im Behandlungsfall höchstens viermal berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 32940 ist bei vorbekanntem Antikörpernachweis für die entsprechende HLA- und Immunglobulinklasse nicht berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 32940 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 32916 berechnungsfähig.

32941 **Spezifizierung der Antikörper gegen HLA-Klasse I oder II Antigene unter Anwendung spezifisch charakterisierter HLA-Antigenpanel auf unterscheidbaren Festphasen,** 79,00 €

je HLA-Klasse

Die Gebührenordnungsposition 32941 ist nur bei bekannter Reaktivität gegen HLA-Klasse I oder II Antigene berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 32941 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32917, 32918 und 32942 berechnungsfähig.

32942 **Spezifizierung der Antikörper gegen HLA-Klasse I oder II Antigene mittels Single-Antigen-Festphasentest,** 150,00 €

je HLA-Klasse

Die Gebührenordnungsposition 32942 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32917, 32918 und 32941 berechnungsfähig.

32943 **Zuschlag für die Spezifizierung der Antikörper gegen HLA-Klasse I oder II Antigene mittels Komplement-abhängigem und/oder IgG-Subklassen-spezifischem Single-Antigen-Festphasentest zu den Gebührenordnungspositionen 32917, 32918, 32941 oder 32942,** 150,00 €

je HLA-Klasse

Die Gebührenordnungsposition 32943 ist nur bei bekannter Reaktivität gemäß den Gebührenordnungspositionen 32917, 32918, 32941 oder 32942 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 32943 ist nur im Zusammenhang mit einer Organ-, Gewebe- oder hämatopoetischen Stammzelltransplantation berechnungsfähig.

32945 **Typisierung des HPA-1- und HPA-5-Merkmals auf die Allele a und b** 55,20 €

Fakultativer Leistungsinhalt

- DNA-Präparation,

einmal im Krankheitsfall

32946 **Typisierung weiterer HPA-Merkmale auf die Allele a und b** 82,80 €

Obligater Leistungsinhalt

- Typisierung HPA-2, 3, 4, 6 und 15,

Fakultativer Leistungsinhalt

- DNA-Präparation,

einmal im Krankheitsfall

Die Gebührenordnungsposition 32946 ist nur im Zusammenhang mit der Verordnung eines HPA-kompatiblen Thrombozytenpräparates, zur Abklärung eines Transfusionszwischenfalls oder eines Refraktärzustandes nach einer Thrombozytentransfusion berechnungsfähig.

32947 **Serologische Verträglichkeitsprobe (Kreuzprobe) von Thrombozyten in einem komplementunabhängigen Testsystem unter Verwendung von immobilisierten HLA-Antigenen und Thrombozytenantigenen** 39,47 €

Obligater Leistungsinhalt

- Thrombozytenkreuzprobe vor Transfusion eines HLA- und/oder HPA-ausgewählten Thrombozytenpräparates,

je Spender

Die Gebührenordnungsposition 32947 ist nur im Zusammenhang mit der Verordnung eines HLA- und/oder HPA-kompatiblen Thrombozytenpräparates oder zur Abklärung eines Transfusionszwischenfalls berechnungsfähig.

32948 **Nachweis von Allo-Antikörpern gegen Antigene des HPA-Systems** 28,70 €

32949 **Spezifizierung von HPA-Antikörpern gegen Thrombozyten mittels Glykoprotein-spezifischer Festphasenmethoden,** 28,70 €

je Glykoproteinkomplex

Der Höchstwert für die Untersuchungen nach der Gebührenordnungsposition 32949 beträgt 114,80 Euro im Behandlungsfall.
Die Gebührenordnungsposition 32949 ist nur bei bekannter Reaktivität gemäß der Gebührenordnungsposition 32948 berechnungsfähig.

33 Ultraschalldiagnostik

1. Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen dieses Kapitels setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Ultraschall-Vereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.
2. Die Dokumentation der untersuchten Organe mittels bildgebenden Verfahrens, ggf. als Darstellung mehrerer Organe oder Organregionen in einem Bild, ist - mit Ausnahme nicht gestauter Gallenwege und der leeren Harnblase bei Restharnbestimmung - obligater Bestandteil der Leistungen.
3. Die Aufnahme und/oder der Eindruck einer eindeutigen Patientenidentifikation in die Bilddokumentation ist obligater Bestandteil der Leistungen.
4. Optische Führungshilfen mittels Ultraschall sind ausschließlich nach den Gebührenordnungspositionen 33091 und 33092 zu berechnen.
5. Kontrastmitteleinbringungen sind Bestandteil der Gebührenordnungspositionen, sofern in den Präambeln und Gebührenordnungspositionen des EBM nichts anderes bestimmt ist.
6. Die Gebührenordnungsposition 33100 kann ausschließlich von:
   - Fachärzten für Neurologie,
   - Fachärzten für Nervenheilkunde,
   - Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie,
   - Fachärzten für Neurochirurgie,
   - Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie

   berechnet werden.
7. Die Gebührenordnungsposition 33053 kann nur berechnet werden von:
   - Fachärzten für Allgemeinmedizin,
   - Fachärzten für Innere und Allgemeinmedizin,
   - Fachärzten im Gebiet Chirurgie,
   - Fachärzten für Radiologie,
   - Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin,
   - Fachärzten für Orthopädie.

33000 **Ultraschalluntersuchung des Auges** 12,10 €
95 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Ultraschalluntersuchung des Auges,
- Ultraschalluntersuchung der Augenhöhle,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ultraschalluntersuchung der umgebenden Strukturen,
- Ultraschalluntersuchung des zweiten Auges,
- Ultraschalluntersuchung der Augenhöhle des zweiten Auges,

je Sitzung

Die Gebührenordnungsposition 33000 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205 und 01207 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 33000 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 33000 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 26330 berechnungsfähig.

33001 **Ultraschall-Biometrie des Auges** 6,24 €
49 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Ultraschall-Biometrie der Achsenlänge eines Auges,
- Berechnung einer intraokularen Linse eines Auges,
- Graphische Dokumentation,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ultraschalluntersuchung des zweiten Auges,
- Messung von Teilabschnitten der Achsenlänge,

je Sitzung

Die Gebührenordnungsposition 33001 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205 und 01207 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 33001 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 33001 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 26330 berechnungsfähig.

33002 **Messung der Hornhautdicke** des **Auges** mittels **Ultraschall-Pachymetrie** 6,75 €
53 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Messung der Hornhautdicke des Auges mittels Ultraschall-Pachymetrie,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Messung der Hornhautdicke des zweiten Auges mittels Ultraschall-Pachymetrie,

je Sitzung

Die Gebührenordnungsposition 33002 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205 und 01207 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 33002 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 33002 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 26330 berechnungsfähig.

33010 Sonographische Untersuchung der **Nasennebenhöhlen** mittels **A-Mode**- und/oder **B-Mode**-Verfahren, 6,75 €
53 Punkte

je Sitzung

Die Gebührenordnungsposition 33010 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205 und 01207 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 33010 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 33010 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 26330 berechnungsfähig.

33011 **Sonographie der Gesichtsweichteile und/oder Halsweichteile und/oder Speicheldrüsen (mit Ausnahme der Schilddrüse)** — 10,06 € / 79 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Sonographische Untersuchung der Gesichtsweichteile und/oder Weichteile des Halses und/oder der Speicheldrüse(n) (mit Ausnahme der Schilddrüse) mittels B-Mode-Verfahren,

je Sitzung

Die Gebührenordnungsposition 33011 ist neben der Gebührenordnungsposition 33081 ausschließlich zur onkologischen Kontrolle von weiteren Lymphknotenregionen bei Patienten mit mindestens einer der Diagnosen C81.- bis C96.- einmal berechnungsfähig. Die Nebeneinanderberechnung setzt die Kodierung nach ICD-10-GM voraus.
Die Gebührenordnungsposition 33011 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205 und 01207 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 33011 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 33011 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 26330 berechnungsfähig.

33012 Sonographische Untersuchung der **Schilddrüse** mittels **B-Mode-**Verfahren, — 9,81 € / 77 Punkte

je Sitzung

Die Gebührenordnungsposition 33012 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205 und 01207 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 33012 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 33012 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 26330 berechnungsfähig.

33020 **Echokardiographische Untersuchung** mittels **M-Mode-** und **B-Mode-**Verfahren, — 31,21 € / 245 Punkte

je Sitzung

Die Gebührenordnungsposition 33020 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 33021, 33022, 33030 und 33031 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 33020 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 33020 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 04410, 13545 und 26330 berechnungsfähig.

33021 **Doppler-Echokardiographie mittels PW- und/oder CW-Doppler,** 34,40 €
je Sitzung 270 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 33021 ist im Behandlungsfall nur dann neben den Gebührenordnungspositionen 01774 und 01775 berechnungsfähig, sofern die Leistung nicht am Fötus durchgeführt wurde.
Die Gebührenordnungsposition 33021 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 33020, 33022, 33030 und 33031 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 33021 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 33021 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 04410, 13545 und 26330 berechnungsfähig.

33022 **Doppler-Echokardiographie mittels Duplex-Verfahren mit Farbkodierung,** 39,11 €
307 Punkte
je Sitzung

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 33022 im Zusammenhang mit der Durchführung der Kardioversion entsprechend den Gebührenordnungspositionen 04421 und 13552 ist durch Angabe einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung zu dokumentieren.
Die Gebührenordnungsposition 33022 ist im Behandlungsfall nur dann neben den Gebührenordnungspositionen 01774 und 01775 berechnungsfähig, sofern die Leistung nicht am Fötus durchgeführt wurde.
Die Gebührenordnungsposition 33022 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 33020, 33021, 33030 und 33031 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 33022 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 33022 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 04410, 13545 und 26330 berechnungsfähig.

33023 **Zuschlag** zu den Gebührenordnungspositionen 04410, 13545 sowie 33020 bis 33022 bei **transösophagealer Durchführung** 48,16 €
378 Punkte

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 33023 im Zusammenhang mit der Durchführung der Kardioversion entsprechend den Gebührenordnungspositionen 04421 und 13552 ist durch

Angabe einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung zu dokumentieren.
Die Gebührenordnungsposition 33023 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205 und 01207 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 33023 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 33023 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 26330 berechnungsfähig.

33030 **Zweidimensionale echokardiographische Untersuchung** in Ruhe und unter physikalisch definierter und reproduzierbarer Stufenbelastung, je Sitzung — 91,86 € / 721 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 33030 kann nur berechnet werden, wenn die Arztpraxis über die Möglichkeit zur Erbringung der Stressechokardiographie bei physikalischer Stufenbelastung (Vorhalten eines Kippliege-Ergometers) verfügt.
Die Gebührenordnungsposition 33030 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 33020 bis 33022 und 33031 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 33030 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 33030 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 26330 berechnungsfähig.

33031 **Zweidimensionale echokardiographische Untersuchung** in Ruhe und unter standardisierter pharmakodynamischer Stufenbelastung, je Sitzung — 102,82 € / 807 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 33031 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 33020 bis 33022 und 33030 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 33031 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 33031 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 26330 berechnungsfähig.

33040 Sonographische Untersuchung der **Thoraxorgane** mittels B-Mode-Verfahren, je Sitzung — 14,01 € / 110 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 33040 ist neben der Gebührenordnungsposition 33081 ausschließlich zur onkologischen Kontrolle von weiteren Lymphknotenregionen bei Patienten mit mindestens einer der Diagnosen C81.- bis C96.- einmal berechnungsfähig. Die Nebeneinanderberechnung setzt die Kodierung nach ICD-10-GM voraus.

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 33040 im Zusammenhang mit der Durchführung der perkutanen Biopsie entsprechend der Gebührenordnungsposition 02344 ist durch Angabe einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung zu dokumentieren.
Die Gebührenordnungsposition 33040 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205 und 01207 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 33040 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01748, 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 33040 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 26330 berechnungsfähig.

33041 Sonographische Untersuchung einer oder beider **Brustdrüsen** mittels **B-Mode-Verfahren**, ggf. einschl. der regionalen Lymphknoten, 19,11 € 150 Punkte

je Sitzung

Die Gebührenordnungsposition 33041 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207 und 08320 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 33041 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 33041 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 26330 berechnungsfähig.

33042 Sonographische Untersuchung des **Abdomens oder dessen Organe und/oder des Retroperitoneums oder dessen Organe einschl. der Nieren** mittels **B-Mode-**Verfahren, 18,22 € 143 Punkte

je Sitzung

Die Gebührenordnungsposition 33042 ist im Behandlungsfall höchstens zweimal berechnungsfähig.
Sofern die Gebührenordnungsposition 01748 oder 33105 neben der Gebührenordnungsposition 33042 berechnet wird, ist ein Abschlag von 70 Punkten auf die Gebührenordnungsposition 33042 vorzunehmen.
Die Gebührenordnungsposition 33042 ist neben der Gebührenordnungsposition 33081 ausschließlich zur onkologischen Kontrolle von weiteren Lymphknotenregionen bei Patienten mit mindestens einer der Diagnosen C81.- bis C96.- einmal berechnungsfähig. Die Nebeneinanderberechnung setzt die Kodierung nach ICD-10-GM voraus.
Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 33042 im Zusammenhang mit der Durchführung der perkutanen Biopsie entsprechend der Gebührenordnungsposition 02344 ist durch Angabe einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung zu dokumentieren.
Die Gebührenordnungsposition 33042 ist im Behandlungsfall neben der Gebührenordnungsposition 01772 nur einmal und mit Begründung berechnungsfähig. Als Begründung für die Nebeneinanderberechnung

ist der ICD-10-Kode mit Angabe des Zusatzkennzeichens für die Diagnosensicherheit anzugeben.
Die Gebührenordnungsposition 33042 ist im Behandlungsfall neben der Gebührenordnungsposition 01773 nur mit Begründung berechnungsfähig. Als Begründung für die Nebeneinanderberechnung ist der ICD-10-Kode mit Angabe des Zusatzkennzeichens für die Diagnosensicherheit anzugeben.
Die Gebührenordnungsposition 33042 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01781, 01782, 01787, 01831, 01902, 01904, 01906, 08341 und 33043 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 33042 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01772, 01773, 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 33042 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01780 und 26330 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 33042 ist im Zyklusfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 08535 bis 08537, 08550, 08555, 08558, 08635 und 08637 berechnungsfähig.

33043 Sonographische Untersuchung eines oder mehrerer **Uro-Genital-Organe** mittels **B-Mode-**Verfahren, 10,45 € / 82 Punkte

je Sitzung

Sofern die Gebührenordnungsposition 01748 neben der Gebührenordnungsposition 33043 berechnet wird, ist ein Abschlag von 7 Punkten auf die Gebührenordnungsposition 33043 vorzunehmen.
Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 33043 im Zusammenhang mit der Durchführung der perkutanen Biopsie entsprechend der Gebührenordnungsposition 02344 ist durch Angabe einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung zu dokumentieren.
Die Gebührenordnungsposition 33043 ist im Behandlungsfall neben den Gebührenordnungspositionen 01770 und 01771 nur einmal und mit Begründung berechnungsfähig und nur, sofern die Leistung nicht am Embryo oder Fötus durchgeführt wurde. Als Begründung für die Nebeneinanderberechnung ist der ICD-10-Kode mit Angabe des Zusatzkennzeichens für die Diagnosensicherheit anzugeben.
Die Gebührenordnungsposition 33043 ist im Behandlungsfall neben den Gebührenordnungspositionen 01772 und 01773 nur einmal und mit Begründung berechnungsfähig. Als Begründung für die Nebeneinanderberechnung ist der ICD-10-Kode mit Angabe des Zusatzkennzeichens für die Diagnosensicherheit anzugeben.
Die Gebührenordnungsposition 33043 ist im Behandlungsfall nur dann neben den Gebührenordnungspositionen 01774 und 01775 berechnungsfähig, sofern die Leistung nicht am Fötus durchgeführt wurde.
Die Gebührenordnungsposition 33043 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01781, 01782, 01787, 01902, 01904, 01906, 08341, 33042, 33044 und 33081 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 33043 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01770 bis 01773, 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 33043 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01780 und 26330 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 33043 ist im Zyklusfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 08535 bis 08537, 08550, 08555, 08558, 08635 und 08637 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 33043 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31695 bis 31702 berechnungsfähig.

33044 Sonographische Untersuchung eines oder mehrerer **weiblicher Genitalorgane, ggf. einschließlich Harnblase,** mittels **B-Mode**-Verfahren — 16,56 € / 130 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Sonographische Untersuchung eines oder mehrerer weiblicher Genitalorgane, ggf. einschließlich Harnblase, mittels B-Mode-Verfahren,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Transkavitäre Untersuchung

Die Gebührenordnungsposition 33044 ist im Behandlungsfall neben den Gebührenordnungspositionen 01770 und 01771 nur einmal und mit Begründung berechnungsfähig und nur, sofern die Leistung nicht am Embryo oder Fötus durchgeführt wurde. Als Begründung für die Nebeneinanderberechnung ist der ICD-10-Kode mit Angabe des Zusatzkennzeichens für die Diagnosensicherheit anzugeben.
Die Gebührenordnungsposition 33044 ist im Behandlungsfall neben den Gebührenordnungspositionen 01772 und 01773 nur einmal und mit Begründung berechnungsfähig. Als Begründung für die Nebeneinanderberechnung ist der ICD-10-Kode mit Angabe des Zusatzkennzeichens für die Diagnosensicherheit anzugeben.
Die Gebührenordnungsposition 33044 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01781, 01782, 01787, 01830, 01831, 01902, 01904 bis 01906, 01912, 08341, 33043, 33081 und 33090 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 33044 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01770 bis 01773, 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 33044 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01780 und 26330 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 33044 ist im Zyklusfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 08535 bis 08537, 08550, 08555, 08558, 08635 und 08637 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 33044 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31695 bis 31702 berechnungsfähig.

33046 **Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 33020 bis 33022, 33030, 33031 und 33042 bei Durchführung der Echokardiographie/ Sonographie des Abdomens mit Kontrastmitteleinbringung** — 9,68 € / 76 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Kontrasmitteleinbringung(-en)

Die Gebührenordnungsposition 33046 ist entgegen der Leistungslegende auch dann als Zuschlag zu anderen Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig, sofern mindestens eine der in der Leistungslegende der Gebührenordnungsposition 33046 genannten Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 33020 bis 33022, 33030, 33031 und 33042 obligater oder fakultativer Leistungsinhalt dieser Gebührenordnungspositionen ist und deren Durchführung mit Kontrastmitteleinbringung(en) erfolgt.

33050 Sonographische Untersuchung von **Gelenken und/oder umschriebenen Strukturen des Bewegungsapparates** (Sehne, Muskel, Bursa) mittels **B-Mode**-Verfahren, — 8,66 € / 68 Punkte

je Sitzung

Sonographische Untersuchungen der Säuglingshüften können nicht mit der Gebührenordnungsposition 33050 abgerechnet werden.
Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 33050 im Zusammenhang mit der Durchführung der perkutanen Biopsie entsprechend der Gebührenordnungsposition 02344 ist durch Angabe einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung zu dokumentieren.
Die Gebührenordnungsposition 33050 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01722, 33051, 33053, 33081 und 33100 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 33050 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 33050 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 26330 berechnungsfähig.

33051 Sonographische Untersuchung der **Säuglingshüften** mittels **B-Mode**-Verfahren, — 13,12 € / 103 Punkte

je Sitzung

Die Gebührenordnungsposition 33051 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01722 und 33050 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 33051 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 33051 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 26330 berechnungsfähig.

33052 **Sonographische Untersuchung des Schädels durch die offene Fontanelle beim Neugeborenen, Säugling oder Kleinkind,** 14,01 € 110 Punkte

je Sitzung

Die Gebührenordnungsposition 33052 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205 und 01207 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 33052 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 33052 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 26330 berechnungsfähig.

33053 **Fraktursonographie bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr mit Verdacht auf Fraktur eines langen Röhrenknochens der oberen Extremitäten gemäß Nr. 43 der Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses,** 13,12 € 103 Punkte

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 33053 ist für eine sonographische Stellungskontrolle nach einer konservativ behandelten Fraktur nicht berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 33053 ist am selben Behandlungstag nicht nach der Durchführung der Leistung nach der Gebührenordnungsposition 34233 berechnungsfähig. Sofern die Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 33053 und 34233 am selben Behandlungstag durchgeführt werden, sind die jeweiligen Uhrzeiten anzugeben.
Die Gebührenordnungsposition 33053 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 33050 und 33081 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 33053 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 33053 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 26330 berechnungsfähig.

33060 Sonographische Untersuchung **extrakranieller hirnversorgender Gefäße, der Periorbitalarterien, Aa. subclaviae und Aa. vertebrales** mittels **CW-Doppler**-Verfahren an mindestens 14 Ableitungsstellen 34,02 € 267 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Sonographische Untersuchung extrakranieller hirnversorgender Gefäße, der Periorbitalarterien, Aa. subclaviae und Aa. vertebrales,
- Mittels CW-Doppler-Verfahren,
- An mindestens 14 Ableitungsstellen,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Frequenzspektrumanalyse,

je Sitzung

Die Gebührenordnungsposition 33060 ist im Behandlungsfall höchstens zweimal berechnungsfähig.
Entgegen Nr. 4.3.2 der Allgemeinen Bestimmungen kann die Gebührenordnungsposition 33060 auch dann berechnet werden, wenn die Arztpraxis nicht über die Möglichkeit zur Durchführung einer Frequenzspektrumanalyse verfügt.
Die Gebührenordnungsposition 33060 ist im Behandlungsfall nur dann neben den Gebührenordnungspositionen 01774 und 01775 berechnungsfähig, sofern die Leistung nicht am Fötus durchgeführt wurde.
Die Gebührenordnungsposition 33060 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205 und 01207 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 33060 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 33060 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13300, 26330 und 33070 berechnungsfähig.

33061 Sonographische Untersuchung **der extremitätenver- und/oder entsorgenden Gefäße** mittels **CW-Doppler**-Verfahren an mindestens 3 Ableitungsstellen je Extremität,
je Sitzung
11,47 €
90 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 33061 ist im Behandlungsfall nur dann neben den Gebührenordnungspositionen 01774 und 01775 berechnungsfähig, sofern die Leistung nicht am Fötus durchgeführt wurde.
Die Gebührenordnungsposition 33061 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205 und 01207 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 33061 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 33061 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13300, 26330 und 30500 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 33061 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31630 bis 31637 berechnungsfähig.

33062 Sonographische Untersuchung der **Gefäße des männlichen Genitalsystems** mittels **CW-Doppler**-Verfahren, einschließlich Tumeszenzmessung,
je Sitzung
9,05 €
71 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 33062 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207 und 33064 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 33062 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 33062 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 26330 berechnungsfähig.

33063 Sonographische Untersuchung der **intrakraniellen Gefäße** mittels **PW-Doppler**-Verfahren an mindestens 7 Ableitungsstellen — 29,43 € / 231 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Sonographische Untersuchung der intrakraniellen Gefäße mittels PW-Doppler-Verfahren an mindestens 7 Ableitungsstellen,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Frequenzspektrumanalyse,

je Sitzung

Entgegen Nr. 4.3.2 der Allgemeinen Bestimmungen kann die Gebührenordnungsposition 33063 auch dann berechnet werden, wenn die Arztpraxis nicht über die Möglichkeit zur Durchführung einer Frequenzspektrumanalyse verfügt.
Die Gebührenordnungsposition 33063 ist im Behandlungsfall nur dann neben den Gebührenordnungspositionen 01774 und 01775 berechnungsfähig, sofern die Leistung nicht am Fötus durchgeführt wurde.
Die Gebührenordnungsposition 33063 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205 und 01207 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 33063 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 33063 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13300 und 26330 berechnungsfähig.

33064 Sonographische Untersuchung der **Gefäße des männlichen Genitalsystems** mittels **PW-Doppler**-Verfahren, einschließlich Tumeszenzmessung, — 11,59 € / 91 Punkte

je Sitzung

Die Gebührenordnungsposition 33064 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207 und 33062 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 33064 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 33064 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 26330 berechnungsfähig.

33070 Sonographische Untersuchung der **extrakraniellen hirnversorgenden Gefäße** mittels **Duplex**-Verfahren von mindestens 6 Gefäßabschnitten — 48,54 € / 381 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Sonographische Untersuchung der extrakraniellen hirnversorgenden Gefäße mittels Duplex-Verfahren von mindestens 6 Gefäßabschnitten,

Fakultativer Leistungsinhalt

- CW-Doppler-Sonographie (Nr. 33060),

je Sitzung

Die Gebührenordnungsposition 33070 ist im Behandlungsfall nur dann neben den Gebührenordnungspositionen 01774 und 01775 berechnungsfähig, sofern die Leistung nicht am Fötus durchgeführt wurde.
Die Gebührenordnungsposition 33070 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205 und 01207 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 33070 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 33070 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13300, 26330 und 33060 berechnungsfähig.

33071 Sonographische Untersuchung der **intrakraniellen hirnversorgenden Gefäße** mittels **Duplex**-Verfahren, — 27,26 € / 214 Punkte

je Sitzung

Die Gebührenordnungsposition 33071 ist im Behandlungsfall nur dann neben den Gebührenordnungspositionen 01774 und 01775 berechnungsfähig, sofern die Leistung nicht am Fötus durchgeführt wurde.
Die Gebührenordnungsposition 33071 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205 und 01207 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 33071 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 33071 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13300 und 26330 berechnungsfähig.

33072 Sonographische Untersuchung der **extremitätenver- und/oder entsorgenden Gefäße** mittels **Duplex**-Verfahren, — 28,54 € / 224 Punkte

je Sitzung

Die Gebührenordnungsposition 33072 ist im Behandlungsfall höchstens zweimal berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 33072 ist im Behandlungsfall nur dann neben den Gebührenordnungspositionen 01774 und 01775 berechnungsfähig, sofern die Leistung nicht am Fötus durchgeführt wurde.
Die Gebührenordnungsposition 33072 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205 und 01207 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 33072 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 33072 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13300 und 26330 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 33072 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31630 bis 31637 berechnungsfähig.

33073 Sonographische Untersuchung der **abdominellen und/oder retroperitonealen Gefäße oder des Mediastinums** mittels **Duplex**-Verfahren, 28,54 € 224 Punkte

je Sitzung

Die Gebührenordnungsposition 33073 ist im Behandlungsfall höchstens zweimal berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 33073 ist im Behandlungsfall nur dann neben den Gebührenordnungspositionen 01774 und 01775 berechnungsfähig, sofern die Leistung nicht am Fötus durchgeführt wurde.
Die Gebührenordnungsposition 33073 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205 und 01207 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 33073 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 33073 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13300 und 26330 berechnungsfähig.

33074 Sonographische Untersuchung der **Gefäße des weiblichen Genitalsystems** mittels **Duplex**-Verfahren, 23,95 € 188 Punkte

je Sitzung

Die Gebührenordnungsposition 33074 ist im Behandlungsfall nur dann neben den Gebührenordnungspositionen 01774 und 01775 berechnungsfähig, sofern die Leistung nicht am Fötus durchgeführt wurde.
Die Gebührenordnungsposition 33074 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205 und 01207 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 33074 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 33074 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 26330 berechnungsfähig.

33075 **Zuschlag** zu den Gebührenordnungspositionen 33070 bis 33074 für die Durchführung der Untersuchung als **farbkodierte Untersuchung** 4,71 € 37 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 33075 ist im Behandlungsfall nur dann neben den Gebührenordnungspositionen 01774 und 01775

berechnungsfähig, sofern die Leistung nicht am Fötus durchgeführt wurde.
Die Gebührenordnungsposition 33075 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205 und 01207 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 33075 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 33075 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13300 und 26330 berechnungsfähig.

33076 Sonographische Untersuchung der **Venen einer Extremität** mittels **B-Mode**-Verfahren von mindestens 8 Beschallungsstellen, 9,30 € 73 Punkte

je Sitzung

Die Gebührenordnungsposition 33076 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205 und 01207 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 33076 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 33076 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13300 und 26330 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 33076 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31630 bis 31637 berechnungsfähig.

33080 **Sonographische Untersuchung von Teilen der Haut und/oder Subkutis und/oder der subkutanen Lymphknoten mittels B-Mode-Verfahren,** 8,03 € 63 Punkte

je Sitzung

Alleinige Messungen der Hautdicke mittels Ultraschall, z. B. zur Osteoporose-Diagnostik, sind nicht Gegenstand der vertragsärztlichen Versorgung und daher nicht berechnungsfähig.
Bei Nichtvorhalten des Schallkopfes für die Haut ist entgegen Nr. 4.3.2 der Allgemeinen Bestimmungen ein Abschlag in Höhe von 12 Punkten auf die Gebührenordnungsposition 33080 vorzunehmen und die Prüfzeit um 1 Minute zu reduzieren.
Die Gebührenordnungsposition 33080 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205 und 01207 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 33080 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 33080 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 26330 berechnungsfähig.

33081 Sonographische Untersuchung von **Organen oder Organteilen bzw. Organstrukturen, die nicht Bestandteil der Gebührenordnungspositionen 33000 bis 33002, 33010 bis 33012, 33020 bis 33023, 33030, 33031, 33040 bis 33044, 33050 bis 33053,** 7,13 € 56 Punkte

33060 bis 33064, 33070 bis 33076, 33080 und 33100 sind, mittels **B-Mode**-Verfahren,

je Sitzung

Die Gebührenordnungsposition 33081 ist neben den Gebührenordnungspositionen 33011, 33040 und 33042 ausschließlich zur onkologischen Kontrolle von weiteren Lymphknotenregionen bei Patienten mit mindestens einer der Diagnosen C81.- bis C96.- einmal berechnungsfähig. Die Nebeneinanderberechnung setzt die Kodierung nach ICD-10-GM voraus.
Die Gebührenordnungsposition 33081 ist im Behandlungsfall neben den Gebührenordnungspositionen 01772 und 01773 nur einmal und mit Begründung berechnungsfähig. Als Begründung für die Nebeneinanderberechnung ist der ICD-10-Kode mit Angabe des Zusatzkennzeichens für die Diagnosensicherheit anzugeben.
Die Gebührenordnungsposition 33081 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01902, 01904, 01906, 33043, 33044, 33050 und 33053 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 33081 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01748, 01772, 01773, 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 33081 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 26330 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 33081 ist im Zyklusfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 08535 bis 08537, 08550, 08555, 08558, 08635 und 08637 berechnungsfähig.

33090 **Zuschlag** zu den Gebührenordnungspositionen 33040, 33042, 33043 und 33081 **bei transkavitärer Untersuchung** — 7,26 € / 57 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 33090 ist bei transoesophagealer Durchführung zweimal je Sitzung berechnungsfähig, sofern mindestens eine der folgenden Diagnosen (C15.- Bösartige Neubildung des Ösophagus, C16.- Bösartige Neubildung des Magens, C17.0 Bösartige Neubildung des Duodenums, C17.1 Bösartige Neubildung des Jejunums, C22.- Bösartige Neubildung der Leber und der intrahepatischen Gallengänge, C23 Bösartige Neubildung der Gallenblase, C24.- Bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile der Gallenwege, C25.- Bösartige Neubildung des Pankreas) oder eine der folgenden gesicherten Diagnosen (K80.- Cholelithiasis, K83.- sonstige Krankheiten der Gallenwege, K85.- Akute Pankreatitis, K86.- Sonstige Krankheiten des Pankreas) vorliegt. Die zweimalige Berechnung setzt die Kodierung nach ICD-10-GM unter Angabe des Zusatzkennzeichens für die Diagnosensicherheit voraus.
Die Gebührenordnungsposition 33090 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01781, 01782, 01787, 01830, 01831, 08341 und 33044 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 33090 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 33090 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 26330 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 33090 ist im Zyklusfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 08535 bis 08537, 08550, 08555, 08558, 08635 und 08637 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 33090 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31695 bis 31702 berechnungsfähig.

33091 **Zuschlag** zu den Gebührenordnungspositionen 33012, 33040, 33041 und 33081 für **optische Führungshilfe** — 11,08 € / 87 Punkte

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 33091 im Zusammenhang mit der Durchführung der perkutanen Biopsie entsprechend der Gebührenordnungsposition 02344 ist durch Angabe einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung zu dokumentieren.
Die Gebührenordnungsposition 33091 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01781, 01782, 01787, 01831 und 08320 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 33091 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 33091 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 26330 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 33091 ist im Zyklusfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 08341, 08535 bis 08537, 08550, 08555, 08635 und 08637 berechnungsfähig.

33092 **Zuschlag** zu den Gebührenordnungspositionen 33042, 33043 und 33044 für **optische Führungshilfe** — 15,03 € / 118 Punkte

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 33092 im Zusammenhang mit der Durchführung der perkutanen Biopsie entsprechend der Gebührenordnungsposition 02344 ist durch Angabe einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung zu dokumentieren.
Die Gebührenordnungsposition 33092 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01781, 01782, 01787, 01831 und 08320 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 33092 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 33092 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 26330 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 33092 ist im Zyklusfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 08341, 08535 bis 08537, 08550, 08555, 08558, 08635 und 08637 berechnungsfähig.

33100 **Muskel- und/oder Nervensonographie zur weiteren Klärung einer peripheren neuromuskulären Erkrankung, inkl. Nervenkompressionssyndrom mittels B-Mode-Verfahren** 9,17 € 72 Punkte

Fakultativer Leistungsinhalt

- Duplex-Verfahren,

je Sitzung

Die Gebührenordnungsposition 33100 ist im Behandlungsfall höchstens viermal berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 33100 ist ausschließlich als Zusatzdiagnostik nach erfolgter elektroneurographischer und/oder elektromyographischer Untersuchung berechnungsfähig und setzt das Vorliegen der Ergebnisse einer Untersuchung nach der Gebührenordnungsposition 04437 oder 16322 in dem laufenden oder im vorausgegangenen Quartal voraus.
Die Gebührenordnungsposition 33100 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207 und 33050 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 33100 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 33100 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 26330 berechnungsfähig.

33105 **Beurteilung der Leber zur Indikationsstellung einer Therapie mit Etranacogen dezaparvovec** 56,06 € 440 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Sonographische Untersuchung der Leber,
- Elastographische Bewertung der Leber

Die Gebührenordnungsposition 33105 ist nur einmalig berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 33105 ist ausschließlich für zwingend erforderliche Untersuchungen zur Indikationsstellung einer gemäß jeweils gültiger Fachinformation für diese Indikation zugelassene Therapie mit Etranacogen dezaparvovec berechnungsfähig.
Bis zum 30. September 2024 setzt die Berechnung der Gebührenordnungsposition 33105 eine bestehende Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Ultraschall-Vereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V, die zur Abrechnung der Gebührenordnungsposition 33042 berechtigt, voraus. Ab dem 1. Oktober 2024 ist für die Berechnungsfähigkeit der Gebührenordnungsposition 33105 eine aktualisierte Genehmigung auf Basis einer angepassten Ultraschall-Vereinbarung erforderlich, die die Gebührenordnungsposition 33105 umfasst.
Sofern die Gebührenordnungsposition 33105 neben der Gebührenordnungsposition 33042 berechnet wird, ist ein Abschlag von 70 Punkten auf die Gebührenordnungsposition 33042 vorzunehmen.
Die Gebührenordnungsposition 33105 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205 und 01207 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 33105 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 33105 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 26330 berechnungsfähig.

34 Diagnostische und interventionelle Radiologie, Computertomographie, Magnetfeld-Resonanz-Tomographie und Positronenemissionstomographie bzw. Positronenemissionstomographie mit Computertomographie

34.1 Präambel

1. Die Gebührenordnungspositionen dieses Kapitels sind nur dann berechnungsfähig, wenn ihre Durchführung nach Maßgabe der Strahlenschutzverordnung, des Strahlenschutzgesetzes und des Medizinprodukterecht-Durchführungsgesetzes i. V. m. der europäischen Medizinprodukteverordnung sowie der jeweiligen Qualitätsbeurteilungsrichtlinien für die Kernspintomographie bzw. für die radiologische Diagnostik gemäß § 135b Abs. 2 SGB V i. V. m. § 92 Abs. 1 SGB V erfolgt.
2. Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen dieses Kapitels setzt jeweils eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung entweder nach der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie oder nach der Kernspintomographie-Vereinbarung oder nach der Vereinbarung zur invasiven Kardiologie oder nach der Qualitätssicherungsvereinbarung zur interventionellen Radiologie oder nach der Mammographie-Vereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus. Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 34274 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Vakuumbiopsie der Brust gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.
3. Bei Aufträgen zur Durchführung von radiologischen, kernspintomographischen und nuklearmedizinischen Leistungen hat der überweisende Vertragsarzt Diagnose, Verdachtsdiagnose oder Befunde mitzuteilen und Art und Umfang der Leistungen durch Angabe der Gebührenordnungsposition(en) bzw. der Legende der Gebührenordnungsposition(en) zu definieren (Definitionsauftrag) oder durch Angabe des konkreten Untersuchungsziels einzugrenzen. Der ausführende Arzt darf nur diese Gebührenordnungspositionen unter Berücksichtigung der rechtfertigenden Indikation berechnen. Eine Erweiterung des Auftrages - auch im Sinne einer Beratung des Patienten, die eine Auftragserweiterung zur Folge haben könnte - bedarf der Zustimmung des Vertragsarztes, der den Auftrag erteilt hat.
4. In den Gebührenordnungspositionen dieses Kapitels sind die Beurteilung, obligatorische schriftliche Befunddokumentation,

Befunde nach der Gebührenordnungsposition 01600 sowie Briefe nach der Gebührenordnungsposition 01601 an den auftraggebenden Arzt sowie ggf. Eintragung in ein Röntgennachweisheft enthalten.

5. Einstellungsdurchleuchtungen und ggf. notwendige Durchleuchtungen zur Kontrolle, z. B. der Lage eines Katheters oder einer Punktionsnadel, sind Bestandteil der entsprechenden Gebührenordnungspositionen dieses Kapitels.
6. In den Gebührenordnungspositionen dieses Kapitels sind, soweit erforderlich, die Kosten für Zusatzmittel für die Doppelkontrastuntersuchungen enthalten.

34.2 Diagnostische Radiologie

34.2.1 Schädel, Halsweichteile

34210 **Röntgenübersichtsaufnahmen des Schädels** — 13,12 € / 103 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Aufnahmen in mindestens 2 Ebenen

Die Gebührenordnungsposition 34210 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102 und 34503 berechnungsfähig.

34211 **Panoramaschichtaufnahme(n) des Ober- und/oder Unterkiefers** — 9,05 € / 71 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Panoramaschichtaufnahme(n) des Ober- und/oder Unterkiefers

Die Gebührenordnungsposition 34211 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 34282 und 34503 berechnungsfähig.

34212 **Röntgenaufnahme(n) der Halsorgane und/oder des Mundbodens** — 13,00 € / 102 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Aufnahme(n)
  - der Halsorgane

  und/oder
  - des Mundbodens

Fakultativer Leistungsinhalt

- Breischluck

Die Gebührenordnungsposition 34212 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102 und 34503 berechnungsfähig.

34.2.2 Thorax, Wirbelsäule, Myelographie

34220 **Röntgenaufnahmen des knöchernen Thorax und/oder seiner Teile** — 11,59 € / 91 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Aufnahmen des knöchernen Thorax in mindestens 2 Ebenen

und/oder
- Aufnahmen seiner Teile in mindestens zwei Ebenen,

je Körperseite

Die Gebührenordnungsposition 34220 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102 und 34503 berechnungsfähig.

34221 **Röntgenaufnahmen von Teilen der Wirbelsäule** 17,84 €
140 Punkte

Obligater Leistungsinhalt
- Aufnahmen in mindestens 2 Ebenen,
- Vollständige Darstellung mindestens eines Wirbelsäulenabschnittes,

je Wirbelsäulenabschnitt

Die Gebührenordnungsposition 34221 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 34222 und 34503 berechnungsfähig.

34222 **Röntgenaufnahme(n) der gesamten Wirbelsäule** 20,89 €
164 Punkte

Obligater Leistungsinhalt
- Aufnahme(n) im Stehen,
- Anterior-posteriorer Strahlengang

und/oder
- Seitlicher Strahlengang

Die Gebührenordnungsposition 34222 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 34221 und 34503 berechnungsfähig.

34223 **Myelographie(n)** 89,44 €
702 Punkte

Obligater Leistungsinhalt
- Aufnahmen in mindestens 2 Ebenen,
- Einbringung des Kontrastmittels,
- Vollständige Darstellung mindestens eines Wirbelkanal-Abschnittes,
- Mindestens zweistündige Nachbetreuung mit ärztlicher Abschlussuntersuchung

Fakultativer Leistungsinhalt
- Lumbalpunktion(en)

Die Gebührenordnungsposition 34223 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 02342 und 34503 berechnungsfähig.

34.2.3 Röntgenaufnahmen von Teilen von Skelett, Kopf, Schultergürtel, Extremitäten, Becken, Weichteile; Arthrographien

34230 **Röntgenaufnahme von Teilen des Skeletts oder des Kopfes** 9,43 €
74 Punkte

Obligater Leistungsinhalt
- Aufnahme eines Skelettteiles oder Kopfteiles,

- Aufnahme(n) in einer Ebene,

je Teil

Die Gebührenordnungsposition 34230 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102 und 34503 berechnungsfähig.

34231 **Röntgenaufnahmen und/oder Teilaufnahmen der Schulter und/oder des Schultergürtels** — 17,45 € / 137 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Aufnahmen in mindestens 2 Ebenen,
- Aufnahmen und/oder Teilaufnahmen
  - der Schulter

  und/oder
  - des Schultergürtels,

je Teil

Die Gebührenordnungsposition 34231 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102 und 34503 berechnungsfähig.

34232 **Röntgenaufnahmen der Hand, des Fußes oder deren Teile** — 12,61 € / 99 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Aufnahmen in mindestens 2 Ebenen,
- Aufnahmen
  - der Hand

  oder
  - des Fußes

  und/oder
  - deren Teile,

je Teil

Die Gebührenordnungsposition 34232 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102 und 34503 berechnungsfähig.

34233 **Röntgenaufnahmen der Extremitäten oder deren Teile mit Ausnahme der in der Gebührenordnungsposition 34232 genannten Extremitätenteile** — 12,61 € / 99 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Aufnahmen in mindestens 2 Ebenen,
- Aufnahmen
  - der Extremitäten

  und/oder
  - deren Teile,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Aufnahmen des distalen Unterarms,
- Aufnahmen des distalen Unterschenkels,

je Teil

Die Gebührenordnungsposition 34233 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102 und 34503 berechnungsfähig.

34234 **Röntgenaufnahme(n) des Beckens und/oder dessen Weichteile** 9,05 €
71 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Aufnahme(n)
  - des Beckens

  und/oder
  - dessen Weichteile,
- Aufnahme(n) in einer Ebene

Die Gebührenordnungsposition 34234 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 34260 und 34503 berechnungsfähig.

34235 **Röntgenkontrastuntersuchung eines Schulter-, Ellbogen-, Hüft- oder Kniegelenks** 77,84 €
611 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Aufnahmen in mindestens 2 Ebenen,
- Kontrastmitteleinbringung(en),
- Röntgenkontrastuntersuchung
  - der Schulter

  oder
  - des Ellbogens

  oder
  - des Hüftgelenks

  oder
  - des Kniegelenks,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Gelenkpunktion(en),

je Gelenk

Die Gebührenordnungsposition 34235 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 02340, 02341, 02344, 17371, 17373, 34260 und 34503 berechnungsfähig.

34236 **Röntgenkontrastuntersuchung eines Gelenkes mit Ausnahme der in der Gebührenordnungsposition 34235 genannten Gelenke** 65,49 €
514 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Aufnahmen in mindestens 2 Ebenen,
- Kontrastmitteleinbringung(en),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Gelenkpunktion(en),

je Seite, höchstens fünfmal am Behandlungstag

Die Gebührenordnungsposition 34236 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 02340, 02341, 02344, 17371, 17373, 34260 und 34503 berechnungsfähig.

34237 **Röntgenteilaufnahmen des Beckens in mindestens zwei Ebenen** 19,62 €
154 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Röntgenteilaufnahmen des Beckens,
- Aufnahmen in mindestens zwei Ebenen

Die Gebührenordnungsposition 34237 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102 und 34503 berechnungsfähig.

34238 **Durchführung gehaltener Aufnahmen** bzw. (standardisierter) gehaltener Stressaufnahmen zur Stabilitätsprüfung von Gelenk- und Bandapparatstrukturen im Zusammenhang mit den Gebührenordnungspositionen 34230 bis 34233 12,61 €
99 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Aufnahme(n) in einer Ebene,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Lokalanästhesien,
- Leitungsanästhesien,

je Teil

Die Gebührenordnungsposition 34238 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102 und 34503 berechnungsfähig.

34.2.4 Röntgenuntersuchung des Thorax und Abdomens

34240 **Röntgenübersichtsaufnahme(n) der Brustorgane** 10,45 €
82 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Aufnahme(n) der Brustorgane in einer Ebene

Fakultativer Leistungsinhalt

- Breischluck

Die Gebührenordnungsposition 34240 ist bei Erwachsenen in Hartstrahltechnik durchzuführen.
Die Gebührenordnungsposition 34240 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 09316, 13663, 34241, 34242 und 34503 berechnungsfähig.

34241 **Röntgenübersichtsaufnahmen der Brustorgane** 18,60 €
146 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Aufnahmen der Brustorgane in mindestens 2 Ebenen

Fakultativer Leistungsinhalt

- Breischluck

Die Gebührenordnungsposition 34241 ist bei Erwachsenen in Hartstrahltechnik durchzuführen.
Die Gebührenordnungsposition 34241 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 09316, 13663, 34240, 34242, 34280 und 34503 berechnungsfähig.

34242 **Röntgenübersichtsaufnahme(n) der Brustorgane einschließlich Durchleuchtung** — 33,89 € / 266 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Aufnahmen der Brustorgane in mindestens 2 Ebenen,
- Durchleuchtung(en) (BV/TV)

Fakultativer Leistungsinhalt

- Breischluck

Die Gebührenordnungsposition 34242 ist bei Erwachsenen in Hartstrahltechnik durchzuführen.
Die Gebührenordnungsposition 34242 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 34240, 34241, 34246, 34280, 34281 und 34503 berechnungsfähig.

34243 **Röntgenübersichtsaufnahme(n) des Abdomens** — 11,85 € / 93 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Aufnahme(n) des Abdomens in einer Ebene

Die Gebührenordnungsposition 34243 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 34244, 34247, 34248, 34250 bis 34252, 34255 bis 34257, 34260 und 34503 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 34243 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 26330 berechnungsfähig.

34244 **Röntgenübersichtsaufnahmen des Abdomens** — 17,96 € / 141 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Aufnahmen des Abdomens in mindestens zwei Ebenen

Die Gebührenordnungsposition 34244 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 34243, 34247, 34248, 34250 bis 34252, 34255 bis 34257, 34260 und 34503 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 34244 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 26330 berechnungsfähig.

34245 **Röntgenaufnahme(n) von Teilen des Abdomens** — 13,50 € / 106 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Aufnahme(n) von Teilen des Abdomens in einer Ebene

Die Gebührenordnungsposition 34245 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 34247,

34248, 34250 bis 34252, 34255 bis 34257, 34260 und 34503 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 34245 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 26330 berechnungsfähig.

34246 **Röntgenuntersuchung der Speiseröhre** 36,82 €
289 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Kontrastmitteleinbringung(en),
- Durchleuchtung(en) (BV/TV)

Die Gebührenordnungsposition 34246 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 34242, 34247, 34260, 34280, 34281 und 34503 berechnungsfähig.

34247 **Röntgenuntersuchung des Magens und/oder des Zwölffingerdarms** 57,08 €
448 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Kontrastmitteleinbringung(en),
- Durchleuchtung(en) (BV/TV),
- Doppelkontrasttechnik,
- Darstellung
  - des Magens
  und/oder
  - des Zwölffingerdarms

Fakultativer Leistungsinhalt

- Darstellung der Speiseröhre

Die Gebührenordnungsposition 34247 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 34243 bis 34246, 34280, 34281 und 34503 berechnungsfähig.

34248 **Röntgenuntersuchung des Dünndarms** 132,12 €
1037 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Darstellung des ganzen Dünndarms in Doppelkontrasttechnik,
- Einbringung des Kontrastmittels mittels einer Sonde (Sellink-Technik)

Die Gebührenordnungsposition 34248 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 34243 bis 34245 und 34503 berechnungsfähig.

34250 **Röntgenuntersuchung der Gallenblase und/oder Gallengänge** 50,71 €
398 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Kontrastmitteleinbringung(en),
- Darstellung der
  - Gallenblase
  und/oder
  - Gallengänge

Die Gebührenordnungsposition 34250 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 13430, 13431, 34243 bis 34245, 34260 und 34503 berechnungsfähig.

34251 **Röntgenkontrastuntersuchung des Dickdarms** 111,99 €
879 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Darstellung des Dickdarmes retrograd bis zur Ileocoecalklappe in Doppelkontrasttechnik

und/oder

- Stopplokalisation bei Tumor und/oder Ileus

und/oder

- Darstellung des Restcolons über Stoma,
- Kontrastmitteleinbringung(en),
- Durchleuchtung (BV/TV)

Die Gebührenordnungsposition 34251 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 34243 bis 34245, 34280, 34281 und 34503 berechnungsfähig.

34252 **Röntgenkontrastuntersuchung des Dickdarms beim Neugeborenen, Säugling, Kleinkind oder Kind bis zum vollendeten 12. Lebensjahr** 94,28 €
740 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Darstellung des Dickdarms bei einem Neugeborenen, Säugling, Kleinkind oder Kind bis zum vollendeten 12. Lebensjahr,
- Kontrastmitteleinbringung(en),
- Durchleuchtung (BV/TV)

Fakultativer Leistungsinhalt

- Reposition bei Invagination

Die Gebührenordnungsposition 34252 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 34243 bis 34245, 34280, 34281 und 34503 berechnungsfähig.

34.2.5 Urogenitalorgane

34255 **Ausscheidungsurographie** 55,68 €
437 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Leeraufnahme(n) vor Kontrastmitteleinbringung,
- Kontrastmitteleinbringung(en),
- Röntgenaufnahme(n) nach Kontrastmittelgabe

Fakultativer Leistungsinhalt

- Spätaufnahme(n)

Die Gebührenordnungsposition 34255 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 34243 bis 34245, 34257, 34260 und 34503 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 34255 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 26330 berechnungsfähig.

34256 **Urethrozystographie oder Refluxzystogramm** 69,94 €
549 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Aufnahme(n) nach Kontrastmittelapplikation,
- Kontrastmitteleinbringung(en)

Fakultativer Leistungsinhalt

- Miktionsaufnahme(n),
- Leeraufnahme(n) vor Kontrastmitteleinbringung

Die Gebührenordnungsposition 34256 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 34243 bis 34245, 34257, 34260 und 34503 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 34256 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 26330 berechnungsfähig.

34257 **Retrograde Pyelographie einer Seite** 107,66 €
845 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Leeraufnahme(n),
- Kontrastmitteleinbringung(en),
- Aufnahme(n) nach Kontrastmittelapplikation,
- Zystoskopie

Die Gebührenordnungsposition 34257 ist bei Patienten mit Zustand nach Zystektomie auch ohne Durchführung der Zystoskopie berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 34257 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 08311, 26310, 26311, 34243 bis 34245, 34255, 34256, 34260 und 34503 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 34257 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 26330 berechnungsfähig.

34.2.6 Gangsysteme

34260 **Röntgenuntersuchung natürlicher oder krankhaft entstandener Gangsysteme, Höhlen oder Fisteln** 46,25 €
363 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Kontrastmitteleinbringung(en),
- Darstellung von
  - natürlichen Gangsystemen
  und/oder
  - krankhaft entstandenen Gangsystemen
  und/oder
  - Höhlen
  und/oder
  - Fisteln

Fakultativer Leistungsinhalt

- Leeraufnahme(n) vor Kontrastmitteleinbringung

Die Gebührenordnungsposition 34260 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 34234 bis 34236, 34243 bis 34246, 34250, 34255 bis 34257 und 34503 berechnungsfähig.

34.2.7 Mammographie

34270 **Mammographie** 34,91 €
274 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Aufnahmen der Mamma mit axillärem Fortsatz,
- Aufnahmen in mindestens 2 Ebenen,

je Seite

Die Gebührenordnungsposition 34270 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01750, 01752 bis 01755, 01759, 02100 bis 02102, 34275 und 34503 berechnungsfähig.

34271 **Zuschlag** zu der Gebührenordnungsposition **34270** 110,71 €
869 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Biopsie(n) bei nicht tastbarem Befund

und/oder

- Präoperative Markierung unter radiologischer Kontrolle bei nicht tastbarem Befund oder vor neoadjuvanter Therapie

und/oder

- Mammastanzbiopsie(n) unter radiologischer Kontrolle bei nicht tastbarem Befund,
- Mittels definierter Zielgeräte,

je Seite

Die Gebührenordnungsposition 34271 ist bei Patienten mit einer multifokalen oder multizentrischen bösartigen Neubildung der Brustdrüse (Mamma) bei ausgedehnten Befunden vor neoadjuvanter Therapie je Seite zweimal berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 34271 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01750, 01752 bis 01755, 01759, 02100 bis 02102 und 34503 berechnungsfähig.

34272 **Mammateilaufnahme(n)** 34,02 €
267 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Aufnahme(n) in mindestens einer Ebene,
- Vergrößerungstechnik,

je Seite

Die Gebührenordnungsposition 34272 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01750, 01752 bis 01755, 02100 bis 02102, 34275 und 34503 berechnungsfähig.

34273 **Röntgenuntersuchung eines Mammapräparates** 12,49 €
98 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Aufnahme(n) in einer Ebene

Fakultativer Leistungsinhalt

- Vergrößerungstechnik

Die Gebührenordnungsposition 34273 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01750, 01752 bis 01755, 01759, 02100 bis 02102 und 34503 berechnungsfähig.

34274 **Vakuumbiopsie(n) der Mamma im Zusammenhang mit der Erbringung der Gebührenordnungsposition 34270 nach der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Vakuumbiopsie der Brust gemäß § 135 Abs. 2 SGB V** — 34,65 € / 272 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Vakuumbiopsie(n) unter Röntgenkontrolle mittels geeignetem Zielgerät,

je Seite

Die Gebührenordnungsposition 34274 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01750, 01752 bis 01755, 02100 bis 02102 und 34503 berechnungsfähig.

34275 **Durchführung einer Mammographie in einer Ebene** gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Vakuumbiopsie der Brust im Zusammenhang mit der Gebührenordnungsposition 34274 — 27,14 € / 213 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Aufnahme der Mamma medio-lateral oder latero-medial,

je Seite

Die Gebührenordnungsposition 34275 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01750, 01752 bis 01755, 01759, 02100 bis 02102, 34270, 34272 und 34503 berechnungsfähig.

34.2.8 Durchleuchtungen/Schichtaufnahmen

34280 **Durchleuchtung(en)** — 12,10 € / 95 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Durchleuchtung(en) unter Anwendung von BV/TV

Die Gebührenordnungsposition 34280 kann nur berechnet werden, wenn weiter keine Gebührenordnungspositionen abgerechnet werden, die bereits Durchleuchtungs- und/oder Schichtaufnahmen beinhalten.
Die Gebührenordnungsposition 34280 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 34241, 34242, 34246, 34247, 34251, 34252, 34281, 34283, 34284, 34286, 34287, 34290, 34292 bis 34294, 34296, 34298, 34500 und 34503 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 34280 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 26330 berechnungsfähig.

34281 **Durchleuchtungen zur weiteren diagnostischen Abklärung** 7,90 €
62 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Durchleuchtung(en) bei Fraktur(en), Luxation(en) oder eingedrungenden Fremdkörpern zur weiteren diagnostischen Abklärung nach Durchführung von konventionell radiologischen Aufnahme(n),
- Vorlage von Aufnahmen in mindestens 2 Ebenen

Die Gebührenordnungsposition 34281 kann nur berechnet werden, wenn die zuvor angefertigten Aufnahmen keine ausreichende diagnostische Abklärung ermöglichen. Die Begründung ist auf dem Behandlungsausweis zu dokumentieren.
Die Gebührenordnungsposition 34281 kann nur berechnet werden, wenn weiter keine Gebührenordnungspositionen abgerechnet werden, die bereits Durchleuchtungen beinhalten.
Die Gebührenordnungsposition 34281 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 34242, 34246, 34247, 34251, 34252, 34280, 34283, 34284, 34286, 34287, 34290, 34292 bis 34294, 34296, 34298, 34500 und 34503 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 34281 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 26330 berechnungsfähig.

34282 **Schichtaufnahmen,** 47,39 €
372 Punkte

je Strahlengang und Projektionsrichtung

Die Gebührenordnungsposition 34282 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 34211 und 34503 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 34282 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 26330 berechnungsfähig.

34.2.9 Gefäße

1. Die Gebührenordnungspositionen 34290 bis 34292 und 34298 sind nur einmal im Behandlungsfall (kurativ-ambulant und/oder belegärztlich) berechnungsfähig.
2. Ambulant ausgeführte vertragsärztliche Leistungen werden gemäß § 41 Abs. 1 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) nach den Grundsätzen der Vergütung für stationäre (belegärztliche) Behandlung honoriert, wenn der Kranke an demselben Tag in die stationäre Behandlung dieses Vertragsarztes (Belegarztes) genommen wird.
3. Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 34283 und 34286 setzt eine Genehmigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung zur interventionellen Radiologie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.
4. Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 34291, 34292 und 34298 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Vereinbarung zur invasiven Kardiologie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.
5. Bei der weiteren Abklärung nach erfolgter Computertomographie-Koronarangiographie (CCTA) ist gem. § 3 Abs. 5 und 7 der Nr. 42 der

Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses zu berücksichtigen, dass eine invasive Koronarangiografie (ICA) nur veranlasst oder durchgeführt werden soll

- bei Verdacht auf Vorliegen einer stenosierenden KHK, deren Symptomatik trotz optimaler konservativer Therapie persistiert und bei der die Entscheidung für eine Revaskularisierung bereits getroffen wurde,
- bei fehlender Auswertbarkeit der CCTA-Ergebnisse aufgrund der vorgefundenen Befundlage (zum Beispiel zu hoher Verkalkungsgrad) und vorliegenden Kontraindikationen für die Durchführung einer funktionellen Diagnostik
- oder bei einer akuten klinischen kardialen Symptomverschlechterung, die auf das Vorliegen eines akuten Koronarsyndroms (AKS) hinweist.

Die Entscheidung zum weiteren Vorgehen insbesondere bei unklaren oder komplexen Befunden sollte nach Möglichkeit interdisziplinär mindestens unter Einbeziehung radiologischer und kardiologischer Fachexpertise erfolgen.

34283 **Serienangiographie** 197,73 €
1552 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Serienangiographie der arteriellen Strombahn,
- Kontrastmitteleinbringung(en),
- Dokumentation,

je Sitzung

Die Gebührenordnungsposition 34283 ist im Behandlungsfall höchstens zweimal berechnungsfähig.

Neben der Gebührenordnungsposition 34283 sind in demselben Behandlungsfall nur die Gebührenordnungspositionen 01100, 01101, 01220 bis 01222, 01414, 01530, 01620 bis 01622, 02100, 33072, 33075, 34489, die Gebührenordnungspositionen der Kapitel 13, 24, 31, 32 und 36 sowie der Abschnitte 34.2, 34.3 und 34.4.1 bis 34.4.6 berechnungsfähig. Dies gilt nicht für Berufsausübungsgemeinschaften gemäß § 1a Nr. 12 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä), sofern die Leistungen von unterschiedlichen Ärzten durchgeführt werden.

Die Gebührenordnungsposition 34283 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 02330, 02331, 34280, 34281, 34470, 34475, 34480, 34485, 34486, 34489, 34490, 34492 und 34503 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 34283 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 34290, 34292 und 34298 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 34283 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 04410 und 34291 berechnungsfähig.

34284 **Zuschlag** zu der Gebührenordnungsposition 34283 bei selektiver Darstellung hirnversorgender Gefäße — 125,11 € / 982 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Selektive Darstellung hirnversorgender Gefäße,
- Kontrastmitteleinbringung(en)

Neben der Gebührenordnungsposition 34284 ist in demselben Behandlungsfall zusätzlich zu den neben der Gebührenordnungsposition 34283 berechnungsfähigen Gebührenordnungspositionen die Gebührenordnungsposition 01531 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 34284 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 02330, 02331, 34280, 34281, 34285 und 34503 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 34284 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 34290, 34292 und 34298 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 34284 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.

34285 **Zuschlag** zu der Gebührenordnungsposition 34283 bei selektiver Darstellung anderer als in der Gebührenordnungsposition 34284 genannter Gefäße — 60,77 € / 477 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Selektive Darstellung anderer als in der Gebührenordnungsposition 34284 genannter Gefäße,
- Kontrastmitteleinbringung(en)

Neben der Gebührenordnungsposition 34285 ist in demselben Behandlungsfall zusätzlich zu den neben der Gebührenordnungsposition 34283 berechnungsfähigen Gebührenordnungspositionen die Gebührenordnungsposition 01531 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 34285 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 02330, 02331, 34284 und 34503 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 34285 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 34290, 34292 und 34298 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 34285 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.

34286 **Zuschlag** zu der Gebührenordnungsposition 34283 bei Durchführung einer interventionellen Maßnahme (PTA, Stent, Embolisation, Atherektomie, Rotationsablatio, Lyse) — 282,96 € / 2221 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Durchführung einer interventionellen Maßnahme (PTA, Stent, Embolisation, Atherektomie, Rotationsablatio, Lyse),
- Kontrastmitteleinbringung(en)

Neben der Gebührenordnungsposition 34286 ist in demselben Behandlungsfall zusätzlich zu den neben der Gebührenordnungsposition

34283 berechnungsfähigen Gebührenordnungspositionen die Gebührenordnungsposition 01531 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 34286 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 02330, 02331, 34280, 34281 und 34503 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 34286 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 34292 und 34298 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 34286 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.

34287 **Zuschlag** zu der Gebührenordnungsposition 34283 bei Verwendung eines C-Bogens — 15,93 € / 125 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Verwendung eines C-Bogens,
- Anwendung eines mindestens 36 cm-Bildverstärkers

Neben der Gebührenordnungsposition 34287 ist in demselben Behandlungsfall zusätzlich zu den neben der Gebührenordnungsposition 34283 berechnungsfähigen Gebührenordnungsposition die Gebührenordnungsposition 01531 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 34287 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 02330, 02331, 34280, 34281 und 34503 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 34287 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 34292 und 34298 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 34287 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.

34290 **Angiokardiographie** — 178,88 € / 1404 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Angiokardiographie bei Patienten,
- Kontrastmitteleinbringung(en),
- Dokumentation,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Druckmessung(-en),

einmal im Behandlungsfall

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 34290 im Zusammenhang mit einer Leistung außerhalb Anhang 1 Abschnitt 2 des Vertrages nach § 115b SGB V ist durch Angabe einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung zu dokumentieren.
Die Gebührenordnungsposition 34290 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 02330, 02331, 34280, 34281 und 34503 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 34290 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 34283 bis 34285, 34292 und 34298 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 34290 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.

34291 **Herzkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie** 404,51 €
3175 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Herzkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie,
- Begleitleistungen, die im unmittelbaren Zusammenhang mit der Leistungserbringung stehen,
- Kontrastmitteleinbringung(en),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Selektive Darstellung auch bei Patienten mit einem oder mehreren Bypässen und/oder bei Patienten mit Herzvitium,
- Angiokardiographie (Nr. 34290),
- Gerinnungsuntersuchung(en) (z. B. aktivierte Gerinnungszeit),
- Qualitätssicherung gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) für das Verfahren 1: Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie,
- Aufklärungsgespräch gemäß DeQS-RL,

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 34291 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 02330, 02331 und 34503 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 32.2 und 32.3 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 34291 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01530, 01531, 02300 bis 02302, 02310, 02320 bis 02323, 02330, 02331, 02340 bis 02344, 02350, 02360, 34283 bis 34287 und 34290 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 2.1, 34.3 und 34.4 berechnungsfähig.

34292 **Zuschlag** zu der Gebührenordnungsposition 34291 bei Durchführung einer interventionellen Maßnahme (z.B. PTCA, Stent), 484,01 €
3799 Punkte

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 34292 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 02330, 02331, 34280, 34281 und 34503 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 34292 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 34283 bis 34287 und 34290 berechnungsfähig.

34293 **Lymphographie** 86,63 €
680 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Kontrastmitteleinbringung(en),
- Darstellung regionaler Abflussgebiete nach Kontrastmittelapplikation,

je Sitzung

Die Gebührenordnungsposition 34293 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 34280, 34281, 34297 und 34503 berechnungsfähig.

34294 **Phlebographie** 44,97 €
353 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Kontrastmitteleinbringung(en),
- Darstellung regionaler Abflussgebiete nach Kontrastmittelapplikation,

je Extremität

Die Gebührenordnungsposition 34294 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 34280, 34281, 34296, 34297 und 34503 berechnungsfähig.

34295 **Zuschlag** zu der Gebührenordnungsposition 34294 für die computergestützte Analyse 12,10 €
95 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 34295 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102 und 34503 berechnungsfähig.

34296 **Phlebographie des Brust- und/oder Bauchraumes** 99,38 €
780 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Phlebographie(n) des Brust- und/oder Bauchraumes,
- Kontrastmitteleinbringung(en),
- Computergestützte Analyse,

je Sitzung

Die Gebührenordnungsposition 34296 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 34280, 34281, 34294, 34297 und 34503 berechnungsfähig.

34297 **Embolisations- und/oder Sklerosierungsbehandlung von Varikozelen** 115,05 €
903 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Embolisations- und/oder Sklerosierungsbehandlung(en) von Varikozelen,
- Kontrastmitteldarstellung(en)

Die Gebührenordnungsposition 34297 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 34293, 34294, 34296 und 34503 berechnungsfähig.

34298 **Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 34291 für die Messung der myokardialen fraktionellen Flussreserve gemäß Nr. 23 der Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses** 124,86 €
980 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Messung der myokardialen fraktionellen Flussreserve,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Medikamentöse Vasodilatation,
- Weitere Messungen,

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 34298 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 02330, 02331, 34280, 34281 und 34503 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 34298 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 34283 bis 34287 und 34290 berechnungsfähig.

34.3 Computertomographie

1. Digitale Radiogramme zur Einstellung sind Bestandteil der computertomographischen Leistungen.
2. Bei Benennung von Begrenzungen anatomischer Strukturen und/ oder der Anfertigung von Dünnschichten müssen die Schichten aneinandergrenzen.

34.3.1 Neurocranium und Wirbelsäule

34310 **CT-Untersuchung des Neurocraniums** 68,03 €
534 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Darstellung des Neurocraniums,
- Anfertigung von Dünnschichten (<= 5mm) der hinteren Schädelgrube

Fakultativer Leistungsinhalt

- Anfertigung weiterer Dünnschichten

Die Gebührenordnungsposition 34310 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 34360, 34504 und 34505 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 34310 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.

34311 **CT-Untersuchung von Teilen der Wirbelsäule** 84,34 €
662 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Darstellung von mindestens 2 Segmenten,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Darstellung weiterer Segmente,

je Wirbelsäulenabschnitt

Die Gebührenordnungsposition 34311 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 34360, 34504 und 34505 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 34311 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.

34312 **Zuschlag** zu den Gebührenordnungsposition 34310 und 34311 für die Durchführung von Serien nach intrathekaler Kontrastmittelgabe — 50,20 € / 394 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Kontrastmitteleinbringung(en)

Die Gebührenordnungsposition 34312 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 34360, 34504 und 34505 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 34312 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.

34.3.2 Gesichtsschädel, Schädelbasis, Halsweichteile

34320 **CT-Untersuchung des Gesichtsschädels** — 82,81 € / 650 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Anfertigung von Dünnschichten (<= 4mm)

Die Gebührenordnungsposition 34320 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 34360, 34504 und 34505 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 34320 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.

34321 **CT-Untersuchung der Schädelbasis** — 71,47 € / 561 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Anfertigung von Dünnschichten (<= 2mm)

Die Gebührenordnungsposition 34321 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 34360, 34504 und 34505 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 34321 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.

34322 **CT-Untersuchung der Halsweichteile** — 86,25 € / 677 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Darstellung von HWK 1 bis HWK 7,
- Anfertigung von Dünnschichten (<= 5 mm)

Die Gebührenordnungsposition 34322 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 34360, 34422, 34504 und 34505 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 34322 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.

34.3.3 Thorax

34330 **CT-Untersuchung des Thorax** — 74,66 € / 586 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Darstellung des Mediastinums,

- Darstellung der Lungen,
- Darstellung der Pleura

Fakultativer Leistungsinhalt

- Darstellung knöcherner Strukturen des Thorax

Die Gebührenordnungsposition 34330 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 34360, 34370, 34504 und 34505 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 34330 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01871 und 01872 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 34330 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.

34.3.4 Abdomen, Retroperitoneum, Becken

34340 **CT-Untersuchung des Oberbauches** — 74,02 € / 581 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Darstellung vom Zwerchfell bis einschließlich Nieren

Die Gebührenordnungsposition 34340 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 34341, 34342, 34360, 34504 und 34505 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 34340 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.

34341 **CT-Untersuchung des gesamten Abdomens** — 92,24 € / 724 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Darstellung vom Zwerchfell bis zum Beckenboden

Die Gebührenordnungsposition 34341 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 34340, 34342, 34360, 34504 und 34505 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 34341 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.

34342 **CT-Untersuchung des Beckens** — 74,02 € / 581 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Darstellung vom Beckenkamm bis zum Beckenboden

Die Gebührenordnungsposition 34342 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 34340, 34341, 34360, 34504 und 34505 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 34342 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.

34343 **Zuschlag** zu den Gebührenordnungspositionen 34310, 34311, 34320 bis 34322, 34330, 34340 bis 34342, 34350 und 34351 für ergänzende zweite Serie mit Kontrastmitteln — 54,91 € / 431 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Kontrastmitteleinbringung(en),

je Sitzung

Die Gebührenordnungsposition 34343 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 34344, 34345, 34360, 34370, 34504 und 34505 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 34343 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.

34344 **Zuschlag** zu den Gebührenordnungspositionen 34310, 34311, 34320 bis 34322, 34330, 34340 bis 34342, 34350 und 34351 für die Anfertigung von dynamischen Serien — 59,37 € / 466 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Kontrastmitteleinbringung(en),
- Anfertigung von mindestens 2 vollständigen Kontrastmittel-Phasen

Die Gebührenordnungsposition 34344 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 34343, 34345, 34360, 34370, 34504 und 34505 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 34344 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.

34345 **Zuschlag** zu den Gebührenordnungspositionen 34310 und 34311, 34320 bis 34322, 34330 und 34340 bis 34342, 34350 und 34351 bei primärer Untersuchung mit Kontrastmittel — 27,52 € / 216 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Kontrastmitteleinbringung(en)

Die Gebührenordnungsposition 34345 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 34343, 34344, 34370, 34504 und 34505 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 34345 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.

34.3.5 Extremitäten, angrenzende Gelenke

34350 **CT-Untersuchung der Extremitäten und/oder deren Teile, mit Ausnahme der in der Gebührenordnungsposition 34351 genannten Extremitätenteile** — 63,70 € / 500 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Darstellung
  - der Extremitäten

  und/oder
  - der Teile der Extremitäten mit Ausnahme der in der Gebührenordnungsposition 34351 genannten

  und/oder
  - von Teilen des Schultergürtels

  und/oder

- des Beckens

Fakultativer Leistungsinhalt

- Anfertigung von Dünnschichten

Die Gebührenordnungsposition 34350 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 34360, 34504 und 34505 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 34350 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.

34351 **CT-Untersuchung der Hand, des Fußes und/oder deren Teile** 63,70 €
500 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Darstellung der Hand oder des Fußes
und/oder
- Darstellung der Teile der Hand oder des Fußes

Fakultativer Leistungsinhalt

- Darstellung des distalen Unterarms,
- Darstellung des distalen Unterschenkels,
- Darstellung angrenzender Gelenke,
- Beidseitige Untersuchung

Die Gebührenordnungsposition 34351 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 34360, 34504 und 34505 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 34351 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.

34.3.6 Bestrahlungsplanung CT

34360 **CT-gesteuerte Untersuchung von Organabschnitten für die Bestrahlungsplanung bei Tele- oder Brachytherapie** 45,10 €
354 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Durchführung als Bestrahlungsplanung

Die Gebührenordnungsposition 34360 darf nur in unmittelbarem Zusammenhang mit und für den Zweck der Bestrahlungsplanung berechnet werden.
Die Gebührenordnungsposition 34360 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 34310 bis 34312, 34320 bis 34322, 34330, 34340 bis 34344, 34350 und 34351 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 34360 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.

34.3.7 Computertomographie-Koronarangiographie gemäß der Nr. 42 der Anlage I der MVV-RL

1. Die Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts sind nur berechnungsfähig bei Vorliegen einer Indikation gemäß § 2 der Nr. 42 der Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- oder

Behandlungsmethoden“ der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses (MVV-RL).
Liegt die Vortestwahrscheinlichkeit (VTW) für das Vorliegen einer chronisch koronaren Herzkrankheit (KHK) zwischen 15 % und 50 %, soll gemäß § 3 Abs. 1 der Nr. 42 der Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses (MVV-RL) die Abklärung durch eine Computertomographie-Koronarangiographie (CCTA) erfolgen.

2. Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 34370 ist eine Genehmigung der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung gemäß der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie nach § 135 Abs. 2 SGB V. Die Gebührenordnungsposition 34371 ist abweichend von Nr. 2 der Präambel 34.1 ohne Genehmigung der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung gemäß der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie nach § 135 Abs. 2 SGB V und entgegen Nr. 1 der Präambel 34.1 berechnungsfähig.

34370 **CT-Koronarangiographie gemäß der Nr. 42 der Anlage I der MVV-RL** 163,71 €
1285 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Native computertomographische Darstellung des Herzens mit Bestimmung des Koronarkalks,
- CT-Koronarangiographie mit Kontrastmitteleinbringung,
- EKG-getriggerte Bildakquisition,
- Befunderstellung gemäß § 3 Abs. 4 der Nr. 42 der Anlage I der MVV-RL sowie gemäß der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie nach § 135 Abs. 2 SGB V,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Pharmakologische Maßnahmen zur Annäherung an eine Zielherzfrequenz von ≤ 60 Schlägen pro Minute während der Untersuchung,
- Infusion(en) (GOP 02100),
- Nachbeobachtung,

einmal im Krankheitsfall

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 34370 setzt das Vorliegen einer Überweisung mit Dokumentation von Vortestwahrscheinlichkeit (Ergebnis und Art der Ermittlung) sowie von weiteren Befunden im Rahmen der Vordiagnostik z. B. Laborergebnisse(n) voraus.
Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 34370 setzt die Angabe der Vortestwahrscheinlichkeit voraus.
Die Gebührenordnungsposition 34370 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 34330 und 34343 bis 34345 berechnungsfähig.

34371 **Interdisziplinäre Fallkonferenz nach erfolgter CT-Koronarangiographie gemäß der Gebührenordnungsposition 34370** 16,31 €
128 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Teilnahme an einer interdisziplinären Fallkonferenz zur Entscheidung zum weiteren Vorgehen bei unklaren oder komplexen Befunden nach erfolgter CT-Koronarangiographie

Fakultativer Leistungsinhalt

- Teilnahme des überweisenden Arztes

Die Gebührenordnungsposition 34371 ist nur bei Teilnahme mindestens eines Facharztes für Radiologie und eines Facharztes für Innere Medizin und Kardiologie berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 34371 ist auch bei Durchführung der Fallkonferenz als Videofallkonferenz berechnungsfähig. Für die Abrechnung gelten die Anforderungen gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä entsprechend.
Die Gebührenordnungsposition 34371 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01670 bis 01672, 34800 und 34821 berechnungsfähig.

34.4 Magnet-Resonanz-Tomographie

1. Die MRT-Untersuchung beinhaltet die Durchführung von mindestens 4 Sequenzen. Dies gilt nicht für die Bestrahlungsplanung mittels MRT gemäß Abschnitt 34.4.6 und nicht für MRT-Angiographien des Abschnitts 34.4.7.
2. Topogramm und/oder mehrere Echos stellen keine gesonderten Sequenzen dar.
3. Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Kernspintomographie-Vereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.
4. MRT-Untersuchungen der Mamma außerhalb der Indikation nach der Nr. 34431, MRT-Untersuchungen der Herzkranzgefäße sowie MR-Spektroskopien sind kein Leistungsbestandteil der Gebührenordnungspositionen 34410, 34411, 34420 bis 34422, 34430, 34431, 34440 bis 34442, 34450 bis 34452 und 34460.
5. Einstellungs- und Lokalisationssequenzen sind in den Gebührenordnungspositionen enthalten.
6. MRT-Untersuchungen und MRT-Angiographien der Herzkranzgefäße können nicht mit den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 34.4 berechnet werden.
7. Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 34.4.7 sind neben Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 34.4.1 bis 34.4.6 nur mit besonderer Begründung berechnungsfähig.
8. Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 34.4.7 ist eine Genehmigung der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V.
9. Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 34.4.7 können nur bei Nachweis einer klinischen Fragestellung gemäß § 7 Abs. 5 und 6 der Qualitätssicherungsvereinbarung zur MR-Angiographie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V erbracht werden.

34.4.1 Neurocranium und Wirbelsäule

34410 **MRT-Untersuchung des Neurocraniums** 134,16 €
1053 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Darstellung des Neurocraniums

Fakultativer Leistungsinhalt

- Kontrastmitteleinbringung(en)

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 34410 zur Einleitung und im Zusammenhang mit einer Therapie mit Lecanemab oder Donanemab gemäß der jeweils aktuell gültigen Fachinformation bei Patienten mit nachgewiesener Amyloid-Beta-Pathologie und nach Ausschluss eines homozygoten ApoE ε4-Trägerstatus ist durch Angabe einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung zu dokumentieren.
Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 34410 zur Einleitung und im Zusammenhang mit einer Therapie mit Lecanemab oder Donanemab gemäß der jeweils aktuell gültigen Fachinformation setzt das Vorliegen einer Überweisung von Fachärzten für Neurologie, Fachärzten für Nervenheilkunde, Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie oder Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie voraus.
Die Gebührenordnungsposition 34410 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102 und 34460 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 34410 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.

34411 **MRT-Untersuchung von Teilen der Wirbelsäule** 134,16 €
1053 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Darstellung mindestens des gesamten Wirbelsäulenabschnittes der HWS (HWK1 bis HWK7/BWK1)

oder

- Darstellung des gesamten Wirbelsäulenabschnittes der BWS (BWK1 bis LWK1)

oder

- Darstellung des gesamten Wirbelsäulenabschnittes der LWS (LWK1 bis SWK1)

und/oder

- Darstellung in 2 Ebenen,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Darstellung des Kreuzbeines,
- Kontrastmitteleinbringung(en),

je Wirbelsäulenabschnitt

Die Gebührenordnungsposition 34411 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102 und 34460 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 34411 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.

34.4.2 Gesichtsschädel, Schädelbasis, Halsweichteile

34420 **MRT-Untersuchung des Gesichtsschädels** 134,16 €
1053 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Darstellung in 2 Ebenen

Fakultativer Leistungsinhalt

- Kontrastmitteleinbringung(en)

Die Gebührenordnungsposition 34420 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102 und 34460 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 34420 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.

34421 **MRT-Untersuchung der Schädelbasis** 134,16 €
1053 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Darstellung in 2 Ebenen

Fakultativer Leistungsinhalt

- Kontrastmitteleinbringung(en)

Die Gebührenordnungsposition 34421 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102 und 34460 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 34421 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.

34422 **MRT-Untersuchung der Halsweichteile, HWK 1 bis HWK 7** 134,16 €
1053 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Darstellung in 2 Ebenen

Fakultativer Leistungsinhalt

- Kontrastmitteleinbringung(en)

Die Gebührenordnungsposition 34422 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 34322 und 34460 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 34422 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.

34.4.3 Thorax

34430 **MRT-Untersuchung des Thorax** 134,16 €
1053 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Darstellung in 2 Ebenen,
- Darstellung
  - des Mediastinums
  und/oder
  - der Lunge

Fakultativer Leistungsinhalt

- Kontrastmitteleinbringung(en)

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 34430 im Zusammenhang mit der Durchführung der perkutanen Biopsie entsprechend der Gebührenordnungsposition 02344 ist durch Angabe einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung zu dokumentieren.
Die Gebührenordnungsposition 34430 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102 und 34460 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 34430 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.

34431 **MRT-Untersuchung(en) der weiblichen Brustdrüse gemäß der Kernspintomographie-Vereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V** 255,70 € 2007 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- MRT-Untersuchung(en) der weiblichen Brustdrüse zum Rezidivausschluss (frühestens 6 Monate nach der Operation oder 12 Monate nach Beendigung der Bestrahlungstherapie) eines histologisch gesicherten Mamma-Karzinoms nach brusterhaltender Therapie, auch nach Wiederaufbauplastik, für den Fall, dass eine vorausgegangene mammographische und sonographische Untersuchung die Dignität des Rezidivverdachtes nicht klären konnte

oder

- MRT-Untersuchung(en) der weiblichen Brustdrüse zur Primärtumorsuche bei axillärer(n) Lymphknotenmetastase(n), deren histologische Morphologie ein Mamma-Karzinom nicht ausschließt, wenn ein Primärtumor weder klinisch noch mittels mammographischer und sonographischer Untersuchung dargestellt werden konnte,
- Native Darstellung,
- Gabe eines paramagnetischen Kontrastmittels,
- Mindestens 4 Untersuchungssequenzen,
- Dynamische Messungen,
- Kontrastmitteleinbringung(en)

Die Gebührenordnungsposition 34431 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 34452 und 34460 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 34431 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.

34.4.4 Abdomen, Retroperitoneum, Becken

34440 **MRT-Untersuchung des Oberbauches** 134,16 € 1053 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Darstellung des Zwerchfells bis einschließlich Nieren

Fakultativer Leistungsinhalt

- Kontrastmitteleinbringung(en)

Die Gebührenordnungsposition 34440 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 34441, 34442 und 34460 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 34440 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.

34441 **MRT-Untersuchung des Abdomens** 134,16 €
1053 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Darstellung des Zwerchfells bis zum Beckenboden

Fakultativer Leistungsinhalt

- Kontrastmitteleinbringung(en)

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 34441 im Zusammenhang mit der Durchführung der perkutanen Biopsie entsprechend der Gebührenordnungsposition 02344 ist durch Angabe einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung zu dokumentieren.
Die Gebührenordnungsposition 34441 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 34440, 34442 und 34460 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 34441 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.

34442 **MRT-Untersuchung des Beckens** 134,16 €
1053 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Darstellung des gesamten Beckens

Fakultativer Leistungsinhalt

- Kontrastmitteleinbringung(en)

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 34442 im Zusammenhang mit der Durchführung der perkutanen Biopsie entsprechend der Gebührenordnungsposition 02344 ist durch Angabe einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung zu dokumentieren.
Die Gebührenordnungsposition 34442 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 34440, 34441 und 34460 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 34442 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.

34.4.5 Extremitäten, angrenzende Gelenke

34450 **MRT-Untersuchung der Extremitäten und/oder deren Teile, mit Ausnahme der nach der Gebührenordnungsposition 34451 abzurechnenden Extremitätenteile** 134,16 €
1053 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Darstellung

- der Extremitäten
und/oder
- der Teile der Extremitäten mit Ausnahme der nach Gebührenordnungsposition 34451 genannten
und/oder
- von Teilen des Schultergürtels
und/oder
- des Beckens

Fakultativer Leistungsinhalt

- Kontrastmitteleinbringung(en)

Die Gebührenordnungsposition 34450 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102 und 34460 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 34450 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.

34451 **MRT-Untersuchung der Hand, des Fußes und/oder deren Teile** 134,16 €
1053 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Darstellung der Hand oder des Fußes
und/oder
- Darstellung der Teile der Hand oder des Fußes

Fakultativer Leistungsinhalt

- Darstellung des distalen Unterarms,
- Darstellung des distalen Unterschenkels,
- Darstellung angrenzende Gelenke,
- Kontrastmitteleinbringung(en)

Die Gebührenordnungsposition 34451 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102 und 34460 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 34451 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.

34452 **Zuschlag** zu den Gebührenordnungspositionen 34410, 34411, 34420 bis 34422, 34430, 34440 bis 34442, 34450 und 34451 für mindestens 2 weitere Sequenzen nach Kontrastmitteleinbringung(en) 48,41 €
380 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Durchführung der jeweils zuschlagsberechtigten Leistung erfolgte mit Kontrastmitteleinbringung(en)

Die Gebührenordnungsposition 34452 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 34431 und 34460 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 34452 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.

34.4.6 Bestrahlungsplanung MRT

34460 **MRT-gesteuerte Untersuchung von Organabschnitten für die Bestrahlungsplanung bei Tele- oder Brachytherapie** 86,25 €
677 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Durchführung als Bestrahlungsplanung

Fakultativer Leistungsinhalt

- Kontrastmitteleinbringung(en)

Die Gebührenordnungsposition 34460 darf nur in unmittelbarem Zusammenhang mit und für den Zweck der Bestrahlungsplanung berechnet werden.
Die Gebührenordnungsposition 34460 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207 und 02100 bis 02102 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 34.4.1, 34.4.2, 34.4.3, 34.4.4 und 34.4.5 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 34460 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.

34.4.7 MRT-Angiographien

34470 **MRT-Angiographie der Hirngefäße** gemäß den Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V 88,16 €
692 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Darstellung der Hirngefäße

Fakultativer Leistungsinhalt

- Kontrastmitteleinbringung(en),
- Darstellung der venösen Phase

Eine Nebeneinanderberechnung von zwei oder mehr Gebührenordnungspositionen 34470, 34475, 34480, 34485, 34486, 34489 und 34490 in derselben Sitzung ist nur mit Begründung möglich.
Neben der Gebührenordnungsposition 34470 können die Gebührenordnungspositionen 34410, 34411, 34420 bis 34422, 34430, 34431, 34440 bis 34442, 34450 bis 34452 und 34460 und 34492 nur mit Begründung berechnet werden.
Die Gebührenordnungsposition 34470 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102 und 34283 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 34470 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.

34475 **MRT-Angiographie der Halsgefäße** gemäß den Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V 117,08 €
919 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Darstellung der Halsgefäße

Fakultativer Leistungsinhalt

- Kontrastmitteleinbringung(en),
- Darstellung der venösen Phase

Eine Nebeneinanderberechnung von zwei oder mehr Gebührenordnungspositionen 34470, 34475, 34480, 34485, 34486, 34489 und 34490 in derselben Sitzung ist nur mit Begründung möglich.
Neben der Gebührenordnungsposition nach der Nr. 34475 können die Gebührenordnungspositionen 34410, 34411, 34420 bis 34422, 34430, 34431, 34440 bis 34442, 34450 bis 34452 und 34460 nur mit Begründung berechnet werden.
Die Gebührenordnungsposition 34475 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102 und 34283 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 34475 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.

34480 **MRT-Angiographie der thorakalen Aorta und ihrer Abgänge und/oder ihrer Äste (Truncus brachiocephalicus, A. subclavia, A. carotis communis, A. vertebralis)** gemäß den Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V — 117,08 € / 919 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Darstellung der thorakalen Aorta

Fakultativer Leistungsinhalt

- Kontrastmitteleinbringung(en)

Eine Nebeneinanderberechnung von zwei oder mehr Gebührenordnungspositionen 34470, 34475, 34480, 34485, 34486, 34489 und 34490 in derselben Sitzung ist nur mit Begründung möglich.
Neben der Gebührenordnungsposition 34480 können die Gebührenordnungspositionen 34410, 34411, 34420 bis 34422, 34430, 34431, 34440 bis 34442, 34450 bis 34452 und 34460 nur mit Begründung berechnet werden.
Die Gebührenordnungsposition 34480 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102 und 34283 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 34480 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.

34485 **MRT-Angiographie der abdominalen Aorta und ihrer Äste 1. Ordnung** gemäß den Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V — 117,08 € / 919 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Darstellung der abdominalen Aorta

Fakultativer Leistungsinhalt

- Kontrastmitteleinbringung(en)

Eine Nebeneinanderberechnung von zwei oder mehr Gebührenordnungspositionen 34470, 34475, 34480, 34485, 34486, 34489 und 34490 in derselben Sitzung ist nur mit Begründung möglich.
Neben der Gebührenordnungsposition 34485 können die Gebührenordnungspositionen 34410, 34411, 34420 bis 34422, 34430,

34431, 34440 bis 34442, 34450 bis 34452 und 34460 nur mit Begründung berechnet werden.
Die Gebührenordnungsposition 34485 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102 und 34283 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 34485 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.

34486 **MRT-Angiographie von Venen** gemäß den Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V — 117,08 € / 919 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Darstellung der Venen von:
  - Kopf/Hals

  und/oder
  - des Thorax einschließlich der venae subclaviae

  und/oder
  - des Abdomens

  und/oder
  - des Beckens

Fakultativer Leistungsinhalt

- Kontrastmitteleinbringung(en)

Eine Nebeneinanderberechnung von zwei oder mehr Gebührenordnungspositionen 34470, 34475, 34480, 34485, 34486, 34489 und 34490 in derselben Sitzung ist nur mit Begründung möglich.
Neben der Gebührenordnungsposition 34486 können die Gebührenordnungspositionen 34410, 34411, 34420 bis 34422, 34430, 34431, 34440 bis 34442, 34450 bis 34452 und 34460 nur mit Begründung berechnet werden.
Die Gebührenordnungsposition 34486 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102 und 34283 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 34486 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.

34489 **MRT-Angiographie der Becken- und Beinarterien (ohne Fußgefäße)** gemäß den Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V — 234,68 € / 1842 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Darstellung der Becken- und Beinarterien (ohne Fußgefäße)

Fakultativer Leistungsinhalt

- Kontrastmitteleinbringung(en)

Eine Nebeneinanderberechnung von zwei oder mehr Gebührenordnungspositionen 34470, 34475, 34480, 34485, 34486, 34489 und 34490 in derselben Sitzung ist nur mit Begründung möglich.
Neben der Gebührenordnungsposition 34489 können die Gebührenordnungspositionen 34410, 34411, 34420 bis 34422, 34430,

34431, 34440 bis 34442, 34450 bis 34452 und 34460 nur mit Begründung berechnet werden.
Die Gebührenordnungsposition 34489 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102 und 34283 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 34489 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.

34490 **MRT-Angiographie der Armarterien und armversorgenden Arterien und einschließlich/oder Cimino-Shunt (ohne Handgefäße) gemäß den Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V** — 117,08 € / 919 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Darstellung der Arterien einer oberen Extremität und/oder Cimino-Shunt

Fakultativer Leistungsinhalt

- Kontrastmitteleinbringung(en)

Eine Nebeneinanderberechnung von zwei oder mehr Gebührenordnungspositionen 34470, 34475, 34480, 34485, 34486, 34489 und 34490 in derselben Sitzung ist nur mit Begründung möglich.
Neben der Gebührenordnungsposition 34490 können die Gebührenordnungspositionen 34410, 34411, 34420 bis 34422, 34430, 34431, 34440 bis 34442, 34450 bis 34452 und 34460 und 34492 nur mit Begründung berechnet werden.
Die Gebührenordnungsposition 34490 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102 und 34283 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 34490 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.

34492 **Zuschlag** zu der Gebührenordnungsposition 34470 für weitere Sequenzen nach Kontrastmitteleinbringung(en) — 53,00 € / 416 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 34492 kann nur mit Begründung berechnet werden.
Die Gebührenordnungsposition 34492 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102 und 34283 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 34492 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.

34.5 Nicht vaskuläre interventionelle Maßnahmen

1. Die Leistung nach der Gebührenordnungsposition 34504 ist nur berechnungsfähig, wenn sie von Ärzten erbracht wird, welche die Voraussetzungen gemäß Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten nach § 135 Abs. 2 SGB V erfüllen, oder die Behandlung auf Überweisung eines Arztes erfolgt, der die Voraussetzungen gemäß Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten nach § 135 Abs. 2

SGB V erfüllt oder die Zusatzweiterbildung Schmerztherapie gemäß der Weiterbildungsordnung besitzt.

2. Eine Überweisung nach Satz 1 kann nur für Patienten mit einer gesicherten Diagnose (Zusatzkennzeichen "G" nach ICD-10-GM) erfolgen.
3. Die Leistung nach der Gebührenordnungsposition 34504 darf nicht solitär erbracht werden, sondern ausschließlich im Rahmen eines multimodalen Schmerztherapiekonzeptes. Bei funktionellen Störungen und chronischen Schmerzsyndromen mit überwiegend funktionellem Störungsanteil ist die Leistung nach der Gebührenordnungsposition 34504 nicht berechnungsfähig.
4. Die Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts sind nicht für Interventionen in bzw. an (einer) Bandscheibe(n) (z. B. Volumenreduktion durch Chemonukleolyse und/oder Coblation) berechnungsfähig. Diese Eingriffe sind über die Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 31.2 bzw. 36.2 zu berechnen.

34500 **Durchleuchtungsgestützte Intervention bei PTC** 85,62 €
672 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Durchleuchtungsgestützte Intervention gemäß der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V,

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 34500 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 02300 bis 02302, 02340, 02341, 02344, 34280 und 34281 berechnungsfähig.

34501 **Durchleuchtungsgestützte Intervention bei Anlage eines Ösophagus-Stent** 114,03 €
895 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Durchleuchtungsgestützte Intervention gemäß der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V,

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 34501 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 02300 bis 02302, 02340, 02341 und 02344 berechnungsfähig.

34503 **Bildwandlergestützte Intervention(en) an der Wirbelsäule** 84,98 €
667 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Bildwandlergestützte Intervention in bzw. an Nerven, Ganglien, Gelenkkörper(n) und/oder Gelenkfacette(n) der Wirbelsäule,
- Überwachung über mindestens 30 Minuten,
- Dokumentation,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Kontrolle mittels Bildwandler,
- Infusion(en) (Nr. 02100),

- Punktion(en) I (Nr. 02340),
- Punktion(en) II (Nr. 02341),

einmal am Behandlungstag

Die Gebührenordnungsposition 34503 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01510 bis 01512, 01520 bis 01522, 01530, 01531, 01540 bis 01545, 02100 bis 02102, 02300 bis 02302, 02340 bis 02345, 02360, 30710, 30712, 30720 bis 30724, 30730, 30731, 30740, 30751, 30760, 31540, 34504 und 34505 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 34.2 berechnungsfähig.

34504 **CT-gesteuerte schmerztherapeutische Intervention(en)** bei akutem und/oder chronischem Schmerz nach vorausgegangener interdisziplinärer Diagnostik — 123,33 € / 968 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- CT-gesteuerte Intervention bei Punktionen und/oder pharmakotherapeutischen Applikationen,
- Intervention in bzw. an Nerven, Ganglien, Malignomen, Gelenkkörper(n) und/oder Gelenkfacette(n),
- Überwachung über mindestens 30 Minuten,
- Dokumentation,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Kontrolle mittel CT-Untersuchung,
- Infusion(en) (Nr. 02100),
- Intraarterielle Injektion(en) (Nr. 02331),
- Punktion(en) I (Nr. 02340),
- Punktion(en) II (Nr. 02341),

einmal am Behandlungstag

Die Gebührenordnungsposition 34504 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01510 bis 01512, 01520 bis 01522, 01530, 01531, 01540 bis 01545, 02100 bis 02102, 02300 bis 02302, 02331, 02340 bis 02344, 30710, 30712, 30720 bis 30724, 30730, 30731, 30740, 30751, 30760, 31540, 34503 und 34505 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 34.3.1, 34.3.2, 34.3.3, 34.3.4 und 34.3.5 berechnungsfähig.

34505 **CT-gesteuerte Intervention(en)** — 123,33 € / 968 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- CT-gesteuerte Intervention bei Punktionen und/oder pharmakotherapeutischen Applikationen,
- Intervention in bzw. an Nerven, Ganglien, Malignomen, Gelenkkörper(n) und /oder Gelenkfacette(n),
- Überwachung über mindestens 30 Minuten,
- Dokumentation,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Kontrolle mittel CT-Untersuchung,
- Infusion(en) (Nr. 02100),

- Intraarterielle Injektion(en) (Nr. 02331),
- Punktion(en) I (Nr. 02340),
- Punktion(en) II (Nr. 02341),

einmal am Behandlungstag

Die Gebührenordnungsposition 34505 ist nur berechnungsfähig bei Diagnostik/Behandlung einer der im Folgenden genannten Erkrankungen nach den ICD-10-GM Kodes: Neubildungen C00-D48 sowie Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems D50-D90.
Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 34505 bei anderen als den genannten Erkrankungen setzt eine ausführliche Begründung der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall voraus. Die Begründung ist einschließlich des ICD-10-GM Kodes für die betreffende Erkrankung bei der Abrechnung anzugeben.
Die Gebührenordnungsposition 34505 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01510 bis 01512, 01520 bis 01522, 01530, 01531, 01540 bis 01545, 02100 bis 02102, 02300 bis 02302, 02340 bis 02345, 02360, 30710, 30712, 30720 bis 30724, 30730, 30731, 30740, 30751, 30760, 31540, 34503 und 34504 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 34.3.1, 34.3.2, 34.3.3, 34.3.4 und 34.3.5 berechnungsfähig.

34.6 Osteodensitometrie

34600 **Osteodensitometrische Untersuchung I** 34,14 €
268 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Osteodensitometrische Untersuchung(en) nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (Nr. 7 in der Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung, mittels einer zentralen DXA [Dual-Energy X-ray Absorptiometrie]) bei Patienten, die eine Fraktur ohne nachweisbares adäquates Trauma erlitten haben und bei denen gleichzeitig aufgrund anderer anamnestischer und klinischer Befunde ein begründeter Verdacht auf Osteoporose besteht
  - am Schenkelhals

  und/oder
  - an der LWS

Die Gebührenordnungsposition 34600 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102 und 34601 berechnungsfähig.

34601 **Osteodensitometrische Untersuchung II** 34,14 €
268 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Osteodensitometrische Untersuchung(en) nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (Nr. 7 in der Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung, mittels einer

zentralen DXA [Dual-Energy X-ray Absorptiometrie]) zum Zweck der Optimierung der Therapieentscheidung, wenn aufgrund konkreter anamnestischer und klinischer Befunde eine Absicht für eine spezifische medikamentöse Therapie einer Osteoporose besteht
- am Schenkelhals
und/oder
- an der LWS

Die Gebührenordnungsposition 34601 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102 und 34600 berechnungsfähig.

34.7 Diagnostische Positronenemissionstomographie (PET), Diagnostische Positronenemissionstomographie mit Computertomographie (PET/CT)

1. Die Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts können ausschließlich von Fachärzten für Nuklearmedizin und Fachärzten für Radiologie abgerechnet werden, die über eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung PET, PET/CT gemäß § 135 Abs. 2 SGB V verfügen.
2. Haben an der Erbringung einer Leistung entsprechend einer Gebührenordnungsposition des Abschnittes 34.7 mehrere Ärzte mitgewirkt, so hat der die Gebührenordnungsposition des Abschnittes 34.7 abrechnende Arzt in seiner Quartalsabrechnung zu bestätigen, dass er mit den anderen Ärzten eine Vereinbarung darüber getroffen hat, wonach nur er allein in den jeweiligen Fällen diese Leistung abrechnet.
3. Die Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts sind abweichend von Nr. 1 und Nr. 2 der Präambel 34.1 nur dann berechnungsfähig, wenn ihre Durchführung gemäß Nr. 14 der Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses (gilt nur für die Gebührenordnungspositionen 34700 bis 34707), nach Maßgabe der Strahlenschutzverordnung, der Richtlinie zur Strahlenschutzverordnung, des Strahlenschutzgesetzes, des Medizinprodukterecht-Durchführungsgesetzes i. V. m. der europäischen Medizinprodukteverordnung und der Medizinprodukte-Betreiberverordnung erfolgt.
4. Die Gebührenordnungspositionen 34700 bis 34707 sind nur berechnungsfähig bei Vorliegen mindestens einer der in § 1 Nr. 14 der Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses genannten Indikationen.
5. Kontrastmitteleinbringungen sind Bestandteil der Gebührenordnungspositionen.
6. Die Gebührenordnungspositionen 34720 und 34721 sind ausschließlich für zwingend erforderliche Untersuchungen zur Indikationsstellung für eine nach der jeweils gültigen Fachinformation

für diese Indikation zugelassene nuklearmedizinische Therapie mit (177Lu)Lutetiumvipivotidtetraxetan berechnungsfähig.

F-18-Fluorodesoxyglukose-Positronenemissionstomographie (PET) des Körperstammes mit technischer Bildfusion einer diagnostischen Computertomographie (CT)

Obligater Leistungsinhalt

- Untersuchung von Schädelbasis bis proximaler Oberschenkel,
- Schwächungskorrektur,
- Quantitative Auswertung der Daten mittels Standardized-Uptake-Value (SUV),
- Rotierende MIP-Projektion der Daten,
- Befundung und interdisziplinäre Befundbesprechung,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Niedrigdosis-Computertomographie,
- Untersuchung in weiteren Bettpositionen,
- Ergänzende Spätuntersuchungen,

einmal im Behandlungsfall

34700	bei Vorliegen von diagnostischen CT-Untersuchungen	567,71 € 4456 Punkte
34701	mit diagnostischer CT	720,21 € 5653 Punkte

Die Gebührenordnungspositionen 34700 und 34701 sind nur berechnungsfähig bei Vorliegen mindestens einer der in den Nrn. 1 bis 5, 7 und 8 des § 1 Nr. 14 der Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses genannten Indikationen.

Die Gebührenordnungsposition 34701 ist nicht berechnungsfähig, wenn in demselben Quartal eine diagnostische Computertomographie des Körperstammes durchgeführt wurde. Dies gilt auch, wenn die diagnostische Computertomographie in einer anderen Praxis durchgeführt wurde.

Entgegen Nr. 4.3.2 der Allgemeinen Bestimmungen kann die Gebührenordnungsposition 34700 auch dann berechnet werden, wenn die Arztpraxis nicht über die Möglichkeit zur Durchführung einer Niedrigdosis-Computertomographie verfügt.

Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 34700 und 34701 im Behandlungsfall neben den Gebührenordnungspositionen 34702 und 34703 setzt eine ausführliche Begründung der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall voraus.

Die Gebührenordnungspositionen 34700 und 34701 sind im Behandlungsfall nicht nebeneinander berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungspositionen 34700 und 34701 sind nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207 und 02102 berechnungsfähig.

F-18-Fluorodesoxyglukose-Positronenemissionstomographie (PET) von Teilen des Körperstammes mit technischer Bildfusion einer diagnostischen Computertomographie (CT)

Obligater Leistungsinhalt

- Untersuchung in einem auf das Tumorgeschehen begrenzten Untersuchungsfeld in einer Bettposition,
- Schwächungskorrektur,
- Quantitative Auswertung der Daten mittels Standardized-Uptake-Value (SUV),
- Rotierende MIP-Projektion der Daten,
- Befundung und interdisziplinäre Befundbesprechung,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Niedrigdosis-Computertomographie,
- Untersuchung in weiteren Bettpositionen,
- Ergänzende Spätuntersuchungen,

einmal im Behandlungsfall

34702	bei Vorliegen von diagnostischen CT-Untersuchungen	454,20 € 3565 Punkte
34703	mit diagnostischer CT	576,25 € 4523 Punkte

Die Gebührenordnungspositionen 34702 und 34703 sind nur berechnungsfähig bei Vorliegen mindestens einer der in den Nrn. 1 bis 5, 7 und 8 des § 1 Nr. 14 der Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses genannten Indikationen.

Die Gebührenordnungsposition 34703 ist nicht berechnungsfähig, wenn in demselben Quartal eine diagnostische Computertomographie von Teilen des Körperstammes durchgeführt wurde. Dies gilt auch, wenn die diagnostische Computertomographie in einer anderen Praxis durchgeführt wurde.

Entgegen Nr. 4.3.2 der Allgemeinen Bestimmungen kann die Gebührenordnungsposition 34702 auch dann berechnet werden, wenn die Arztpraxis nicht über die Möglichkeit zur Durchführung einer Niedrigdosis-Computertomographie verfügt.

Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 34702 und 34703 im Behandlungsfall neben den Gebührenordnungspositionen 34700 und 34701 setzt eine ausführliche Begründung der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall voraus.

Die Gebührenordnungspositionen 34702 und 34703 sind im Behandlungsfall nicht nebeneinander berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungspositionen 34702 und 34703 sind nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207 und 02102 berechnungsfähig.

F-18-Fluorodesoxyglukose-Positronenemissionstomographie (PET) des Körperstammes mit technischer Bildfusion einer diagnostischen Computertomographie (CT)

Obligater Leistungsinhalt

- Untersuchung von Schädelbasis bis proximaler Oberschenkel,
- Schwächungskorrektur,
- Quantitative Auswertung der Daten mittels Standardized-Uptake-Value (SUV),
- Rotierende MIP-Projektion der Daten,
- Befundung und interdisziplinäre Befundbesprechung,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Niedrigdosis-Computertomographie,
- Untersuchung in weiteren Bettpositionen,
- Ergänzende Spätuntersuchungen,

zweimal im Behandlungsfall

34704	bei Vorliegen von diagnostischen CT-Untersuchungen	567,71 € 4456 Punkte
34705	mit diagnostischer CT	720,21 € 5653 Punkte

Die Gebührenordnungspositionen 34704 und 34705 sind nur berechnungsfähig bei Vorliegen einer Indikation gemäß Nrn. 6, 9 oder 10 des § 1 Nr. 14 der Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses.

Die Gebührenordnungsposition 34705 ist nicht berechnungsfähig, wenn in demselben Quartal eine diagnostische Computertomographie des Körperstammes durchgeführt wurde. Dies gilt auch, wenn die diagnostische Computertomographie in einer anderen Praxis durchgeführt wurde. Ausgenommen hiervon sind Fälle, in denen zwischen der Durchführung der diagnostischen CT- und der PET-Untersuchung wesentliche Veränderungen zu erwarten sind und eine erneute diagnostische CT-Untersuchung medizinisch notwendig ist.

Entgegen Nr. 4.3.2 der Allgemeinen Bestimmungen kann die Gebührenordnungsposition 34704 auch dann berechnet werden, wenn die Arztpraxis nicht über die Möglichkeit zur Durchführung einer Niedrigdosis-Computertomographie verfügt.

Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 34704 und 34705 im Behandlungsfall neben den Gebührenordnungspositionen 34706 und 34707 setzt eine ausführliche Begründung der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall voraus.

Die Gebührenordnungspositionen 34704 und 34705 sind im Behandlungsfall insgesamt höchstens zweimal berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungspositionen 34704 und 34705 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungspositionen 34704 und 34705 sind nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207 und 02100 bis 02102 berechnungsfähig.

F-18-Fluorodesoxyglukose-Positronenemissionstomographie (PET) von Teilen des Körperstammes mit technischer Bildfusion einer diagnostischen Computertomographie (CT)

Obligater Leistungsinhalt

- Untersuchung in einem auf das Tumorgeschehen begrenzten Untersuchungsfeld in einer Bettposition,
- Schwächungskorrektur,
- Quantitative Auswertung der Daten mittels Standardized-Uptake-Value (SUV),
- Rotierende MIP-Projektion der Daten,
- Befundung und interdisziplinäre Befundbesprechung,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Niedrigdosis-Computertomographie,
- Untersuchung in weiteren Bettpositionen,
- Ergänzende Spätuntersuchungen,

zweimal im Behandlungsfall

34706	bei Vorliegen von diagnostischen CT-Untersuchungen	454,20 € 3565 Punkte
34707	mit diagnostischer CT	576,25 € 4523 Punkte

Die Gebührenordnungspositionen 34706 und 34707 sind nur berechnungsfähig bei Vorliegen einer Indikation gemäß Nrn. 6, 9 oder 10 des § 1 Nr. 14 der Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses.

Die Gebührenordnungsposition 34707 ist nicht berechnungsfähig, wenn in demselben Quartal eine diagnostische Computertomographie von Teilen des Körperstammes durchgeführt wurde. Dies gilt auch, wenn die diagnostische Computertomographie in einer anderen Praxis durchgeführt wurde. Ausgenommen hiervon sind Fälle, in denen zwischen der Durchführung der diagnostischen CT- und der PET-Untersuchung wesentliche Veränderungen zu erwarten sind und eine erneute diagnostische CT-Untersuchung medizinisch notwendig ist.

Entgegen Nr. 4.3.2 der Allgemeinen Bestimmungen kann die Gebührenordnungsposition 34706 auch dann berechnet werden, wenn die Arztpraxis nicht über die Möglichkeit zur Durchführung einer Niedrigdosis-Computertomographie verfügt.

Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 34706 und 34707 im Behandlungsfall neben den Gebührenordnungspositionen 34704 und 34705 setzt eine ausführliche Begründung der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall voraus.

Die Gebührenordnungspositionen 34706 und 34707 sind im Behandlungsfall insgesamt höchstens zweimal berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungspositionen 34706 und 34707 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungspositionen 34706 und 34707 sind nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207 und 02100 bis 02102 berechnungsfähig.

PSMA-Positronenemissionstomographie (PET) des Körperstammes mit technischer Bildfusion einer diagnostischen Computertomographie (CT) zur Indikationsstellung einer Therapie mit (177Lu)Lutetiumvipivotidtetraxetan

Obligater Leistungsinhalt

- Untersuchung von Schädelbasis bis proximaler Oberschenkel,
- Schwächungskorrektur,
- Quantitative Auswertung der Daten mittels Standardized-Uptake-Value (SUV),
- Rotierende MIP-Projektion der Daten,
- Befundung und interdisziplinäre Befundbesprechung,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Niedrigdosis-Computertomographie,
- Untersuchung in weiteren Bettpositionen,
- Ergänzende Spätuntersuchungen,

einmal im Krankheitsfall

34720	bei Vorliegen von diagnostischen CT-Untersuchungen	567,71 € 4456 Punkte
34721	mit diagnostischer CT	720,21 € 5653 Punkte

Bis zum 30. Juni 2024 setzt die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 34720 und 34721 eine bestehende Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung PET, PET/CT gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus. Ab dem 1. Juli 2024 ist für die Berechnungsfähigkeit der Gebührenordnungspositionen 34720 und 34721 eine aktualisierte Genehmigung auf Basis einer angepassten Qualitätssicherungsvereinbarung PET, PET/CT erforderlich, die ausdrücklich das Verfahren PSMA-PET/CT umfasst.

Die Gebührenordnungsposition 34721 ist nicht berechnungsfähig, wenn in demselben Quartal eine diagnostische Computertomographie des Körperstammes durchgeführt wurde. Dies gilt auch, wenn die diagnostische Computertomographie in einer anderen Praxis durchgeführt wurde.

Entgegen Nr. 4.3.2 der Allgemeinen Bestimmungen kann die Gebührenordnungsposition 34720 auch dann berechnet werden, wenn die Arztpraxis nicht über die Möglichkeit zur Durchführung einer Niedrigdosis-Computertomographie verfügt.

Die Gebührenordnungspositionen 34720 und 34721 sind nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207 und 02100 bis 02102 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 34720 ist im Krankheitsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 34721 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 34721 ist im Krankheitsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 34720 berechnungsfähig.

34.8 Telekonsiliarische Befundbeurteilungen von Röntgenaufnahmen und CT-Aufnahmen (Telekonsil)

1. Die Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts können nur berechnet werden, wenn die Voraussetzungen gemäß der Anlage 31a zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) erfüllt sind.
2. Die Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts sind nur von Vertragsärzten berechnungsfähig, die zur Abrechnung der Gebührenordnungsposition berechtigt sind, auf die sich der Auftrag zur telekonsiliarischen Befundbeurteilung von Röntgenaufnahmen oder CT-Aufnahmen gemäß der Gebührenordnungsposition 34800 bezieht.
3. Die Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts sind nur berechnungsfähig bei
   - Vorliegen einer untersuchungsbezogenen medizinischen Fragestellung, die nicht im originären Fachgebiet des das Telekonsil einholenden Vertragsarztes verortet ist

   oder
   - Vorliegen einer besonders komplexen medizinischen Fragestellung, die eine telekonsiliarische Zweitbefundung erfordert.
4. Bei untersuchungsbezogenen medizinischen Fragestellungen, die nicht im originären Fachgebiet des das Telekonsil einholenden Vertragsarztes verortet sind, kann ein Facharzt für Radiologie mit der Durchführung der telekonsiliarischen Befundbeurteilung beauftragt werden. Bei Vorliegen einer besonders komplexen medizinischen Fragestellung, die eine telekonsiliarische Zweitbefundung erfordert, kann ein Facharzt für Radiologie oder ein Vertragsarzt mit der gleichen Facharztbezeichnung wie der das Telekonsil einholende Vertragsarzt mit der Durchführung der telemedizinischen Befundbeurteilung beauftragt werden.
5. Die Durchführung von Leistungen der telekonsiliarischen Befundbeurteilung gemäß der Anlage 31a zum BMV-Ä innerhalb des Medizinischen Versorgungszentrums, einer (Teil-)Berufsausübungsgemeinschaft, zwischen Betriebsstätten derselben Arztpraxis, innerhalb einer Apparategemeinschaft oder innerhalb eines Krankenhausgeländes ist nicht berechnungsfähig.
6. Die Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts sind für radiologische Befundbeurteilungen, die im Rahmen des Programms zur Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie-Screening gemäß Anlage 9.2 zum BMV-Ä erbracht werden, nicht berechnungsfähig.

34800	**Einholung einer telekonsiliarischen Befundbeurteilung von Röntgen- und/oder CT-Aufnahmen** im Zusammenhang mit den Gebührenordnungspositionen 34210 bis 34212, 34220 bis 34222, 34230 bis 34234, 34237, 34238, 34243 bis 34245, 34255, 34270, 34272, 34275, 34310 bis 34312, 34320 bis 34322, 34330, 34340 bis 34344, 34350,	11,59 € 91 Punkte

34351 und 34370, einschließlich der Kosten für die Übermittlung gemäß Anlage 31a zum BMV-Ä

Obligater Leistungsinhalt

- Elektronische Übermittlung aller für die Befundung relevanten Informationen (mindestens Röntgen- und/oder CT-Aufnahme(n), Erstbefund, Übermittlung der zum Telekonsil führenden Fragestellung, Einwilligung des Patienten gemäß § 2 Abs. 2 der Anlage 31a zum BMV-Ä),
- Übermittlung der berechneten Gebührenordnungsposition(en) für die Röntgenaufnahme(n) und/oder CT-Aufnahme(n),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Abstimmung mit dem konsiliarisch tätigen Vertragsarzt,

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 34800 ist nur einmal im Behandlungsfall berechnungsfähig. Die zweimalige Berechnung der Gebührenordnungsposition 34800 im Behandlungsfall setzt eine ausführliche Begründung der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall voraus.
Die Gebührenordnungsposition 34800 ist nur im Zeitraum von 4 Wochen nach Durchführung einer der genannten Grundleistungen des Abschnitts 34.2 bzw. 34.3 berechnungsfähig.
Die Beauftragung des Konsiliararztes ist gemäß Anlage 2b zum BMV-Ä vorzunehmen und mit einer qualifizierten elektronischen Signatur mittels elektronischem Heilberufsausweis zu versehen.
Für die Gebührenordnungsposition 34800 wird ein Punktzahlvolumen je Arztpraxis gebildet, aus dem alle gemäß der Gebührenordnungsposition 34800 erbrachten Leistungen zu vergüten sind. Das Punktzahlvolumen je Arztpraxis beträgt 91 Punkte multipliziert mit dem Faktor 0,0375 und der Anzahl der Behandlungsfälle der Arztpraxis gemäß § 21 Abs. 1 und Abs. 2 BMV-Ä mit mindestens einer Leistung nach den Gebührenordnungspositionen 34210 bis 34212, 34220 bis 34222, 34230 bis 34234, 34237, 34238, 34243 bis 34245, 34255, 34270, 34272, 34275, 34310 bis 34312, 34320 bis 34322, 34330, 34340 bis 34344, 34350, 34351 und 34370.
Die Gebührenordnungsposition 34800 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102, 34371 und 40104 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 34800 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01670 bis 01672 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 34800 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 34810, 34820 und 34821 berechnungsfähig.

34810 **Telekonsiliarische Befundbeurteilung von Röntgenaufnahmen nach den Gebührenordnungspositionen 34210 bis 34212, 34220 bis 34222, 34230 bis 34234, 34237, 34238, 34243 bis 34245, 34255, 34270,** 14,01 €
110 Punkte

34272 und 34275, einschließlich der Kosten für die Übermittlung gemäß Anlage 31a zum BMV-Ä

Obligater Leistungsinhalt

- Konsiliarische Beurteilung von Röntgenaufnahmen,
- Erstellung eines schriftlichen Konsiliarberichtes und elektronische Übermittlung an den das Telekonsil einholenden Vertragsarzt maximal drei Werktage nach Eingang des Auftrages zur Befundung,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Abstimmung mit dem Telekonsil einholenden Vertragsarzt,

je Konsiliarauftrag

Die Gebührenordnungsposition 34810 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207 und 02100 bis 02102 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 34810 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01670 bis 01672 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 34810 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01600, 01601, 34800 und 40104 berechnungsfähig.

34820 **Telekonsiliarische Befundbeurteilung von CT-Aufnahmen nach den Gebührenordnungspositionen 34310, 34311, 34320, 34350 und 34351, einschließlich der Kosten für die Übermittlung gemäß Anlage 31a zum BMV-Ä** — 35,16 € / 276 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Konsiliarische Beurteilung von CT-Aufnahmen,
- Erstellung eines schriftlichen Konsiliarberichtes und elektronische Übermittlung an den das Telekonsil einholenden Vertragsarzt maximal drei Werktage nach Eingang des Auftrages zur Befundung,

je Konsiliarauftrag

Für die Durchführung einer telekonsiliarischen Befundbeurteilung von CT-Aufnahmen gemäß den Gebührenordnungspositionen 34310, 34311, 34320, 34350 und 34351 in Verbindung mit einem Zuschlag nach den Gebührenordnungspositionen 34312, 34343 und 34344 ist ausschließlich die Gebührenordnungsposition 34821 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 34820 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207 und 02100 bis 02102 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 34820 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01670 bis 01672 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 34820 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01600, 01601, 34800 und 40104 berechnungsfähig.

34821 **Telekonsiliarische Befundbeurteilung von CT-Aufnahmen nach den Gebührenordnungspositionen 34312, 34321, 34322, 34330, 34340** — 49,56 € / 389 Punkte

bis 34344 und 34370, einschließlich der Kosten für die Übermittlung gemäß Anlage 31a zum BMV-Ä

Obligater Leistungsinhalt

- Konsiliarische Beurteilung von CT-Aufnahmen,
- Erstellung eines schriftlichen Konsiliarberichtes und elektronische Übermittlung an den das Telekonsil einholenden Vertragsarzt maximal drei Werktage nach Eingang des Auftrages zur Befundung,

je Konsiliarauftrag

Für die Durchführung einer telekonsiliarischen Befundbeurteilung von CT-Aufnahmen gemäß den Gebührenordnungspositionen 34310, 34311, 34320, 34350 und 34351 in Verbindung mit einem Zuschlag nach den Gebührenordnungspositionen 34312, 34343 und 34344 ist ausschließlich die Gebührenordnungsposition 34821 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 34821 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 02100 bis 02102 und 34371 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 34821 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01670 bis 01672 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 34821 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01600, 01601, 34800 und 40104 berechnungsfähig.

35 Leistungen gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie)

35.1 Nicht antragspflichtige Leistungen

1. Die Gebührenordnungspositionen 35130, 35131, 35140 bis 35142, 35150 bis 35152, 35163 bis 35169 und 35173 bis 35179 können ausschließlich von Vertragsärzten bzw. -psychotherapeuten, die über eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung psychotherapeutischer Leistungen gemäß der Psychotherapie-Vereinbarung verfügen, berechnet werden.
2. Die Gebührenordnungspositionen 35100, 35110 bis 35113, 35120, 35141, 35142, 35150 bis 35152, 35163 bis 35168 und 35173 bis 35178 sind auch bei Durchführung der Leistungen im Rahmen einer Videosprechstunde berechnungsfähig, wenn die Voraussetzungen gemäß § 21 der Anlage 1 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) und der Anlage 31b zum BMV-Ä erfüllt sind. Die Durchführung als Videosprechstunde ist durch Angabe einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung zu dokumentieren.
3. Im Falle der gemeinsamen Durchführung von probatorischen Sitzungen im Gruppensetting entsprechend den Gebührenordnungspositionen 35163 bis 35169 durch zwei Psychotherapeuten mit ihnen jeweils fest zugeordneten Patienten

(Bezugspatienten) gemäß § 16 der Psychotherapie-Vereinbarung berechnet jeder Psychotherapeut die Gebührenordnungsposition (letzte Ziffer) nach der Anzahl seiner jeweiligen Bezugspatienten.

4. Für Gruppenbehandlungen gemäß § 19 Abs. 6 der Psychotherapie-Vereinbarung, bei denen in derselben Sitzung bei verschiedenen Patienten entweder Gruppentherapie oder probatorische Sitzungen im Gruppensetting zeitgleich angewendet werden, sind alle Patienten zur Ermittlung der gesamten Gruppengröße mitzuzählen. Maßgeblich für die jeweilige Bewertung je Teilnehmer ist die gesamte Gruppengröße (bestehend aus Patienten, für die Gruppentherapie angewendet wird und Patienten in einer probatorischen Sitzung im Gruppensetting). Auf Basis dieser gesamten Gruppengröße mit insgesamt mindestens drei Patienten ist für Patienten mit einer probatorischen Sitzung im Gruppensetting eine Bewertung je Teilnehmer gemäß den Gebührenordnungspositionen 35163 bis 35169 und für Patienten mit einer antrags- und genehmigungspflichtigen Gruppentherapie eine Bewertung je Teilnehmer gemäß den entsprechenden Gebührenordnungspositionen aus Abschnitt 35.2.2 EBM heranzuziehen.
5. Im Falle der gemeinsamen Durchführung einer Gruppenbehandlung gemäß Nummer 4 durch zwei Psychotherapeuten mit ihnen jeweils fest zugeordneten Patienten (Bezugspatienten) gemäß § 21 Abs. 1 Nr. 2 der Psychotherapie-Richtlinie berechnet jeder Psychotherapeut die Gebührenordnungsposition (letzte Ziffer) nach der Anzahl seiner jeweiligen Bezugspatienten.

35100 **Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände** 24,59 € 193 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände,
- Schriftlicher Vermerk über ätiologische Zusammenhänge,
- Dauer mindestens 15 Minuten

Fakultativer Leistungsinhalt

- Beratung bei Säuglingen und Kleinkindern auch unter Einschaltung der Bezugsperson(en)

Die Gebührenordnungsposition 35100 ist nur von Vertragsärzten berechnungsfähig, die über die fachliche Befähigung für Maßnahmen der Psychosomatischen Grundversorgung gemäß § 7 Abs. 1 der Psychotherapie-Vereinbarung verfügen.
Bei der Nebeneinanderberechnung diagnostischer bzw. therapeutischer Gebührenordnungspositionen und der Gebührenordnungsposition 35100 ist eine mindestens 15 Minuten längere Arzt-Patienten-Kontaktzeit als in den entsprechenden Gebührenordnungspositionen angegeben Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 35100.
Die Gebührenordnungsposition 35100 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 03230, 04230, 04231, 04355, 04356, 14220 bis 14222,

14310, 14311, 16220, 21220, 21221, 22220 bis 22222, 23220, 30702, 35110 bis 35113, 35120, 35130, 35131, 35140 bis 35142, 35150 bis 35152, 35163 bis 35169 und 35173 bis 35179 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 35.2 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 35100 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 08521 berechnungsfähig.

35110 **Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen** 24,59 €
193 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen,
- Systematische Nutzung der Arzt-Patienten-Interaktion,
- Dauer mindestens 15 Minuten

Fakultativer Leistungsinhalt

- Systematische Nutzung der Arzt-Patienten-Interaktion, bei Säuglingen und Kleinkindern auch unter Einschaltung der Bezugsperson(en)

Die Gebührenordnungsposition 35110 ist nur von Vertragsärzten berechnungsfähig, die über die fachliche Befähigung für Maßnahmen der Psychosomatischen Grundversorgung gemäß § 7 Abs. 1 der Psychotherapie-Vereinbarung verfügen.
Die Gebührenordnungsposition 35110 ist bis zu dreimal am Tag berechnungsfähig.
Bei der Nebeneinanderberechnung diagnostischer bzw. therapeutischer Gebührenordnungspositionen und der Gebührenordnungsposition 35110 ist eine mindestens 15 Minuten längere Arzt-Patienten-Kontaktzeit als in den entsprechenden Gebührenordnungspositionen angegeben Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 35110.
Die Gebührenordnungsposition 35110 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 03230, 04230, 04231, 04355, 04356, 14220 bis 14222, 14310, 14311, 16220, 21220, 21221, 22220 bis 22222, 23220, 30702, 35100, 35111 bis 35113, 35120, 35130, 35131, 35140 bis 35142, 35150 bis 35152, 35163 bis 35169 und 35173 bis 35179 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 35.2 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 35110 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 08521 berechnungsfähig.

35111 **Übende Interventionen** (Autogenes Training, Relaxationsbehandlung nach Jacobson) als **Einzelbehandlung** 42,68 €
335 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Übende Interventionen,
- Verbale Intervention,
- Einführung des Patienten in das Verfahren,
- Standardisierte Dokumentation,
- Dauer mindestens 25 Minuten,
- Einzelbehandlung

Die Gebührenordnungsposition 35111 ist nur von Vertragsärzten bzw. -psychotherapeuten berechnungsfähig, die über die fachliche Befähigung für übende Interventionen gemäß § 7 Abs. 2 oder 3 der Psychotherapie-Vereinbarung verfügen.
Bei der Nebeneinanderberechnung der Gebührenordnungspositionen 22220, 23220 und 35111 ist jeweils eine Arzt-Patienten-Kontaktzeit von mindestens 35 Minuten Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 35111.
Bei der Nebeneinanderberechnung der Gebührenordnungspositionen 35152 und 35111 ist eine Arzt-Patienten-Kontaktzeit von mindestens 50 Minuten Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 35111.
Die Gebührenordnungsposition 35111 ist im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03100 und im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03043 von der Vertragsarztpraxis, die die Gebührenordnungsposition 03100 berechnet hat, für denselben Patienten nicht berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 35111 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 04355, 04356, 14220 bis 14222, 14310, 14311, 16220, 21220, 21221, 22221, 22222, 30702, 35100, 35110, 35112, 35113, 35120, 35130, 35131, 35140 bis 35142, 35150, 35151, 35163 bis 35169, 35401, 35402, 35405, 35411, 35412, 35415, 35503 bis 35509, 35513 bis 35519, 35523 bis 35529 und 35533 bis 35539 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 35111 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03043, 03100, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.

35112 **Übende Interventionen** (Autogenes Training, Relaxationsbehandlung nach Jacobson) als **Gruppenbehandlung bei Erwachsenen** — 11,47 € / 90 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Übende Interventionen,
- Verbale Intervention,
- Einführung des Patienten in das Verfahren,
- Standardisierte Dokumentation,
- Dauer mindestens 50 Minuten,
- Gruppenbehandlung bei Erwachsenen,
- Mindestens 2, höchstens 10 Teilnehmer,

je Teilnehmer

Die Gebührenordnungsposition 35112 ist nur von Vertragsärzten bzw. -psychotherapeuten berechnungsfähig, die über die fachliche Befähigung für übende Interventionen gemäß § 7 Abs. 2 oder 3 der Psychotherapie-Vereinbarung verfügen.
Bei der Nebeneinanderberechnung der Gebührenordnungspositionen 22220, 23220 und 35112 ist jeweils eine Arzt-Patienten-Kontaktzeit von mindestens 60 Minuten Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 35112.

Bei der Nebeneinanderberechnung der Gebührenordnungspositionen 35152 und 35112 ist eine Arzt-Patienten-Kontaktzeit von mindestens 75 Minuten Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 35112.
Die Gebührenordnungsposition 35112 ist im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03100 und im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03043 von der Vertragsarztpraxis, die die Gebührenordnungsposition 03100 berechnet hat, für denselben Patienten nicht berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 35112 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 04355, 04356, 14220 bis 14222, 14310, 14311, 16220, 21220, 21221, 22221, 22222, 30702, 35100, 35110, 35111, 35113, 35120, 35130, 35131, 35140 bis 35142, 35150, 35151, 35163 bis 35169, 35401, 35402, 35405, 35411, 35412, 35415, 35503 bis 35509, 35513 bis 35519, 35523 bis 35529 und 35533 bis 35539 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 35112 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03043, 03100, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.

35113 **Übende Interventionen** (Autogenes Training, Relaxationsbehandlung nach Jacobson) als **Gruppenbehandlung bei Kindern und Jugendlichen** — 16,31 € / 128 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Übende Interventionen,
- Verbale Intervention,
- Einführung des Patienten in das Verfahren,
- Standardisierte Dokumentation,
- Dauer mindestens 30 Minuten,
- Gruppenbehandlung bei Kindern und Jugendlichen,
- Mindestens 2, höchstens 10 Teilnehmer,

je Teilnehmer

Die Gebührenordnungsposition 35113 ist nur von Vertragsärzten bzw. -psychotherapeuten berechnungsfähig, die über die fachliche Befähigung für übende Interventionen gemäß § 7 Abs. 2 oder 3 der Psychotherapie-Vereinbarung verfügen.
Bei der Nebeneinanderberechnung der Gebührenordnungspositionen 22220, 23220 und 35113 ist jeweils eine Arzt-Patienten-Kontaktzeit von mindestens 40 Minuten Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 35113.
Bei der Nebeneinanderberechnung der Gebührenordnungspositionen 35152 und 35113 ist eine Arzt-Patienten-Kontaktzeit von mindestens 55 Minuten Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 35113.
Die Gebührenordnungsposition 35113 ist im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03100 und im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03043 von der

Vertragsarztpraxis, die die Gebührenordnungsposition 03100 berechnet hat, für denselben Patienten nicht berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 35113 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 04355, 04356, 14220 bis 14222, 14310, 14311, 16220, 21220, 21221, 22221, 22222, 30702, 35100, 35110 bis 35112, 35120, 35130, 35131, 35140 bis 35142, 35150, 35151, 35163 bis 35169, 35401, 35402, 35405, 35411, 35412, 35415, 35503 bis 35509, 35513 bis 35519, 35523 bis 35529 und 35533 bis 35539 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 35113 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03043, 03100, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.

35120 **Hypnose** 26,12 €
205 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Behandlung einer Einzelperson durch Hypnose,
- Verbale Intervention,
- Standardisierte Dokumentation,
- Dauer mindestens 15 Minuten

Die Gebührenordnungsposition 35120 ist nur von Vertragsärzten bzw. -psychotherapeuten berechnungsfähig, die über die fachliche Befähigung für Hypnose gemäß § 7 Abs. 4 der Psychotherapie-Vereinbarung verfügen.
Bei der Nebeneinanderberechnung der Gebührenordnungspositionen 22220, 23220 und 35120 ist jeweils eine Arzt-Patienten-Kontaktzeit von mindestens 25 Minuten Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 35120.
Bei der Nebeneinanderberechnung der Gebührenordnungspositionen 35152 und 35120 ist eine Arzt-Patienten-Kontaktzeit von mindestens 40 Minuten Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 35120.
Die Gebührenordnungsposition 35120 ist im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03100 und im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03043 von der Vertragsarztpraxis, die die Gebührenordnungsposition 03100 berechnet hat, für denselben Patienten nicht berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 35120 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 04355, 04356, 14220 bis 14222, 14310, 14311, 16220, 21220, 21221, 22221, 22222, 30702, 35100, 35110 bis 35113, 35130, 35131, 35140 bis 35142, 35150, 35151, 35163 bis 35169, 35401, 35402, 35405, 35411, 35412, 35415, 35503 bis 35509, 35513 bis 35519, 35523 bis 35529 und 35533 bis 35539 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 35120 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03043, 03100, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.

35130 **Bericht oder Ergänzungsbericht an den Gutachter zum Antrag des Versicherten auf Feststellung der Leistungspflicht für eine Psychotherapie als Kurzzeittherapie 1 oder 2** 37,71 € 296 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 35130 ist im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03100 und im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03043 von der Vertragsarztpraxis, die die Gebührenordnungsposition 03100 berechnet hat, für denselben Patienten nicht berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 35130 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 04355, 04356, 14220 bis 14222, 14310, 14311, 16220, 21220, 21221, 22220 bis 22222, 23220, 30702, 35100, 35110 bis 35113, 35120 und 35131 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 35130 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03043, 03100, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.

35131 **Bericht oder Ergänzungsbericht an den Gutachter zum Antrag des Versicherten auf Feststellung der Leistungspflicht für eine Psychotherapie als Langzeittherapie** 75,30 € 591 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 35131 ist im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03100 und im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03043 von der Vertragsarztpraxis, die die Gebührenordnungsposition 03100 berechnet hat, für denselben Patienten nicht berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 35131 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 04355, 04356, 14220 bis 14222, 14310, 14311, 16220, 21220, 21221, 22220 bis 22222, 23220, 30702, 35100, 35110 bis 35113, 35120 und 35130 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 35131 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03043, 03100, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.

35140 **Biographische Anamnese** 90,07 € 707 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Erstellen der biographischen Anamnese,
- Bestimmung des psychodynamischen, system- und ressourcenanalytischen oder verhaltensanalytischen Status,
- Dauer mindestens 50 Minuten

Die Gebührenordnungsposition 35140 ist nur einmal im Krankheitsfall berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 35140 ist im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03100 und im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03043 von der Vertragsarztpraxis, die die Gebührenordnungsposition 03100 berechnet hat, für denselben Patienten nicht berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 35140 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 04355, 04356, 14220 bis 14222, 14310, 14311, 16220, 21220, 21221, 22220 bis 22222, 23220, 30702, 35100, 35110 bis 35113, 35120, 35151, 35152 und 35173 bis 35179 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 35.2.1 und 35.2.2 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 35140 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03043, 03100, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.

35141 **Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 35140 für die vertiefte Exploration** — 32,74 € / 257 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Differentialdiagnostische Einordnung des Krankheitsbildes unter Einbeziehung der dokumentierten Ergebnisse der selbsterbrachten Leistungen entsprechend der Gebührenordnungsposition 35140 im Zusammenhang mit einem Antragsverfahren oder bei Beendigung der Therapie,
- Dauer mindestens 20 Minuten,

je Sitzung

Die Gebührenordnungsposition 35141 ist im Krankheitsfall höchstens zweimal berechnungsfähig.
Bei der Nebeneinanderberechnung der Gebührenordnungspositionen 35150 und 35141 ist eine Arzt-Patienten-Kontaktzeit von mindestens 70 Minuten Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 35141.
Die Gebührenordnungsposition 35141 ist im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03100 und im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03043 von der Vertragsarztpraxis, die die Gebührenordnungsposition 03100 berechnet hat, für denselben Patienten nicht berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 35141 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 04355, 04356, 14220 bis 14222, 14310, 14311, 16220, 21220, 21221, 22220 bis 22222, 23220, 30702, 35100, 35110 bis 35113, 35120, 35151, 35152 und 35173 bis 35179 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 35141 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03043, 03100, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.

35142 **Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 35140** für die Erhebung ergänzender neurologischer und psychiatrischer Befunde — 9,56 € / 75 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 35142 ist nicht von Psychologischen Psychotherapeuten, Fachpsychotherapeuten für Erwachsene, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und/oder Fachpsychotherapeuten für Kinder und Jugendliche berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 35142 ist im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03100 und im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03043 von der Vertragsarztpraxis, die die Gebührenordnungsposition 03100 berechnet hat, für denselben Patienten nicht berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 35142 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 03350, 04351, 04355, 04356, 14220 bis 14222, 14310, 14311, 16220, 21220, 21221, 22220 bis 22222, 22230, 23220, 30702, 35100, 35110 bis 35113, 35120, 35151, 35152 und 35173 bis 35179 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 35142 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03043, 03100, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.

35150 **Probatorische Sitzung** 90,33 €
709 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Probatorische Sitzung,
- Einzelbehandlung,
- Dauer mindestens 50 Minuten,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Überprüfung auf Einleitung einer genehmigungspflichtigen Psychotherapie,
- weitere differentialdiagnostische Abklärung,
- Abklärung der Motivation und der Kooperations- und Beziehungsfähigkeit des Patienten,
- Unterteilung in zwei Einheiten von jeweils mindestens 25 Minuten Dauer,

je vollendete 50 Minuten

Die Gebührenordnungsposition 35150 ist gemäß § 12 Abs. 3 der Psychotherapie-Richtlinie im Krankheitsfall höchstens 4-mal und im Rahmen einer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie sowie bei Versicherten mit Vorliegen einer Intelligenzstörung (ICD-10-GM: F70-F79) höchstens 6-mal im Krankheitsfall berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 35150 ist in der Systemischen Therapie auch bei Durchführung der Leistung im Mehrpersonensetting berechnungsfähig.
Bei der Nebeneinanderberechnung der Gebührenordnungspositionen 35141 und 35150 ist eine Arzt-Patienten-Kontaktzeit von mindestens 70 Minuten Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 35150.
Die Gebührenordnungsposition 35150 ist im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03100 und im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03043 von der Vertragsarztpraxis, die die Gebührenordnungsposition 03100 berechnet hat, für denselben Patienten nicht berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 35150 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214,

01216, 01218, 03230, 04230, 04231, 04355, 04356, 04430, 14220 bis 14222, 14310, 14311, 16220, 16230 bis 16233, 21216, 21220, 21221, 21230 bis 21233, 22213, 22220 bis 22222, 23220, 30702, 35100, 35110 bis 35113, 35120, 35151, 35152 und 35173 bis 35179 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 35.2 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 35150 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03043, 03100, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.

35151 **Psychotherapeutische Sprechstunde** 60,13 €
472 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Psychotherapeutische Sprechstunde gemäß § 11 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie mit dem Ziel der Abklärung des Vorliegens einer krankheitswertigen Störung,
- Beratung und/oder Erörterung,
- Einzelbehandlung,
- Dauer mindestens 25 Minuten,

Fakultativer Leistungsinhalt

- orientierende, diagnostische Abklärung der krankheitswertigen Störung,
- differentialdiagnostische Abklärung der krankheitswertigen Störung,
- Abklärung des individuellen Behandlungsbedarfes und Empfehlungen über die weitere Behandlung,
- psychotherapeutische Intervention,
- Hinweise zu weiteren Hilfemöglichkeiten,
- individuelle Patienteninformation mit schriftlichem Befundbericht,

je vollendete 25 Minuten

Die Gebührenordnungsposition 35151 ist gemäß § 11 Abs. 5 der Psychotherapie-Richtlinie im Krankheitsfall höchstens 6-mal und im Rahmen einer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie sowie bei Versicherten mit Vorliegen einer Intelligenzstörung (ICD-10-GM: F70-F79) höchstens 10-mal im Krankheitsfall berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 35151 kann im Rahmen einer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie und bei Versicherten mit Vorliegen einer Intelligenzstörung (ICD-10-GM: F70-F79) im Krankheitsfall bis zu 4-mal auch mit relevanten Bezugspersonen ohne Anwesenheit des Versicherten stattfinden.
Die Gebührenordnungsposition 35151 ist im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03100 und im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03043 von der Vertragsarztpraxis, die die Gebührenordnungsposition 03100 berechnet hat, für denselben Patienten nicht berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 35151 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 03230, 04230, 04231, 04355, 04356, 04430, 14220 bis 14222, 14310, 14311, 16220, 16230 bis 16233, 21216, 21220, 21221,

21230 bis 21233, 22213, 22220 bis 22222, 23220, 30702, 35100, 35110 bis 35113, 35120, 35140 bis 35142, 35150, 35152, 35163 bis 35169 und 35173 bis 35179 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 35151 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35571 und 35572 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 35.2.1 und 35.2.2 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 35151 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03043, 03100, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.

35152 **Psychotherapeutische Akutbehandlung** 60,13 €
472 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Psychotherapeutische Akutbehandlung gemäß § 13 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie,
- psychotherapeutische Intervention(en) zur Entlastung bei akuten psychischen Krisen- und Ausnahmezuständen mittels geeigneter psychotherapeutischer Interventionen aus den Verfahren nach § 15 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie

und/oder

- Stabilisierung von Patienten zur Vorbereitung bei Einleitung einer genehmigungspflichtigen Psychotherapie,
- Einzelbehandlung,
- Dauer mindestens 25 Minuten,

je vollendete 25 Minuten

Die Gebührenordnungsposition 35152 ist höchstens 24-mal im Krankheitsfall berechnungsfähig. Im Rahmen einer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie und bei Versicherten mit Vorliegen einer Intelligenzstörung (ICD-10-GM: F70-F79) ist die Gebührenordnungsposition 35152 gemäß § 18 Abs. 2 der Psychotherapie-Vereinbarung höchstens 30-mal im Krankheitsfall berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 35152 ist in der Systemischen Therapie auch bei Durchführung der Leistung im Mehrpersonensetting berechnungsfähig. In diesem Fall ist eine Dauer von mindestens 50 Minuten Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 35152.
Bei der Nebeneinanderberechnung der Gebührenordnungspositionen 35111 bis 35113, 35120 und 35152 ist jeweils eine mindestens 25 Minuten längere Arzt-Patienten-Kontaktzeit als in den entsprechenden Gebührenordnungspositionen angegeben Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 35152.
Die Gebührenordnungsposition 35152 ist im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03100 und im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03043 von der Vertragsarztpraxis, die die Gebührenordnungsposition 03100 berechnet hat, für denselben Patienten nicht berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 35152 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 03230, 04230, 04231, 04355, 04356, 04430, 14220 bis 14222, 14310, 14311, 16220, 16230 bis 16233, 21216, 21220, 21221, 21230 bis 21233, 22213, 22220 bis 22222, 23220, 30702, 35100, 35110, 35140 bis 35142, 35150, 35151, 35163 bis 35169 und 35173 bis 35179 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 35152 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35571 und 35572 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 35.2.1 und 35.2.2 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 35152 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03043, 03100, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.

Komplex für probatorische Sitzungen im Gruppensetting

Obligater Leistungsinhalt

- Probatorische Sitzung,
- Gruppenbehandlung,
- Dauer mindestens 100 Minuten,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Überprüfung auf Einleitung einer genehmigungspflichtigen Psychotherapie,
- weitere differentialdiagnostische Abklärung,
- Abklärung der Motivation und der Kooperations- und Beziehungsfähigkeit des Patienten,

je vollendete 100 Minuten, je Teilnehmer

35163	Probatorische Sitzung mit 3 Teilnehmern	89,69 € 704 Punkte
35164	Probatorische Sitzung mit 4 Teilnehmern	75,68 € 594 Punkte
35165	Probatorische Sitzung mit 5 Teilnehmern	67,27 € 528 Punkte
35166	Probatorische Sitzung mit 6 Teilnehmern	61,54 € 483 Punkte
35167	Probatorische Sitzung mit 7 Teilnehmern	57,46 € 451 Punkte
35168	Probatorische Sitzung mit 8 Teilnehmern	54,53 € 428 Punkte
35169	Probatorische Sitzung mit 9 Teilnehmern	52,11 € 409 Punkte

Entgegen den Allgemeinen Bestimmungen 2.1 sind die Gebührenordnungspositionen 35163 bis 35169 auch bei einer Sitzung von weniger als 100 Minuten, aber mindestens 50 Minuten Dauer, berechnungsfähig. In diesem Fall ist durch die

Kassenärztliche Vereinigung von der Punktzahl der jeweiligen Gebührenordnungsposition ein Abschlag in Höhe von 50 % vorzunehmen und die Prüfzeit um 50 % zu reduzieren.
Die Gebührenordnungspositionen 35163 bis 35169 sind im Krankheitsfall nur bis zur Höchstsitzungszahl gemäß § 12 Absatz 3 und 4 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungspositionen 35163 bis 35169 sind in der Systemischen Therapie auch bei Durchführung der Leistungen im Mehrpersonensetting berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungspositionen 35163 bis 35169 sind im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03100 und im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03043 von der Vertragsarztpraxis, die die Gebührenordnungsposition 03100 berechnet hat, für denselben Patienten nicht berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungspositionen 35163 bis 35169 sind nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 03230, 04230, 04231, 04355, 04356, 04430, 14220 bis 14222, 14310, 14311, 16220, 16230 bis 16233, 21216, 21220, 21221, 21230 bis 21233, 22213, 22220 bis 22222, 23220, 30702, 35100, 35110 bis 35113, 35120, 35151 und 35152 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 35.2 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungspositionen 35163 bis 35169 sind im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03043, 03100, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.

Komplex für die Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung (Gruppenbehandlung)

Obligater Leistungsinhalt

- Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung gemäß § 11a der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie,
- Gruppenbehandlung,
- Dauer mindestens 100 Minuten,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Strukturierte Vermittlung und weitere Vertiefung von grundlegenden Inhalten der ambulanten Psychotherapie,
- Informationsvermittlung zu psychischen Störungen und Erarbeitung eines individuellen Krankheitsverständnisses sowie des individuellen Umgangs mit der Symptomatik,
- Vorbereitung einer ambulanten Psychotherapie nach § 15 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie im Gruppensetting,

je vollendete 100 Minuten, je Teilnehmer

35173	Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung mit 3 Teilnehmern	119,12 € 935 Punkte
35174	Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung mit 4 Teilnehmern	100,39 €

788 Punkte

35175 Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung mit 5 Teilnehmern 89,18 €
700 Punkte

35176 Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung mit 6 Teilnehmern 81,67 €
641 Punkte

35177 Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung mit 7 Teilnehmern 76,19 €
598 Punkte

35178 Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung mit 8 Teilnehmern 72,37 €
568 Punkte

35179 Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung mit 9 Teilnehmern 69,18 €
543 Punkte

Entgegen den Allgemeinen Bestimmungen 2.1 sind die Gebührenordnungspositionen 35173 bis 35179 auch bei einer Sitzung von weniger als 100 Minuten, aber mindestens 50 Minuten Dauer, berechnungsfähig. In diesem Fall ist durch die Kassenärztliche Vereinigung von der Punktzahl der jeweiligen Gebührenordnungsposition ein Abschlag in Höhe von 50 % vorzunehmen und die Prüfzeit um 50 % zu reduzieren.

Die Gebührenordnungspositionen 35173 bis 35179 sind gemäß § 11a Abs. 3 der Psychotherapie-Richtlinie höchstens 4-mal im Krankheitsfall berechnungsfähig. Für den Fall der Einbeziehung von relevanten Bezugspersonen sind im Rahmen einer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie und bei Versicherten mit Vorliegen einer Intelligenzstörung (ICD-10-GM: F70-F79) die Gebührenordnungspositionen 35173 bis 35179 höchstens 5-mal im Krankheitsfall berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungspositionen 35173 bis 35179 sind in der Systemischen Therapie auch bei Durchführung der Leistungen im Mehrpersonensetting berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungspositionen 35173 bis 35179 sind im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03100 und im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03043 von der Vertragsarztpraxis, die die Gebührenordnungsposition 03100 berechnet hat, für denselben Patienten nicht berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungspositionen 35173 bis 35179 sind nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 03230, 04230, 04231, 04355, 04356, 04430, 14220 bis 14222, 14310, 14311, 16220, 16230 bis 16233, 21216, 21220, 21221, 21230 bis 21233, 22213, 22220 bis 22222, 23220, 30702, 35100, 35110, 35140 bis 35142 und 35150 bis 35152 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungspositionen 35173 bis 35179 sind am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 35.2.2 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungspositionen 35173 bis 35179 sind im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03043, 03100, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.

35.2 Antragspflichtige Leistungen

1. Die in dem Abschnitt 35.2 aufgeführten Gebührenordnungspositionen können ausschließlich von Vertragsärzten bzw. -psychotherapeuten, die über eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung psychotherapeutischer Leistungen gemäß der Psychotherapie-Vereinbarung verfügen, berechnet werden.
2. Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 35571 bis 35573 ist eine im Quartalszeitraum abgerechnete Gesamtpunktzahl der Gebührenordnungspositionen 30932, 30933, 35151, 35152, 35173 bis 35179, der Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 35.2.1 und 35.2.2 und der Gebührenordnungspositionen 37500 und 37600 von mindestens 182.084 Punkten je Vertragsarzt bzw. -psychotherapeut (Mindestpunktzahl) nach Nummer 1 der Präambel. Sofern bei einem Vertragsarzt bzw. -psychotherapeuten kein voller Tätigkeitsumfang vorliegt, ist die Mindestpunktzahl mit dem Tätigkeitsumfang laut Zulassungs- bzw. Genehmigungsbescheid anteilig zu reduzieren.
3. Die Gebührenordnungspositionen 35571 bis 35573 sind berechnungsfähig, sobald im Abrechnungsquartal die abgerechnete Gesamtpunktzahl der Gebührenordnungspositionen 30932, 30933, 35151, 35152, 35173 bis 35179, der Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 35.2.1 und 35.2.2 und der Gebührenordnungspositionen 37500 und 37600 das Punktzahlvolumen gemäß Nummer 2 überschreitet. Sofern die abgerechnete Gesamtpunktzahl der Gebührenordnungspositionen 30932, 30933, 35151, 35152, 35173 bis 35179, der Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 35.2.1 und 35.2.2 und der Gebührenordnungspositionen 37500 und 37600 im Abrechnungsquartal das Doppelte der zu berücksichtigenden Mindestpunktzahlen gemäß Nummer 2 überschreitet, werden die Bewertungen der überschreitenden Gebührenordnungspositionen 35571 bis 35573 bis zu einer Maximalpunktzahl von 424.862 Punkten (voller Tätigkeitsumfang) bzw. 212.431 Punkten (hälftiger Tätigkeitsumfang) mit einem Faktor von 0,5 multipliziert. Sobald die abgerechnete Gesamtpunktzahl der Gebührenordnungspositionen 30932, 30933, 35151, 35152, 35173 bis 35179, der Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 35.2.1 und 35.2.2 und der Gebührenordnungspositionen 37500 und 37600 die Maximalpunktzahl von 424.862 Punkten bei vollem Tätigkeitsumfang bzw. 212.431 Punkten bei hälftigem Tätigkeitsumfang überschreitet, sind die Gebührenordnungspositionen 35571 bis 35573 nicht mehr berechnungsfähig.
4. Die Regelung gemäß Nummer 3 wird wie folgt umgesetzt: Die Kassenärztliche Vereinigung setzt die Gebührenordnungspositionen 35571 bis 35573 im Quartal als Zuschläge zu allen abgerechneten Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 30932, 30933, 35151, 35152, 35173 bis 35179 und der Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 35.2.1 und 35.2.2 und der Gebührenordnungspositionen 37500 und 37600 zu.
    1. Sofern die im Abrechnungsquartal abgerechnete Gesamtpunktzahl der Gebührenordnungspositionen 30932, 30933, 35151, 35152,

35173 bis 35179, der Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 35.2.1 und 35.2.2 und der Gebührenordnungspositionen 37500 und 37600 das Doppelte der zu berücksichtigenden Mindestpunktzahl gemäß Nummer 2 nicht überschreitet, ist die Bewertung der zugesetzten Gebührenordnungspositionen 35571 bis 35573 jeweils mit einer Quote zu multiplizieren, die sich aus der Differenz der abgerechneten Gesamtpunktzahl der Gebührenordnungspositionen 30932, 30933, 35151, 35152, 35173 bis 35179, der Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 35.2.1 und 35.2.2 und der Gebührenordnungspositionen 37500 und 37600 des Vertragsarztes bzw. -psychotherapeuten zur Mindestpunktzahl gemäß Nummer 2 im Verhältnis zur abgerechneten Gesamtpunktzahl der Gebührenordnungspositionen 30932, 30933, 35151, 35152, 35173 bis 35179, der Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 35.2.1 und 35.2.2 und der Gebührenordnungspositionen 37500 und 37600 des Vertragsarztes bzw. -psychotherapeuten ergibt und mindestens den Wert 0 annimmt.

2. Sofern die im Abrechnungsquartal abgerechnete Gesamtpunktzahl der Gebührenordnungspositionen 30932, 30933, 35151, 35152, 35173 bis 35179, der Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 35.2.1 und 35.2.2 und der Gebührenordnungspositionen 37500 und 37600 das Doppelte der zu berücksichtigenden Mindestpunktzahl gemäß Nummer 2 überschreitet, ist die Bewertung der zugesetzten Gebührenordnungspositionen 35571 bis 35573 jeweils mit einer Quote zu multiplizieren, die sich aus der zu berücksichtigenden Mindestpunktzahl gemäß Nummer 2 zuzüglich dem 0,5-fachen der Differenz der abgerechneten Gesamtpunktzahl der Gebührenordnungspositionen 30932, 30933, 35151, 35152, 35173 bis 35179, der Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 35.2.1 und 35.2.2 und der Gebührenordnungspositionen 37500 und 37600 - jedoch maximal 424.862 Punkte bei vollem Tätigkeitsumfang bzw. 212.431 Punkte bei hälftigem Tätigkeitsumfang - und des Doppelten der zu berücksichtigenden Mindestpunktzahl gemäß Nummer 2 im Verhältnis zur abgerechneten Gesamtpunktzahl der Gebührenordnungspositionen 30932, 30933, 35151, 35152, 35173 bis 35179, der Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 35.2.1 und 35.2.2 und der Gebührenordnungspositionen 37500 und 37600 des Vertragsarztes bzw. -psychotherapeuten ergibt und mindestens den Wert 0 annimmt.

5. Bei der Ermittlung der abgerechneten Gesamtpunktzahl gemäß den Nummern 2 und 3 sowie der Quote gemäß Nummer 4 sind die in einem Selektivvertrag abgerechneten Leistungen inhaltlich entsprechend der Abschnitte 35.2.1 und 35.2.2, der Psychotherapeutischen Sprechstunde gemäß der Gebührenordnungsposition 35151, der Psychotherapeutischen Akutbehandlung gemäß der Gebührenordnungsposition 35152 sowie der gruppenpsychotherapeutischen Grundversorgung gemäß

den Gebührenordnungspositionen 35173 bis 35179, den Gebührenordnungspositionen 30932 und 30933 und der Gebührenordnungspositionen 37500 und 37600 auf Nachweis des Vertragsarztes bzw. -psychotherapeuten zu berücksichtigen.

6. Die Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 35.2.1, die Gebührenordnungspositionen 35503 bis 35508, 35513 bis 35518, 35523 bis 35528, 35533 bis 35538, 35543 bis 35548, 35553 bis 35558, 35703 bis 35708, 35713 bis 35718 und die Zuschläge nach den Gebührenordnungspositionen 35571, 35572, 35573, 35591 und 35593 bis 35598 sind auch bei Durchführung der Leistungen im Rahmen einer Videosprechstunde berechnungsfähig, wenn die Voraussetzungen gemäß § 21 der Anlage 1 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) und der Anlage 31b zum BMV-Ä erfüllt sind. Die Durchführung als Videosprechstunde ist durch Angabe einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung zu dokumentieren.
7. Im Falle der gemeinsamen Durchführung von Gruppentherapie durch zwei Psychotherapeuten mit ihnen jeweils fest zugeordneten Patienten (Bezugspatienten) gemäß § 21 Abs. 1 Nr. 2 der Psychotherapie-Richtlinie berechnet jeder Psychotherapeut die Gebührenordnungsposition (letzte Ziffer) nach der Anzahl seiner jeweiligen Bezugspatienten.
8. Für Gruppenbehandlungen gemäß § 19 Abs. 6 der Psychotherapie-Vereinbarung, bei denen in derselben Sitzung bei verschiedenen Patienten entweder Gruppentherapie oder probatorische Sitzungen im Gruppensetting zeitgleich angewendet werden, sind alle Patienten zur Ermittlung der gesamten Gruppengröße mitzuzählen. Maßgeblich für die jeweilige Bewertung je Teilnehmer ist die gesamte Gruppengröße (bestehend aus Patienten, für die Gruppentherapie angewendet wird und Patienten in einer probatorischen Sitzung im Gruppensetting). Auf Basis dieser gesamten Gruppengröße mit insgesamt mindestens drei Patienten ist für Patienten mit einer probatorischen Sitzung im Gruppensetting eine Bewertung je Teilnehmer gemäß den Gebührenordnungspositionen 35163 bis 35169 und für Patienten mit einer antrags- und genehmigungspflichtigen Gruppentherapie eine Bewertung je Teilnehmer gemäß den entsprechenden Gebührenordnungspositionen aus Abschnitt 35.2.2 EBM heranzuziehen.
9. Im Falle der gemeinsamen Durchführung einer Gruppenbehandlung gemäß Nummer 8 durch zwei Psychotherapeuten mit ihnen jeweils fest zugeordneten Patienten (Bezugspatienten) gemäß § 21 Abs. 1 Nr. 2 der Psychotherapie-Richtlinie berechnet jeder Psychotherapeut die Gebührenordnungsposition (letzte Ziffer) nach der Anzahl seiner jeweiligen Bezugspatienten.

35.2.1 Einzeltherapien

35401 **Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Kurzzeittherapie 1, Einzelbehandlung)** 119,89 € / 941 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie,
- Kurzzeittherapie 1 im Behandlungsumfang gemäß § 29 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie,
- Einzelbehandlung,
- Höchstens 12 Sitzungen,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Unterteilung in 2 Einheiten von jeweils mindestens 25 Minuten Dauer,
- Als Doppelsitzung bei zweimaligem Ansatz der Gebührenordnungsposition 35401 gemäß § 28 Abs. 4 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie und § 17 Abs. 2 der Psychotherapie-Vereinbarung,

je vollendete 50 Minuten

Die Gebührenordnungsposition 35401 ist im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03100 und im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03043 von der Vertragsarztpraxis, die die Gebührenordnungsposition 03100 berechnet hat, für denselben Patienten nicht berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 35401 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 03230, 04230, 04231, 04355, 04356, 04430, 14220 bis 14222, 14310, 14311, 16220, 16230 bis 16233, 21216, 21220, 21221, 21230 bis 21233, 22213, 22220 bis 22222, 23220, 30702, 35100, 35110 bis 35113, 35120, 35140, 35150 und 35163 bis 35169 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 35401 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35151 und 35152 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 35401 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03043, 03100, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.

35402 **Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Kurzzeittherapie 2, Einzelbehandlung)** 119,89 € / 941 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie,
- Kurzzeittherapie 2 im Behandlungsumfang gemäß § 29 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie,
- Einzelbehandlung,
- Höchstens 12 Sitzungen,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Unterteilung in 2 Einheiten von jeweils mindestens 25 Minuten Dauer,
- Als Doppelsitzung bei zweimaligem Ansatz der Gebührenordnungsposition 35402 gemäß § 28 Abs. 4 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie und § 17 Abs. 2 der Psychotherapie-Vereinbarung,

je vollendete 50 Minuten

Die Gebührenordnungsposition 35402 ist im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03100 und im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03043 von der Vertragsarztpraxis, die die Gebührenordnungsposition 03100 berechnet hat, für denselben Patienten nicht berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 35402 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 03230, 04230, 04231, 04355, 04356, 04430, 14220 bis 14222, 14310, 14311, 16220, 16230 bis 16233, 21216, 21220, 21221, 21230 bis 21233, 22213, 22220 bis 22222, 23220, 30702, 35100, 35110 bis 35113, 35120, 35140, 35150 und 35163 bis 35169 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 35402 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35151 und 35152 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 35402 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03043, 03100, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.

35405 **Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Langzeittherapie, Einzelbehandlung)** 119,89 € / 941 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie,
- Langzeittherapie im Behandlungsumfang gemäß § 30 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie,
- Einzelbehandlung,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Als Doppelsitzung bei zweimaligem Ansatz der Gebührenordnungsposition 35405 gemäß § 28 Abs. 4 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie und § 17 Abs. 2 der Psychotherapie-Vereinbarung,

je vollendete 50 Minuten

Die Gebührenordnungsposition 35405 ist im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03100 und im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03043 von der Vertragsarztpraxis, die die Gebührenordnungsposition 03100 berechnet hat, für denselben Patienten nicht berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 35405 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 03230, 04230, 04231, 04355, 04356, 04430, 14220 bis 14222, 14310, 14311, 16220, 16230 bis 16233, 21216, 21220, 21221, 21230 bis 21233, 22213, 22220 bis 22222, 23220, 30702, 35100, 35110 bis 35113, 35120, 35140, 35150 und 35163 bis 35169 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 35405 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35151 und 35152 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 35405 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03043, 03100, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.

35411 **Analytische Psychotherapie (Kurzzeittherapie 1, Einzelbehandlung)** 119,89 €
941 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Analytische Psychotherapie,
- Kurzzeittherapie 1 im Behandlungsumfang gemäß § 29 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie,
- Einzelbehandlung,
- Höchstens 12 Sitzungen,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Als Doppelsitzung bei zweimaligem Ansatz der Gebührenordnungsposition 35411 gemäß § 17 Abs. 2 der Psychotherapie-Vereinbarung,

je vollendete 50 Minuten

Die Gebührenordnungsposition 35411 ist im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03100 und im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03043 von der Vertragsarztpraxis, die die Gebührenordnungsposition 03100 berechnet hat, für denselben Patienten nicht berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 35411 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 03230, 04230, 04231, 04355, 04356, 04430, 14220 bis 14222, 14310, 14311, 16220, 16230 bis 16233, 21216, 21220, 21221, 21230 bis 21233, 22213, 22220 bis 22222, 23220, 30702, 35100, 35110 bis 35113, 35120, 35140, 35150 und 35163 bis 35169 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 35411 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35151 und 35152 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 35411 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03043, 03100, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.

35412 **Analytische Psychotherapie (Kurzzeittherapie 2, Einzelbehandlung)** 119,89 €
941 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Analytische Psychotherapie,
- Kurzzeittherapie 2 im Behandlungsumfang gemäß § 29 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie,
- Einzelbehandlung,
- Höchstens 12 Sitzungen,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Als Doppelsitzung bei zweimaligem Ansatz der Gebührenordnungsposition 35412 gemäß § 17 Abs. 2 der Psychotherapie-Vereinbarung,

je vollendete 50 Minuten

Die Gebührenordnungsposition 35412 ist im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03100 und im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03043 von der Vertragsarztpraxis, die die Gebührenordnungsposition 03100 berechnet hat, für denselben Patienten nicht berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 35412 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 03230, 04230, 04231, 04355, 04356, 04430, 14220 bis 14222, 14310, 14311, 16220, 16230 bis 16233, 21216, 21220, 21221, 21230 bis 21233, 22213, 22220 bis 22222, 23220, 30702, 35100, 35110 bis 35113, 35120, 35140, 35150 und 35163 bis 35169 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 35412 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35151 und 35152 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 35412 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03043, 03100, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.

35415 **Analytische Psychotherapie (Langzeittherapie, Einzelbehandlung)** 119,89 €
941 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Analytische Psychotherapie,
- Langzeittherapie im Behandlungsumfang gemäß § 30 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie,
- Einzelbehandlung,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Als Doppelsitzung bei zweimaligem Ansatz der Gebührenordnungsposition 35415 gemäß § 17 Abs. 2 der Psychotherapie-Vereinbarung,

je vollendete 50 Minuten

Die Gebührenordnungsposition 35415 ist im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03100 und im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03043 von der Vertragsarztpraxis, die die Gebührenordnungsposition 03100 berechnet hat, für denselben Patienten nicht berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 35415 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 03230, 04230, 04231, 04355, 04356, 04430, 14220 bis 14222, 14310, 14311, 16220, 16230 bis 16233, 21216, 21220, 21221, 21230 bis 21233, 22213, 22220 bis 22222, 23220, 30702, 35100, 35110 bis 35113, 35120, 35140, 35150 und 35163 bis 35169 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 35415 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35151 und 35152 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 35415 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03043, 03100, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.

35421 **Verhaltenstherapie (Kurzzeittherapie 1, Einzelbehandlung)** 119,89 €
941 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Verhaltenstherapie,
- Kurzzeittherapie 1 im Behandlungsumfang gemäß § 29 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie,
- Einzelbehandlung,
- Höchstens 12 Sitzungen,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Unterteilung in 2 Einheiten von jeweils mindestens 25 Minuten Dauer,
- Als Doppelsitzung bei zweimaligem Ansatz der Gebührenordnungsposition 35421 gemäß § 28 Abs. 4 und 6 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie und § 17 Abs. 2 der Psychotherapie-Vereinbarung,
- Bei der Expositionsbehandlung auch als Mehrfachsitzung bei drei- oder viermaligem Ansatz der Gebührenordnungsposition 35421,

je vollendete 50 Minuten

Die Gebührenordnungsposition 35421 ist im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03100 und im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03043 von der Vertragsarztpraxis, die die Gebührenordnungsposition 03100 berechnet hat, für denselben Patienten nicht berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 35421 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 03230, 04230, 04231, 04355, 04356, 04430, 14220 bis 14222, 14310, 14311, 16220, 16230 bis 16233, 21216, 21220, 21221, 21230 bis 21233, 22213, 22220 bis 22222, 23220, 30702, 35100, 35110, 35140, 35150 und 35163 bis 35169 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 35421 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35151 und 35152 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 35421 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03043, 03100, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.

35422 **Verhaltenstherapie (Kurzzeittherapie 2, Einzelbehandlung)** 119,89 €
941 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Verhaltenstherapie,
- Kurzzeittherapie 2 im Behandlungsumfang gemäß § 29 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie,
- Einzelbehandlung,
- Höchstens 12 Sitzungen,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Unterteilung in 2 Einheiten von jeweils mindestens 25 Minuten Dauer,

- Als Doppelsitzung bei zweimaligem Ansatz der Gebührenordnungsposition 35422 gemäß § 28 Abs. 4 und 6 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie und § 17 Abs. 2 der Psychotherapie-Vereinbarung,
- Bei der Expositionsbehandlung auch als Mehrfachsitzung bei drei- oder viermaligem Ansatz der Gebührenordnungsposition 35422,

je vollendete 50 Minuten

Die Gebührenordnungsposition 35422 ist im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03100 und im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03043 von der Vertragsarztpraxis, die die Gebührenordnungsposition 03100 berechnet hat, für denselben Patienten nicht berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 35422 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 03230, 04230, 04231, 04355, 04356, 04430, 14220 bis 14222, 14310, 14311, 16220, 16230 bis 16233, 21216, 21220, 21221, 21230 bis 21233, 22213, 22220 bis 22222, 23220, 30702, 35100, 35110, 35140, 35150 und 35163 bis 35169 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 35422 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35151 und 35152 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 35422 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03043, 03100, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.

35425 **Verhaltenstherapie (Langzeittherapie, Einzelbehandlung)** 119,89 €
941 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Verhaltenstherapie,
- Langzeittherapie im Behandlungsumfang gemäß § 30 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie,
- Einzelbehandlung,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Unterteilung in 2 Einheiten von jeweils mindestens 25 Minuten Dauer,
- Als Doppelsitzung bei zweimaligem Ansatz der Gebührenordnungsposition 35425 gemäß § 28 Abs. 4 und 6 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie und § 17 Abs. 2 der Psychotherapie-Vereinbarung,
- Bei der Expositionsbehandlung auch als Mehrfachsitzung bei drei- oder viermaligem Ansatz der Gebührenordnungsposition 35425,

je vollendete 50 Minuten

Die Gebührenordnungsposition 35425 ist im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03100 und im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03043 von der Vertragsarztpraxis, die die Gebührenordnungsposition 03100 berechnet hat, für denselben Patienten nicht berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 35425 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 03230, 04230, 04231, 04355, 04356, 04430, 14220 bis 14222, 14310, 14311, 16220, 16230 bis 16233, 21216, 21220, 21221, 21230 bis 21233, 22213, 22220 bis 22222, 23220, 30702, 35100, 35110, 35140, 35150 und 35163 bis 35169 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 35425 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35151 und 35152 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 35425 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03043, 03100, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.

35431 **Systemische Therapie (Kurzzeittherapie 1, Einzelbehandlung)** 119,89 €
941 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Systemische Therapie,
- Kurzzeittherapie 1 im Behandlungsumfang gemäß § 29 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie,
- Einzelbehandlung,
- Höchstens 12 Sitzungen,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Unterteilung in 2 Einheiten von jeweils mindestens 25 Minuten Dauer,
- Als Doppelsitzung bei zweimaligem Ansatz der Gebührenordnungsposition 35431 gemäß § 28 Abs. 4 und 6 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie und § 17 Abs. 2 der Psychotherapie-Vereinbarung,

je vollendete 50 Minuten

Die Gebührenordnungsposition 35431 ist auch bei Durchführung der Leistung im Mehrpersonensetting berechnungsfähig. In diesem Fall ist eine Unterteilung in zwei Einheiten von jeweils mindestens 25 Minuten Dauer nicht möglich.
Die Gebührenordnungsposition 35431 ist im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03100 und im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03043 von der Vertragsarztpraxis, die die Gebührenordnungsposition 03100 berechnet hat, für denselben Patienten nicht berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 35431 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 03230, 04230, 04231, 04355, 04356, 04430, 14220 bis 14222, 14310, 14311, 16220, 16230 bis 16233, 21216, 21220, 21221, 21230 bis 21233, 22213, 22220 bis 22222, 23220, 30702, 35100, 35110, 35140, 35150 und 35163 bis 35169 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 35431 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35151 und 35152 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 35431 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03043, 03100, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.

35432 **Systemische Therapie (Kurzzeittherapie 2, Einzelbehandlung)** 119,89 €
941 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Systemische Therapie,
- Kurzzeittherapie 2 im Behandlungsumfang gemäß § 29 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie,
- Einzelbehandlung,
- Höchstens 12 Sitzungen,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Unterteilung in 2 Einheiten von jeweils mindestens 25 Minuten Dauer,
- Als Doppelsitzung bei zweimaligem Ansatz der Gebührenordnungsposition 35432 gemäß § 28 Abs. 4 und 6 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie und § 17 Abs. 2 der Psychotherapie-Vereinbarung,

je vollendete 50 Minuten

Die Gebührenordnungsposition 35432 ist auch bei Durchführung der Leistung im Mehrpersonensetting berechnungsfähig. In diesem Fall ist eine Unterteilung in zwei Einheiten von jeweils mindestens 25 Minuten Dauer nicht möglich.
Die Gebührenordnungsposition 35432 ist im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03100 und im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03043 von der Vertragsarztpraxis, die die Gebührenordnungsposition 03100 berechnet hat, für denselben Patienten nicht berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 35432 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 03230, 04230, 04231, 04355, 04356, 04430, 14220 bis 14222, 14310, 14311, 16220, 16230 bis 16233, 21216, 21220, 21221, 21230 bis 21233, 22213, 22220 bis 22222, 23220, 30702, 35100, 35110, 35140, 35150 und 35163 bis 35169 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 35432 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35151 und 35152 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 35432 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03043, 03100, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.

35435 **Systemische Therapie (Langzeittherapie, Einzelbehandlung)** 119,89 €
941 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Systemische Therapie,
- Langzeittherapie im Behandlungsumfang gemäß § 30 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie,

- Einzelbehandlung,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Unterteilung in 2 Einheiten von jeweils mindestens 25 Minuten Dauer,
- Als Doppelsitzung bei zweimaligem Ansatz der Gebührenordnungsposition 35435 gemäß § 28 Abs. 4 und 6 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie und § 17 Abs. 2 der Psychotherapie-Vereinbarung,

je vollendete 50 Minuten

Die Gebührenordnungsposition 35435 ist auch bei Durchführung der Leistung im Mehrpersonensetting berechnungsfähig. In diesem Fall ist eine Unterteilung in zwei Einheiten von jeweils mindestens 25 Minuten Dauer nicht möglich.
Die Gebührenordnungsposition 35435 ist im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03100 und im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03043 von der Vertragsarztpraxis, die die Gebührenordnungsposition 03100 berechnet hat, für denselben Patienten nicht berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 35435 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 03230, 04230, 04231, 04355, 04356, 04430, 14220 bis 14222, 14310, 14311, 16220, 16230 bis 16233, 21216, 21220, 21221, 21230 bis 21233, 22213, 22220 bis 22222, 23220, 30702, 35100, 35110, 35140, 35150 und 35163 bis 35169 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 35435 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35151 und 35152 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 35435 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03043, 03100, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.

35.2.2 Gruppentherapien

Komplex für Gruppentherapien (Tiefenpsychologische Therapie, Kurzzeittherapie)

Obligater Leistungsinhalt

- Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie,
- Kurzzeittherapie 1 im Behandlungsumfang gemäß § 29 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie

oder

- Kurzzeittherapie 2 im Behandlungsumfang gemäß § 29 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie,
- Gruppenbehandlung,
- Höchstens 24 Sitzungen,
- Dauer mindestens 100 Minuten,

je vollendete 100 Minuten, je Teilnehmer

35503	Gruppentherapie mit 3 Teilnehmern	119,12 € 935 Punkte
35504	Gruppentherapie mit 4 Teilnehmern	100,39 € 788 Punkte
35505	Gruppentherapie mit 5 Teilnehmern	89,18 € 700 Punkte
35506	Gruppentherapie mit 6 Teilnehmern	81,67 € 641 Punkte
35507	Gruppentherapie mit 7 Teilnehmern	76,19 € 598 Punkte
35508	Gruppentherapie mit 8 Teilnehmern	72,37 € 568 Punkte
35509	Gruppentherapie mit 9 Teilnehmern	69,18 € 543 Punkte

Die Gebührenordnungspositionen 35503 bis 35509 sind am Behandlungstag höchstens zweimal berechnungsfähig.
Entgegen den Allgemeinen Bestimmungen 2.1 sind die Gebührenordnungspositionen 35503 bis 35509 auch bei einer Sitzung von weniger als 100 Minuten, aber mindestens 50 Minuten Dauer, berechnungsfähig. In diesem Fall ist durch die Kassenärztliche Vereinigung von der Punktzahl der jeweiligen Gebührenordnungsposition ein Abschlag in Höhe von 50 % vorzunehmen und die Prüfzeit um 50 % zu reduzieren.
Die Gebührenordnungspositionen 35503 bis 35509 sind im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03100 und im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03043 von der Vertragsarztpraxis, die die Gebührenordnungsposition 03100 berechnet hat, für denselben Patienten nicht berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungspositionen 35503 bis 35509 sind nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 03230, 04230, 04231, 04355, 04356, 04430, 14220 bis 14222, 14310, 14311, 16220, 16230 bis 16233, 21216, 21220, 21221, 21230 bis 21233, 22213, 22220 bis 22222, 23220, 30702, 35100, 35110 bis 35113, 35120, 35140, 35150 und 35163 bis 35169 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungspositionen 35503 bis 35509 sind am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35151, 35152 und 35173 bis 35179 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungspositionen 35503 bis 35509 sind im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03043, 03100, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.

Komplex für Gruppentherapien (Tiefenpsychologische Therapie, Langzeittherapie)

Obligater Leistungsinhalt

- Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie,

- Langzeittherapie im Behandlungsumfang gemäß § 30 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie,
- Gruppenbehandlung,
- Dauer mindestens 100 Minuten,

je vollendete 100 Minuten, je Teilnehmer

35513	Gruppentherapie mit 3 Teilnehmern	119,12 € 935 Punkte
35514	Gruppentherapie mit 4 Teilnehmern	100,39 € 788 Punkte
35515	Gruppentherapie mit 5 Teilnehmern	89,18 € 700 Punkte
35516	Gruppentherapie mit 6 Teilnehmern	81,67 € 641 Punkte
35517	Gruppentherapie mit 7 Teilnehmern	76,19 € 598 Punkte
35518	Gruppentherapie mit 8 Teilnehmern	72,37 € 568 Punkte
35519	Gruppentherapie mit 9 Teilnehmern	69,18 € 543 Punkte

Die Gebührenordnungspositionen 35513 bis 35519 sind am Behandlungstag höchstens zweimal berechnungsfähig.
Entgegen den Allgemeinen Bestimmungen 2.1 sind die Gebührenordnungspositionen 35513 bis 35519 auch bei einer Sitzung von weniger als 100 Minuten, aber mindestens 50 Minuten Dauer, berechnungsfähig. In diesem Fall ist durch die Kassenärztliche Vereinigung von der Punktzahl der jeweiligen Gebührenordnungsposition ein Abschlag in Höhe von 50 % vorzunehmen und die Prüfzeit um 50 % zu reduzieren.
Die Gebührenordnungspositionen 35513 bis 35519 sind im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03100 und im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03043 von der Vertragsarztpraxis, die die Gebührenordnungsposition 03100 berechnet hat, für denselben Patienten nicht berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungspositionen 35513 bis 35519 sind nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 03230, 04230, 04231, 04355, 04356, 04430, 14220 bis 14222, 14310, 14311, 16220, 16230 bis 16233, 21216, 21220, 21221, 21230 bis 21233, 22213, 22220 bis 22222, 23220, 30702, 35100, 35110 bis 35113, 35120, 35140, 35150 und 35163 bis 35169 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungspositionen 35513 bis 35519 sind am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35151, 35152 und 35173 bis 35179 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungspositionen 35513 bis 35519 sind im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen

03040, 03043, 03100, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.

Komplex für Gruppentherapien (Analytische Therapie, Kurzzeittherapie)

Obligater Leistungsinhalt

- Analytische Psychotherapie,
- Kurzzeittherapie 1 im Behandlungsumfang gemäß § 29 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie

oder

- Kurzzeittherapie 2 im Behandlungsumfang gemäß § 29 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie,
- Gruppenbehandlung,
- Höchstens 24 Sitzungen,
- Dauer mindestens 100 Minuten,

je vollendete 100 Minuten, je Teilnehmer

35523	Gruppentherapie mit 3 Teilnehmern	119,12 € 935 Punkte
35524	Gruppentherapie mit 4 Teilnehmern	100,39 € 788 Punkte
35525	Gruppentherapie mit 5 Teilnehmern	89,18 € 700 Punkte
35526	Gruppentherapie mit 6 Teilnehmern	81,67 € 641 Punkte
35527	Gruppentherapie mit 7 Teilnehmern	76,19 € 598 Punkte
35528	Gruppentherapie mit 8 Teilnehmern	72,37 € 568 Punkte
35529	Gruppentherapie mit 9 Teilnehmern	69,18 € 543 Punkte

Die Gebührenordnungspositionen 35523 bis 35529 sind am Behandlungstag höchstens zweimal berechnungsfähig.

Entgegen den Allgemeinen Bestimmungen 2.1 sind die Gebührenordnungspositionen 35523 bis 35529 auch bei einer Sitzung von weniger als 100 Minuten, aber mindestens 50 Minuten Dauer, berechnungsfähig. In diesem Fall ist durch die Kassenärztliche Vereinigung von der Punktzahl der jeweiligen Gebührenordnungsposition ein Abschlag in Höhe von 50 % vorzunehmen und die Prüfzeit um 50 % zu reduzieren.

Die Gebührenordnungspositionen 35523 bis 35529 sind im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03100 und im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03043

von der Vertragsarztpraxis, die die Gebührenordnungsposition 03100 berechnet hat, für denselben Patienten nicht berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungspositionen 35523 bis 35529 sind nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 03230, 04230, 04231, 04355, 04356, 04430, 14220 bis 14222, 14310, 14311, 16220, 16230 bis 16233, 21216, 21220, 21221, 21230 bis 21233, 22213, 22220 bis 22222, 23220, 30702, 35100, 35110 bis 35113, 35120, 35140, 35150 und 35163 bis 35169 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungspositionen 35523 bis 35529 sind am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35151, 35152 und 35173 bis 35179 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungspositionen 35523 bis 35529 sind im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03043, 03100, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.

Komplex für Gruppentherapien (Analytische Therapie, Langzeittherapie)

Obligater Leistungsinhalt

- Analytische Psychotherapie,
- Langzeittherapie im Behandlungsumfang gemäß § 30 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie,
- Gruppenbehandlung,
- Dauer mindestens 100 Minuten,

je vollendete 100 Minuten, je Teilnehmer

35533	Gruppentherapie mit 3 Teilnehmern	119,12 € 935 Punkte
35534	Gruppentherapie mit 4 Teilnehmern	100,39 € 788 Punkte
35535	Gruppentherapie mit 5 Teilnehmern	89,18 € 700 Punkte
35536	Gruppentherapie mit 6 Teilnehmern	81,67 € 641 Punkte
35537	Gruppentherapie mit 7 Teilnehmern	76,19 € 598 Punkte
35538	Gruppentherapie mit 8 Teilnehmern	72,37 € 568 Punkte
35539	Gruppentherapie mit 9 Teilnehmern	69,18 € 543 Punkte

Die Gebührenordnungspositionen 35533 bis 35539 sind am Behandlungstag höchstens zweimal berechnungsfähig.
Entgegen den Allgemeinen Bestimmungen 2.1 sind die Gebührenordnungspositionen 35533 bis 35539 auch bei einer Sitzung von weniger als 100 Minuten, aber mindestens 50 Minuten Dauer, berechnungsfähig. In diesem Fall ist durch die

Kassenärztliche Vereinigung von der Punktzahl der jeweiligen Gebührenordnungsposition ein Abschlag in Höhe von 50 % vorzunehmen und die Prüfzeit um 50 % zu reduzieren.
Die Gebührenordnungspositionen 35533 bis 35539 sind im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03100 und im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03043 von der Vertragsarztpraxis, die die Gebührenordnungsposition 03100 berechnet hat, für denselben Patienten nicht berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungspositionen 35533 bis 35539 sind nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 03230, 04230, 04231, 04355, 04356, 04430, 14220 bis 14222, 14310, 14311, 16220, 16230 bis 16233, 21216, 21220, 21221, 21230 bis 21233, 22213, 22220 bis 22222, 23220, 30702, 35100, 35110 bis 35113, 35120, 35140, 35150 und 35163 bis 35169 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungspositionen 35533 bis 35539 sind am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35151, 35152 und 35173 bis 35179 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungspositionen 35533 bis 35539 sind im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03043, 03100, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.

Komplex für Gruppentherapien (Verhaltenstherapie, Kurzzeittherapie)

Obligater Leistungsinhalt

- Verhaltenstherapie,
- Kurzzeittherapie 1 im Behandlungsumfang gemäß § 29 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie

oder

- Kurzzeittherapie 2 im Behandlungsumfang gemäß § 29 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie,
- Gruppenbehandlung,
- Höchstens 24 Sitzungen,
- Dauer mindestens 100 Minuten,

je vollendete 100 Minuten, je Teilnehmer

35543	Gruppentherapie mit 3 Teilnehmern	119,12 € 935 Punkte
35544	Gruppentherapie mit 4 Teilnehmern	100,39 € 788 Punkte
35545	Gruppentherapie mit 5 Teilnehmern	89,18 € 700 Punkte
35546	Gruppentherapie mit 6 Teilnehmern	81,67 € 641 Punkte
35547	Gruppentherapie mit 7 Teilnehmern	76,19 € 598 Punkte

35548 Gruppentherapie mit 8 Teilnehmern 72,37 €
568 Punkte

35549 Gruppentherapie mit 9 Teilnehmern 69,18 €
543 Punkte

Die Gebührenordnungspositionen 35543 bis 35549 sind am Behandlungstag höchstens zweimal berechnungsfähig.
Entgegen den Allgemeinen Bestimmungen 2.1 sind die Gebührenordnungspositionen 35543 bis 35549 auch bei einer Sitzung von weniger als 100 Minuten aber mindestens 50 Minuten Dauer berechnungsfähig. In diesem Fall ist durch die Kassenärztliche Vereinigung von der Punktzahl der jeweiligen Gebührenordnungsposition ein Abschlag in Höhe von 50 % vorzunehmen und die Prüfzeit um 50 % zu reduzieren.
Die Gebührenordnungspositionen 35543 bis 35549 sind im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03100 und im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03043 von der Vertragsarztpraxis, die die Gebührenordnungsposition 03100 berechnet hat, für denselben Patienten nicht berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungspositionen 35543 bis 35549 sind nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 03230, 04230, 04231, 04355, 04356, 04430, 14220 bis 14222, 14310, 14311, 16220, 16230 bis 16233, 21216, 21220, 21221, 21230 bis 21233, 22213, 22220 bis 22222, 23220, 30702, 35100, 35110, 35140, 35150 und 35163 bis 35169 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungspositionen 35543 bis 35549 sind am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35151, 35152 und 35173 bis 35179 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungspositionen 35543 bis 35549 sind im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03043, 03100, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.

Komplex für Gruppentherapien (Verhaltenstherapie, Langzeittherapie)

Obligater Leistungsinhalt

- Verhaltenstherapie,
- Langzeittherapie im Behandlungsumfang gemäß § 30 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie,
- Gruppenbehandlung,
- Dauer mindestens 100 Minuten,

je vollendete 100 Minuten, je Teilnehmer

35553 Gruppentherapie mit 3 Teilnehmern 119,12 €
935 Punkte

35554 Gruppentherapie mit 4 Teilnehmern 100,39 €
788 Punkte

35555	Gruppentherapie mit 5 Teilnehmern	89,18 € 700 Punkte
35556	Gruppentherapie mit 6 Teilnehmern	81,67 € 641 Punkte
35557	Gruppentherapie mit 7 Teilnehmern	76,19 € 598 Punkte
35558	Gruppentherapie mit 8 Teilnehmern	72,37 € 568 Punkte
35559	Gruppentherapie mit 9 Teilnehmern	69,18 € 543 Punkte

Die Gebührenordnungspositionen 35553 bis 35559 sind am Behandlungstag höchstens zweimal berechnungsfähig.
Entgegen den Allgemeinen Bestimmungen 2.1 sind die Gebührenordnungspositionen 35553 bis 35559 auch bei einer Sitzung von weniger als 100 Minuten aber mindestens 50 Minuten Dauer berechnungsfähig. In diesem Fall ist durch die Kassenärztliche Vereinigung von der Punktzahl der jeweiligen Gebührenordnungsposition ein Abschlag in Höhe von 50 % vorzunehmen und die Prüfzeit um 50 % zu reduzieren.
Die Gebührenordnungspositionen 35553 bis 35559 sind im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03100 und im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03043 von der Vertragsarztpraxis, die die Gebührenordnungsposition 03100 berechnet hat, für denselben Patienten nicht berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungspositionen 35553 bis 35559 sind nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 03230, 04230, 04231, 04355, 04356, 04430, 14220 bis 14222, 14310, 14311, 16220, 16230 bis 16233, 21216, 21220, 21221, 21230 bis 21233, 22213, 22220 bis 22222, 23220, 30702, 35100, 35110, 35140, 35150 und 35163 bis 35169 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungspositionen 35553 bis 35559 sind am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35151, 35152 und 35173 bis 35179 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungspositionen 35553 bis 35559 sind im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03043, 03100, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.

Komplex für Gruppentherapien (Systemische Therapie, Kurzzeittherapie)

Obligater Leistungsinhalt

- Systemische Therapie,
- Kurzzeittherapie 1 im Behandlungsumfang gemäß § 29 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie

oder

- Kurzzeittherapie 2 im Behandlungsumfang gemäß § 29 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie,
- Gruppenbehandlung,
- Höchstens 24 Sitzungen,
- Dauer mindestens 100 Minuten,

je vollendete 100 Minuten, je Teilnehmer

35703	Gruppentherapie mit 3 Teilnehmern	119,12 € 935 Punkte
35704	Gruppentherapie mit 4 Teilnehmern	100,39 € 788 Punkte
35705	Gruppentherapie mit 5 Teilnehmern	89,18 € 700 Punkte
35706	Gruppentherapie mit 6 Teilnehmern	81,67 € 641 Punkte
35707	Gruppentherapie mit 7 Teilnehmern	76,19 € 598 Punkte
35708	Gruppentherapie mit 8 Teilnehmern	72,37 € 568 Punkte
35709	Gruppentherapie mit 9 Teilnehmern	69,18 € 543 Punkte

Die Gebührenordnungspositionen 35703 bis 35709 sind am Behandlungstag höchstens zweimal berechnungsfähig.

Entgegen den Allgemeinen Bestimmungen 2.1 sind die Gebührenordnungspositionen 35703 bis 35709 auch bei einer Sitzung von weniger als 100 Minuten aber mindestens 50 Minuten Dauer berechnungsfähig. In diesem Fall ist durch die Kassenärztliche Vereinigung von der Punktzahl der jeweiligen Gebührenordnungsposition ein Abschlag in Höhe von 50 % vorzunehmen und die Prüfzeit um 50 % zu reduzieren.

Die Gebührenordnungspositionen 35703 bis 35709 sind auch bei Durchführung der Leistungen im Mehrpersonensetting berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungspositionen 35703 bis 35709 sind im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03100 und im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03043 von der Vertragsarztpraxis, die die Gebührenordnungsposition 03100 berechnet hat, für denselben Patienten nicht berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungspositionen 35703 bis 35709 sind nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 03230, 04230, 04231, 04355, 04356, 04430, 14220 bis 14222, 14310, 14311, 16220, 16230 bis 16233, 21216, 21220, 21221, 21230 bis 21233, 22213, 22220 bis 22222, 23220, 30702, 35100, 35110, 35140, 35150 und 35163 bis 35169 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungspositionen 35703 bis 35709 sind am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35151, 35152 und 35173 bis 35179 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungspositionen 35703 bis 35709 sind im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03043, 03100, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.

Komplex für Gruppentherapien (Systemische Therapie, Langzeittherapie)

Obligater Leistungsinhalt

- Systemische Therapie,
- Langzeittherapie im Behandlungsumfang gemäß § 30 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie,
- Gruppenbehandlung,
- Dauer mindestens 100 Minuten,

je vollendete 100 Minuten, je Teilnehmer

35713	Gruppentherapie mit 3 Teilnehmern	119,12 € 935 Punkte
35714	Gruppentherapie mit 4 Teilnehmern	100,39 € 788 Punkte
35715	Gruppentherapie mit 5 Teilnehmern	89,18 € 700 Punkte
35716	Gruppentherapie mit 6 Teilnehmern	81,67 € 641 Punkte
35717	Gruppentherapie mit 7 Teilnehmern	76,19 € 598 Punkte
35718	Gruppentherapie mit 8 Teilnehmern	72,37 € 568 Punkte
35719	Gruppentherapie mit 9 Teilnehmern	69,18 € 543 Punkte

Die Gebührenordnungspositionen 35713 bis 35719 sind am Behandlungstag höchstens zweimal berechnungsfähig.
Entgegen den Allgemeinen Bestimmungen 2.1 sind die Gebührenordnungspositionen 35713 bis 35719 auch bei einer Sitzung von weniger als 100 Minuten aber mindestens 50 Minuten Dauer berechnungsfähig. In diesem Fall ist durch die Kassenärztliche Vereinigung von der Punktzahl der jeweiligen Gebührenordnungsposition ein Abschlag in Höhe von 50 % vorzunehmen und die Prüfzeit um 50 % zu reduzieren.
Die Gebührenordnungspositionen 35713 bis 35719 sind auch bei Durchführung der Leistungen im Mehrpersonensetting berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungspositionen 35713 bis 35719 sind im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03100 und im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03043 von der Vertragsarztpraxis, die die Gebührenordnungsposition 03100 berechnet hat, für denselben Patienten nicht berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungspositionen 35713 bis 35719 sind nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 03230, 04230, 04231, 04355, 04356, 04430, 14220 bis 14222, 14310, 14311, 16220, 16230 bis 16233, 21216, 21220, 21221, 21230 bis 21233, 22213, 22220 bis 22222, 23220, 30702, 35100, 35110, 35140, 35150 und 35163 bis 35169 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungspositionen 35713 bis 35719 sind am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35151, 35152 und 35173 bis 35179 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungspositionen 35713 bis 35719 sind im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03040, 03043, 03100, 03220, 03221, 04040, 04220 und 04221 berechnungsfähig.

35.2.3 Zuschläge

35.2.3.1 Zuschläge gemäß Nr. 2 der Präambel zu Abschnitt 35.2

35571 **Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 30932 und zu den Gebührenordnungspositionen des Abschnittes 35.2.1 gemäß der Nummer 2 der Präambel zu Abschnitt 35.2** — 23,19 € / 182 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 35571 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt und gemäß Nummer 4 der Präambel zum Abschnitt 35.2 bewertet.
Die Gebührenordnungsposition 35571 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35163 bis 35169 berechnungsfähig.

35572 **Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 30933, 35173 bis 35179 und zu den Gebührenordnungspositionen des Abschnittes 35.2.2 gemäß der Nummer 2 der Präambel zu Abschnitt 35.2** — 9,56 € / 75 Punkte

Sofern die Gebührenordnungspositionen 35173 bis 35179, 35503 bis 35509, 35513 bis 35519, 35543 bis 35549, 35553 bis 35559, 35703 bis 35709 und 35713 bis 35719 für eine Sitzung von weniger als 100 Minuten aber mindestens 50 Minuten Dauer berechnet werden, ist durch die Kassenärztliche Vereinigung von der Punktzahl der Gebührenordnungsposition 35572 ein Abschlag in Höhe von 50 % vorzunehmen.
Die Gebührenordnungsposition 35572 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt und gemäß Nummer 4 der Präambel zum Abschnitt 35.2 bewertet.
Die Gebührenordnungsposition 35572 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35163 bis 35169 berechnungsfähig.

35573 **Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 35151, 35152, 37500 und 37600 gemäß der Nummer 2 der Präambel zu Abschnitt 35.2** 11,85 € 93 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 35573 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugesetzt und gemäß Nummer 4 der Präambel zum Abschnitt 35.2 bewertet.
Die Gebührenordnungsposition 35573 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35163 bis 35169 berechnungsfähig.

35.2.3.2 Zuschläge für Kurzzeittherapie

1. Die Zuschläge nach den Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts sind nur für Vertragsärzte bzw. -psychotherapeuten berechnungsfähig, die für die Mindestsprechstundenanzahl gemäß § 19a Abs. 1 Ärzte-ZV zur Verfügung stehen.
2. Die Zuschläge nach den Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts sind nur für die ersten 10 Sitzungen einer Kurzzeittherapie berechnungsfähig.

35591 **Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 35401, 35402, 35411, 35412, 35421, 35422, 35431 und 35432,** 17,96 € 141 Punkte

höchstens 10-mal im Krankheitsfall

Die Gebührenordnungsposition 35591 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35163 bis 35169 berechnungsfähig.

35593 **Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 35503, 35523, 35543 und 35703,** 17,84 € 140 Punkte

höchstens 10-mal im Krankheitsfall

Die Gebührenordnungsposition 35593 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35163 bis 35169 berechnungsfähig.

35594 **Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 35504, 35524, 35544 und 35704,** 15,03 € 118 Punkte

höchstens 10-mal im Krankheitsfall

Die Gebührenordnungsposition 35594 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35163 bis 35169 berechnungsfähig.

35595 **Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 35505, 35525, 35545 und 35705,** 13,38 € 105 Punkte

höchstens 10-mal im Krankheitsfall

Die Gebührenordnungsposition 35595 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35163 bis 35169 berechnungsfähig.

35596 **Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 35506, 35526, 35546 und 35706,** 12,23 € 96 Punkte

höchstens 10-mal im Krankheitsfall

Die Gebührenordnungsposition 35596 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35163 bis 35169 berechnungsfähig.

35597 **Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 35507, 35527, 35547 und 35707,** 11,47 €
90 Punkte

höchstens 10-mal im Krankheitsfall

Die Gebührenordnungsposition 35597 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35163 bis 35169 berechnungsfähig.

35598 **Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 35508, 35528, 35548 und 35708,** 10,83 €
85 Punkte

höchstens 10-mal im Krankheitsfall

Die Gebührenordnungsposition 35598 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35163 bis 35169 berechnungsfähig.

35599 **Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 35509, 35529, 35549 und 35709,** 10,32 €
81 Punkte

höchstens 10-mal im Krankheitsfall

Die Gebührenordnungsposition 35599 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35163 bis 35169 berechnungsfähig.

35.3 Psychodiagnostische Testverfahren

1. Die in diesem Abschnitt genannten Leistungen sind je Behandlungsfall
   - für Versicherte bis zum vollendeten 21. Lebensjahr nur bis zu einer Gesamtpunktzahl von 1.636 Punkten,
   - für Versicherte ab Beginn des 22. Lebensjahres nur bis zu einer Gesamtpunktzahl von 1.092 Punkten

   berechnungsfähig.
2. Die Gebührenordnungspositionen 35600 bis 35602 sind auch bei Durchführung der Leistungen im Rahmen einer Videosprechstunde berechnungsfähig, wenn die Voraussetzungen gemäß § 21 der Anlage 1 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) und der Anlage 31b zum BMV-Ä erfüllt sind. Die Durchführung als Videosprechstunde ist durch Angabe einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung zu dokumentieren.

35600 **Anwendung und Auswertung standardisierter Testverfahren** 4,33 €
34 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Anwendung standardisierter Testverfahren
  - Fragebogentest

  und/oder
  - Orientierender Test,
- Auswertung eines Testverfahrens,
- Schriftliche Aufzeichnung,
- Dauer mindestens 5 Minuten,

je vollendete 5 Minuten

Die Gebührenordnungsposition 35600 ist nur für Ärzte mit den Gebietsbezeichnungen Nervenheilkunde, Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und Kinder- und Jugendmedizin sowie für Vertragsärzte und -psychotherapeuten, die über eine Abrechnungsgenehmigung für Psychotherapie nach der Psychotherapie-Vereinbarung verfügen, berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 35600 ist für Ärzte mit der Gebietsbezeichnung Phoniatrie und Pädaudiologie auch dann berechnungsfähig, wenn diese nicht über eine Abrechnungsgenehmigung für Psychotherapie nach der Psychotherapie-Vereinbarung verfügen.
Die Gebührenordnungsposition 35600 ist - mit Ausnahme der Indikationsstellung, Bewertung bzw. Interpretation, schriftlichen Aufzeichnung - grundsätzlich delegierbar.
Die Gebührenordnungsposition 35600 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216 und 01218 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 35600 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 16371 und 20371 berechnungsfähig.

35601 **Anwendung und Auswertung von psychometrischen Testverfahren** 4,97 €
39 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Anwendung psychometrischer Testverfahren
  - Funktionstest
  und/oder
  - Entwicklungstest
  und/oder
  - Intelligenztest,
- Auswertung eines Testverfahrens,
- Schriftliche Aufzeichnung,
- Dauer mindestens 5 Minuten,

je vollendete 5 Minuten

Die Gebührenordnungsposition 35601 ist nur für Ärzte mit den Gebietsbezeichnungen Nervenheilkunde, Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und Kinder- und Jugendmedizin sowie für Vertragsärzte und -psychotherapeuten, die über eine Abrechnungsgenehmigung für Psychotherapie nach der Psychotherapie-Vereinbarung verfügen, berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 35601 ist für Ärzte mit der Gebietsbezeichnung Phoniatrie und Pädaudiologie auch dann berechnungsfähig, wenn diese nicht über eine Abrechnungsgenehmigung für Psychotherapie nach der Psychotherapie-Vereinbarung verfügen.
Die Gebührenordnungsposition 35601 ist - mit Ausnahme der Indikationsstellung, Bewertung bzw. Interpretation, schriftlichen Aufzeichnung - grundsätzlich delegierbar.

Die Gebührenordnungsposition 35601 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216 und 01218 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 35601 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 16371 und 20371 berechnungsfähig.

35602 **Anwendung und Auswertung von projektiven Verfahren** 7,13 €
56 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Anwendung projektiver Verfahren,
- Auswertung eines Verfahrens,
- Schriftliche Aufzeichnung,
- Dauer mindestens 5 Minuten,

je vollendete 5 Minuten

Die Gebührenordnungsposition 35602 ist nur für Ärzte mit den Gebietsbezeichnungen Nervenheilkunde, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie für Vertragsärzte und -psychotherapeuten, die über eine Abrechnungsgenehmigung für Psychotherapie nach der Psychotherapie-Vereinbarung verfügen, berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 35602 ist - mit Ausnahme der Indikationsstellung, Bewertung bzw. Interpretation, schriftlichen Aufzeichnung - grundsätzlich delegierbar.
Die Gebührenordnungsposition 35602 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216 und 01218 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 35602 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 16371 und 20371 berechnungsfähig.

36 Belegärztliche Operationen, Anästhesien und belegärztliche postoperative Überwachung. Konservativ belegärztlicher Bereich

36.1 Präambel

1. Belegärztliche Operationen sind in fünf Abschnitte unterteilt:
   - Der präoperative Abschnitt, in dem Hausarzt, ggf. zuweisender Vertragsarzt, ggf. andere auf Überweisung tätige Vertragsärzte, ggf. Anästhesist und Operateur zusammenwirken, um den Patienten für die belegärztliche Operation vorzubereiten. Diese Leistungen sind außerhalb des Kapitels 36 abgebildet.
   - Der operative Abschnitt, in dem der Operateur ggf. mit dem Anästhesisten die Operation einschließlich Anästhesie durchführt (Abschnitt 36.2 bzw. 36.5)
   - Der Abschnitt der postoperativen Überwachung, der in unmittelbarem Anschluss an die Operation entweder vom Anästhesisten oder vom Operateur durchgeführt wird (Abschnitt 36.3).

- Der Abschnitt der stationären Behandlung durch Belegärzte und Konsiliarärzte. Hier erfolgt die Vergütung durch Einzel- bzw. Komplexleistungen und/oder Pauschalen des EBM.
- Der Abschnitt der ambulanten postoperativen Behandlung. Diese Leistungen sind außerhalb des Kapitels 36 abgebildet. Die Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 31.4 sind im Zusammenhang mit einem kurativ-stationären Behandlungsfall nicht berechnungsfähig.

2. Belegärztlich-konservativer Bereich
   - Die Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 36.6 sind Vertragsärzten vorbehalten, die von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Regionalkassen und den Verbänden der Ersatzkassen eine Anerkennung als Belegarzt erhalten haben.
   - Die Gebührenordnungspositionen 36861 und 36867 sind in den Behandlungsfällen berechnungsfähig, in denen während des stationären Aufenthaltes keine Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 31.2 bis 31.5, 36.2, 36.3 und 36.5 berechnet werden.

36.2 Belegärztliche Operationen

36.2.1 Präambel

1. Als belegärztliche Operation gelten ärztliche Leistungen mit chirurgisch-instrumenteller Eröffnung der Haut und/oder Schleimhaut oder der Wundverschluss von eröffneten Strukturen der Haut und/oder Schleimhaut mindestens in Oberflächenanästhesie sowie Leistungen entsprechend den OPS-Prozeduren des Anhangs 2 ggf. einschl. eingriffsbezogener Verbandleistungen. Punktionen mit Nadeln, Kanülen und Biopsienadeln, sowie Kürettagen der Haut und Shave-Biopsien der Haut fallen nicht unter die Definition eines operativen Eingriffs, sofern die OPS-Kodes des Anhangs 2 nichts anderes vorsehen.
2. Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungspositionen des Abschnittes 36.2 ist, dass die notwendigen sachlichen und personellen Bedingungen erfüllt sind und der Vertragsarzt von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Regionalkassen und den Verbänden der Ersatzkassen eine Anerkennung als Belegarzt erhalten hat. Insbesondere sind die Qualitätssicherungsmaßnahmen entsprechend des Vertrages nach § 115b SGB V, die Maßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V sowie § 137 SGB V zu beachten.
3. Die Zuordnung der Eingriffe entsprechend des Operationenschlüssels nach § 295 SGB V (OPS) zu den Gebührenordnungspositionen ist im Anhang 2 aufgelistet. Es gelten zusätzlich die in der Präambel zu Anhang 2 sowie zu den einzelnen Unterabschnitten aufgelisteten Rahmenbedingungen. Die Zuordnung der definierten Gebührenordnungspositionen zu Unterabschnitten des Abschnitts 36.2 ist nicht gebietsspezifisch. Nur die im Anhang 2 aufgeführten belegärztlichen Operationen sind berechnungsfähig. Eingriffe der Kleinchirurgie (Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 06350,

06351 und 06352, 09351, 09360 bis 09362, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 26350 bis 26352) in Narkose bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern werden gebietsspezifisch in der Kategorie 1 berechnet.

4. In einem Zeitraum von drei Tagen, beginnend mit dem Operationstag, können in der Praxis (des Operateurs) neben der belegärztlichen Operation nur die Gebührenordnungspositionen 01102, 01220 bis 01222, 01320 bis 01323, 01412, 01414, 01431, 01437, 01442 bis 01444, 01450, 01452, 01500 bis 01503, 01522, 01546, 01549, 01602, 01610 bis 01613, 01615, 01620 bis 01624, 01626, 01640, 01642, 01643, 01647, 01648, 01670 bis 01672, 01681, 01682, 01700 bis 01703, 01705 bis 01707, 01709, 01711 bis 01723, 01731, 01732, 01734, 01735, 01737, 01740 bis 01743, 01747, 01748, 01750, 01752 bis 01758, 01760, 01761, 01764, 01765, 01770 bis 01775, 01780 bis 01787, 01793 bis 01796, 01800, 01802 bis 01811, 01815, 01816, 01820 bis 01828, 01830 bis 01833, 01840 bis 01842, 01850, 01915, 01949, 01950 bis 01953, 01955, 01956, 01960, 01965, 01966, 02100, 02101, 02110 bis 02112, 02120, 02314, 02325 bis 02328, 03008, 03010, 04008, 04010, 04434, 05227, 05228, 06227, 06228, 06362, 07227, 07228, 08227, 08228, 08641 bis 08643, 08645, 09227, 09228, 10227, 10228, 11228, 13227, 13228, 13297, 13298, 13347, 13348, 13397, 13398, 13497, 13498, 13547, 13548, 13597, 13598, 13647, 13648, 13697, 13698, 14217, 14218, 15228, 16218, 16228, 16310, 17228, 18227, 18228, 19310, 19312, 19315, 19320, 20227, 20228, 21227, 21228, 21236, 21237, 22219, 22228, 23228, 23229, 24228, 25228 bis 25230, 26227, 26228, 26310, 26311, 26320 bis 26325, 27227, 27228, 30701, 37400, 37700, 37701, 37704 bis 37706, 37710, 37711, 37714 und 37720, die arztgruppenspezifischen Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschalen, Gebührenordnungspositionen der Kapitel 32, 33, 34, 35 und 40 bzw. Abschnitte 30.3 und 30.7 (mit Ausnahme der Gebührenordnungspositionen 30702 und 30704), 30.8, 36.3, 36.5.2, 36.5.3, 37.5, 37.6 sowie die Gebührenordnungspositionen 01100 oder 01101 jeweils in Verbindung mit der Gebührenordnungsposition 01414 berechnet werden.
5. Die Gebührenordnungspositionen 26310, 26311 und 26320 bis 26325 sind nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 36.2 in derselben Sitzung berechnungsfähig.
6. Die Leistungserbringung ist gemäß 2.1 der Allgemeinen Bestimmungen nur dann vollständig gegeben, wenn bei der Berechnung die Angabe der OPS-Prozedur(en) in der gültigen Fassung erfolgt. Die Diagnosen sind nach dem ICD-10-Diagnoseschlüssel (ICD-10-GM) in der gültigen Fassung anzugeben.
7. Während eines stationären Aufenthaltes können keine Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 31.2 bis 31.5 berechnet werden.
8. Die Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 36.2 umfassen sämtliche durch den Operateur am Operationstag erbrachten ärztlichen Leistungen: Untersuchungen, Verbände, ärztliche Abschlussuntersuchung(en), Dokumentation(en) und Beratung.

Zusätzlich umfassen die Leistungen den Abschlussbericht an den weiterbehandelnden Vertragsarzt und den Hausarzt. Gibt der Versicherte keinen Hausarzt an, bzw. ist eine Genehmigung zur Information des Hausarztes gemäß § 73 Abs. 1b SGB V nicht erteilt, sind die Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 36.2 auch ohne schriftliche Mitteilung an den Hausarzt berechnungsfähig.

36.2.2 Definierte operative Eingriffe an der Körperoberfläche

1. Die Berechnung dermato-chirurgischer Eingriffe setzt die obligate histologische Untersuchung entnommenen Materials und/oder eine Bilddokumentation des prä- und postoperativen Befundes voraus.
2. Für die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 36095, 36096 und 36098 gelten die Anforderungen der Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V bei Verfahren der Liposuktion bei Lipödem (QS-RL Liposuktion).
3. Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 36095 und 36096 setzt das Vorliegen einer Überweisung mit Bestätigung des Vorliegens der in § 4 Absatz 2 und 3 der QS-RL Liposuktion genannten Diagnosekriterien und Indikationsvoraussetzungen voraus. Die Überweisung darf nur von Fachärzten gemäß § 4 Absatz 1 der QS-RL Liposuktion ausgestellt werden.

36095 **Liposuktion bei Lipödem gemäß Nr. 32 der Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses** — 379,54 € / 2979 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Eingriff der Kategorie AA5 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Gebührenordnungsposition 36095 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36505 berechnet werden.
Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 36095 setzt das Vorliegen einer Überweisung mit Bestätigung des Vorliegens der in § 4 Absatz 2 und 3 der QS-RL Liposuktion genannten Diagnosekriterien und Indikationsvoraussetzungen voraus.
Bei Berechnung der Gebührenordnungsposition 36095 ist der aktuelle BMI des Patienten und bei BMI ≥ 32 kg/m^2 zusätzlich die Waist-to-height-ratio zu dokumentieren.

36096 **Liposuktion bei Lipödem gemäß Nr. 32 der Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses** — 486,94 € / 3822 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Eingriff der Kategorie AA6 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Gebührenordnungsposition 36096 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36506 berechnet werden.
Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 36096 setzt das Vorliegen einer Überweisung mit Bestätigung des Vorliegens der in § 4 Absatz 2 und 3 der QS-RL Liposuktion genannten Diagnosekriterien und Indikationsvoraussetzungen voraus.
Bei Berechnung der Gebührenordnungsposition 36096 ist der aktuelle BMI des Patienten und bei BMI ≥ 32 kg/m^2 zusätzlich die Waist-to-height-ratio zu dokumentieren.

36098 **Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 36095 und 36096 bei Simultaneingriffen sowie zur Gebührenordnungsposition 36096 bei Überschreitung der Schnitt-Naht-Zeit von 120 Minuten** — 48,03 € / 377 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Schnitt-Naht-Zeit je weitere vollendete 15 Minuten,
- Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit über das Anästhesieprotokoll oder den OP-Bericht,

je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit

Die Gebührenordnungsposition 36098 kann entsprechend Anhang 2, Präambel 2.1, Nr. 14 als Zuschlag zu anderen belegärztlichen Operationen des Abschnitts 36.2 abgerechnet werden.
Bei Überschreitung der Schnitt-Naht-Zeit von 120 Minuten gemäß Anhang 2, Präambel 2.1, Nr. 4 ist dieser Zuschlag mit medizinischer Begründung berechnungsfähig.

36101 **Dermatochirurgischer Eingriff** der Kategorie A1 — 54,91 € / 431 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff an der Körperoberfläche der Kategorie A1 entsprechend Anhang 2

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36101 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36502 berechnet werden.

36102 **Dermatochirurgischer Eingriff** der Kategorie A2 — 101,03 € / 793 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff an der Körperoberfläche der Kategorie A2 entsprechend Anhang 2

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36102 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36503 berechnet werden.

36103 **Dermatochirurgischer Eingriff** der Kategorie A3 — 162,82 €

Obligater Leistungsinhalt 1278 Punkte

- Chirurgischer Eingriff an der Körperoberfläche der Kategorie A3 entsprechend Anhang 2

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36103 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36504 berechnet werden.

36104 **Dermatochirurgischer Eingriff** der Kategorie A4 255,06 €
2002 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff an der Körperoberfläche der Kategorie A4 entsprechend Anhang 2

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36104 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36504 berechnet werden.

36105 **Dermatochirurgischer Eingriff** der Kategorie A5 404,76 €
3177 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff an der Körperoberfläche der Kategorie A5 entsprechend Anhang 2

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36105 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36505 berechnet werden.

36106 **Dermatochirurgischer Eingriff** der Kategorie A6 555,99 €
4364 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff an der Körperoberfläche der Kategorie A6 entsprechend Anhang 2

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36106 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36506 berechnet werden.

36107 **Dermatochirurgischer Eingriff** der Kategorie A7 662,63 €
5201 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff an der Körperoberfläche der Kategorie A7 entsprechend Anhang 2

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36107 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36507 berechnet werden.

36108 **Zuschlag** zu den Gebührenordnungspositionen 36101 bis 36106 bei Simultaneingriffen sowie zu der Gebührenordnungsposition 36107 50,07 €
393 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Schnitt-Naht-Zeit je weitere vollendete 15 Minuten,

- Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit über das Anästhesieprotokoll oder den OP-Bericht,

je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit

Die Gebührenordnungsposition 36108 kann entsprechend Anhang 2, Präambel 2.1 Nr. 14 als Zuschlag zu anderen belegärztlichen Operationen des Abschnitts 36.2 abgerechnet werden.

36111 **Eingriff an der Brustdrüse** der Kategorie B1 — 60,64 € / 476 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff an der Brustdrüse der Kategorie B1 entsprechend Anhang 2

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36111 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36502 berechnet werden.

36112 **Eingriff an der Brustdrüse** der Kategorie B2 — 113,52 € / 891 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff an der Brustdrüse der Kategorie B2 entsprechend Anhang 2

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36112 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36503 berechnet werden.

36113 **Eingriff an der Brustdrüse** der Kategorie B3 — 193,40 € / 1518 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff an der Brustdrüse der Kategorie B3 entsprechend Anhang 2

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36113 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36504 berechnet werden.

36114 **Eingriff an der Brustdrüse** der Kategorie B4 — 308,57 € / 2422 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff an der Brustdrüse der Kategorie B4 entsprechend Anhang 2

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36114 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36504 berechnet werden.

36115 **Eingriff an der Brustdrüse** der Kategorie B5 — 469,99 € / 3689 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff an der Brustdrüse der Kategorie B5 entsprechend Anhang 2

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36115 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36505 berechnet werden.

36116 **Eingriff an der Brustdrüse** der Kategorie B6 — 680,08 € / 5338 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff an der Brustdrüse der Kategorie B6 entsprechend Anhang 2

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36116 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36506 berechnet werden.

36117 **Eingriff an der Brustdrüse** der Kategorie B7 — 816,79 € / 6411 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff an der Brustdrüse der Kategorie B7 entsprechend Anhang 2

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36117 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36507 berechnet werden.

36118 **Zuschlag** zu den Gebührenordnungspositionen 36111 bis 36116 bei Simultaneingriffen sowie zur Gebührenordnungsposition 36117 — 73,13 € / 574 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Schnitt-Naht-Zeit je weitere vollendete 15 Minuten,
- Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit über das Anästhesieprotokoll oder den OP-Bericht,

je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit

Die Gebührenordnungsposition 36118 kann entsprechend Anhang 2, Präambel 2.1, Nr. 14 als Zuschlag zu anderen belegärztlichen Operationen des Abschnitts 36.2 abgerechnet werden.

36.2.3 Definierte operative Eingriffe der Extremitätenchirurgie

1. Abweichend von Nr. 2 der Präambel zu Anhang 2 kann bei Durchführung der Leistung: **'Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße: Lymphangiom oder Hygroma cysticum' (OPS:5-401.c)** die Vergütung durch Anrechnung der Gebührenordnungsposition 36121 (Schnitt-Naht-Zeit bis 15 Minuten) und des Zuschlags nach der Nr. 36128 (jeweils vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit) bis zu der durch OP-Protokoll oder Narkose-Protokoll nachgewiesenen Schnitt-Naht-Zeit erfolgen. Die Beschränkung der Schnitt-Naht-Zeit entsprechend Nr. 4 der Präambel zum Anhang 2 bleibt davon unberührt.

36121 **Eingriff** der Kategorie C1 — 61,15 € / 480 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff an den Weichteilen der Kategorie C1 entsprechend Anhang 2

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36121 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36502 berechnet werden.
Im Anschluss an Biopsien von Muskeln, Weichteilen und Nerven kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36501 berechnet werden.

36122 **Eingriff** der Kategorie C2 — 113,90 € / 894 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff an den Weichteilen der Kategorie C2 entsprechend Anhang 2

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36122 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36503 berechnet werden.

36123 **Eingriff** der Kategorie C3 — 188,56 € / 1480 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff an den Weichteilen der Kategorie C3 entsprechend Anhang 2

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36123 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36504 berechnet werden.

36124 **Eingriff** der Kategorie C4 — 298,38 € / 2342 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff an den Weichteilen der Kategorie C4 entsprechend Anhang 2

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36124 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36504 berechnet werden.

36125 **Eingriff** der Kategorie C5 — 420,56 € / 3301 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff an den Weichteilen der Kategorie C5 entsprechend Anhang 2

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36125 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36505 berechnet werden.

36126 **Eingriff** der Kategorie C6 — 580,71 € / 4558 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff an den Weichteilen der Kategorie C6 entsprechend Anhang 2

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36126 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36506 berechnet werden.

36127 **Eingriff** der Kategorie C7 — 825,96 € / 6483 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff an den Weichteilen der Kategorie C7 entsprechend Anhang 2

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36127 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36507 berechnet werden.

36128 **Zuschlag** zu den Gebührenordnungspositionen 36121 bis 36126 bei Simultaneingriffen sowie zu der Gebührenordnungsposition 36127 — 62,30 € / 489 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Schnitt-Naht-Zeit je weitere vollendete 15 Minuten,
- Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit über das Anästhesieprotokoll oder den OP-Bericht,

je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit

Die Gebührenordnungsposition 36128 kann entsprechend Anhang 2, Präambel 2.1, Nr. 14 als Zuschlag zu anderen belegärztlichen Operationen des Abschnitts 36.2 abgerechnet werden.

36.2.4 Definierte operative Eingriffe an Knochen und Gelenken

1. Abweichend von Nr. 3 der Präambel zu Anhang 2 kann bei Durchführung der Leistung: **"Andere gelenkplastische Eingriffe: Pfannendachplastik am Hüftgelenk"** (OPS: 5-829.1) im Zusammenhang mit den Leistungen 5-820.* und 5-821.* auch dann ein Simultaneingriff abgerechnet werden, wenn nur ein operativer Zugang vorliegt.
2. Operative Eingriffe an Knochen und Gelenken zur Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese entsprechend den OPS-Kodes 5-78a.00, 5-78a.01, 5-78a.02, 5-78a.03, 5-78a.04, 5-78a.05, 5-78a.06, 5-78a.07, 5-78a.08, 5-78a.09, 5-78a.0a, 5-78a.0b, 5-78a.0c, 5-78a.0d, 5-78a.0e, 5-78a.0f, 5-78a.0g, 5-78a.0h, 5-78a.0j, 5-78a.0k, 5-78a.0m, 5-78a.0n, 5-78a.0p, 5-78a.0q, 5-78a.0r, 5-78a.0s, 5-78a.0t, 5-78a.0u, 5-78a.0v, 5-78a.0w, 5-78a.0z, 5-78a.10, 5-78a.11, 5-78a.12, 5-78a.13, 5-78a.14, 5-78a.15, 5-78a.16, 5-78a.17, 5-78a.18, 5-78a.19, 5-78a.1a, 5-78a.1b, 5-78a.1c, 5-78a.1d, 5-78a.1e, 5-78a.1f, 5-78a.1g, 5-78a.1h, 5-78a.1j, 5-78a.1k, 5-78a.1m, 5-78a.1n, 5-78a.1p, 5-78a.1q, 5-78a.1r, 5-78a.1s, 5-78a.1t, 5-78a.1u, 5-78a.1v, 5-78a.1w, 5-78a.1z, 5-78a.20, 5-78a.21, 5-78a.22, 5-78a.23, 5-78a.24, 5-78a.25, 5-78a.26, 5-78a.27, 5-78a.28, 5-78a.29, 5-78a.2a, 5-78a.2b, 5-78a.2c, 5-78a.2d, 5-78a.2f, 5-78a.2g, 5-78a.2h, 5-78a.2j, 5-78a.2k, 5-78a.2m, 5-78a.2n, 5-78a.2p, 5-78a.2q, 5-78a.2r,

5-78a.2s, 5-78a.2t, 5-78a.2u, 5-78a.2v, 5-78a.2w, 5-78a.2z, 5-78a.31, 5-78a.33, 5-78a.3e, 5-78a.3f, 5-78a.3h, 5-78a.3k, 5-78a.3n, 5-78a.4e, 5-78a.4f, 5-78a.4h, 5-78a.4k, 5-78a.54, 5-78a.57, 5-78a.59, 5-78a.5n, 5-78a.5p, 5-78a.5r, 5-78a.61, 5-78a.62, 5-78a.63, 5-78a.64, 5-78a.65, 5-78a.66, 5-78a.67, 5-78a.68, 5-78a.69, 5-78a.6e, 5-78a.6f, 5-78a.6g, 5-78a.6h, 5-78a.6k, 5-78a.6m, 5-78a.6n, 5-78a.6p, 5-78a.6q, 5-78a.6r, 5-78a.72, 5-78a.75, 5-78a.78, 5-78a.7b, 5-78a.7g, 5-78a.7m, 5-78a.7q, 5-78a.7v, 5-78a.80, 5-78a.81, 5-78a.82, 5-78a.83, 5-78a.84, 5-78a.85, 5-78a.86, 5-78a.87, 5-78a.88, 5-78a.89, 5-78a.8a, 5-78a.8b, 5-78a.8c, 5-78a.8d, 5-78a.8f, 5-78a.8g, 5-78a.8h, 5-78a.8k, 5-78a.8m, 5-78a.8n, 5-78a.8p, 5-78a.8q, 5-78a.8r, 5-78a.8s, 5-78a.8t, 5-78a.8u, 5-78a.8v, 5-78a.8w, 5-78a.90, 5-78a.91, 5-78a.92, 5-78a.93, 5-78a.94, 5-78a.95, 5-78a.96, 5-78a.97, 5-78a.98, 5-78a.99, 5-78a.9a, 5-78a.9b, 5-78a.9c, 5-78a.9d, 5-78a.9e, 5-78a.9f, 5-78a.9g, 5-78a.9h, 5-78a.9j, 5-78a.9k, 5-78a.9m, 5-78a.9n, 5-78a.9p, 5-78a.9q, 5-78a.9r, 5-78a.9s, 5-78a.9t, 5-78a.9u, 5-78a.9v, 5-78a.9w, 5-78a.9z, 5-78a.c1, 5-78a.c2, 5-78a.c3, 5-78a.c4, 5-78a.c5, 5-78a.c6, 5-78a.c7, 5-78a.c8, 5-78a.c9, 5-78a.ce, 5-78a.cf, 5-78a.cg, 5-78a.ch, 5-78a.ck, 5-78a.cm, 5-78a.cn, 5-78a.cp, 5-78a.cq, 5-78a.cr, 5-78a.e0, 5-78a.ea, 5-78a.eb, 5-78a.ec, 5-78a.ef, 5-78a.eh, 5-78a.ej, 5-78a.ek, 578a.en, 5-78a.ep, 5-78a.er, 5-78a.es, 5-78a.et, 5-78a.eu, 5-78a.ev, 5-78a.ew, 5-78a.ez, 5-78a.g0, 5-78a.g1, 5-78a.g2, 5-78a.g3, 5-78a.g4, 5-78a.g5, 5-78a.g6, 5-78a.g7, 5-78a.g8, 5-78a.g9, 5-78a.ga, 5-78a.gb, 5-78a.gc, 5-78a.ge, 5-78a.gf, 5-78a.gg, 5-78a.gh, 5-78a.gk, 5-78a.gm, 5-78a.gn, 5-78a.gp, 5-78a.gq, 5-78a.gr, 5-78a.gu, 5-78a.gv, 5-78a.gw, 5-78a.k0, 5-78a.k1, 5-78a.k2, 5-78a.k5, 5-78a.k6, 5-78a.k7, 5-78a.k8, 5-78a.k9, 5-78a.ka, 5-78a.kb, 5-78a.kc, 5-78a.kg, 5-78a.kh, 5-78a.kk, 5-78a.km, 5-78a.kn, 5-78a.kq, 5-78a.ks, 5-78a.kt, 5-78a.ku, 5-78a.kv, 5-78a.kw, 5-78a.kz, 5-78a.m1, 5-78a.m4, 5-78a.m5, 5-78a.m6, 5-78a.m7, 5-78a.m8, 5-78a.m9, 5-78a.ma, 5-78a.md, 5-78a.mf, 5-78a.mh, 5-78a.mm, 5-78a.mt, 5-78a.mu, 5-78a.n1, 5-78a.n3, 5-78a.n4, 5-78a.n6, 5-78a.n7, 5-78a.n9, 5-78a.nf, 5-78a.nh, 5-78a.nk, 5-78a.nn, 5-78a.np, 5-78a.nr, 5-78a.q0, 5-78a.q1, 5-78a.q2, 5-78a.q5, 5-78a.q6, 5-78a.q7, 5-78a.q8, 5-78a.q9, 5-78a.qa, 5-78a.qb, 5-78a.qc, 5-78a.qg, 5-78a.qh, 5-78a.qk, 5-78a.qm, 5-78a.qn, 5-78a.qq, 5-78a.qr, 5-78a.qs, 5-78a.qt, 5-78a.qu, 5-78a.qv, 5-78a.qw, 5-78a.qz sind nur berechnungsfähig sofern ein operativer Verfahrenswechsel durch aufgetretene Komplikationen stattgefunden hat.

Die Entfernung von Osteosynthesematerial ist nicht gesondert berechnungsfähig.

36131 **Eingriff an Knochen und Gelenken** der Kategorie D1 — 71,47 € / 561 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff an den Knochen und Gelenken der Kategorie D1 entsprechend Anhang 2

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36131 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36502 berechnet werden.

36132 **Eingriff an Knochen und Gelenken** der Kategorie D2 — 142,06 € / 1115 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff an den Knochen und Gelenken der Kategorie D2 entsprechend Anhang 2

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36132 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36503 berechnet werden.

36133 **Eingriff an Knochen und Gelenken** der Kategorie D3 — 225,12 € / 1767 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff an den Knochen und Gelenken der Kategorie D3 entsprechend Anhang 2

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36133 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36504 berechnet werden.

36134 **Eingriff an Knochen und Gelenken** der Kategorie D4 — 346,03 € / 2716 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff an den Knochen und Gelenken der Kategorie D4 entsprechend Anhang 2

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36134 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36504 berechnet werden.

36135 **Eingriff an Knochen und Gelenken** der Kategorie D5 — 580,96 € / 4560 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff an den Knochen und Gelenken der Kategorie D5 entsprechend Anhang 2

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36135 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36505 berechnet werden.

36136 **Eingriff an Knochen und Gelenken** der Kategorie D6 — 743,15 € / 5833 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff an den Knochen und Gelenken der Kategorie D6 entsprechend Anhang 2

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36136 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36506 berechnet werden.

36137 **Eingriff an Knochen und Gelenken** der Kategorie D7 — 930,18 € / 7301 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff an den Knochen und Gelenken der Kategorie D7 entsprechend Anhang 2

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36137 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36507 berechnet werden.

36138 **Zuschlag** zu den Gebührenordnungspositionen 36131 bis 36136 bei Simultaneingriffen sowie zu der Gebührenordnungsposition 36137 — 68,93 € / 541 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Schnitt-Naht-Zeit je weitere vollendete 15 Minuten,
- Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit über das Anästhesieprotokoll oder den OP-Bericht,

je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit

Die Gebührenordnungsposition 36138 kann entsprechend Anhang 2, Präambel 2.1, Nr. 14 als Zuschlag zu anderen belegärztlichen Operationen des Abschnitts 36.2 abgerechnet werden.

36.2.5 Endoskopische Gelenkeingriffe (Arthroskopien)

1. Bei arthroskopischen Operationen ist die Videodokumentation (Tape oder Print) des präoperativen Befundes und des postoperativen Ergebnisses obligater Bestandteil der Leistungen.
2. Die Gebührenordnungspositionen 36142 bis 36145 sind für therapeutische arthroskopische Eingriffe, die primär aufgrund der Diagnose Gonarthrose durchgeführt wurden, gemäß Nr. 53 der Anlage II der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses nicht berechnungsfähig. Unberührt von diesem Ausschluss bleiben Eingriffe, die aufgrund von Traumen, einer akuten Gelenkblockade oder einer meniskusbezogenen Indikation erfolgen, bei der die bestehende Gonarthrose lediglich als Begleiterkrankung anzusehen ist, sofern die vorliegenden Symptome zuverlässig auf die genannten Veränderungen an der Synovialis, den Gelenkknorpeln und Menisken zurückzuführen und durch eine arthroskopische Intervention zu beeinflussen sind. Unberührt von diesem Ausschluss bleiben zudem diejenigen arthroskopischen Eingriffe, die im Rahmen der matrixassoziierten autologen Chondrozytenimplantation (M-ACI) gemäß Nr. 38 der Anlage I der Richtlinien Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses durchgeführt werden. Die Nr. 53 der Anlage II der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses beinhaltet Methoden, die nicht als vertragsärztliche Leistungen zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden dürfen.
3. Arthroskopische Operationen zur Knochentransplantation und -transposition entsprechend den OPS-Kodes 5-784.c0, 5-784.c2, 5-784.c5, 5-784.c8, 5-784.ca bis 5-784.cd, 5-784.cg, 5-784.cm, 5-784.cq, 5-784.ct bis 5-784.cw, 5-784.d0, 5-784.d2, 5-784.d5, 5-784.d8, 5-784.da bis 5-784.dd, 5-784.dg, 5-784.dm, 5-784.dq, 5-784.dt bis 5-784.dw, 5-784.e0, 5-784.e2, 5-784.e5, 5-784.e8, 5-784.ea bis 5-784.ed, 5-784.eg, 5-784.em, 5-784.eq, 5-784.et bis 5-784.ew, 5-784.f0, 5-784.f2, 5-784.f5, 5-784.f8, 5-784.fa bis 5-784.fd,

5-784.fg, 5-784.fm, 5-784.fq und 5-784.ft bis 5-784.fw beinhalten die Leistung der geschlossenen Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese. Die Entnahme von Spongiosa und/oder kortikospongiösen Spänen ist gesondert berechnungsfähig.

4. Operationen zur Exzision von erkranktem Bandscheibengewebe entsprechend den OPS-Kodes 5-831.01, 5-831.03, 5-831.21, 5-831.23, 5-831.31, 5-831.33, 5-831.91 und 5-831.93 sind unabhängig von dem Vorliegen einer Genehmigung nach der Arthroskopie-Vereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V berechnungsfähig.

36141 **Endoskopischer Gelenkeingriff** (Arthroskopie) der Kategorie E1 — 93,26 € / 732 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie E1 entsprechend Anhang 2

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36141 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36502 berechnet werden.

36142 **Endoskopischer Gelenkeingriff** (Arthroskopie) der Kategorie E2 — 145,88 € / 1145 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie E2 entsprechend Anhang 2

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36142 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36503 berechnet werden.

36143 **Endoskopischer Gelenkeingriff** (Arthroskopie) der Kategorie E3 — 220,66 € / 1732 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie E3 entsprechend Anhang 2

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36143 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36504 berechnet werden.

36144 **Endoskopischer Gelenkeingriff** (Arthroskopie) der Kategorie E4 — 356,48 € / 2798 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie E4 entsprechend Anhang 2

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36144 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36504 berechnet werden.

36145 **Endoskopischer Gelenkeingriff** (Arthroskopie) der Kategorie E5 — 520,95 € / 4089 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie E5 entsprechend Anhang 2

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36145 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36505 berechnet werden.

36146 **Endoskopischer Gelenkeingriff** (Arthroskopie) der Kategorie E6 — 698,94 € / 5486 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie E6 entsprechend Anhang 2

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36146 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36506 berechnet werden.

36147 **Endoskopischer Gelenkeingriff** (Arthroskopie) der Kategorie E7 — 777,04 € / 6099 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie E7 entsprechend Anhang 2

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36147 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36507 berechnet werden.

36148 **Zuschlag** zu den Gebührenordnungspositionen 36141 bis 36146 bei Simultaneingriffen sowie zu der Gebührenordnungsposition 36147 — 74,28 € / 583 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Schnitt-Naht-Zeit je weitere vollendete 15 Minuten,
- Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit über das Anästhesieprotokoll oder den OP-Bericht,

je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit

Die Gebührenordnungsposition 36148 kann entsprechend Anhang 2, Präambel 2.1, Nr. 14 als Zuschlag zu anderen belegärztlichen Operationen des Abschnitts 36.2 abgerechnet werden.

36.2.6 Definierte operative visceralchirurgische Eingriffe

1. Abweichend von Nr. 3 der Präambel zu Anhang 2 kann bei Durchführung der Leistung: **"Andere Operationen an Schilddrüse und Nebenschilddrüsen: Monitoring des N. recurrens im Rahmen einer anderen Operation"** (OPS: 5-069.4) im Zusammenhang mit der Leistung 5-061.0 auch dann ein Simultaneingriff abgerechnet werden, wenn nur ein operativer Zugang vorliegt.
2. Proktologische Eingriffe entsprechend des OPS-Kodes 5-490.1 sind nur bei Vorliegen eines periproktitischen Abszesses (ICD-10-GM K61.-) berechnungsfähig.
3. Bei proktologischen Eingriffen entsprechend der OPS-Kodes 5-492.00, 5-492.01 und 5-492.02 ist der histologische Befund vorzuhalten.
4. Proktologische Eingriffe entsprechend den OPS-Kodes 5-493.01 und 5-493.02 sind nur bei Hämorrhoiden 3. Grades berechnungsfähig.
5. Visceralchirurgische Eingriffe entsprechend dem OPS-Kode 5-431.30 sind nur bei Vorliegen eines Buried-Bumper-Syndroms berechnungsfähig.

36151 **Visceralchirurgischer Eingriff** der Kategorie F1 — 66,63 € / 523 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F1 entsprechend Anhang 2

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36151 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36503 berechnet werden.

36152 **Visceralchirurgischer Eingriff** der Kategorie F2 — 124,47 € / 977 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F2 entsprechend Anhang 2

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36152 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36503 berechnet werden.

36153 **Visceralchirurgischer Eingriff** der Kategorie F3 — 196,97 € / 1546 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F3 entsprechend Anhang 2

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36153 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36505 berechnet werden.

36154 **Visceralchirurgischer Eingriff** der Kategorie F4 — 290,74 € / 2282 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F4 entsprechend Anhang 2

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36154 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36505 berechnet werden.

36155 **Visceralchirurgischer Eingriff** der Kategorie F5 — 416,23 € / 3267 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F5 entsprechend Anhang 2

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36155 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36506 berechnet werden.

36156 **Visceralchirurgischer Eingriff** der Kategorie F6 — 633,71 € / 4974 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F6 entsprechend Anhang 2

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36156 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36507 berechnet werden.

36157 **Visceralchirurgischer Eingriff** der Kategorie F7 — 805,32 € / 6321 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F7 entsprechend Anhang 2

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36157 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36507 berechnet werden.

36158 **Zuschlag** zu den Gebührenordnungspositionen 36151 bis 36156 bei Simultaneingriffen sowie zu der Gebührenordnungsposition 36157 — 67,27 € / 528 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Schnitt-Naht-Zeit je weitere vollendete 15 Minuten,
- Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit über das Anästhesieprotokoll der den OP-Bericht,

je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit

Die Gebührenordnungsposition 36158 kann entsprechend Anhang 2, Präambel 2.1, Nr. 14 als Zuschlag zu anderen belegärztlichen Operationen des Abschnitts 36.2 abgerechnet werden.

36161 **Endoskopischer Visceralchirurgischer Eingriff** der Kategorie G1 — 66,12 € / 519 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Endoskopisch-visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie G1 entsprechend Anhang 2

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36161 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36503 berechnet werden.

36162 **Endoskopischer Visceralchirurgischer Eingriff** der Kategorie G2 — 105,87 € / 831 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Endoskopisch-visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie G2 entsprechend Anhang 2

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36162 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36503 berechnet werden.

36163 **Endoskopischer Visceralchirurgischer Eingriff** der Kategorie G3 — 207,54 € / 1629 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Endoskopisch-visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie G3 entsprechend Anhang 2

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36163 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36505 berechnet werden.

36164 **Endoskopischer Visceralchirurgischer Eingriff** der Kategorie G4 — 322,33 € / 2530 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Endoskopisch-visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie G4 entsprechend Anhang 2

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36164 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36505 berechnet werden.

36165 **Endoskopischer Visceralchirurgischer Eingriff** der Kategorie G5 — 453,69 € / 3561 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Endoskopisch-visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie G5 entsprechend Anhang 2

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36165 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36506 berechnet werden.

36166 **Endoskopischer Visceralchirurgischer Eingriff** der Kategorie G6 — 708,37 € / 5560 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Endoskopisch-visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie G6 entsprechend Anhang 2

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36166 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36507 berechnet werden.

36167 **Endoskopischer Visceralchirurgischer Eingriff** der Kategorie G7 — 828,00 € / 6499 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Endoskopisch-visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie G7 entsprechend Anhang 2

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36167 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36507 berechnet werden.

36168 **Zuschlag** zu den Gebührenordnungspositionen 36161 bis 36166 bei Simultaneingriffen und zu der Gebührenordnungsposition 36167 — 77,97 € / 612 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Schnitt-Naht-Zeit je weitere vollendete 15 Minuten,
- Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit über das Anästhesieprotokoll oder den OP-Bericht,

je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit

Die Gebührenordnungsposition 36168 kann entsprechend Anhang 2, Präambel 2.1, Nr. 14 als Zuschlag zu anderen belegärztlichen Operationen des Abschnitts 36.2 abgerechnet werden.

36171 **Proktologischer Eingriff** der Kategorie H1 — 71,22 € / 559 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Proktologischer Eingriff der Kategorie H1 entsprechend Anhang 2

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36171 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36503 berechnet werden.

36172 **Proktologischer Eingriff** der Kategorie H2 — 109,31 € / 858 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Proktologischer Eingriff der Kategorie H2 entsprechend Anhang 2

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36172 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36503 berechnet werden.

36173 **Proktologischer Eingriff** der Kategorie H3 — 167,54 € / 1315 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Proktologischer Eingriff der Kategorie H3 entsprechend Anhang 2

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36173 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36505 berechnet werden.

36174 **Proktologischer Eingriff** der Kategorie H4 — 255,19 € / 2003 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Proktologischer Eingriff der Kategorie H4 entsprechend Anhang 2

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36174 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36505 berechnet werden.

36175 **Proktologischer Eingriff** der Kategorie H5 — 378,77 € / 2973 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Proktologischer Eingriff der Kategorie H5 entsprechend Anhang 2

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36175 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36506 berechnet werden.

36176 **Proktologischer Eingriff** der Kategorie H6 — 569,37 € / 4469 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Proktologischer Eingriff der Kategorie H6 entsprechend Anhang 2

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36176 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36507 berechnet werden.

36177 **Proktologischer Eingriff** der Kategorie H7 — 811,82 € / 6372 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Proktologischer Eingriff der Kategorie H7 entsprechend Anhang 2

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36177 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36507 berechnet werden.

36178 **Zuschlag** zu den Gebührenordnungspositionen 36171 bis 36176 bei Simultaneingriffen sowie zu der Gebührenordnungsposition 36177 — 77,46 € / 608 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Schnitt-Naht-Zeit je weitere vollendete 15 Minuten,
- Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit über das Anästhesieprotokoll oder den OP-Bericht,

je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit

Die Gebührenordnungsposition 36178 kann entsprechend Anhang 2, Präambel 2.1, Nr. 14 als Zuschlag zu anderen belegärztlichen Operationen des Abschnitts 36.2 abgerechnet werden.

36.2.7 Definierte operative Eingriffe der Thorax- und Gefäßchirurgie

36191 **Thoraxchirurgischer Eingriff** der Kategorie J1 — 96,95 € / 761 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Thoraxchirurgischer Eingriff der Kategorie J1 entsprechend Anhang 2

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36191 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36504 berechnet werden.

36192 **Thoraxchirurgischer Eingriff** der Kategorie J2 — 169,45 € / 1330 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Thoraxchirurgischer Eingriff der Kategorie J2 entsprechend Anhang 2

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36192 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36504 berechnet werden.

36193 **Thoraxchirurgischer Eingriff** der Kategorie J3 — 242,45 € / 1903 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Thoraxchirurgischer Eingriff der Kategorie J3 entsprechend Anhang 2

36194 **Thoraxchirurgischer Eingriff** der Kategorie J4 — 352,78 € / 2769 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Thoraxchirurgischer Eingriff der Kategorie J4 entsprechend Anhang 2

36195 **Thoraxchirurgischer Eingriff** der Kategorie J5 — 540,45 € / 4242 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Thoraxchirurgischer Eingriff der Kategorie J5 entsprechend Anhang 2

36196 **Thoraxchirurgischer Eingriff** der Kategorie J6 — 717,28 € / 5630 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Thoraxchirurgischer Eingriff der Kategorie J6 entsprechend Anhang 2

36197 **Thoraxchirurgischer Eingriff** der Kategorie J7 — 887,50 € / 6966 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Thoraxchirurgischer Eingriff der Kategorie J7 entsprechend Anhang 2

36198 **Zuschlag** zu den Gebührenordnungspositionen 36191 bis 36196 bei Simultaneingriffen sowie zu der Gebührenordnungsposition 36197 — 82,81 € / 650 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Schnitt-Naht-Zeit je weitere vollendete 15 Minuten,
- Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit über das Anästhesieprotokoll oder den OP-Bericht,

je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit

Die Gebührenordnungsposition 36198 kann entsprechend Anhang 2, Präambel 2.1, Nr. 14 als Zuschlag zu anderen belegärztlichen Operationen des Abschnitts 36.2 abgerechnet werden.

36201 **Eingriff am Gefäßsystem** der Kategorie K1 — 75,17 € / 590 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff am Gefäßsystem der Kategorie K1 entsprechend Anhang 2

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36201 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36503 berechnet werden.

36202 **Eingriff am Gefäßsystem** der Kategorie K2 — 119,50 € / 938 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff am Gefäßsystem der Kategorie K2 entsprechend Anhang 2

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36202 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36503 berechnet werden.

36203 **Eingriff am Gefäßsystem** der Kategorie K3 — 176,58 € / 1386 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff am Gefäßsystem der Kategorie K3 entsprechend Anhang 2

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36203 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36505 berechnet werden.

36204 **Eingriff am Gefäßsystem** der Kategorie K4 — 289,33 € / 2271 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff am Gefäßsystem der Kategorie K4 entsprechend Anhang 2

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36204 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36505 berechnet werden.

36205 **Eingriff am Gefäßsystem** der Kategorie K5 — 427,82 € / 3358 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff am Gefäßsystem der Kategorie K5 entsprechend Anhang 2

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36205 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36506 berechnet werden.

36206 **Eingriff am Gefäßsystem** der Kategorie K6 — 645,30 € / 5065 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff am Gefäßsystem der Kategorie K6 entsprechend Anhang 2

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36206 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36507 berechnet werden.

36207 **Eingriff am Gefäßsystem** der Kategorie K7 — 818,19 € / 6422 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff am Gefäßsystem der Kategorie K7 entsprechend Anhang 2

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36207 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36507 berechnet werden.

36208 **Zuschlag** zu den Gebührenordnungspositionen 36201 bis 36206 bei Simultaneingriffen und zu der Gebührenordnungsposition 36207 — 57,84 € / 454 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Schnitt-Naht-Zeit je weitere vollendete 15 Minuten,
- Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit über das Anästhesieprotokoll oder den OP-Bericht,

je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit

Die Gebührenordnungsposition 36208 kann entsprechend Anhang 2, Präambel 2.1, Nr. 14 als Zuschlag zu anderen belegärztlichen Operationen des Abschnitts 36.2 abgerechnet werden.

36211 **Eingriff** der Kategorie L1 — 84,72 € / 665 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie L1 entsprechend Anhang 2

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36211 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36503 berechnet werden.

36212 **Eingriff** der Kategorie L2 — 130,33 € / 1023 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie L2 entsprechend Anhang 2

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36212 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36503 berechnet werden.

36213 **Eingriff** der Kategorie L3 — 187,41 € / 1471 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie L3 entsprechend Anhang 2

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36213 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36505 berechnet werden.

36214 **Eingriff** der Kategorie L4 — 278,76 € / 2188 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie L4 entsprechend Anhang 2

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36214 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36505 berechnet werden.

36215 **Eingriff** der Kategorie L5 — 460,82 € / 3617 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie L5 entsprechend Anhang 2

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36215 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36506 berechnet werden.

36216 **Eingriff** der Kategorie L6 — 614,60 € / 4824 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie L6 entsprechend Anhang 2

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36216 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36507 berechnet werden.

36217 **Eingriff** der Kategorie L7 — 729,77 € / 5728 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie L7 entsprechend Anhang 2

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36217 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36507 berechnet werden.

36218 **Zuschlag** zu den Gebührenordnungspositionen 36211 bis 36216 bei Simultaneingriffen und zu der Gebührenordnungsposition 36217 — 57,84 € / 454 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Schnitt-Naht-Zeit je weitere vollendete 15 Minuten,
- Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit über das Anästhesieprotokoll oder den OP-Bericht,

je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit

Die Gebührenordnungsposition 36218 kann entsprechend Anhang 2, Präambel 2.1, Nr. 14 als Zuschlag zu anderen belegärztlichen Operationen des Abschnitts 36.2 abgerechnet werden.

36.2.8 Definierte operative Eingriffe der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie

1. Die Extraktion von bis zu vier einwurzeligen Zähnen oder bis zu zwei mehrwurzeligen Zähnen oder von einem mehrwurzeligen und bis zu vier einwurzeligen Zähnen muss nach den Gebührenordnungspositionen 15321 bis 15324 berechnet werden.

36221 **Eingriff der MKG-Chirurgie** der Kategorie M1 — 53,89 € / 423 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie M1 entsprechend Anhang 2

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36221 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36502 berechnet werden.

36222 **Eingriff der MKG-Chirurgie** der Kategorie M2 — 96,95 € / 761 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie M2 entsprechend Anhang 2

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36222 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36503 berechnet werden.

36223 **Eingriff der MKG-Chirurgie** der Kategorie M3 — 163,71 € / 1285 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie M3 entsprechend Anhang 2

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36223 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36504 berechnet werden.

36224 **Eingriff der MKG-Chirurgie** der Kategorie M4 — 258,63 € / 2030 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie M4 entsprechend Anhang 2

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36224 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36504 berechnet werden.

36225 **Eingriff der MKG-Chirurgie** der Kategorie M5 — 367,18 € / 2882 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie M5 entsprechend Anhang 2

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36225 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36505 berechnet werden.

36226 **Eingriff der MKG-Chirurgie** der Kategorie M6 — 547,58 € / 4298 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie M6 entsprechend Anhang 2

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36226 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36506 berechnet werden.

36227 **Eingriff der MKG-Chirurgie** der Kategorie M7 — 621,09 € / 4875 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie M7 entsprechend Anhang 2

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36227 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36507 berechnet werden.

36228 **Zuschlag** zu den Gebührenordnungspositionen 36221 bis 36226 bei Simultaneingriffen und zur Gebührenordnungsposition 36227 — 49,05 € / 385 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Schnitt-Naht-Zeit je weitere vollendete 15 Minuten,
- Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit über das Anästhesieprotokoll oder den OP-Bericht,

je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit

Die Gebührenordnungsposition 36228 kann entsprechend Anhang 2, Präambel 2.1, Nr. 14 als Zuschlag zu anderen belegärztlichen Operationen des Abschnitts 36.2 abgerechnet werden.

36.2.9 Definierte operative Eingriffe der HNO-Chirurgie

1. Abweichend von Nr. 3 der Präambel zu Anhang 2 kann bei Durchführung der Leistung **"Plastische Korrektur abstehender Ohren: Concharotation"** (OPS: 5-184.3) im Zusammenhang mit den Leistungen 5-184.0, 5-184.1 und 5-184.2 auch dann ein Simultaneingriff abgerechnet werden, wenn nur ein operativer Zugang vorliegt.

36231 **Eingriffe der HNO-Chirurgie** der Kategorie N1 — 60,90 € / 478 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie N1 entsprechend Anhang 2

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36231 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36502 berechnet werden.

36232 **Eingriffe der HNO-Chirurgie** der Kategorie N2 — 106,25 € / 834 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie N2 entsprechend Anhang 2

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36232 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36503 berechnet werden.
Abweichend davon kann im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36232 in Verbindung mit dem OPS-Kode 5-281.5 für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36504 berechnet werden.

36233 **Eingriffe der HNO-Chirurgie** der Kategorie N3 — 169,96 € / 1334 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie N3 entsprechend Anhang 2

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36233 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36504 berechnet werden.

36234 **Eingriffe der HNO-Chirurgie** der Kategorie N4 — 268,57 € / 2108 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie N4 entsprechend Anhang 2

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36234 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36504 berechnet werden.

36235 **Eingriffe der HNO-Chirurgie** der Kategorie N5 — 401,58 € / 3152 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie N5 entsprechend Anhang 2

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36235 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36505 berechnet werden.

36236 **Eingriffe der HNO-Chirurgie** der Kategorie N6 — 547,07 € / 4294 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie N6 entsprechend Anhang 2

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36236 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36506 berechnet werden.

36237 **Eingriffe der HNO-Chirurgie** der Kategorie N7 — 721,49 € / 5663 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie N7 entsprechend Anhang 2

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36237 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36507 berechnet werden.

36238 **Zuschlag** zu den Gebührenordnungspositionen 36231 bis 36236 bei Simultaneingriffen und zu der Gebührenordnungsposition 36237 — 55,42 € / 435 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Schnitt-Naht-Zeit je weitere vollendete 15 Minuten,
- Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit über das Anästhesieprotokoll oder den OP-Bericht,

je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit

Die Gebührenordnungsposition 36238 kann entsprechend Anhang 2, Präambel 2.1, Nr. 14 als Zuschlag zu anderen belegärztlichen Operationen des Abschnitts 36.2 abgerechnet werden.

36.2.10 Definierte operative Eingriffe der Neurochirurgie

1. Eingriffe, die nach den OPS-Kodes **5-010.00 bis 5-010.14** sowie **5-030.40 bis 5-032.42** kodiert werden, sind nur als selbstständige Leistung berechnungsfähig.

36241 **Peripherer neurochirurgischer Eingriff** der Kategorie O1 — 61,66 € / 484 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie O1 entsprechend Anhang 2

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36241 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36502 berechnet werden.

36242 **Peripherer neurochirurgischer Eingriff** der Kategorie O2 — 106,51 € / 836 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie O2 entsprechend Anhang 2

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36242 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36503 berechnet werden.

36243 **Peripherer neurochirurgischer Eingriff** der Kategorie O3 — 168,05 € / 1319 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie O3 entsprechend Anhang 2

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36243 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36504 berechnet werden.

36244 **Peripherer neurochirurgischer Eingriff** der Kategorie O4 — 287,68 € / 2258 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie O4 entsprechend Anhang 2

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36244 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36504 berechnet werden.

36245 **Peripherer neurochirurgischer Eingriff** der Kategorie O5 — 421,58 € / 3309 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie O5 entsprechend Anhang 2

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36245 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36505 berechnet werden.

36246 **Peripherer neurochirurgischer Eingriff** der Kategorie O6 — 569,37 € / 4469 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie O6 entsprechend Anhang 2

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36246 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36506 berechnet werden.

36247 **Peripherer neurochirurgischer Eingriff** der Kategorie O7 — 678,81 € / 5328 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie O7 entsprechend Anhang 2

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36247 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36507 berechnet werden.

36248 **Zuschlag** zu den Gebührenordnungspositionen 36241 bis 36246 bei Simultaneingriffen und zu der Gebührenordnungsposition 36247 — 57,84 € / 454 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Schnitt-Naht-Zeit je weitere vollendete 15 Minuten,

- Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit über das Anästhesieprotokoll oder den OP-Bericht,

je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit

Die Gebührenordnungsposition 36248 kann entsprechend Anhang 2, Präambel 2.1, Nr. 14 als Zuschlag zu anderen belegärztlichen Operationen des Abschnitts 36.2 abgerechnet werden.

36251 **Zentraler neurochirurgischer Eingriff** der Kategorie P1 — 87,14 € / 684 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie P1 entsprechend Anhang 2

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36251 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36504 berechnet werden.

36252 **Zentraler neurochirurgischer Eingriff** der Kategorie P2 — 159,13 € / 1249 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie P2 entsprechend Anhang 2

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36252 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36504 berechnet werden.

36253 **Zentraler neurochirurgischer Eingriff** der Kategorie P3 — 220,92 € / 1734 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie P3 entsprechend Anhang 2

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36253 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36504 berechnet werden.

36254 **Zentraler neurochirurgischer Eingriff** der Kategorie P4 — 324,75 € / 2549 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie P4 entsprechend Anhang 2

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36254 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36504 berechnet werden.

36255 **Zentraler neurochirurgischer Eingriff** der Kategorie P5 — 459,42 € / 3606 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie P5 entsprechend Anhang 2

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36255 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36505 berechnet werden.

36256 **Zentraler neurochirurgischer Eingriff** der Kategorie P6 — 627,08 €

Obligater Leistungsinhalt 4922 Punkte

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie P6 entsprechend Anhang 2

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36256 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36506 berechnet werden.

36257 **Zentraler neurochirurgischer Eingriff** der Kategorie P7 746,71 €
5861 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie P7 entsprechend Anhang 2

36258 **Zuschlag** zu den Gebührenordnungspositionen 36251 bis 36256 bei Simultaneingriffen und zur Gebührenordnungsposition 36257 68,54 €
538 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Schnitt-Naht-Zeit je weitere vollendete 15 Minuten,
- Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit über das Anästhesieprotokoll oder den OP-Bericht,

je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit

Die Gebührenordnungsposition 36258 kann entsprechend Anhang 2, Präambel 2.1, Nr. 14 als Zuschlag zu anderen belegärztlichen Operationen des Abschnitts 36.2 abgerechnet werden.

36261 **Stereotaktischer neurochirurgischer Eingriff** der Kategorie PP1 173,91 €
1365 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie PP1 entsprechend Anhang 2

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36261 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36504 berechnet werden.

36262 **Stereotaktischer neurochirurgischer Eingriff** der Kategorie PP2 221,17 €
1736 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie PP2 entsprechend Anhang 2

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36262 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36504 berechnet werden.

36263 **Stereotaktischer neurochirurgischer Eingriff** der Kategorie PP3 294,30 €
2310 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie PP3 entsprechend Anhang 2

36264 **Stereotaktischer neurochirurgischer Eingriff** der Kategorie PP4 414,06 €
3250 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie PP4 entsprechend Anhang 2

36265 **Stereotaktischer neurochirurgischer Eingriff** der Kategorie PP5 — 549,11 € / 4310 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie PP5 entsprechend Anhang 2

36266 **Stereotaktischer neurochirurgischer Eingriff** der Kategorie PP6 — 708,11 € / 5558 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie PP6 entsprechend Anhang 2

36267 **Stereotaktischer neurochirurgischer Eingriff** der Kategorie PP7 — 828,38 € / 6502 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie PP7 entsprechend Anhang 2

36268 **Zuschlag** zu den Gebührenordnungspositionen 36261 bis 36266 bei Simultaneingriffen und zu der Gebührenordnungsposition 36267 — 68,03 € / 534 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Schnitt-Naht-Zeit je weitere vollendete 15 Minuten,
- Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit über das Anästhesieprotokoll oder den OP-Bericht,

je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit

Die Gebührenordnungsposition 36268 kann entsprechend Anhang 2, Präambel 2.1, Nr. 14 als Zuschlag zu anderen belegärztlichen Operationen des Abschnitts 36.2 abgerechnet werden.

36.2.11 Definierte operative Eingriffe an der Niere und dem Urogenitalsystem

Die Durchführung und Berechnung von Leistungen dieses Abschnittes mit dem Ziel der Sterilisation des Mannes ist nicht berechnungsfähig. Die Berechnung von Leistungen zur Sterilisation des Mannes erfolgt nach der Gebührenordnungsposition 01854.

36271 **Urologischer Eingriff** der Kategorie Q1 — 62,94 € / 494 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie Q1 entsprechend Anhang 2

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36271 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36502 berechnet werden.

36272 **Urologischer Eingriff** der Kategorie Q2 — 111,10 € / 872 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie Q2 entsprechend Anhang 2

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36272 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36503 berechnet werden.

36273 **Urologischer Eingriff** der Kategorie Q3 — 200,53 €

Obligater Leistungsinhalt 1574 Punkte

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie Q3 entsprechend Anhang 2

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36273 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36505 berechnet werden.

36274 **Urologischer Eingriff** der Kategorie Q4 323,86 €
2542 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie Q4 entsprechend Anhang 2

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36274 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36505 berechnet werden.

36275 **Urologischer Eingriff** der Kategorie Q5 507,96 €
3987 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie Q5 entsprechend Anhang 2

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36275 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36506 berechnet werden.

36276 **Urologischer Eingriff** der Kategorie Q6 736,27 €
5779 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie Q6 entsprechend Anhang 2

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36276 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36507 berechnet werden.

36277 **Urologischer Eingriff** der Kategorie Q7 867,75 €
6811 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie Q7 entsprechend Anhang 2

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36277 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36507 berechnet werden.

36278 **Zuschlag** zu den Gebührenordnungspositionen 36271 bis 36276 bei Simultaneingriffen und zu der Gebührenordnungsposition 36277 82,43 €
647 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Schnitt-Naht-Zeit je weitere vollendete 15 Minuten,
- Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit über das Anästhesieprotokoll oder den OP-Bericht,

je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit

Die Gebührenordnungsposition 36278 kann entsprechend Anhang 2, Präambel 2.1, Nr. 14 als Zuschlag zu anderen belegärztlichen Operationen des Abschnitts 36.2 abgerechnet werden.

36281 **Endoskopischer urologischer Eingriff** der Kategorie R1 — 71,98 € / 565 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie R1 entsprechend Anhang 2

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36281 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36502 berechnet werden.

36282 **Endoskopischer urologischer Eingriff** der Kategorie R2 — 113,64 € / 892 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie R2 entsprechend Anhang 2

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36282 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36503 berechnet werden.

36283 **Endoskopischer urologischer Eingriff** der Kategorie R3 — 172,25 € / 1352 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie R3 entsprechend Anhang 2

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36283 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36505 berechnet werden.

36284 **Endoskopischer urologischer Eingriff** der Kategorie R4 — 263,47 € / 2068 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie R4 entsprechend Anhang 2

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36284 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36505 berechnet werden.

36285 **Endoskopischer urologischer Eingriff** der Kategorie R5 — 463,62 € / 3639 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie R5 entsprechend Anhang 2

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36285 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36506 berechnet werden.

36286 **Endoskopischer urologischer Eingriff** der Kategorie R6 — 722,64 € / 5672 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie R6 entsprechend Anhang 2

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36286 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36507 berechnet werden.

36287 **Endoskopischer urologischer Eingriff** der Kategorie R7 — 848,13 € / 6657 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie R7 entsprechend Anhang 2

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36287 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36507 berechnet werden.

36288 **Zuschlag** zu den Gebührenordnungspositionen 36281 bis 36286 bei Simultaneingriffen und zu der Gebührenordnungsposition 36287 — 56,69 € / 445 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Schnitt-Naht-Zeit je weitere vollendete 15 Minuten,
- Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit über das Anästhesieprotokoll oder den OP-Bericht,

je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit

Die Gebührenordnungsposition 36288 kann entsprechend Anhang 2, Präambel 2.1, Nr. 14 als Zuschlag zu anderen belegärztlichen Operationen des Abschnitts 36.2 abgerechnet werden.

36289 **Laserendoskopischer urologischer Eingriff der Kategorie RW3** — 272,13 € / 2136 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie RW3 entsprechend Anhang 2 mit einer Schnitt-Naht-Zeit bis 45 Minuten

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36289 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36505 berechnet werden.
Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 36289 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zu Nicht-medikamentösen, lokalen Verfahren zur Laserbehandlung des benignen Prostatasyndroms (bPS) voraus.

36290 **Zuschlag** zu der Gebührenordnungsposition 36289 — 59,12 € / 464 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Schnitt-Naht-Zeit je weitere vollendete 15 Minuten,
- Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit über das Anästhesieprotokoll oder den OP-Bericht,

je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 36290 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zu Nicht-

medikamentösen, lokalen Verfahren zur Laserbehandlung des benignen Prostatasyndroms (bPS) voraus.
Die Gebührenordnungsposition 36290 ist je Eingriff höchstens dreimal berechnungsfähig.

36291 **(Endoskopischer) urologischer Eingriff mit Bildwandler** der Kategorie RR1 — 71,98 € / 565 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie RR1 entsprechend Anhang 2,
- Durchleuchtung,
- Bilddokumentation des prä- und postoperativen Befundes

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36291 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36503 berechnet werden.
Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 36291 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.

36292 **(Endoskopischer) urologischer Eingriff mit Bildwandler** der Kategorie RR2 — 141,42 € / 1110 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie RR2 entsprechend Anhang 2,
- Durchleuchtung,
- Bilddokumentation des prä- und postoperativen Befundes

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36292 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36503 berechnet werden.
Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 36292 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.

36293 **(Endoskopischer) urologischer Eingriff mit Bildwandler** der Kategorie RR3 — 210,22 € / 1650 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie RR3 entsprechend Anhang 2,
- Durchleuchtung,
- Bilddokumentation des prä- und postoperativen Befundes

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36293 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36505 berechnet werden.
Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 36293 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.

36294 **(Endoskopischer) urologischer Eingriff mit Bildwandler** der Kategorie RR4 — 329,98 € / 2590 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie RR4 entsprechend Anhang 2,
- Durchleuchtung,
- Bilddokumentation des prä- und postoperativen Befundes

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36294 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36505 berechnet werden.
Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 36294 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.

36295 **(Endoskopischer) urologischer Eingriff mit Bildwandler** der Kategorie RR5 — 463,88 € / 3641 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie RR5 entsprechend Anhang 2,
- Durchleuchtung,
- Bilddokumentation des prä- und postoperativen Befundes

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36295 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36506 berechnet werden.
Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 36295 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.

36296 **(Endoskopischer) urologischer Eingriff mit Bildwandler** der Kategorie RR6 — 684,54 € / 5373 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie RR6 entsprechend Anhang 2,
- Durchleuchtung,
- Bilddokumentation des prä- und postoperativen Befundes

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36296 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36507 berechnet werden.
Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 36296 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.

36297 **(Endoskopischer) urologischer Eingriff mit Bildwandler** der Kategorie RR7 — 745,31 € / 5850 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie RR7 entsprechend Anhang 2,
- Durchleuchtung,
- Bilddokumentation des prä- und postoperativen Befundes

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36297 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36507 berechnet werden.

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 36297 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.

36298 **Zuschlag** zu den Gebührenordnungspositionen 36291 bis 36296 bei Simultaneingriffen und zu der Gebührenordnungsposition 36297 — 65,49 € / 514 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Schnitt-Naht-Zeit je weitere vollendete 15 Minuten,
- Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit über das Anästhesieprotokoll oder den OP-Bericht,

je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit

Die Gebührenordnungsposition 36298 kann entsprechend Anhang 2, Präambel 2.1, Nr. 14 als Zuschlag zu anderen belegärztlichen Operationen des Abschnitts 36.2 abgerechnet werden.

36.2.12 Definierte operative Eingriffe der Gynäkologie

1. Die Durchführung und Berechnung von Leistungen dieses Abschnittes mit dem Ziel der Sterilisation der Frau ist nicht berechnungsfähig. Die Berechnung von Leistungen zur Sterilisation der Frau erfolgt nach der Gebührenordnungsposition 01855.
2. Die Leistung: **"Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus: Endometriumablation: Hochfrequenzablation"** (OPS: 5-681.53) gemäß Nr. 39 der Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses mit der Kategorie TT2 beinhaltet die Durchführung einer diagnostischen Hysteroskopie in derselben Sitzung. Diese ist über die zusätzliche Angabe "Diagnostische Hysteroskopie" (OPS: 1-672) zu dokumentieren.
   Bei Durchführung der Leistung: **"Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus: Endometriumablation: Hochfrequenzablation"** (OPS: 5-681.53) ohne "Diagnostische Hysteroskopie" (OPS: 1-672) in derselben Sitzung sind folgende Abschläge vorzunehmen.

GOP	Abschlag in Punkten
36319	710
36503	29
36822	232

36301 **Gynäkologischer Eingriff** der Kategorie S1 — 55,17 € / 433 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie S1 entsprechend Anhang 2

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36301 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36502 berechnet werden.

36302 **Gynäkologischer Eingriff** der Kategorie S2 — 93,51 € / 734 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie S2 entsprechend Anhang 2

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36302 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36503 berechnet werden.

36303 **Gynäkologischer Eingriff** der Kategorie S3 — 169,32 € / 1329 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie S3 entsprechend Anhang 2

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36303 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36505 berechnet werden.

36304 **Gynäkologischer Eingriff** der Kategorie S4 — 242,32 € / 1902 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie S4 entsprechend Anhang 2

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36304 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36505 berechnet werden.

36305 **Gynäkologischer Eingriff** der Kategorie S5 — 356,09 € / 2795 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie S5 entsprechend Anhang 2

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36305 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36506 berechnet werden.

36306 **Gynäkologischer Eingriff** der Kategorie S6 — 482,22 € / 3785 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie S6 entsprechend Anhang 2

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36306 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36507 berechnet werden.

36307 **Gynäkologischer Eingriff** der Kategorie S7 — 573,70 € / 4503 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie S7 entsprechend Anhang 2

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36307 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36507 berechnet werden.

36308 **Zuschlag** zu den Gebührenordnungspositionen 36301 bis 36306 bei Simultaneingriffen und zu der Gebührenordnungsposition 36307 — 41,02 € / 322 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Schnitt-Naht-Zeit je weitere vollendete 15 Minuten,
- Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit über das Anästhesieprotokoll oder den OP-Bericht,

je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit

Die Gebührenordnungsposition 36308 kann entsprechend Anhang 2, Präambel 2.1, Nr. 14 als Zuschlag zu anderen belegärztlichen Operationen des Abschnitts 36.2 abgerechnet werden.

36311 **Endoskopischer gynäkologischer Eingriff** der Kategorie T1 — 76,31 € / 599 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie T1 entsprechend Anhang 2

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36311 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36503 berechnet werden.

36312 **Endoskopischer gynäkologischer Eingriff** der Kategorie T2 — 145,62 € / 1143 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie T2 entsprechend Anhang 2

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36312 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36503 berechnet werden.

36313 **Endoskopischer gynäkologischer Eingriff** der Kategorie T3 — 226,40 € / 1777 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie T3 entsprechend Anhang 2

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36313 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36505 berechnet werden.

36314 **Endoskopischer gynäkologischer Eingriff** der Kategorie T4 — 352,14 € / 2764 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie T4 entsprechend Anhang 2

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36314 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36505 berechnet werden.

36315 **Endoskopischer gynäkologischer Eingriff** der Kategorie T5 — 484,77 € / 3805 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie T5 entsprechend Anhang 2

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36315 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36506 berechnet werden.

36316 **Endoskopischer gynäkologischer Eingriff** der Kategorie T6 — 606,19 € / 4758 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie T6 entsprechend Anhang 2

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36316 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36507 berechnet werden.

36317 **Endoskopischer gynäkologischer Eingriff** der Kategorie T7 — 733,08 € / 5754 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie T7 entsprechend Anhang 2

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36317 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36507 berechnet werden.

36318 **Zuschlag** zu den Gebührenordnungspositionen 36311 bis 36316 bei Simultaneingriffen und zu der Gebührenordnungsposition 36317 — 67,01 € / 526 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Schnitt-Naht-Zeit je weitere 15 Minuten
- Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit über das Anästhesieprotokoll oder den OP-Bericht,

je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit

Die Gebührenordnungsposition 36318 kann entsprechend Anhang 2, Präambel 2.1, Nr. 14 als Zuschlag zu anderen belegärztlichen Operationen des Abschnitts 36.2 abgerechnet werden.

36319 **Endoskopischer gynäkologischer Eingriff der Kategorie TT2** — 145,62 € / 1143 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie TT2 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36319 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36503 berechnet werden.

36.2.13 Definierte operative Eingriffe der Ophthalmochirurgie

1. Ophthalmochirurgische Eingriffe gemäß dem OPS-Kode 5-126.8 sind nur bei Patienten berechnungsfähig, bei denen gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (§ 2 der Nr. 27 der Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung) ein Keratokonus und eine subjektive Sehverschlechterung vorliegen sowie anhand

mindestens eines der folgenden Kriterien eine Progredienz innerhalb der letzten 12 Monate festgestellt wurde:
- Zunahme der maximalen Hornhautbrechkraft um >= 1 dpt,
- Zunahme des durch die subjektive Refraktion bestimmten Astigmatismus um >= 1 dpt,
- Abnahme der Basiskurve der bestsitzenden Kontaktlinse um >= 0,1 mm.

2. Die Gebührenordnungsposition 36364 gemäß dem OPS-Kode 5-126.8 ist nur nach Durchführung einer topographischen Untersuchung gemäß Anhang 1 zur Indikationsstellung gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (§ 3 Abs. 2 der Nr. 27 der Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung) berechnungsfähig, bei der die Ermittlung der Zunahme der maximalen Hornhautbrechkraft anhand des Vergleichs von zwei Messwerten erfolgt, die mit demselben Messgerät oder mit Messgeräten erhoben werden, deren Messungen vergleichbar sind.
3. Die Gebührenordnungsposition 36364 gemäß dem OPS-Kode 5-126.8 ist nur nach Durchführung einer tomographischen Untersuchung nach der Gebührenordnungsposition 06362 gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (§ 2 der Nr. 27 der Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung) berechnungsfähig, bei der die zu bestimmende Hornhautdicke an der dünnsten Stelle bei Beginn der Bestrahlung mindestens 400 µm beträgt. Die Durchführung der tomographischen Untersuchung darf nicht länger als zwei Quartale zurückliegen.

36321 **Extraocularer Eingriff** der Kategorie U1 — 60,39 € / 474 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie U1 entsprechend Anhang 2

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36321 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36502 berechnet werden.

36322 **Extraocularer Eingriff** der Kategorie U2 — 110,84 € / 870 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie U2 entsprechend Anhang 2

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36322 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36503 berechnet werden.

36323 **Extraocularer Eingriff** der Kategorie U3 — 169,70 € / 1332 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie U3 entsprechend Anhang 2

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36323 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36504 berechnet werden.

36324 **Extraocularer Eingriff** der Kategorie U4 — 254,94 € / 2001 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie U4 entsprechend Anhang 2

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36324 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36504 berechnet werden.

36325 **Extraocularer Eingriff** der Kategorie U5 — 364,76 € / 2863 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie U5 entsprechend Anhang 2

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36325 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36505 berechnet werden.

36326 **Extraocularer Eingriff** der Kategorie U6 — 517,52 € / 4062 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie U6 entsprechend Anhang 2

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36326 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36506 berechnet werden.

36327 **Extraocularer Eingriff** der Kategorie U7 — 634,98 € / 4984 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie U7 entsprechend Anhang 2

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36327 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36507 berechnet werden.

36328 **Zuschlag** zu den Gebührenordnungspositionen 36321 bis 36326 bei Simultaneingriffen und zu der Gebührenordnungsposition 36327 — 47,78 € / 375 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Schnitt-Naht-Zeit je weitere vollendete 15 Minuten,
- Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit über das Anästhesieprotokoll oder den OP-Bericht,

je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit

Die Gebührenordnungsposition 36328 kann entsprechend Anhang 2, Präambel 2.1, Nr. 14 als Zuschlag zu anderen belegärztlichen Operationen des Abschnitts 36.2 abgerechnet werden.

36331 **Intraocularer Eingriff** der Kategorie V1 — 93,39 €

Obligater Leistungsinhalt 733 Punkte

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie V1 entsprechend Anhang 2

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36331 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36502 berechnet werden.

36332 **Intraocularer Eingriff** der Kategorie V2 136,32 €
1070 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie V2 entsprechend Anhang 2

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36332 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36503 berechnet werden.

36333 **Intraocularer Eingriff** der Kategorie V3 197,99 €
1554 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie V3 entsprechend Anhang 2

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36333 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36504 berechnet werden.

36334 **Intraocularer Eingriff** der Kategorie V4 320,68 €
2517 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie V4 entsprechend Anhang 2

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36334 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36504 berechnet werden.

36335 **Intraocularer Eingriff** der Kategorie V5 448,72 €
3522 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie V5 entsprechend Anhang 2

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36335 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36505 berechnet werden.

36336 **Intraocularer Eingriff** der Kategorie V6 605,68 €
4754 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie V6 entsprechend Anhang 2

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36336 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36506 berechnet werden.

36337 **Intraocularer Eingriff** der Kategorie V7 730,66 €
5735 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie V7 entsprechend Anhang 2

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36337 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36507 berechnet werden.

36338 **Zuschlag** zu den Gebührenordnungspositionen 36331 bis 36336 bei Simultaneingriffen und zu der Gebührenordnungsposition 36337 — 63,06 € / 495 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Schnitt-Naht-Zeit je weitere vollendete 15 Minuten,
- Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit über das Anästhesieprotokoll oder den OP-Bericht,

je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit

Die Gebührenordnungsposition 36338 kann entsprechend Anhang 2, Präambel 2.1, Nr. 14 als Zuschlag zu anderen belegärztlichen Operationen des Abschnitts 36.2 abgerechnet werden.

36341 **Laserchirurgischer Eingriff** der Kategorie W1 — 45,48 € / 357 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie W1 entsprechend Anhang 2

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36341 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36501 berechnet werden.

36342 **Laserchirurgischer Eingriff** der Kategorie W2 — 81,03 € / 636 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie W2 entsprechend Anhang 2

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36342 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36501 berechnet werden.

36343 **Laserchirurgischer Eingriff** der Kategorie W3 — 117,98 € / 926 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie W3 entsprechend Anhang 2

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36343 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36504 berechnet werden.

36344 **Laserchirurgischer Eingriff** der Kategorie W4 — 178,88 € / 1404 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie W4 entsprechend Anhang 2

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36344 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36504 berechnet werden.

36345 **Laserchirurgischer Eingriff** der Kategorie W5 — 259,14 € / 2034 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie W5 entsprechend Anhang 2

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36345 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36505 berechnet werden.

36346 **Laserchirurgischer Eingriff** der Kategorie W6 — 351,89 € / 2762 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie W6 entsprechend Anhang 2

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36346 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36506 berechnet werden.

36347 **Laserchirurgischer Eingriff** der Kategorie W7 — 414,32 € / 3252 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie W7 entsprechend Anhang 2

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36347 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36507 berechnet werden.

36348 **Zuschlag** zu den Gebührenordnungspositionen 36341 bis 36346 bei Simultaneingriffen und zu der Gebührenordnungsposition 36347 — 41,28 € / 324 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Schnitt-Naht-Zeit je weitere vollendete 15 Minuten,
- Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit über das Anästhesieprotokoll oder den OP-Bericht,

je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit

Die Gebührenordnungsposition 36348 kann entsprechend Anhang 2, Präambel 2.1, Nr. 14 als Zuschlag zu anderen belegärztlichen Operationen des Abschnitts 36.2 abgerechnet werden.

36350 **Intraocularer Eingriff** der Kategorie X1 — 224,36 € / 1761 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie X1 entsprechend Anhang 2 bei Durchführung als Phakoemulsifikation

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36350 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36502 berechnet werden.
Im Zusammenhang mit der Erbringung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 36350 kann die Anästhesie nach der Gebührenordnungsposition 36801 bei Erbringung durch den Operateur bzw. 36820 bei Erbringung durch den Anästhesisten gemeinsam mit der Gebührenordnungsposition 36840 berechnet werden.

36351 **Intraocularer Eingriff** der Kategorie X2 — 251,75 € / 1976 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie X2 entsprechend Anhang 2 bei Durchführung als Phakoemulsifikation

Im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 36351 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 36503 berechnet werden.
Im Zusammenhang mit der Erbringung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 36351 kann die Anästhesie nach der Gebührenordnungsposition 36801 bei Erbringung durch den Operateur bzw. 36820 bei Erbringung durch den Anästhesisten gemeinsam mit der Gebührenordnungsposition 36841 berechnet werden.

36358 **Zuschlag** zu den Gebührenordnungspositionen 36350 und 36351 bei Simultaneingriffen — 65,10 € / 511 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Schnitt-Naht-Zeit je weitere vollendete 15 Minuten,
- Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit über das Anästhesieprotokoll oder den OP-Bericht,

je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit

Die Gebührenordnungsposition 36358 kann entsprechend Anhang 2 Präambel 2.1, Nr. 14 als Zuschlag zu anderen belegärztlichen Operationen des Abschnitts 36.2 abgerechnet werden.

36364 **Eingriff der Kategorie YY4: Hornhautvernetzung mit Riboflavin gemäß Nr. 27 Anlage I der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses** — 239,39 € / 1879 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Eingriff der Kategorie YY4 entsprechend Anhang 2,
- Anpassung einer Verbandlinse,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt,
- Kontrolle(n) der Verbandlinse,

je Auge

Die Gebührenordnungsposition 36364 ist je Auge höchstens einmal im Krankheitsfall berechnungsfähig. Die zweimalige Berechnung der Gebührenordnungsposition 36364 im Krankheitsfall setzt eine ausführliche Begründung der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall voraus.

36371 **Intraocularer Eingriff** der Kategorie Z1: **Intravitreale Medikamenteneingabe am rechten Auge** gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V — 99,12 € / 778 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Eingriff der Kategorie Z1 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

In der Gebührenordnungsposition 36371 sind alle Kosten, einschließlich des Sprechstundenbedarfs, mit Ausnahme der Kosten für das/ die intravitreal applizierte(n) Arzneimittel enthalten. Die Allgemeinen Bestimmungen nach Nr. 7 finden keine Anwendung.
Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 36371 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V zur intravitrealen Medikamenteneingabe voraus.
Die Berechnung einer präoperativen Gebührenordnungsposition des Abschnitts 31.1.2 vor Durchführung einer intravitrealen Medikamenteneingabe setzt die Begründung der medizinischen Notwendigkeit zur Operationsvorbereitung im Einzelfall voraus.
Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 36502 für die postoperative Überwachung und 36821 für die Anästhesie und/ oder Narkose im Rahmen der Durchführung einer intravitrealen Medikamenteneingabe setzen eine ausführliche Begründung der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall voraus.

36372 **Intraocularer Eingriff** der Kategorie Z1: **Intravitreale Medikamenteneingabe am linken Auge** gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V — 99,12 € / 778 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Eingriff der Kategorie Z1 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

In der Gebührenordnungsposition 36372 sind alle Kosten, einschließlich des Sprechstundenbedarfs, mit Ausnahme der Kosten für das/ die intravitreal applizierte(n) Arzneimittel enthalten. Die Allgemeinen Bestimmungen nach Nr. 7 finden keine Anwendung.
Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 36372 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V zur intravitrealen Medikamenteneingabe voraus.
Die Berechnung einer präoperativen Gebührenordnungsposition des Abschnitts 31.1.2 vor Durchführung einer intravitrealen Medikamenteneingabe setzt die Begründung der medizinischen Notwendigkeit zur Operationsvorbereitung im Einzelfall voraus.
Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 36502 für die postoperative Überwachung und 36821 für die Anästhesie und/ oder Narkose im Rahmen der Durchführung einer intravitrealen Medikamenteneingabe setzen eine ausführliche Begründung der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall voraus.

36373 **Intraocularer Eingriff** der Kategorie Z9: **Intravitreale Medikamenteneingabe an beiden Augen** gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V — 128,30 € / 1007 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Eingriff der Kategorie Z9 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

In der Gebührenordnungsposition 36373 sind alle Kosten, einschließlich des Sprechstundenbedarfs, mit Ausnahme der Kosten für das/ die intravitreal applizierte(n) Arzneimittel enthalten. Die Allgemeinen Bestimmungen nach Nr. 7 finden keine Anwendung.
Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 36373 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V zur intravitrealen Medikamenteneingabe voraus.
Die Berechnung einer präoperativen Gebührenordnungsposition des Abschnitts 31.1.2 vor Durchführung einer intravitrealen Medikamenteneingabe setzt die Begründung der medizinischen Notwendigkeit zur Operationsvorbereitung im Einzelfall voraus.
Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 36502 für die postoperative Überwachung und 36821 für die Anästhesie und/ oder Narkose im Rahmen der Durchführung einer intravitrealen Medikamenteneingabe setzen eine ausführliche Begründung der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall voraus.

36.2.14 Vakuumversiegelungstherapie gemäß Nr. 33 Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses

1. Die Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts können nur von
   - Fachärzten für Chirurgie,
   - Fachärzten für Kinderchirurgie,
   - Fachärzten für Plastische und Ästhetische Chirurgie,
   - Fachärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe,
   - Fachärzten für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde,
   - Fachärzten für Haut- und Geschlechtskrankheiten,
   - Fachärzten für Mund-, Kiefer-und Gesichtschirurgie,
   - Fachärzten für Neurochirurgie,
   - Fachärzten für Orthopädie und Unfallchirurgie,
   - Fachärzten für Urologie

   berechnet werden.
2. Entgegen der Nr. 6 der Präambel 36.2.1 ist die Gebührenordnungsposition 36401 ohne Angabe der OPS-Prozedur(en) für die Vakuumversiegelungstherapie berechnungsfähig.
3. Entgegen der Nr. 2 der Präambel 2.1 des Anhangs 2 kann der primäre Wundverschluss mittels Vakuumversiegelungstherapie entsprechend der Gebührenordnungsposition 36401 als Zuschlag zum jeweiligen Haupteingriff berechnet werden.

36401 **Zuschlag zu einem Eingriff des Abschnitts 36.2 für die Anlage eines Systems zur Vakuumversiegelung zum intendierten primären Wundverschluss gemäß Nr. 33 der Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses** 8,15 € 64 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Einweisung des Patienten in die Pumpenbedienung im zeitlichen Zusammenhang mit der Operation,
- Einstellen der Pumpe*,*

einmal am Behandlungstag

Die Gebührenordnungsposition 36401 ist nur bei Patienten berechnungsfähig, bei denen aufgrund wund- oder patientenspezifischer Risikofaktoren unter einer Standardwundbehandlung keine ausreichende Heilung zu erwarten ist.
Die Gebührenordnungsposition 36401 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02314 und 31401 berechnungsfähig.

36.3 Postoperative Überwachungskomplexe nach Erbringung der Leistungen des Abschnitts 36.2

36.3.1 Präambel

1. Haben an der Erbringung der Leistungen des Abschnitts 36.2, die nachfolgend eine Überwachung nach den Leistungen des Abschnitts 36.3 erforderlich machen oder an der Überwachung selbst mehrere Ärzte mitgewirkt, hat der die Gebührenordnungspositionen dieses Abschnittes abrechnende Arzt in einer der Quartalsabrechnung beizufügenden und von ihm unterzeichneten Erklärung zu bestätigen, dass er mit den anderen Ärzten eine schriftliche Vereinbarung darüber getroffen hat, wonach nur er allein in den jeweiligen Fällen diese Gebührenordnungspositionen berechnet. Die Vereinbarung ist der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung auf Anforderung nachzuweisen.
2. Neben den in diesem Abschnitt genannten Gebührenordnungspositionen können die Gebührenordnungspositionen 01510 bis 01512, 01520 bis 01522, 01530 und 01531, 01857, 01910, 01911, 02100, 02120, 02323, 04536, 32247, 34504 und 34505 nicht berechnet werden.
3. Die Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts sind nur einmalig im unmittelbaren Anschluss an die Erbringung einer Leistung des Abschnitts 36.2 berechnungsfähig.
4. Nach einem Simultaneingriff erfolgt die Abrechnung des relevanten höchstwertigsten Überwachungskomplexes.
5. Sofern die Erbringung einer Leistung aus dem Abschnitt 36.3 durch einen anderen Arzt erfolgt als die Erbringung der

Leistung aus den Abschnitten 36.2 oder 36.5, kann dieser neben der Gebührenordnungsposition aus 36.3 keine Grund- oder Versichertenpauschale berechnen.

36.3.2 Postoperative Überwachungskomplexe nach Erbringung einer Leistung des Abschnittes 36.2

36501 **Postoperative Überwachung** im Anschluss an Biopsien von Muskeln, Weichteilen und Nerven der Kategorie C1 (Nr. 36121) oder einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 36341 oder 36342 — 2,04 € / 16 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Kontrolle von Atmung, Kreislauf, Vigilanz,
- Abschlussuntersuchung(en)

Fakultativer Leistungsinhalt

- Infusionstherapie,
- akute Schmerztherapie, mit Ausnahme der Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 30.7,
- EKG-Monitoring

Die Gebührenordnungsposition 36501 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01500, 01501, 01910, 01911, 02100 und 05350 berechnungsfähig.

36502 **Postoperative Überwachung** im Anschluss an die Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 36101, 36111, 36121, 36131, 36141, 36221, 36231, 36241, 36271, 36281, 36301, 36321, 36331, 36350, 36371, 36372 oder 36373 (außer Biopsieleistungen der Kategorie C1) — 3,69 € / 29 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Kontrolle von Atmung, Kreislauf, Vigilanz,
- Abschlussuntersuchung(en)

Fakultativer Leistungsinhalt

- Infusionstherapie,
- akute Schmerztherapie, mit Ausnahme der Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 30.7,
- EKG-Monitoring

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 36502 für die postoperative Überwachung nach Durchführung einer intravitrealen Medikamenteneingabe gemäß den Gebührenordnungspositionen 36371 bis 36373 setzt eine ausführliche Begründung der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall voraus.
Die Gebührenordnungsposition 36502 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01500, 01501, 01910, 01911, 02100 und 05350 berechnungsfähig.

36503 **Postoperative Überwachung** im Anschluss an die Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 36102, 36112, 36122, 36132, 36142, 36151, 36152, 36161, 36162, 36171, — 7,39 € / 58 Punkte

36172, 36201, 36202, 36211, 36212, 36222, 36232, 36242, 36272, 36282, 36291, 36292, 36302, 36311, 36312, 36319, 36322, 36332 oder 36351

Obligater Leistungsinhalt

- Kontrolle von Atmung, Kreislauf, Vigilanz,
- Abschlussuntersuchung(en)

Fakultativer Leistungsinhalt

- Infusionstherapie,
- akute Schmerztherapie, mit Ausnahme der Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 30.7,
- EKG-Monitoring

Die Gebührenordnungsposition 36503 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01500, 01501, 01910, 01911, 02100 und 05350 berechnungsfähig.

36504 **Postoperative Überwachung** im Anschluss an die Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 36103, 36104, 36113, 36114, 36123, 36124, 36133, 36134, 36143, 36144, 36191, 36192, 36223, 36224, 36232, 36233, 36234, 36243, 36244, 36251, 36252, 36253, 36254, 36261, 36262, 36323, 36324, 36333, 36334, 36343 oder 36344

10,19 €
80 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Kontrolle von Atmung, Kreislauf, Vigilanz,
- Abschlussuntersuchung(en)

Fakultativer Leistungsinhalt

- Infusionstherapie,
- akute Schmerztherapie, mit Ausnahme der Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 30.7,
- EKG-Monitoring

Die Gebührenordnungsposition 36504 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01500, 01501, 01910, 01911, 02100 und 05350 berechnungsfähig.

36505 **Postoperative Überwachung** im Anschluss an die Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 36095, 36105, 36115, 36125, 36135, 36145, 36153, 36154, 36163, 36164, 36173, 36174, 36203, 36204, 36213, 36214, 36225, 36235, 36245, 36255, 36273, 36274, 36283, 36284, 36289, 36293, 36294, 36303, 36304, 36313, 36314, 36325, 36335 oder 36345

14,40 €
113 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Kontrolle von Atmung, Kreislauf, Vigilanz,
- Abschlussuntersuchung(en)

Fakultativer Leistungsinhalt

- Infusionstherapie,
- akute Schmerztherapie, mit Ausnahme der Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 30.7,

- EKG-Monitoring

Die Gebührenordnungsposition 36505 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01500, 01501, 01910, 01911, 02100 und 05350 berechnungsfähig.

36506 **Postoperative Überwachung** im Anschluss an die Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 36096, 36106, 36116, 36126, 36136, 36146, 36155, 36165, 36175, 36205, 36215, 36226, 36236, 36246, 36256, 36275, 36285, 36295, 36305, 36315, 36326, 36336 oder 36346 — 20,51 € / 161 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Kontrolle von Atmung, Kreislauf, Vigilanz,
- Abschlussuntersuchung(en)

Fakultativer Leistungsinhalt

- Infusionstherapie,
- akute Schmerztherapie, mit Ausnahme der Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 30.7,
- EKG-Monitoring

Die Gebührenordnungsposition 36506 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01500, 01501, 01910, 01911, 02100 und 05350 berechnungsfähig.

36507 **Postoperative Überwachung** im Anschluss an die Erbringung einer Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 36107, 36117, 36127, 36137, 36147, 36156, 36157, 36166, 36167, 36176, 36177, 36206, 36207, 36216, 36217, 36227, 36237, 36247, 36276, 36277, 36286, 36287, 36296, 36297, 36306, 36307, 36316, 36317, 36327, 36337 oder 36347 — 27,26 € / 214 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Kontrolle von Atmung, Kreislauf, Vigilanz,
- Abschlussuntersuchung(en)

Fakultativer Leistungsinhalt

- Infusionstherapie,
- akute Schmerztherapie, mit Ausnahme der Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 30.7,
- EKG-Monitoring

Die Gebührenordnungsposition 36507 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01500, 01501, 01910, 01911, 02100 und 05350 berechnungsfähig.

36.5 Anästhesien im Zusammenhang mit der Erbringung von Leistungen des Abschnitts 36.2

36.5.1 Präambel

1. Die Gebührenordnungspositionen des Abschnittes 36.5.2 können nur von dem die Gebührenordnungsposition des Abschnittes 36.2 abrechnenden Operateur erbracht werden.

2. Die Gebührenordnungspositionen des Abschnittes 36.5.3 können nur von Fachärzten für Anästhesie erbracht werden.
3. Fachärzte für Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte und Ärzte ohne Gebietsbezeichnung können - wenn sie im Wesentlichen anästhesiologische Leistungen erbringen - gemäß § 73 Abs. 1a SGB V auf deren Antrag die Genehmigung zur ausschließlichen Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung erhalten und Gebührenordnungspositionen des Abschnittes 36.5.3 berechnen. Nach Erhalt der Genehmigung können sie Gebührenordnungspositionen des Kapitels 3 nicht mehr berechnen.
4. Entsprechend Nr. 3 und Nr. 4 der Präambel zum Anhang 2 wird die Fortsetzung der Narkose durch die Abrechnung des Zuschlags nach der Gebührenordnungsposition 36828 berechnet. Abweichend hiervon ist die Fortsetzung einer Anästhesie und/oder Narkose bei einem Eingriff nach der Gebührenordnungsposition 36289 durch den Zuschlag nach der Gebührenordnungsposition 36829 berechnungsfähig.
5. Bei primärer Anwendung mehrerer Anästhesie- und/oder Narkoseverfahren nebeneinander ist nur die höchstbewertete Leistung berechnungsfähig, sofern die unterschiedlichen Verfahren die Analgesie in demselben Versorgungsgebiet zum Ziel haben.
6. Im Rahmen einer belegärztlichen Behandlung nach Abschnitt 36.2 können nur Narkosen des Abschnitts 36.5 berechnet werden. Narkosen oder Analgesien / Sedierungen aus den Abschnitten 5.3 und 31.5 sind nicht berechnungsfähig.

36.5.2 Regionalanästhesien durch den Operateur

36800 **Regionalanästhesie durch den Operateur**, der einen belegärztlichen Eingriff nach Abschnitt 36.2 erbringt — 32,62 € / 256 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Intravenöse regionale Anästhesie an einer Extremität (Blockade nach Bier)

und/oder

- Anästhesie des Plexus brachialis

und/oder

- Ischiofemorale Blockade (Blockade des Nervus ischiadicus und 3- in 1-Block),
- Überwachung und Dokumentation der Vitalparameter,
- Pulsoxymetrie,
- EKG-Monitoring,
- I.v.-Zugang

Fakultativer Leistungsinhalt

- Legen einer Blutleere,
- Infusion,
- Verabreichung von Analgetika/Sedativa

Die Gebührenordnungsposition 36800 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01220 bis 01222, 01500, 01501, 05350, 05360, 36840 und 36841 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 36800 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02100 bis 02102 berechnungsfähig.

36801 **Retrobulbäre und/oder parabulbäre und/oder peribulbäre Anästhesie durch den Operateur**, der einen belegärztlichen Eingriff der Kategorie U, V, W oder X entsprechend Anhang 2 erbringt — 13,38 € / 105 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Retrobulbäre und/oder parabulbäre und/oder peribulbäre Anästhesie,
- Pulsoxymetrie,
- Überwachung und Dokumentation der Vitalparameter

Fakultativer Leistungsinhalt

- Infusion(en),
- Verabreichung von Analgetika/Sedativa

Die Gebührenordnungsposition 36801 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01220 bis 01222, 01500, 01501, 05350, 05360 und 36821 bis 36827 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 36801 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02100 bis 02102 berechnungsfähig.

36802 **Tumeszenzlokalanästhesie durch den Operateur, der einen belegärztlichen Eingriff nach den Gebührenordnungspositionen 36095 und 36096 entsprechend Anhang 2 durchführt** — 206,27 € / 1619 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Tumeszenzlokalanästhesie der Haut und des subkutanen Fettgewebes,
- Überwachung und Dokumentation der Vitalparameter,
- Pulsoxymetrie,
- EKG-Monitoring,
- I.v.-Zugang

Fakultativer Leistungsinhalt

- Infusion(en),
- Verabreichung von Analgetika/Sedativa

Sofern die Gebührenordnungsposition 36802 neben den Gebührenordnungspositionen 36825 oder 36826 berechnet wird, ist ein Abschlag von 955 Punkten auf die Gebührenordnungsposition 36802 vorzunehmen. Die Prüfzeit wird entgegen der Nr. 1.7 der Allgemeinen Bestimmungen nicht angepasst.
Die Gebührenordnungsposition 36802 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01220 bis 01222, 01500, 01501, 05350, 05360 und 30710 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 36802 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02100 bis 02102 berechnungsfähig.

36.5.3 Anästhesien im Zusammenhang mit der Erbringung von Leistungen des Abschnitts 36.2

1. Die Berechnung von Anästhesien des Abschnitts 36.5.3 setzt voraus, dass ein anderer Vertragsarzt in diesem Zusammenhang eine Leistung des Abschnitts 36.2 erbringt und berechnet. Im Zusammenhang mit der Erbringung von Leistungen des Abschnitts 36.2 durch einen anderen Vertragsarzt können nur Anästhesien des Abschnitts 36.5.3, keine Anästhesien aus dem Kapitel 5 oder dem Abschnitt 31.5, berechnet werden.

36820 **Leitungsanästhesie eines Nerven oder Ganglions an der Schädelbasis** — 18,47 € / 145 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

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

Fakultativer Leistungsinhalt

- Retrobulbäre und/oder parabulbäre und/oder peribulbäre Anästhesie

Die Gebührenordnungsposition 36820 ist bei der Leitungsanästhesie der nervi occipitales oder auriculares nicht berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 36820 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01220 bis 01222, 01440, 01500, 01501, 01856, 01913, 02100 bis 02102, 02300 bis 02302, 02342, 05320, 05330, 05331, 05340, 05341, 05350, 05360, 30708 und 36821 bis 36829 berechnungsfähig.

36821 **Anästhesie und/oder Narkose**, im Rahmen der Durchführung von Leistungen entsprechend einer der Gebührenordnungspositionen 36101, 36111, 36121, 36131, 36141, 36151, 36161, 36171, 36191, 36201, 36211, 36221, 36231, 36241, 36251, 36261, 36271, 36281, 36291, 36301, 36311, 36321, 36331, 36341, 36371 bis 36373 einschließlich der prä- und postanästhesiologischen Rüstzeiten, mittels eines oder mehrerer der nachfolgend genannten Verfahren: — 73,26 € / 575 Punkte

- Plexusanästhesie

und/oder

- Spinal- und/oder Periduralanästhesie

und/oder

- Intravenöse regionale Anästhesie einer Extremität

und/oder

- Narkose mit Maske, Larynxmaske und/oder endotracheale Intubation einschließlich Kapnometrie

Obligater Leistungsinhalt

- Anästhesien oder Narkose

Fakultativer Leistungsinhalt

- Anästhesien nach der Nr. 05320,
- Kontrolle der Katheterlage durch Injektion eines Lokalanästhetikums,

- Legen einer Blutleere,
- Infusion(en) (Nr. 02100),
- Magenverweilsondeneinführung (Nr. 02320),
- Anlage suprapubischer Harnblasenkatheter (Nr. 02321),
- Wechsel/Entfernung suprapubischer Harnblasenkatheter (Nr. 02322),
- Wechsel/Legen transurethraler Dauerkatheter (Nr. 02323),
- arterielle Blutentnahme (Nr. 02330),
- Multigasmessung,
- Gesteuerte Blutdrucksenkung,
- Dokumentierte Überwachung bis zur Stabilisierung der Vitalfunktionen

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 36821 für die Anästhesie und/oder Narkose im Rahmen der Durchführung einer intravitrealen Medikamenteneingabe gemäß den Gebührenordnungspositionen 36371 bis 36373 setzt eine ausführliche Begründung der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall voraus.
Die Gebührenordnungsposition 36821 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01220 bis 01222, 01440, 01500, 01501, 01856, 01913, 02100 bis 02102, 02300 bis 02302, 02320 bis 02323, 02330, 02331, 02340 bis 02344, 05320, 05330, 05331, 05340, 05341, 05350, 05360, 30708, 36801, 36820, 36822 bis 36827, 36840 und 36841 berechnungsfähig.

36822 **Anästhesie und/oder Narkose**, im Rahmen der Durchführung von Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen 36102, 36112, 36122, 36132, 36142, 36152, 36162, 36172, 36192, 36202, 36212, 36222, 36232, 36242, 36252, 36262, 36272, 36282, 36292, 36302, 36312, 36319, 36322, 36332 oder 36342 einschließlich der prä- und postanästhesiologischen Rüstzeiten, mittels eines oder mehrerer der nachfolgend genannten Verfahren: 102,82 € 807 Punkte

- Plexusanästhesie

und/oder

- Spinal- und/oder Periduralanästhesie

und/oder

- Intravenöse regionale Anästhesie einer Extremität

und/oder

- Narkose mit Maske, Larynxmaske und/oder endotracheale Intubation einschließlich Kapnometrie

Obligater Leistungsinhalt

- Anästhesien oder Narkose

Fakultativer Leistungsinhalt

- Anästhesien nach der Nr. 05320,
- Kontrolle der Katheterlage durch Injektion eines Lokalanästhetikums,
- Legen einer Blutleere,
- Infusion(en) (Nr. 02100),
- Magenverweilsondeneinführung (Nr. 02320),
- Anlage suprapubischer Harnblasenkatheter (Nr. 02321),

- Wechsel/Entfernung suprapubischer Harnblasenkatheter (Nr. 02322),
- Wechsel/Legen transurethraler Dauerkatheter (Nr. 02323),
- arterielle Blutentnahme (Nr. 02330),
- Multigasmessung,
- Gesteuerte Blutdrucksenkung,
- Dokumentierte Überwachung bis zur Stabilisierung der Vitalfunktionen

Die Gebührenordnungsposition 36822 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01220 bis 01222, 01440, 01500, 01501, 01856, 01913, 02100 bis 02102, 02300 bis 02302, 02320 bis 02323, 02330, 02331, 02340 bis 02344, 05320, 05330, 05331, 05340, 05341, 05350, 05360, 30708, 36801, 36820, 36821, 36823 bis 36827, 36840 und 36841 berechnungsfähig.

36823 **Anästhesie und/oder Narkose**, im Rahmen der Durchführung von Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen 36103, 36113, 36123, 36133, 36143, 36153, 36163, 36173, 36193, 36203, 36213, 36223, 36233, 36243, 36253, 36263, 36273, 36283, 36289, 36293, 36303, 36313, 36323, 36333 oder 36343, einschließlich der prä- und postanästhesiologischen Rüstzeiten, mittels eines oder mehrerer der nachfolgend genannten Verfahren: 133,14 € 1045 Punkte

- Plexusanästhesie

und/oder

- Spinal- und/oder Periduralanästhesie

und/oder

- Intravenöse regionale Anästhesie einer Extremität

und/oder

- Narkose mit Maske, Larynxmaske und/oder endotracheale Intubation einschließlich Kapnometrie

Obligater Leistungsinhalt

- Anästhesien oder Narkose

Fakultativer Leistungsinhalt

- Anästhesien nach der Nr. 05320,
- Kontrolle der Katheterlage durch Injektion eines Lokalanästhetikums,
- Legen einer Blutleere,
- Infusion(en) (Nr. 02100),
- Magenverweilsondeneinführung (Nr. 02320),
- Anlage suprapubischer Harnblasenkatheter (Nr. 02321),
- Wechsel/Entfernung suprapubischer Harnblasenkatheter (Nr. 02322),
- Wechsel/Legen transurethraler Dauerkatheter (Nr. 02323),
- arterielle Blutentnahme (Nr. 02330),
- Multigasmessung,
- Gesteuerte Blutdrucksenkung,
- Dokumentierte Überwachung bis zur Stabilisierung der Vitalfunktionen

Die Gebührenordnungsposition 36823 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01220 bis 01222, 01440, 01500, 01501, 01856, 01913, 02100 bis 02102, 02300 bis 02302, 02320 bis 02323, 02330, 02331, 02340 bis 02344, 05320, 05330, 05331, 05340, 05341, 05350, 05360, 30708, 36801, 36820 bis 36822, 36824 bis 36827, 36840 und 36841 berechnungsfähig.

36824 **Anästhesie und/oder Narkose**, im Rahmen der Durchführung von Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen 36104, 36114, 36124, 36134, 36144, 36154, 36164, 36174, 36194, 36204, 36214, 36224, 36234, 36244, 36254, 36264, 36274, 36284, 36294, 36304, 36314, 36324, 36334 oder 36344, einschließlich der prä- und postanästhesiologischen Rüstzeiten, mittels eines oder mehrerer der nachfolgend genannten Verfahren: 163,08 € 1280 Punkte

- Plexusanästhesie

und/oder

- Spinal- und/oder Periduralanästhesie

und/oder

- Intravenöse regionale Anästhesie einer Extremität

und/oder

- Narkose mit Maske, Larynxmaske und/oder endotracheale Intubation einschließlich Kapnometrie

Obligater Leistungsinhalt

- Anästhesien oder Narkose

Fakultativer Leistungsinhalt

- Anästhesien nach der Nr. 05320,
- Kontrolle der Katheterlage durch Injektion eines Lokalanästhetikums,
- Legen einer Blutleere,
- Infusion(en) (Nr. 02100),
- Magenverweilsondeneinführung (Nr. 02320),
- Anlage suprapubischer Harnblasenkatheter (Nr. 02321),
- Wechsel/Entfernung suprapubischer Harnblasenkatheter (Nr. 02322),
- Wechsel/Legen transurethraler Dauerkatheter (Nr. 02323),
- arterielle Blutentnahme (Nr. 02330),
- Multigasmessung,
- Gesteuerte Blutdrucksenkung,
- Dokumentierte Überwachung bis zur Stabilisierung der Vitalfunktionen

Die Gebührenordnungsposition 36824 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01220 bis 01222, 01440, 01500, 01501, 01856, 01913, 02100 bis 02102, 02300 bis 02302, 02320 bis 02323, 02330, 02331, 02340 bis 02344, 05320, 05330, 05331, 05340, 05341, 05350, 05360, 30708, 36801, 36820 bis 36823, 36825 bis 36827, 36840 und 36841 berechnungsfähig.

36825 **Anästhesie und/oder Narkose**, im Rahmen der Durchführung von Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen 36095, 223,08 € 1751 Punkte

36105, 36115, 36125, 36135, 36145, 36155, 36165, 36175, 36195, 36205, 36215, 36225, 36235, 36245, 36255, 36265, 36275, 36285, 36295, 36305, 36315, 36325, 36335 oder 36345, einschließlich der prä- und postanästhesiologischen Rüstzeiten, mittels eines oder mehrerer der nachfolgend genannten Verfahren:
- Plexusanästhesie

und/oder
- Spinal- und/oder Periduralanästhesie

und/oder
- Intravenöse regionale Anästhesie einer Extremität

und/oder
- Narkose mit Maske, Larynxmaske und/oder endotracheale Intubation einschließlich Kapnometrie

Obligater Leistungsinhalt
- Anästhesien oder Narkose

Fakultativer Leistungsinhalt
- Anästhesien nach der Nr. 05320,
- Kontrolle der Katheterlage durch Injektion eines Lokalanästhetikums,
- Legen einer Blutleere,
- Infusion(en) (Nr. 02100),
- Magenverweilsondeneinführung (Nr. 02320),
- Anlage suprapubischer Harnblasenkatheter (Nr. 02321),
- Wechsel/Entfernung suprapubischer Harnblasenkatheter (Nr. 02322),
- Wechsel/Legen transurethraler Dauerkatheter (Nr. 02323),
- arterielle Blutentnahme (Nr. 02330),
- Multigasmessung,
- Gesteuerte Blutdrucksenkung,
- Dokumentierte Überwachung bis zur Stabilisierung der Vitalfunktionen

Die Gebührenordnungsposition 36825 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01220 bis 01222, 01440, 01500, 01501, 01856, 01913, 02100 bis 02102, 02300 bis 02302, 02320 bis 02323, 02330, 02331, 02340 bis 02344, 05320, 05330, 05331, 05340, 05341, 05350, 05360, 30708, 36801, 36820 bis 36824, 36826, 36827, 36840 und 36841 berechnungsfähig.

36826 **Anästhesie und/oder Narkose**, im Rahmen der Durchführung von Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen 36096, 36106, 36116, 36126, 36136, 36146, 36156, 36166, 36176, 36196, 36206, 36216, 36226, 36236, 36246, 36256, 36266, 36276, 36286, 36296, 36306, 36316, 36326, 36336 oder 36346 einschließlich der prä- und postanästhesiologischen Rüstzeiten, mittels eines oder mehrerer der nachfolgend genannten Verfahren: 270,86 € 2126 Punkte
- Plexusanästhesie

und/oder
- Spinal- und/oder Periduralanästhesie

und/oder
- Intravenöse regionale Anästhesie einer Extremität

und/oder
- Narkose mit Maske, Larynxmaske und/oder endotracheale Intubation einschließlich Kapnometrie

Obligater Leistungsinhalt
- Anästhesien oder Narkose

Fakultativer Leistungsinhalt
- Anästhesien nach der Nr. 05320,
- Kontrolle der Katheterlage durch Injektion eines Lokalanästhetikums,
- Legen einer Blutleere,
- Infusion(en) (Nr. 02100),
- Magenverweilsondeneinführung (Nr. 02320),
- Anlage suprapubischer Harnblasenkatheter (Nr. 02321),
- Wechsel/Entfernung suprapubischer Harnblasenkatheter (Nr. 02322),
- Wechsel/Legen transurethraler Dauerkatheter (Nr. 02323),
- arterielle Blutentnahme (Nr. 02330),
- Multigasmessung,
- Gesteuerte Blutdrucksenkung,
- Dokumentierte Überwachung bis zur Stabilisierung der Vitalfunktionen

Die Gebührenordnungsposition 36826 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01220 bis 01222, 01440, 01500, 01501, 01856, 01913, 02100 bis 02102, 02300 bis 02302, 02320 bis 02323, 02330, 02331, 02340 bis 02344, 05320, 05330, 05331, 05340, 05341, 05350, 05360, 30708, 36801, 36820 bis 36825, 36827, 36840 und 36841 berechnungsfähig.

36827 **Anästhesie und/oder Narkose**, im Rahmen der Durchführung von Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen 36107, 36117, 36127, 36137, 36147, 36157, 36167, 36177, 36197, 36207, 36217, 36227, 36237, 36247, 36257, 36267, 36277, 36287, 36297, 36307, 36317, 36327, 36337 oder 36347, einschließlich der prä- und postanästhesiologischen Rüstzeiten, mittels eines oder mehrerer der nachfolgend genannten Verfahren: 283,09 € 2222 Punkte
- Plexusanästhesie

und/oder
- Spinal- und/oder Periduralanästhesie

und/oder
- Intravenöse regionale Anästhesie einer Extremität

und/oder
- Narkose mit Maske, Larynxmaske und/oder endotracheale Intubation einschließlich Kapnometrie

Obligater Leistungsinhalt
- Anästhesien oder Narkose

Fakultativer Leistungsinhalt
- Anästhesien nach der Nr. 05320,
- Kontrolle der Katheterlage durch Injektion eines Lokalanästhetikums,
- Legen einer Blutleere,

- Infusion(en) (Nr. 02100),
- Magenverweilsondeneinführung (Nr. 02320),
- Anlage suprapubischer Harnblasenkatheter (Nr. 02321),
- Wechsel/Entfernung suprapubischer Harnblasenkatheter (Nr. 02322),
- Wechsel/Legen transurethraler Dauerkatheter (Nr. 02323),
- arterielle Blutentnahme (Nr. 02330),
- Multigasmessung,
- Gesteuerte Blutdrucksenkung,
- Dokumentierte Überwachung bis zur Stabilisierung der Vitalfunktionen

Die Gebührenordnungsposition 36827 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01220 bis 01222, 01440, 01500, 01501, 01856, 01913, 02100 bis 02102, 02300 bis 02302, 02320 bis 02323, 02330, 02331, 02340 bis 02344, 05320, 05330, 05331, 05340, 05341, 05350, 05360, 30708, 36801, 36820 bis 36826, 36840 und 36841 berechnungsfähig.

36828 **Zuschlag** zu den Gebührenordnungspositionen 36821 bis 36826 bei Simultaneingriffen sowie zu der Gebührenordnungsposition 36827 **bei Fortsetzung einer Anästhesie und/oder Narkose** für jeweils vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit — 29,94 € / 235 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Fortsetzung der Narkose für jeweils vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit,
- Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit durch das OP- und/oder Narkoseprotokoll,

je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit

Die Gebührenordnungsposition 36828 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01220 bis 01222, 01440, 01500, 01501, 01856, 01913, 02100 bis 02102, 02300 bis 02302, 02320 bis 02323, 02330, 02331, 02340 bis 02344, 05320, 05330, 05331, 05340, 05341, 05350, 05360, 30708, 36820, 36840 und 36841 berechnungsfähig.

36829 **Zuschlag** zur Gebührenordnungsposition 36823 **bei Fortsetzung einer Anästhesie und/oder Narkose** für jeweils vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit bei Verlängerung eines Eingriffs nach der Gebührenordnungsposition 36289 entsprechend dem Zuschlag nach der Gebührenordnungsposition 36290 — 29,94 € / 235 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Fortsetzung der Narkose für jeweils 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit,
- Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit durch das OP- und/oder Narkoseprotokoll,

je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit

Die Gebührenordnungsposition 36829 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01220 bis 01222, 01440, 01500, 01501, 01856, 01913, 02100 bis 02102, 02300 bis 02302, 02320 bis 02323,

02330, 02331, 02340 bis 02344, 05320, 05330, 05331, 05340, 05341, 05350, 05360, 30708 und 36820 berechnungsfähig.

36840 **Patientenadaptiertes Narkosemanagement** im Zusammenhang mit einem operativen Eingriff nach der Gebührenordnungsposition 36350 — 36,95 € / 290 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Präanäasthesiologische Untersuchung (Nr. 05310),
- Einleitung und Unterhaltung einer Analgesie und/oder Sedierung einschließlich der Verabreichung von Analgetika und/oder Sedativa

und/oder

- Narkose als Kombination Analgetikum/Sedativum mit Atemwegsmanagement (z. B. mit Maske und/oder endotrachealer Intubation) einschließlich prä- und postanästhesiologischer Rüstzeiten

und/oder

- Überwachung der Vitalfunktionen (Stand-By) unter ständiger persönlicher Anwesenheit des Arztes,
- Pulsoxymetrie,
- Kontinuierliches EKG-Monitoring,
- Intravenöser Zugang

Fakultativer Leistungsinhalt

- Infusion(en) (Nr. 02100),
- Legen einer Magenverweilsonde (Nr. 02320),
- Anlage eines suprapubischen Harnblasenkatheters (Nr. 02321),
- Wechsel/Entfernung eines suprapubischen Harnblasenkatheters (Nr. 02322),
- Wechsel/Legen eines transurethralen Dauerkatheters (Nr. 02323),
- Arterielle Blutentnahme(n) (Nr. 02330),
- Multigasmessung(en),
- Blutdrucksteuerung,
- Dokumentierte Überwachung bis zur Stabilisierung der Vitalfunktionen

Abweichend von Nr. 5 der Präambel 36.5.1 kann die Gebührenordnungsposition 36840 neben der Gebührenordnungsposition 36801 oder 36820 berechnet werden.
Die Gebührenordnungsposition 36840 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01220 bis 01222, 01440, 01500, 01501, 01856, 01857, 01913, 02100 bis 02102, 02300 bis 02302, 02320 bis 02323, 02330, 02331, 02340 bis 02344, 05320, 05330, 05331, 05340, 05341, 05350, 05360, 05361, 05370, 05371, 30708, 30710, 30712, 30720 bis 30724, 30730, 30731, 30740, 30751, 30760, 31540, 36800, 36821 bis 36828 und 36841 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 36840 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 05310 berechnungsfähig.

36841 **Patientenadaptiertes Narkosemanagement** im Zusammenhang mit einem operativen Eingriff nach der Gebührenordnungsposition 36351 — 60,90 € / 478 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Präanästhesiologische Untersuchung (Nr. 05310),
- Einleitung und Unterhaltung einer Analgesie und/oder Sedierung einschließlich der Verabreichung von Analgetika und/oder Sedativa

und/oder

- Narkose als Kombination Analgetikum/Sedativum mit Atemwegsmanagement (z. B. mit Maske und/oder endotrachealer Intubation) einschließlich prä- und postanästhesiologischer Rüstzeiten

und/oder

- Überwachung der Vitalfunktionen (Stand-By) unter ständiger persönlicher Anwesenheit des Arztes,
- Pulsoxymetrie,
- Kontinuierliches EKG-Monitoring,
- Intravenöser Zugang

Fakultativer Leistungsinhalt

- Infusion(en) (Nr. 02100),
- Legen einer Magenverweilsonde (Nr. 02320),
- Anlage eines suprapubischen Harnblasenkatheters (Nr. 02321),
- Wechsel/Entfernung eines suprapubischen Harnblasenkatheters (Nr. 02322),
- Wechsel/Legen eines transurethralen Dauerkatheters (Nr.02323),
- Arterielle Blutentnahme(n) (Nr.02330),
- Multigasmessung(en),
- Blutdrucksteuerung,
- Dokumentierte Überwachung bis zur Stabilisierung der Vitalfunktionen

Abweichend von Nr. 5 der Präambel 36.5.1 kann die Gebührenordnungsposition 36841 neben der Gebührenordnungsposition 36801 oder 36820 berechnet werden.
Die Gebührenordnungsposition 36841 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01220 bis 01222, 01440, 01500, 01501, 01856, 01857, 01913, 02100 bis 02102, 02300 bis 02302, 02320 bis 02323, 02330, 02331, 02340 bis 02344, 05320, 05330, 05331, 05340, 05341, 05350, 05360, 05361, 05370, 05371, 30708, 30710, 30712, 30720 bis 30724, 30730, 30731, 30740, 30751, 30760, 31540, 36800, 36821 bis 36828 und 36840 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 36841 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 05310 berechnungsfähig.

36.6 Belegärztlich konservativer Bereich

36.6.1 Präambel

1. Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 36.6 ist, dass die notwendigen sachlichen und personellen Bedingungen erfüllt sind und der Vertragsarzt von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Regionalkassen und den Verbänden der Ersatzkassen eine Anerkennung als Belegarzt erhalten hat.
2. Sind mehrere Ärzte an der Erbringung einer Leistung des Abschnitts 36.6 beteiligt, hat der die Gebührenordnungspositionen dieses

Abschnittes abrechnende Arzt in einer der Quartalsabrechnung beizufügenden und von ihm unterzeichneten Erklärung zu bestätigen, dass er mit den anderen Ärzten eine Vereinbarung darüber getroffen hat, wonach nur er allein in den jeweiligen Fällen diese Gebührenordnungspositionen berechnet.

3. Die Gebührenordnungspositionen 13300, 13545, 13650, 13652 und 13678 sind im belegärztlichen Behandlungsfall nicht berechnungsfähig. Entgegen 2.1.3 der Allgemeinen Bestimmungen sind stattdessen die in den obligaten bzw. fakultativen Leistungsinhalten genannten Teilleistungen jeweils gesondert, ggf. mehrfach berechnungsfähig. Entgegen der Beschränkung der Erbringung von Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 13.2.2.3 auf Definitionsaufträge sind die Gebührenordnungspositionen 13251 bis 13255 und 13257 im kurativ-stationären (belegärztlichen) Behandlungsfall für die unter 36.6.3 Nr. 1 und 2 genannten Vertragsärzte auch ohne Definitionsauftrag bis zu zweimal im Behandlungsfall berechnungsfähig. Regionale Regelungen bleiben hiervon unberührt.
4. Während eines stationären Aufenthaltes kann bei Vorliegen der entsprechenden Voraussetzungen entweder die Gebührenordnungsposition 36861 je Behandlungstag (max. 10 mal) oder die Gebührenordnungsposition 36867 berechnet werden. Die Berechnung beider Gebührenordnungspositionen während eines stationären Aufenthaltes ist nicht möglich.

36.6.2 Konservativ-belegärztliche Strukturpauschalen

36861	**Strukturpauschale** bei der Behandlung eines Patienten entsprechend der Bestimmungen der Präambel 36.1 Nr. 2 **bei einer Verweildauer von bis zu 13 Tagen,** je Behandlungstag, höchstens 10 mal während eines stationären Aufenthaltes	10,57 € 83 Punkte
36867	**Strukturpauschale** bei der Behandlung eines Patienten entsprechend der Bestimmungen der Präambel 36.1 Nr. 2 **bei einer Verweildauer von mehr als 13 Tagen,** einmal je stationärem Aufenthalt	138,36 € 1086 Punkte

36.6.3 Nicht operativ - belegärztliche Gebührenordnungspositionen

1. Die Gebührenordnungsposition 36881 kann - unter Berücksichtigung von 1.3 der Allgemeinen Bestimmungen - nur von Fachärzten für Innere Medizin mit Schwerpunkt Pneumologie und Lungenärzten berechnet werden. Die Gebührenordnungsposition 36881 kann - unter Berücksichtigung von 1.3 der Allgemeinen Bestimmungen - auch von Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin nach Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung berechnet werden, sofern zusätzlich zu den Weiterbildungszeiten des Facharztes für Kinder- und Jugendmedizin eine mindestens 24-monatige Weiterbildung

in einer weiterbildungsbefugten Ausbildungsstätte im Bereich der Kinderpneumologie erfolgt ist.
2. Die Gebührenordnungsposition 36882 kann - unter Berücksichtigung von 1.3 der Allgemeinen Bestimmungen - nur von Fachärzten für Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie berechnet werden. Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit dem Schwerpunkt Kinderkardiologie können die Gebührenordnungsposition 36882 ebenfalls berechnen.
3. Die Gebührenordnungspositionen 36881 und 36883 können darüber hinaus von allen in der Präambel 13.1 Nr. 1 aufgeführten Vertragsärzten nach Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung berechnet werden.

36881 **Pneumologischer Komplex** / Bodyplethysmographie 28,16 €
221 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Ganzkörperplethasmographische Lungenfunktionsdiagnostik mit grafischer(-en) Registrierung(en)

Fakultativer Leistungsinhalt

- Bestimmung des Atemwegwiderstandes (Resistance) mittels Oszillations- oder Verschlussdruckmethode und fortlaufender grafischer Registrierung bei Kindern bis zum vollendeten 6. Lebensjahr

und/oder

- Bestimmung(en) der Diffusionskapazität in Ruhe und/oder unter physikalisch definierter und reproduzierbarer Belastung

und/oder

- Bestimmung(en) der Lungendehnbarkeit (Compliance) mittels Ösophaguskatheter,
- Bestimmung(en) des intrathorakalen Gasvolumens,
- Applikation(en) von broncholytisch wirksamen Substanzen,
- Bestimmung(en) der prozentualen Sauerstoffsättigung im Blut (Oxymetrie),
- Spirographische Untersuchung(en) mit Darstellung der Flussvolumenkurve und in- und exspiratorischer Messung,
- Druckmessung an der Lunge mittels P0 I und Pmax und grafischer Registrierung,
- Bestimmung des Atemwegswiderstandes (Resistance) mittels Oszillations- oder Verschlussdruckmethode und fortlaufender graphischer Registrierung bei Kindern ab dem 7. Lebensjahr, Jugendlichen und Erwachsenen,
- Bestimmung von Hämoglobin(en) (z. B. Met-Hb, CO-Hb) mittels des für die Oxymetrie bzw. für die Blutgasanalyse eingesetzten Geräts,
- Bestimmung(en) des Residualvolumens mittels Fremdgasmethode

Die Gebührenordnungsposition 36881 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02330 und 36884 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 36881 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 04411, 04413 bis 04416, 04419, 04420, 04511 bis 04520, 04524, 04536, 04537, 04550, 04551, 04560 bis 04562, 04564 bis 04566, 04572, 04573, 04580, 13210 bis 13212, 13300,

13301, 13310, 13311, 13350, 13360, 13400 bis 13402, 13410 bis 13414, 13416, 13421 bis 13426, 13430, 13431, 13435, 13437, 13439, 13500 bis 13502, 13505, 13507, 13545, 13551, 13560, 13561, 13571, 13573 bis 13576, 13583, 13584, 13586, 13600 bis 13602, 13610 bis 13612, 13620 bis 13622, 13661, 13677, 13678, 13700 und 13701 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 13.2.2 berechnungsfähig.

36882 **Kardiologischer Komplex / Untersuchung mittels Einschwemmkatheter** 47,27 € 371 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Untersuchung mittels Einschwemmkatheter
  - in Ruhe

  und/oder
  - während und nach physikalisch definierter und reproduzierbarer Belastung

Fakultativer Leistungsinhalt

- Laufbandergometrie(n),
- Intraluminale Messung(en) des Arteriendrucks oder des zentralen Venendrucks,
- Messung(en) von Herzzeitvolumen und/oder Kreislaufzeiten,
- Applikationen der Testsubstanz(en)

Die Gebührenordnungsposition 36882 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02100 bis 02102, 02300 bis 02302, 02330 und 02331 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 36882 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 04410, 04411, 04413 bis 04416, 04419, 04420, 04441 bis 04443, 04511 bis 04520, 04524, 04532, 04534 bis 04537, 04550, 04551, 04560 bis 04562, 04564 bis 04566, 04572, 04573, 04580, 13210 bis 13212, 13310, 13311, 13545, 13551, 13560, 13561, 13571, 13573 bis 13576, 13583, 13584, 13586, 13651, 13652, 13660 bis 13664, 13670, 13675, 13677, 13678 und 30500 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 13.2.2, 13.3.2, 13.3.3, 13.3.4, 13.3.6 und 13.3.8 berechnungsfähig.

36883 Zuschlag zu den Gebührenordnungsposition 33070 bis 33073 für die Laufband-Ergometrie 7,77 € 61 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Laufbandergometrie zur Objektivierung der Gehfähigkeit unter fortlaufender Monitorkontrolle

Fakultativer Leistungsinhalt

- Bestimmung des Dopplerdruckindex nach Belastung,
- Kaltluftprovokation

Die Gebührenordnungsposition 36883 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 04410, 04411, 04413 bis 04416, 04419, 04420, 04441 bis 04443, 04511 bis 04520, 04524, 04532, 04534 bis 04537, 04550, 04551, 04560 bis 04562, 04564 bis 04566, 04572, 04573, 04580, 13210 bis 13212, 13300, 13301, 13310, 13311,

13350, 13360, 13400 bis 13402, 13410 bis 13414, 13416, 13421 bis 13426, 13430, 13431, 13435, 13437, 13439, 13500 bis 13502, 13505, 13507, 13545, 13551, 13560, 13561, 13571, 13573 bis 13576, 13583, 13584, 13586, 13600 bis 13602, 13610 bis 13612, 13620 bis 13622, 13651, 13660 bis 13664, 13670, 13677, 13678, 13700 und 13701 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 13.2.2 berechnungsfähig.

36884 **Bestimmung des Säurebasenhaushalts und Blutgasanalyse** 7,64 €
60 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Bestimmung des Säurebasenhaushalts und des Gasdrucks im Blut (Blutgasanalyse)
  - in Ruhe

  und/oder
  - unter definierter und reproduzierbarer Belastung

  und/oder
  - unter Sauerstoffinsufflation

Die Gebührenordnungsposition 36884 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01500, 01501, 01857, 04536, 05350, 05372, 13256, 32247, 36881 und 37705 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 36884 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 04536, 04560 bis 04562, 04564 bis 04566, 04572, 04573, 04580, 13210 bis 13212, 13350, 13600 bis 13602, 13610 bis 13612, 13620 bis 13622, 13652, 13661 und 13678 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 13.2.2 berechnungsfähig.

37 Versorgung gemäß Anlage 27 und 30 zum BMV-Ä, der Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V, der KSVPsych-RL, der KJ-KSVPsych-RL, der AKI-RL und der LongCOV-RL

37.2 Kooperations- und Koordinationsleistungen gemäß Anlage 27 zum BMV-Ä

1. Die Gebührenordnungspositionen 37100, 37102, 37113 und 37120 können nur von
   - Fachärzten für Allgemeinmedizin,
   - Fachärzten für Innere und Allgemeinmedizin,
   - Praktischen Ärzten,
   - Ärzten ohne Gebietsbezeichnung,
   - Fachärzten für Innere Medizin ohne Schwerpunktbezeichnung, die gegenüber dem Zulassungsausschuss ihre Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung gemäß § 73 Abs. 1a SGB V erklärt haben,
   - Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin,
   - Fachärzten für Augenheilkunde,
   - Fachärzten für Chirurgie,

- Fachärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe,
- Fachärzten für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde,
- Fachärzten für Haut- und Geschlechtskrankheiten,
- Fachärzten für Innere Medizin mit und ohne Schwerpunkt, die gegenüber dem Zulassungsausschuss ihre Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung erklärt haben,
- Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
- Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie,
- Fachärzten für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie,
- Fachärzten für Neurologie,
- Fachärzten für Nervenheilkunde,
- Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie,
- Fachärzten für Neurochirurgie,
- Fachärzten für Orthopädie,
- Fachärzten für Orthopädie und Unfallchirurgie,
- Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie,
- Fachärzten für Urologie,
- Fachärzten für Physikalische und Rehabilitative Medizin,
- Vertragsärzten mit Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie

  berechnet werden, die im Zusammenhang mit der Betreuung von Patienten in stationären Pflegeeinrichtungen eine Kooperation gemäß einem Kooperationsvertrag nach § 119b SGB V, der die Anforderungen der Anlage 27 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) erfüllt, gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung nachweisen.

2. Die Gebührenordnungsposition 37105 kann nur von
   - Fachärzten für Allgemeinmedizin,
   - Fachärzten für Innere und Allgemeinmedizin,
   - Praktischen Ärzten,
   - Ärzten ohne Gebietsbezeichnung,
   - Fachärzten für Innere Medizin ohne Schwerpunktbezeichnung, die gegenüber dem Zulassungsausschuss ihre Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung gemäß § 73 Abs. 1a SGB V erklärt haben,
   - Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin,
   - Fachärzten für Neurologie,
   - Fachärzten für Nervenheilkunde,
   - Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie,
   - Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie

     berechnet werden, die im Zusammenhang mit der Betreuung von Patienten in stationären Pflegeeinrichtungen eine Kooperation gemäß einem Kooperationsvertrag nach § 119b SGB V, der die Anforderungen der Anlage 27 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) erfüllt, gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung nachweisen.
3. Die Gebührenordnungspositionen dieses Abschnittes können von Ärzten gemäß Bestimmung Nr. 1 und Nr. 2 nur bei Patienten

berechnet werden, die in einem Pflegeheim betreut werden, mit dem ein Kooperationsvertrag nach § 119b SGB V besteht, der die Anforderungen der Anlage 27 zum BMV-Ä erfüllt.

37100 **Zuschlag zur Versichertenpauschale oder Grundpauschale für die Betreuung von Patienten** gemäß Bestimmung Nr. 3 zum Abschnitt 37.2 und gemäß Anlage 27 zum BMV-Ä — 15,93 € / 125 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher-Arzt-Patienten-Kontakt,
- Betreuung eines Patienten einer stationären Pflegeeinrichtung,
- Kooperation mit weiteren Ärzten, die an der Versorgung gemäß einem Kooperationsvertrag nach § 119b SGB V teilnehmen sowie einbezogenen Pflegefachkräften,

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 37100 ist höchstens zweimal im Krankheitsfall berechnungsfähig.
Abweichend von Nr. 4.4.2 der Allgemeinen Bestimmungen und der Leistungslegende ist der Zuschlag nach der Gebührenordnungsposition 37100 im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03100 auch ohne Berechnung der Grundleistung nach der Gebührenordnungsposition 03100 berechnungsfähig, sofern im aktuellen Quartal ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden hat.
Die Gebührenordnungsposition 37100 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03100 und 37802 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 37100 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 37102, 37105, 37302, 37305, 37306, 37320 und 37711 berechnungsfähig.

37102 **Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 01410 oder 01413 für die Betreuung von Patienten** gemäß Bestimmung Nr. 3 zum Abschnitt 37.2 und gemäß Anlage 27 zum BMV-Ä — 15,93 € / 125 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher-Arzt-Patienten-Kontakt,
- Betreuung eines Patienten einer stationären Pflegeeinrichtung,
- Kooperation mit weiteren Ärzten, die an der Versorgung gemäß einem Kooperationsvertrag nach § 119b SGB V teilnehmen sowie einbezogenen Pflegefachkräften,

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 37102 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03100 und 37802 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 37102 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 37100, 37105, 37302, 37305, 37306, 37320 und 37711 berechnungsfähig.

37105 **Zuschlag zur Versichertenpauschale oder Grundpauschale für den koordinierenden Vertragsarzt** gemäß Anlage 27 zum BMV-Ä — 35,04 € / 275 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Koordination von diagnostischen, therapeutischen und rehabilitativen Maßnahmen und der pflegerischen Versorgung in der stationären Pflegeeinrichtung mit weiteren Ärzten, die an der Versorgung gemäß einem Kooperationsvertrag nach § 119b SGB V teilnehmen sowie einbezogenen Pflegefachkräften,
- Steuerung des multiprofessionellen Behandlungsprozesses,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Koordination der Regelungen zur Einbeziehung des vertragsärztlichen Bereitschaftsdienstes und Koordination der telefonischen Erreichbarkeit, ggf. unter Einbeziehung des vertragsärztlichen Bereitschaftsdienstes,

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 37105 kann nur von einem an der Behandlung beteiligten Vertragsarzt berechnet werden. Hierüber ist eine schriftliche Vereinbarung mit den anderen kooperierenden Vertragsärzten zu treffen.
Abweichend von Nr. 4.4.2 der Allgemeinen Bestimmungen und der Leistungslegende ist der Zuschlag nach der Gebührenordnungsposition 37105 im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03100 auch ohne Berechnung der Grundleistung nach der Gebührenordnungsposition 03100 berechnungsfähig, sofern im aktuellen Quartal ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt oder ein Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä stattgefunden hat.
Die Gebührenordnungsposition 37105 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03100 und 37802 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 37105 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 37100, 37102, 37302, 37305, 37306, 37320 und 37711 berechnungsfähig.

37113 **Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 01413 für den Besuch eines Patienten in einem Pflegeheim, mit dem ein Kooperationsvertrag nach § 119b SGB V besteht**, der die Anforderungen der Anlage 27 zum BMV-Ä erfüllt — 13,50 € / 106 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 37113 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03100 und 37802 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 37113 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 37302, 37305, 37306, 37320 und 37711 berechnungsfähig.

37120 **Fallkonferenz gemäß Anlage 27 zum BMV-Ä** — 10,96 € / 86 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Patientenorientierte Fallbesprechung mit der Pflegeeinrichtung unter Beteiligung der notwendigen ärztlichen Fachdisziplinen und/oder weiterer komplementärer Berufe sowie mit Pflegekräften des

Pflegeheimes, mit dem ein Kooperationsvertrag für den Versicherten besteht

Die Gebührenordnungsposition 37120 ist höchstens dreimal im Krankheitsfall berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 37120 ist auch bei einer telefonischen Fallkonferenz berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 37120 ist auch bei Durchführung der Fallkonferenz als Videofallkonferenz berechnungsfähig. Für die Abrechnung gelten die Anforderungen gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä entsprechend.
Die Gebührenordnungsposition 37120 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01442, 01443, 03100, 37400, 37720, 37802 und 37804 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 37120 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 37302, 37305, 37306, 37320 und 37711 berechnungsfähig.

37.3 Besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung gemäß Anlage 30 zum BMV-Ä

1. Die Gebührenordnungspositionen 37300, 37302, 37317 und 37318 können nur von Vertragsärzten berechnet werden, die über eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung verfügen. Die Genehmigung wird erteilt, wenn die Voraussetzungen gemäß Anlage 30 zum BMV-Ä erfüllt sind.
2. Die Gebührenordnungspositionen 37305, 37306 und 37320 sind von allen Vertragsärzten berechnungsfähig, die an der Versorgung eines Patienten gemäß der Bestimmung Nr. 4 beteiligt sind.
3. Die Gebührenordnungsposition 37314 ist nur von Vertragsärzten mit der Zusatzbezeichnung Palliativmedizin berechnungsfähig.
4. Die Gebührenordnungspositionen dieses Abschnittes sind nur für die Behandlung von Patienten gemäß § 2 der Anlage 30 zum BMV-Ä berechnungsfähig. Die Versorgung in der Häuslichkeit im Sinne der Leistungen dieses Abschnittes umfasst auch Pflege-, Hospizeinrichtungen sowie beschützende Wohnheime bzw. Einrichtungen.
5. Der grundsätzliche Anspruch eines Patienten auf eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) im Sinne des § 37b SGB V wird durch das Erbringen der Gebührenordnungspositionen dieses Abschnittes nicht berührt.
6. Die Leistungen dieses Abschnittes sind nicht berechnungsfähig, wenn nach Kenntnis des teilnehmenden Arztes der behandelte Patient zeitgleich Leistungen im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung - mit Ausnahme der Beratungsleistung - gemäß § 37b SGB V i.V.m. § 132d Abs. 1 SGB V erhält. Der Arzt ist verpflichtet, sich zu erkundigen, ob für den Patienten eine SAPV genehmigt wurde und stattfindet.

37300	**Palliativmedizinische Ersterhebung des Patientenstatus inkl. Behandlungspläne gemäß § 5 Abs. 1 der Anlage 30 zum BMV-Ä**	49,94 € 392 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher-Arzt-Patienten-Kontakt,
- Untersuchung des körperlichen und psychischen Zustandes des Patienten,
- Ersterhebung der individuellen palliativen Bedarfe des Patienten im Rahmen eines standardisierten palliativmedizinischen Assessments in mindestens 5 Bereichen,
- Erstellung und/oder Aktualisierung eines schriftlichen und allen Beteiligten zugänglichen
  - Therapieplanes

  und/oder
  - qualifizierten Schmerztherapieplanes

  und
  - Notfallplanes (z. B. nach „P A L M A“)

  in Zusammenarbeit mit beteiligten Ärzten,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Beratung und Aufklärung über die Möglichkeiten der Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung,
- Beratung und Aufklärung des Patienten und/oder der betreuenden Person zur Ermittlung des Patientenwillens und ggf. Erfassung des Patientenwillens,
- ggf. weitere, notwendige Verlaufserhebungen,

einmal im Krankheitsfall

Die Gebührenordnungsposition 37300 kann nur von einem an der Behandlung beteiligten Vertragsarzt berechnet werden.
Die Gebührenordnungsposition 37300 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03100, 03220, 03230, 03360, 03362, 04220, 04230, 04231, 16220, 16230, 16231, 16233, 21220, 21230, 21231 und 21233 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 37300 ist im Krankheitsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03370 und 04370 berechnungsfähig.

37302 **Zuschlag zur Versicherten- oder Grundpauschale oder zu der Gebührenordnungsposition 25210, 25211 oder 25214 für den koordinierenden Vertragsarzt gemäß § 4 Abs. 1 Satz 1 der Anlage 30 zum BMV-Ä** — 35,04 € / 275 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Koordination diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen,
- Koordination der palliativmedizinischen und -pflegerischen Versorgung durch Einbezug von und Zusammenarbeit mit anderen an der Versorgung des Patienten Beteiligten,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Palliativmedizinische Betreuung des Patienten in der Arztpraxis (z. B. Schmerztherapie, Symptomkontrolle),

- Beratung und Aufklärung über die Möglichkeiten der Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und/oder Betreuungsverfügung,
- Konsiliarische Erörterung mit einem mitbehandelnden Vertragsarzt und/oder einem Vertragsarzt mit der Zusatzbezeichnung Palliativmedizin,
- Anleitung und Beratung der Betreuungs- und Bezugspersonen,

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 37302 kann nur von einem an der Behandlung beteiligten Vertragsarzt berechnet werden.
Abweichend von Nr. 4.4.2 der Allgemeinen Bestimmungen und der Leistungslegende ist der Zuschlag nach der Gebührenordnungsposition 37302 im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03100 auch ohne Berechnung der Grundleistung nach der Gebührenordnungsposition 03100 berechnungsfähig, sofern im aktuellen Quartal ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden hat.
Die Gebührenordnungsposition 37302 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03100, 03220, 03230, 03360, 03362, 04220, 04230, 04231, 16220, 16230, 16231, 16233, 21220, 21230, 21231 und 21233 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 37302 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03371, 04371, 37711 und 37802 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 37.2 berechnungsfähig.

37305 **Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 01410 und 01413 für die besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung eines Patienten gemäß Anlage 30 zum BMV-Ä in der Häuslichkeit** — 15,80 € / 124 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Dauer mindestens 15 Minuten,
- Palliativmedizinische Betreuung des Patienten (z. B. Schmerztherapie, Symptomkontrolle),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Anleitung und Beratung der Betreuungs- und Bezugspersonen,

je vollendete 15 Minuten

Der Höchstwert für die Gebührenordnungsposition 37305 beträgt am Behandlungstag 744 Punkte.
Die Gebührenordnungsposition 37305 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03100, 03220, 03230, 03360, 03362, 03371 bis 03373, 04220, 04230, 04231, 04371 bis 04373, 37306, 37314 und 37400 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 37305 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 37.2 berechnungsfähig.

37306 **Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 01411, 01412 und 01415 für die besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung eines Patienten gemäß Anlage 30 zum BMV-Ä in der Häuslichkeit** — 15,80 € / 124 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Palliativmedizinische Betreuung des Patienten (z. B. Schmerztherapie, Symptomkontrolle),

je Besuch

Die Gebührenordnungsposition 37306 ist für Besuche im Rahmen des organisierten Not(-fall)dienstes, für Besuche im Rahmen der Notfallversorgung durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser sowie für dringende Visiten auf der Belegstation nicht berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 37306 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01100 bis 01102, 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 03100, 03220, 03230, 03360, 03362, 03371 bis 03373, 04220, 04230, 04231, 04371 bis 04373, 37305, 37314 und 37400 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 37306 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 37.2 berechnungsfähig.

37314 **Pauschale für die konsiliarische Erörterung und Beurteilung komplexer medizinischer Fragestellungen durch einen konsiliarisch tätigen Arzt mit der Zusatzweiterbildung Palliativmedizin im Rahmen der besonders qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung eines Patienten gemäß Anlage 30 zum BMV-Ä,** — 13,50 € / 106 Punkte

einmal im Behandlungsfall

Kommt in demselben Arztfall eine Versicherten-, Grund- und/oder Konsiliarpauschale zur Abrechnung, ist die Gebührenordnungsposition 37314 nicht berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 37314 ist im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03100 durch den Vertragsarzt, der die Gebührenordnungsposition 03100 berechnet hat, für denselben Patienten nicht berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 37314 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 37305 und 37306 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 37314 ist am Behandlungstag nicht neben der Gebührenordnungsposition 37714 berechnungsfähig.

37317 **Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 37302 für die Erreichbarkeit und Besuchsbereitschaft in kritischen Phasen** — 181,55 € / 1425 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Vorhaltung einer telefonischen Erreichbarkeit des koordinierenden Arztes für den Patienten und/oder die Angehörigen und/oder

die Pflegekräfte und/oder den ärztlichen Bereitschaftsdienst und einer Besuchsbereitschaft außerhalb der Sprechstundenzeiten, an Samstagen, Sonntagen, gesetzlichen Feiertagen und am 24.12. und 31.12. in Abstimmung zwischen dem Arzt und dem Patienten und/oder den Angehörigen und ggf. weiterer Beteiligter in kritischen Phasen, die nicht über die Maßnahmen des qualifizierten Schmerztherapie-, Therapie- und/oder Notfallplans zu beheben sind,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Koordination der palliativmedizinischen und -pflegerischen Versorgung durch Einbezug von und Zusammenarbeit mit anderen an der Versorgung des Patienten Beteiligten in kritischen Phasen,

einmal im Krankheitsfall

Die Gebührenordnungsposition 37317 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 03100 berechnungsfähig.

37318 **Telefonische Beratung von mindestens 5 Minuten Dauer im Rahmen der besonders qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung gemäß Anlage 30 zum BMV-Ä bei Inanspruchnahme zwischen 19:00 und 7:00 Uhr und ganztägig an Samstagen, Sonntagen, gesetzlichen Feiertagen und am 24.12. und 31.12.** 27,14 € 213 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Telefonischer Kontakt des Arztes mit
  - dem Pflegepersonal

  oder
  - dem ärztlichen Bereitschaftsdienst

  oder
  - den Angehörigen des Patienten

  oder
  - dem Krankenhaus,

je Telefonat

Die Gebührenordnungsposition 37318 ist höchstens siebenmal im Behandlungsfall berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 37318 ist entgegen der Allgemeinen Bestimmung 4.3.1 im Behandlungsfall auch neben Versicherten- und/oder Grundpauschalen berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 37318 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03100 und 37400 berechnungsfähig.

37320 **Fallkonferenz gemäß Anlage 30 zum BMV-Ä** 10,96 € 86 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Patientenorientierte Fallbesprechung unter Beteiligung der notwendigen ärztlichen Fachdisziplinen und/oder weiterer komplementärer Berufe sowie mit Pflegekräften bzw. Angehörigen, die an der Versorgung des Patienten beteiligt sind

Die Gebührenordnungsposition 37320 ist höchstens fünfmal im Krankheitsfall berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 37320 ist auch bei einer telefonischen Fallkonferenz berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 37320 ist auch bei Durchführung der Fallkonferenz als Videofallkonferenz, berechnungsfähig. Für die Abrechnung gelten die Anforderungen gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä entsprechend.
Die Gebührenordnungsposition 37320 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01442, 01443, 03100, 37400, 37720 und 37804 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 37320 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 30706 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 37.2 berechnungsfähig.

37.4 Versorgungsplanung gemäß der Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V

1. Die Gebührenordnungsposition 37400 kann nur von Vertragsärzten berechnet werden, die eine Versorgungsplanung gemäß einer Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V in vollstationären Pflegeheimen sowie Einrichtungen der Eingliederungshilfe für von einem Berater betreuten Patienten durchführen und dies gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung nachweisen.
2. Die Gebührenordnungsposition 37400 kann nur bei Patienten berechnet werden, die durch einen Berater gemäß der Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V in einem Pflegeheim oder einer Einrichtung der Eingliederungshilfe betreut werden.

37400 **Zusatzpauschale für die Beteiligung an der Beratung eines Patienten in Zusammenarbeit mit dem Berater gemäß der Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V** — 12,74 € / 100 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Teilnahme an einem vom verantwortlichen Berater durchgeführten patientenorientierten Beratungsgespräch gemäß der Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V

und/oder

- Teilnahme an einer vom verantwortlichen Berater durchgeführten patientenorientierten Fallbesprechung gemäß der Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V

und/oder

- Abstimmung der schriftlichen Patientenverfügung für Notfallsituationen gemäß § 9 Abs. 3 der Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V in Zusammenarbeit mit dem verantwortlichen Berater

Fakultativer Leistungsinhalt

- In mehreren Sitzungen,
- Zusammenarbeit und Informationsaustausch gemäß § 11 Abs. 1 der Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V mit dem verantwortlichen Berater,

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 37400 ist auch berechnungsfähig, wenn die Teilnahme am patientenorientierten Beratungsgespräch gemäß der Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V telefonisch erfolgt.
Die Gebührenordnungsposition 37400 ist auch bei Durchführung der Fallbesprechung als Videofallkonferenz berechnungsfähig. Für die Abrechnung gelten die Anforderungen gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä entsprechend.
Die Gebührenordnungsposition 37400 kann nur von einem an der Beratung beteiligten Vertragsarzt berechnet werden.
Die Gebührenordnungsposition 37400 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01442, 01443, 03100, 03371 bis 03373, 04371 bis 04373, 37120, 37305, 37306, 37318, 37320, 37720 und 37804 berechnungsfähig.

37.5 Gebührenordnungspositionen gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit einem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KSVPsych-RL)

1. Die Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts können ausschließlich von Vertragsärzten bzw. -psychotherapeuten, die gemäß § 3 Absatz 1 KSVPsych-RL zur Teilnahme an der Versorgung nach der KSVPsych-RL berechtigt sind, berechnet werden. Dabei muss dem entsprechenden Netzverbund eine Genehmigung gemäß § 3 Absatz 9 KSVPsych-RL der Kassenärztlichen Vereinigung vorliegen.
2. Die Gebührenordnungsposition 37510 kann ausschließlich von
   - Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie,
   - Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,
   - Fachärzten für Nervenheilkunde,
   - Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie

   berechnet werden.
3. Die Gebührenordnungspositionen 37500, 37520, 37525, 37530 und 37535 können ausschließlich von
   - Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie,
   - Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,
   - Fachärzten für Nervenheilkunde,
   - Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie,
   - ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten,
   - Fachpsychotherapeuten für Erwachsene

   berechnet werden.
4. Die Gebührenordnungspositionen 37520, 37525, 37530, 37535, 37551, 37556 und 37570 können ausschließlich durch den Bezugsarzt oder den Bezugspsychotherapeuten gemäß KSVPsych-RL berechnet werden.
5. Die Gebührenordnungspositionen 37510 und 37520 können nur berechnet werden, wenn in dem aktuellen Quartal oder dem Quartal, das der Berechnung unmittelbar vorausgeht, die Gebührenordnungsposition 37500 berechnet wurde.

37500 **Eingangssprechstunde** 30,07 €
236 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Prüfung der Voraussetzungen nach § 2 der KSVPsych-RL zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie,
- Beratung und/oder Erörterung,
- Einzelbehandlung,
- Dauer mindestens 15 Minuten,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Verweis auf Möglichkeiten und Hilfeangebote von Einrichtungen außerhalb des SGB V,

je vollendete 15 Minuten

Die Gebührenordnungsposition 37500 ist höchstens viermal im Krankheitsfall berechnungsfähig.
Bei der Nebeneinanderberechnung der Gebührenordnungspositionen 35151 und 37500 ist eine mindestens 15 Minuten längere Arzt-Patienten-Kontaktzeit als in der Gebührenordnungsposition 35151 angegeben Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 37500.
Die Gebührenordnungsposition 37500 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218 und 03100 berechnungsfähig.

37510 **Differentialdiagnostische Abklärung gemäß § 8 der KSVPsych-RL** 29,43 €
231 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Differentialdiagnostische Abklärung des Krankheitsbildes als Einzelbehandlung,
- Erhebung möglicher somatischer Komorbiditäten und ggf. Veranlassung weiterer, notwendiger somatischer Diagnostik,
- Abklärung des individuellen Behandlungsbedarfes und Empfehlungen über die weitere Behandlung,
- Dauer mindestens 15 Minuten,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Verweis auf Möglichkeiten und Hilfeangebote von Einrichtungen außerhalb des SGB V,

je vollendete 15 Minuten

Die Gebührenordnungsposition 37510 ist höchstens viermal im Krankheitsfall berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 37510 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218 und 03100 berechnungsfähig.

37520 **Erstellen eines Gesamtbehandlungsplans gemäß § 9 der KSVPsych-RL,** 57,08 €
448 Punkte

einmal im Krankheitsfall

Die Gebührenordnungsposition 37520 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 03100 berechnungsfähig.

37525 **Zusatzpauschale für Leistungen des Bezugsarztes oder des Bezugspsychotherapeuten** 57,33 € 450 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Dokumentierte Überprüfung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplanes,
- Fachlicher Austausch und Abstimmung mit den an der Behandlung Beteiligten als zentrale Ansprechperson für die Versorgung,
- Initiierung von Fallbesprechungen nach § 6 Abs. 1 Nr. 10 der KSVPsych-RL,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Veranlassung von erforderlichen Behandlungsmaßnahmen, ggf. auch (teil-)stationäre oder stationsäquivalente sowie somatische Behandlungen,
- Halbjährliche Überprüfung der Voraussetzungen nach § 2 der KSVPsych-RL zur weiteren Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie,

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 37525 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03100 und 21232 berechnungsfähig.

37530 **Koordination der Versorgung nach § 10 der KSVPsych-RL durch eine nichtärztliche Person gemäß § 5 Abs. 2 der KSVPsych-RL** 73,51 € 577 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Sicherstellung der Vernetzung der an der Versorgung des Patienten nach der KSVPsych-RL beteiligten Berufsgruppen,
- Nachhalten der Umsetzung des Gesamtbehandlungsplans,
- Vereinbarung von Terminen bei den an der Versorgung des Patienten beteiligten Berufsgruppen,
- Erarbeitung eines individuellen Rückmeldesystems mit dem Patienten,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Regelmäßiger telefonischer oder persönlicher Kontakt mit dem Patienten und Hinwirken auf Termintreue,
- Führen von Gesprächen im Lebensumfeld des Patienten,
- Kontaktaufnahme und Austausch zur Anbahnung von weiteren Leistungen und Hilfen für den Patienten,

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 37530 ist eine Leistung, die vom Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeuten an eine nichtärztliche Person gemäß § 5 der KSVPsych-RL übertragen wird.
Die Gebührenordnungsposition 37530 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 03100 berechnungsfähig.

37535 **Aufsuchen eines Patienten im häuslichen Umfeld durch eine nichtärztliche Person gemäß § 5 Absatz 2 der KSVPsych-RL** 21,15 € 166 Punkte

im Rahmen der Koordination der Versorgung gemäß § 10 der KSVPsych-RL

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Patienten-Kontakt durch die nichtärztliche koordinierende Person gemäß § 5 Absatz 2 der KSVPsych-RL,
- Aufsuchen eines Patienten zum Zweck der Versorgung im häuslichen Umfeld,

je Sitzung

Die Gebührenordnungsposition 37535 ist höchstens dreimal im Behandlungsfall berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 37535 ist eine Leistung, die vom Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeuten an eine nichtärztliche Person gemäß § 5 der KSVPsych-RL übertragen wird.
Die Gebührenordnungsposition 37535 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03062, 03063, 03100, 38100 und 38105 berechnungsfähig.

37550 **Fallbesprechung gemäß § 6 KSVPsych-RL** 16,31 €
128 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Patientenorientierte Fallbesprechung gemäß § 6 KSVPsych-RL unter Einbeziehung an der Versorgung des jeweiligen Patienten beteiligter Berufsgruppen,

je vollendete 10 Minuten

Die Gebührenordnungsposition 37550 ist höchstens viermal im Behandlungsfall berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 37550 ist auch bei einer telefonischen Fallbesprechung berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 37550 ist auch bei Durchführung der Fallbesprechung als Videofallbesprechung berechnungsfähig. Für die Abrechnung gelten die Anforderungen gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä entsprechend.
Die Gebührenordnungsposition 37550 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03100 und 37650 berechnungsfähig.

37551 **Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 37550 bei Teilnahme eines oder mehrerer nichtärztlicher bzw. nichtpsychotherapeutischer Teilnehmer, die nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen und nach § 3 Abs. 3 KSVPsych-RL an der Behandlung beteiligt sind,** 16,31 €
128 Punkte

je vollendete 10 Minuten

Die Gebührenordnungsposition 37551 ist höchstens viermal im Behandlungsfall berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 37551 kann ausschließlich durch den Bezugsarzt oder den Bezugspsychotherapeuten gemäß KSVPsych-RL berechnet werden.

Die erzielte Vergütung gemäß der Gebührenordnungsposition 37551 ist durch den Bezugsarzt bzw. den Bezugspsychotherapeuten an die entsprechenden nichtärztlichen bzw. nichtpsychotherapeutischen Teilnehmer nach § 3 Abs. 3 KSVPsych-RL zu verteilen.
Die Gebührenordnungsposition 37551 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 03100 berechnungsfähig.

37555 **Teilnahme an einer SGB-übergreifenden Hilfekonferenz gemäß § 8 Abs. 3 Satz 5 der KSVPsych-RL,** 16,31 € 128 Punkte

je vollendete 10 Minuten

Die Gebührenordnungsposition 37555 ist höchstens viermal im Krankheitsfall berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 37555 ist auch bei einer telefonischen Fallbesprechung berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 37555 ist auch bei Durchführung der Fallbesprechung als Videofallbesprechung berechnungsfähig. Für die Abrechnung gelten die Anforderungen gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä entsprechend.
Die Gebührenordnungsposition 37555 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 03100 berechnungsfähig.

37556 **Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 37555 bei Teilnahme eines oder mehrerer nichtärztlicher bzw. nichtpsychotherapeutischer Teilnehmer, die nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen und nach § 3 Abs. 3 der KSVPsych-RL an der Behandlung beteiligt sind,** 16,31 € 128 Punkte

je vollendete 10 Minuten

Die Gebührenordnungsposition 37556 ist höchstens viermal im Krankheitsfall berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 37556 kann ausschließlich durch den Bezugsarzt oder den Bezugspsychotherapeuten gemäß KSVPsych-RL berechnet werden.
Die erzielte Vergütung gemäß der Gebührenordnungsposition 37556 ist durch den Bezugsarzt bzw. den Bezugspsychotherapeuten an die entsprechenden nichtärztlichen bzw. nichtpsychotherapeutischen Teilnehmer nach § 3 Abs. 3 KSVPsych-RL zu verteilen.
Die Gebührenordnungsposition 37556 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 03100 berechnungsfähig.

37570 **Zusatzpauschale für zusätzliche Organisations- und Managementaufgaben sowie technische Aufwände im Rahmen eines Netzverbundes,** 25,48 € 200 Punkte

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 37570 kann ausschließlich durch den Bezugsarzt oder den Bezugspsychotherapeuten gemäß KSVPsych-RL berechnet werden.

Die Gebührenordnungsposition 37570 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 03100 berechnungsfähig.

37.6 Gebührenordnungspositionen gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Kinder und Jugendliche (KJ-KSVPsych-RL)

1. Die Gebührenordnungspositionen 37600, 37610, 37620, 37625, 37626, 37630, 37635, 37651, 37655 und 37656 können ausschließlich von Vertragsärzten bzw. -psychotherapeuten berechnet werden, die gemäß § 4 Abs. 1 der KJ-KSVPsych-RL zur Teilnahme an der Versorgung nach der KJ-KSVPsych-RL berechtigt sind:
   - Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie,
   - Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und Fachpsychotherapeuten für Kinder und Jugendliche,
   - Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin, Nervenheilkunde, Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie mit mindestens zweijähriger Weiterbildung im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie gemäß § 4 Abs. 1 Nr. 3 der KJ-KSVPsych-RL,
   - Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie mit mindestens zweijähriger Erfahrung in der Behandlung von schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen (insbesondere im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie) gemäß § 4 Abs. 1 Nr. 3 der KJKSVPsych-RL,
   - Psychologischen Psychotherapeuten mit der fachlichen Befähigung zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen gemäß § 4 Abs. 1 Nr. 4 der KJ-KSVPsych-RL,
   - Ärztlichen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit der fachlichen Befähigung zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen gemäß § 4 Abs. 1 Nr. 4 der KJ-KSVPsych-RL.

   Voraussetzung für die Teilnahmeberechtigung ist die Erklärung nach § 4 Abs. 2 der KJ-KSVPsych-RL gegenüber der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung.
2. Die Gebührenordnungspositionen 37620, 37625, 37626, 37630, 37635, 37651 und 37656 können ausschließlich durch den Bezugsarzt oder den Bezugspsychotherapeuten gemäß KJ-KSVPsych-RL berechnet werden.
3. Die Gebührenordnungspositionen 37610 und 37620 können nur berechnet werden, wenn in dem aktuellen Quartal oder dem Quartal, das der Berechnung unmittelbar vorausgeht, die Gebührenordnungsposition 37600 berechnet wurde.
4. Die Gebührenordnungsposition 37650 kann nur von
   - Fachärzten für Allgemeinmedizin,
   - Fachärzten für Innere und Allgemeinmedizin,
   - Praktischen Ärzten,
   - Ärzten ohne Gebietsbezeichnung,
   - Fachärzten für Innere Medizin ohne Schwerpunktbezeichnung,

   die gegenüber dem Zulassungsausschuss ihre Teilnahme an der

hausärztlichen Versorgung gemäß § 73 Abs. 1a SGB V erklärt haben,
- Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin,
- Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie,
- Fachärzten für Neurologie,
- Fachärzten für Nervenheilkunde,
- Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie,
- Fachärzten für Neurochirurgie,
- Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie,
- Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,
- Ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeuten,
- Fachpsychotherapeuten für Erwachsene,
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (ausschließlich für die Behandlung von Patienten bis zum vollendeten 21. Lebensjahr bzw. bei Patienten, deren Behandlung vor Vollendung des 21. Lebensjahres begonnen wurde),
- Fachpsychotherapeuten für Kinder und Jugendliche

berechnet werden.

5. Bei einer Versorgung im Rahmen der Vereinbarung gemäß § 85 Absatz 2 Satz 4 und § 43a SGB V über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Sozialpsychiatrie-Vereinbarung), ist eine Versorgung nach der KJ-KSVPsych-RL ausgeschlossen.

37600 **Eingangssprechstunde gemäß § 7 Abs. 2 und § 9 Abs. 1 der KJ-KSVPsych-RL** 30,07 € / 236 Punkte

Obligater Leistungsinhalt
- Prüfung der Voraussetzungen nach § 2 der KJ-KSVPsych-RL zur Teilnahme an der Versorgung nach dieser Richtlinie,
- Abstimmung der vorgesehenen Leistungen mit den bereits erfolgenden Behandlungsmaßnahmen,
- Beratung und/oder Erörterung,
- Einzelbehandlung,
- Dauer mindestens 15 Minuten,

Fakultativer Leistungsinhalt
- Einbeziehung von relevanten Bezugspersonen,
- Verweis auf Hilfen für relevante Bezugspersonen,

je vollendete 15 Minuten

Die Gebührenordnungsposition 37600 ist höchstens sechsmal im Krankheitsfall, davon bis zu dreimal auch mit relevanten Bezugspersonen ohne Anwesenheit des Patienten, berechnungsfähig.
Bei der Nebeneinanderberechnung der Gebührenordnungspositionen 35151 und 37600 ist eine mindestens 15 Minuten längere Arzt-Patienten-Kontaktzeit als in der Gebührenordnungsposition 35151 angegeben Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 37600.

Die Gebührenordnungsposition 37600 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218 und 03100 berechnungsfähig.

37610 **Differentialdiagnostische Abklärung gemäß § 9 Abs. 1 der KJ-KSVPsych-RL** 29,43 € 231 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Differentialdiagnostische Abklärung des Krankheitsbildes als Einzelbehandlung,
- Abklärung des individuellen Behandlungsbedarfes und Empfehlungen über die weitere Behandlung,
- Dauer mindestens 15 Minuten,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Einbeziehung von relevanten Bezugspersonen,
- Verweis auf Hilfen für relevante Bezugspersonen,

je vollendete 15 Minuten

Die Gebührenordnungsposition 37610 ist höchstens sechsmal im Krankheitsfall, davon bis zu dreimal auch mit relevanten Bezugspersonen ohne Anwesenheit des Patienten, berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 37610 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218 und 03100 berechnungsfähig.

37620 **Erstellen eines Gesamtbehandlungsplans gemäß § 10 der KJ-KSVPsych-RL,** 57,08 € 448 Punkte

einmal im Krankheitsfall

Ab einer Größe des patientenindividuellen zentralen und erweiterten Teams gemäß § 4 KJ-KSVPsych-RL von mindestens fünf Leistungserbringern und Akteuren gemäß § 4 Abs. 1, 5 und 6 der KJ-KSVPsych-RL wird die Gebührenordnungsposition 37620 mit 627 Punkten bewertet. In diesem Fall muss der abrechnende Arzt die Leistungserbringer und Akteure dokumentieren. Die Dokumentation ist mit der Abrechnung mittels einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung nachzuweisen.
Die Gebührenordnungsposition 37620 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 03100 berechnungsfähig.

37625 **Zusatzpauschale für Leistungen des Bezugsarztes oder des Bezugspsychotherapeuten** 57,33 € 450 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Dokumentierte Überprüfung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplanes unter alters- und entwicklungsentsprechender Beteiligung des Patienten sowie Einbeziehung der Sorgeberechtigten,
- Kooperation und Abstimmung mit den an der Behandlung Beteiligten als zentraler Ansprechpartner für die Versorgung,

- Initiierung von Fallbesprechungen nach § 7 Abs. 2 Nr. 5 der KJ-KSVPsych-RL,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Veranlassung von erforderlichen Behandlungsmaßnahmen, ggf. auch (teil-) stationäre oder stationsäquivalente sowie somatische Behandlungen,
- Halbjährliche Überprüfung der Voraussetzungen für eine Versorgung nach dieser Richtlinie nach § 7 Abs. 2 Nr. 4 Buchstabe c der KJ-KSVPsych-RL,

einmal im Behandlungsfall

Ab einer Größe des patientenindividuellen zentralen und erweiterten Teams gemäß § 4 KJ-KSVPsych-RL von mindestens fünf Leistungserbringern und Akteuren gemäß § 4 Abs. 1, 5 und 6 der KJ-KSVPsych-RL wird die Gebührenordnungsposition 37625 mit 630 Punkten bewertet. In diesem Fall muss der abrechnende Arzt die Leistungserbringer und Akteure dokumentieren. Die Dokumentation ist mit der Abrechnung mittels einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung nachzuweisen.
Die Gebührenordnungsposition 37625 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03100, 14240 und 21232 berechnungsfähig.

37626 **Zuschlag im Zusammenhang mit der Gebührenordnungsposition 37625 für Leistungen im Rahmen der Transition gemäß § 3 der KJ-KSVPsych-RL** — 29,56 € / 232 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Feststellung des Transitionsbedarfs,
- Abstimmung und Festlegung von Maßnahmen für die Überleitung in den Erwachsenenbereich,
- gemeinsame Behandlungsplanung mit dem für den Erwachsenenbereich zuständigen Arzt oder Psychotherapeuten,
- Dokumentierte Überprüfung der Transitionsmaßnahmen

Fakultativer Leistungsinhalt

- Einbeziehung neuer Beteiligter außerhalb des bisherigen Zentralen und/oder Erweiterten Teams,
- Initiierung von Fallbesprechungen gemäß § 3 Abs. 2 Nr. 3 und 4 der KJ-KSVPsych-RL,
- Patientenbezogener strukturierter Austausch und Abstimmung mit den Netzverbünden der Erwachsenenversorgung nach KSVPsych-RL,
- Überprüfung und Anpassung des Gesamtbehandlungsplans gemäß § 10 der KJ-KSVPsych-RL in Bezug auf die festgelegten Maßnahmen

Die Gebührenordnungsposition 37626 ist einmal, mit medizinischer Begründung zweimal im Krankheitsfall berechnungsfähig. Die Gebührenordnungsposition 37626 kann nur in den letzten vier Quartalen vor einer Überleitung in die Erwachsenenversorgung berechnet werden.

Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 37626 ist die Durchführung von mindestens einer Fallbesprechung nach der Gebührenordnungsposition 37650 mit dem für den Erwachsenenbereich zuständigen Arzt oder Psychotherapeuten in den letzten vier Quartalen vor einer Überleitung in die Erwachsenenversorgung.
Die Gebührenordnungsposition 37626 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 03100 berechnungsfähig.

37630 **Koordination der Versorgung nach § 7 Abs. 2 Nr. 3 der KJ-KSVPsych-RL durch eine nichtärztliche Person gemäß § 6 Abs. 2 der KJ-KSVPsych-RL** 73,51 € 577 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Nachhalten der Umsetzung des Gesamtbehandlungsplans,
- Vereinbarung von Terminen bei Leistungserbringern für den Patienten auf Basis des Gesamtbehandlungsplans,
- Erarbeitung eines individuellen Rückmeldesystems mit dem Patienten,
- Organisation und Durchführung von Netzwerkarbeit mit den relevanten Bezugspersonen sowie Einbindung von für die Behandlung relevanten Einrichtungen der Sozialgesetzbücher,
- Organisation von interdisziplinären Fallbesprechungen,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Regelmäßiger telefonischer oder persönlicher Kontakt mit dem Patienten oder den Sorgeberechtigten und das Hinwirken auf Termintreue,
- Führen von Gesprächen im Lebensumfeld des Patienten sowie die Einbeziehung von relevanten Bezugspersonen,

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 37630 ist eine Leistung, die vom Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeuten an eine nichtärztliche Person gemäß § 6 Abs. 2 der KJ-KSVPsych-RL übertragen wird.
Ab einer Größe des patientenindividuellen zentralen und erweiterten Teams gemäß § 4 KJ-KSVPsych-RL von mindestens fünf Leistungserbringern und Akteuren gemäß § 4 Abs. 1, 5 und 6 der KJ-KSVPsych-RL wird die Gebührenordnungsposition 37630 mit 808 Punkten bewertet. In diesem Fall muss der abrechnende Arzt die Leistungserbringer und Akteure dokumentieren. Die Dokumentation ist mit der Abrechnung mittels einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung nachzuweisen.
Die Gebührenordnungsposition 37630 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 03100 berechnungsfähig.

37635 **Aufsuchen eines Patienten im häuslichen Umfeld durch eine nichtärztliche Person gemäß § 6 Abs. 2 der KJ-KSVPsych-RL im Rahmen der Koordination der Versorgung gemäß § 7 Abs. 2 Nr. 3 Buchstabe e der KJ-KSVPsych-RL** 21,15 € 166 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Patienten-Kontakt durch die nichtärztliche koordinierende Person gemäß § 6 Abs. 2 der KJ-KSVPsych-RL,

je Sitzung

Die Gebührenordnungsposition 37635 ist höchstens fünfmal im Behandlungsfall berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 37635 ist eine Leistung, die vom Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeuten an eine nichtärztliche Person gemäß § 6 der KJ-KSVPsych-RL übertragen wird.
Die Gebührenordnungsposition 37635 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03062, 03063, 03100, 38100 und 38105 berechnungsfähig.

37650 **Patientenorientierte Fallbesprechung gemäß § 7 Abs. 2 Nr. 5 Buchstabe a und b und/oder § 3 Abs. 2 Nr. 3 und 4 der KJ-KSVPsych-RL,** 16,31 € 128 Punkte

je vollendete 10 Minuten

Die Gebührenordnungsposition 37650 ist höchstens achtmal im Behandlungsfall berechnungsfähig.
Im Rahmen des laufenden Transitionsprozesses ist die Gebührenordnungsposition 37650 für Fallbesprechungen gemäß § 3 Abs. 2 der KJ-KSVPsych-RL auch nach Beendigung der Versorgung gemäß der KJ-KSVPsych-RL berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 37650 ist auch bei einer telefonischen Fallbesprechung berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 37650 ist auch bei Durchführung der Fallbesprechung als Videofallbesprechung berechnungsfähig. Für die Abrechnung gelten die Anforderungen gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä entsprechend.
Die Gebührenordnungsposition 37650 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03100 und 37550 berechnungsfähig.

37651 **Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 37650 bei Teilnahme eines oder mehrerer nichtärztlicher bzw. nichtpsychotherapeutischer Teilnehmer, die nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen und nach § 4 Abs. 5 der KJ-KSVPsych-RL einbezogen werden,** 16,31 € 128 Punkte

je vollendete 10 Minuten

Die Gebührenordnungsposition 37651 ist höchstens achtmal im Behandlungsfall berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 37651 kann ausschließlich durch den Bezugsarzt oder den Bezugspsychotherapeuten gemäß KJ-KSVPsychRL berechnet werden.
Die erzielte Vergütung gemäß der Gebührenordnungsposition 37651 ist durch den Bezugsarzt bzw. den Bezugspsychotherapeuten an die entsprechenden nichtärztlichen bzw. nichtpsychotherapeutischen Teilnehmer nach § 4 Abs. 5 der KJ- KSVPsych-RL zu verteilen.

Die Gebührenordnungsposition 37651 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 03100 berechnungsfähig.

37655 **Teilnahme an einer SGB-übergreifenden Hilfekonferenz gemäß § 7 Abs. 2 Nr. 5 Buchstabe c der KJ-KSVPsych-RL,** 16,31 € 128 Punkte

je vollendete 10 Minuten

Die Gebührenordnungsposition 37655 ist höchstens achtmal im Krankheitsfall berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 37655 ist auch bei einer telefonischen Fallbesprechung berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 37655 ist auch bei Durchführung der Fallbesprechung als Videofallbesprechung berechnungsfähig. Für die Abrechnung gelten die Anforderungen gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä entsprechend.
Die Gebührenordnungsposition 37655 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 03100 berechnungsfähig.

37656 **Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 37655 bei Teilnahme eines oder mehrerer nichtärztlicher bzw. nichtpsychotherapeutischer Teilnehmer, die nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen und nach § 4 Abs. 5 der KJ-KSVPsych-RL an der Behandlung beteiligt sind,** 16,31 € 128 Punkte

je vollendete 10 Minuten

Die Gebührenordnungsposition 37656 ist höchstens achtmal im Krankheitsfall berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 37656 kann ausschließlich durch den Bezugsarzt oder den Bezugspsychotherapeuten gemäß KJ-KSVPsych-RL berechnet werden.
Die erzielte Vergütung gemäß der Gebührenordnungsposition 37656 ist durch den Bezugsarzt bzw. den Bezugspsychotherapeuten an die entsprechenden nichtärztlichen bzw. nichtpsychotherapeutischen Teilnehmer nach § 4 Abs. 5 zu verteilen.
Die Gebührenordnungsposition 37656 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 03100 berechnungsfähig.

37.7 Außerklinische Intensivpflege gemäß AKI-RL

1. Die Gebührenordnungspositionen 37700, 37701, 37704, 37705 und 37706 können nur von Vertragsärzten berechnet werden, die über eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung verfügen. Die Genehmigung wird erteilt, wenn die Voraussetzungen gemäß § 8 Abs. 1 oder 2 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege (AKI-RL) erfüllt sind.
2. Die Gebührenordnungspositionen 37710 und 37711 können ausschließlich von
   - Vertragsärzten gemäß Bestimmung Nr. 1,
   - Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin,
   - Fachärzten für Anästhesiologie,

- Fachärzten für Innere Medizin und Pneumologie,
- Fachärzten für Neurologie,
- Vertragsärzten mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin,
- Ärzten mit einer Genehmigung gemäß § 9 Abs.1 Satz 4 der AKI-RL,
- Vertragsärzten gemäß § 9 Abs. 2 Satz 1 der AKI-RL, die auf die außerklinische Intensivpflege auslösende Erkrankung spezialisiert sind (ausschließlich bei Patienten, die weder beatmungspflichtig noch trachealkanüliert sind),
- Vertragsärzten gemäß § 9 Abs. 2 Satz 2 der AKI-RL, die nicht auf die die außerklinische Intensivpflege auslösende Erkrankung spezialisiert sind bei Verordnung im Rahmen eines ggf. telemedizinischen Konsils mit auf einem auf die Erkrankung spezialisierten Vertragsarzt (ausschließlich bei Patienten, die weder beatmungspflichtig noch trachealkanüliert sind)

berechnet werden.

3. Die Gebührenordnungspositionen 37714 und 37720 können ausschließlich von
   - Vertragsärzten gemäß Bestimmung Nr. 1,
   - Ärzten mit einer Genehmigung gemäß § 9 Abs. 1 Satz 4 der AKI-RL (gilt nur für die Gebührenordnungsposition 37714),
   - Ärzten gemäß Präambel 3.1 Nr. 1 (gilt nur für die Gebührenordnungsposition 37720),
   - Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin,
   - Fachärzten für Anästhesiologie,
   - Fachärzten für Chirurgie,
   - Fachärzten für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde,
   - Fachärzten für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die gegenüber dem Zulassungsausschuss ihre Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung erklärt haben,
   - Fachärzten für Innere Medizin und Pneumologie,
   - Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie,
   - Fachärzten für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie,
   - Ärzten gemäß Präambel 16.1 Nr. 1,
   - Fachärzten für Orthopädie,
   - Fachärzten für Orthopädie und Unfallchirurgie,
   - Fachärzten für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen (Phoniater und Pädaudiologen),
   - Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärzten für Nervenheilkunde und Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie,
   - Ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeuten,
   - Fachpsychotherapeuten für Erwachsene,
   - Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten,
   - Fachpsychotherapeuten für Kinder und Jugendliche,
   - Fachpsychotherapeuten für Neuropsychologische Psychotherapie,
   - Fachärzten für Physikalische und Rehabilitative Medizin,
   - Vertragsärzten mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin

   berechnet werden.

4. Die Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts sind nur für die Behandlung von Patienten gemäß § 4 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege (AKI-RL) berechnungsfähig.

37700 **Erhebung gemäß § 5 der AKI-RL unter Verwendung des Vordrucks nach Muster 62 Teil A** 32,74 € 257 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt

und/oder

- Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß § 5 Abs. 3 der AKI-RL sowie Anlage 31b zum BMV-Ä,
- Prüfung des Beatmungsentwöhnung- bzw. Dekanülierungspotenzials,
- Dauer mindestens 20 Minuten,

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 37700 ist höchstens zweimal im Krankheitsfall berechnungsfähig. Die dreimalige Berechnung der Gebührenordnungsposition 37700 im Krankheitsfall setzt eine ausführliche Begründung der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall voraus.
Bei Durchführung der Leistung im Rahmen einer Videosprechstunde ist dies durch Angabe einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung zu dokumentieren. Für die Abrechnung gelten die Anforderungen gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä entsprechend.
Die Gebührenordnungsposition 37700 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 03100 berechnungsfähig.

37701 **Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 37700 für die Durchführung der Erhebung im Rahmen eines Besuchs nach der Gebührenordnungsposition 01410 oder 01413** 16,31 € 128 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,

je weitere vollendete 10 Minuten

Bei der Berechnung der Gebührenordnungsposition 37701 ist eine mindestens 10 Minuten längere Arzt-Patienten-Kontaktzeit als in der Gebührenordnungsposition 37700 angegeben Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 37701.
Die Gebührenordnungsposition 37701 ist höchstens dreimal im Behandlungsfall berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 37701 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 03100 berechnungsfähig.

37704 **Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 37700 für die Durchführung einer Schluckendoskopie** 37,46 € 294 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Patientenaufklärung zur Untersuchung in angemessenem Zeitabstand vor dem Eingriff,
- Information zum Ablauf der vorbereitenden Maßnahmen vor dem Eingriff

Fakultativer Leistungsinhalt

- Lokalanästhesie,
- Gabe von Testboli unterschiedlicher Konsistenz,
- Bilddokumentation

Die Gebührenordnungsposition 37704 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 03100 berechnungsfähig.

37705 **Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 37700 für die Bestimmung des Säurebasenhaushalts und Blutgasanalyse** 10,70 € 84 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Bestimmung des Säurebasenhaushalts und des Gasdrucks im Blut (Blutgasanalyse)
  - in Ruhe

  und/oder
  - unter definierter und reproduzierbarer Belastung

  und/oder
  - unter Sauerstoffinsufflation

Die Gebührenordnungsposition 37705 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02330, 03100, 04536, 04562, 13250, 13256, 13602, 13650, 13652, 13661, 32247 und 36884 berechnungsfähig.

37706 **Grundpauschale im Zusammenhang mit der Gebührenordnungsposition 37700 für Ärzte und Krankenhäuser gemäß § 5 Abs. 2 Satz 2 der AKI-RL, die über eine Genehmigung gemäß § 8 Abs. 5 der AKI-RL verfügen** 20,26 € 159 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt und/oder Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Weitere persönliche oder andere Arzt-Patienten-Kontakte gemäß 4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen,
- Beratung und Behandlung,
- Ärztlicher Bericht entsprechend der Gebührenordnungsposition 01600,
- Individueller Arztbrief entsprechend der Gebührenordnungsposition 01601,
- In Anhang 1 Spalte GP aufgeführte Leistungen,

einmal im Behandlungsfall

Werden die in der Gebührenordnungsposition 37706 enthaltenen Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen 01600 und 01601 durchgeführt, sind für die Versendung bzw. den Transport die Kostenpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 40110 und 40111 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 37706 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01436 und 03100 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 37706 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01320, 01321, 01600 und 01601 berechnungsfähig.

37710 **Verordnung außerklinischer Intensivpflege unter Verwendung des Vordrucks nach Muster 62 Teile B und C gemäß § 6 der AKI-RL** 21,28 € 167 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt

und/oder

- Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß § 6 Abs. 1a der AKI-RL sowie Anlage 31b zum BMV-Ä,
- Erörterung und Feststellung der individuellen Therapieziele durch den verordnenden Vertragsarzt mit der oder dem Versicherten,
- Dauer mindestens 10 Minuten

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 37710 setzt bei Patienten, die erstmals nach dem 30. Juni 2025 eine Verordnung über Leistungen der außerklinischen Intensivpflege erhalten, gemäß § 5 Abs. 1 Satz 1 der AKI-RL das Vorliegen einer Erhebung im Rahmen des Entlassmanagements oder nach der Gebührenordnungsposition 37700 voraus, sofern die Voraussetzungen nach § 5 Abs. 6 der AKI-RL nicht erfüllt sind. Die Durchführung der Erhebung darf nicht länger zurückliegen als in § 5 Abs. 4 und 5 der AKI-RL geregelt.
Die Gebührenordnungsposition 37710 ist höchstens dreimal im Krankheitsfall berechnungsfähig.
Bei Durchführung der Leistung im Rahmen einer Videosprechstunde ist dies durch Angabe einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung zu dokumentieren. Für die Abrechnung gelten die Anforderungen gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä entsprechend.
Die Gebührenordnungsposition 37710 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 03100 berechnungsfähig.

37711 **Zuschlag zur Versichertenpauschale oder Grundpauschale für den die außerklinische Intensivpflege koordinierenden Vertragsarzt gemäß § 12 Abs. 1 der AKI-RL** 35,04 € 275 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Koordination der medizinischen Behandlung,
- Überprüfung und ggf. Anpassung von Maßnahmen der außerklinischen Intensivpflege als Ergebnis der regelmäßigen Untersuchungen (§ 7 Abs. 2 Satz 5),

Fakultativer Leistungsinhalt

- rechtzeitige Einleitung der regelhaften Erhebung sowie bei Bedarf nach Hinweisen aus der Pflege und des Medizinischen Dienstes,
- Einweisung in eine auf die Beatmungsentwöhnung spezialisierte stationäre Einrichtung oder in eine auf Dysphagie spezialisierte stationäre Einrichtung,
- Konsiliarische Abstimmung mit dem potenzialerhebenden Vertragsarzt/Krankenhaus,
- Kooperation mit spezialisierten Einrichtungen entsprechend der Grunderkrankung des Patienten,
- Dokumentation von Absprachen mit beteiligten Vertragsärzten und/ oder Angehörigen von Gesundheitsfachberufen,
- Sicherung der Versorgungskontinuität bei Beendigung der Versorgung durch den Kinder- und Jugendarzt gemäß § 12 Abs. 3 der AKI-RL,
- Absprache mit der/den Betreuungs- und Bezugsperson(en) über den Umfang einer Beteiligung,

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 37711 kann nur von dem Vertragsarzt berechnet werden, durch den im Zeitraum der letzten zwei Quartale unter Einschluss des aktuellen Quartals eine Verordnung nach der Gebührenordnungsposition 37710 erfolgt ist.
Abweichend von Nr.4.4.2 der Allgemeinen Bestimmungen und der Leistungslegende ist der Zuschlag nach der Gebührenordnungsposition 37711 im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03100 auch ohne Berechnung der Grundleistung nach der Gebührenordnungsposition 03100 berechnungsfähig, sofern im aktuellen Quartal ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt oder ein Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä stattgefunden hat.
Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 37711 im Behandlungsfall neben der Gebührenordnungsposition 01420 setzt die Angabe einer medizinischen Begründung voraus.
Die Gebührenordnungsposition 37711 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03100, 03220, 03230, 03360, 03362, 04220, 04230, 04231, 16220, 16230, 16231, 16233, 21220, 21230, 21231 und 21233 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 37711 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03371, 04371 und 37302 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 37.2 berechnungsfähig.

37714 **Pauschale für die konsiliarische Erörterung und Beurteilung medizinischer Fragestellungen durch einen konsiliarisch tätigen Arzt** — 13,50 € / 106 Punkte

- im Rahmen der Potenzial- bzw. Befunderhebung gemäß § 8 Abs. 4 Satz 1 der AKI-RL

und/oder

- zur Prüfung der Therapieoptimierung gemäß § 8 Abs. 4 Satz 2 der AKI-RL

und/oder
- im Rahmen der Verordnung gemäß § 9 Abs. 1 Satz 7 der AKI-RL
und/oder
- im Rahmen der Verordnung gemäß § 9 Abs. 2 Satz 2 der AKI-RL,

einmal im Behandlungsfall

Kommt in demselben Arztfall eine Versicherten-, Grund- und/oder Konsiliarpauschale zur Abrechnung, ist die Gebührenordnungsposition 37714 nicht berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 37714 ist im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03100 durch den Vertragsarzt, der die Gebührenordnungsposition 03100 berechnet hat, für denselben Patienten nicht berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 37714 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01671 und 37314 berechnungsfähig.

37720 **Fallkonferenz gemäß § 12 Abs. 2 der AKI-RL** 10,96 €
86 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Patientenorientierte Fallbesprechung unter Beteiligung der notwendigen ärztlichen Fachdisziplinen und/oder weiterer komplementärer Berufe sowie mit Pflegekräften bzw. Angehörigen, die an der medizinischen Behandlungspflege des Patienten beteiligt sind

Die Gebührenordnungsposition 37720 ist höchstens achtmal im Krankheitsfall berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 37720 ist auch bei einer telefonischen Fallkonferenz berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 37720 ist auch bei Durchführung der Fallkonferenz als Videofallkonferenz berechnungsfähig. Für die Abrechnung gelten die Anforderungen gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä entsprechend.
Die Gebührenordnungsposition 37720 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01442, 01443, 03100, 30706, 30948, 37120, 37320, 37400 und 37804 berechnungsfähig.

37.8 Spezifische Versorgung gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long-COVID und Erkrankungen, die eine ähnliche Ursache oder Krankheitsausprägung aufweisen (Long-COVID-Richtlinie/LongCOV-RL)

1. Die Gebührenordnungspositionen 37800 bis 37802 können nur berechnet werden von
   - Fachärzten für Allgemeinmedizin,
   - Fachärzten für Innere und Allgemeinmedizin,
   - Praktischen Ärzten,
   - Ärzten ohne Gebietsbezeichnung,

- Fachärzten für Innere Medizin ohne Schwerpunktbezeichnung, die gegenüber dem Zulassungsausschuss ihre Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung gemäß § 73 Abs. 1a SGB V erklärt haben,
- Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin,
- Vertragsärzten gemäß § 6 Abs. 2 LongCOV-RL, sofern für den Patienten bereits vor der Verdachtsdiagnose einer Erkrankung nach § 2 LongCOV-RL aufgrund einer vorbestehenden Erkrankung im Zeitraum der letzten vier Quartale unter Einschluss des aktuellen Quartals mindestens ein Arzt-Patienten-Kontakt gemäß 4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen pro Quartal in mindestens drei Quartalen in derselben Praxis stattgefunden hat und der Vertragsarzt die Koordinationsaufgaben nach § 4 und die Aufgaben nach § 5 LongCOV-RL wahrnehmen kann.

2. Die Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts sind ausschließlich für die Versorgung von Patienten mit einer Indikation gemäß § 2 LongCOV-RL berechnungsfähig.
3. Die GOP 37801 ist nur berechnungsfähig bei Patienten gemäß § 2 Abs. 1 und 2 LongCOV-RL, die aufgrund der Art, Schwere und Komplexität ihres Krankheitsverlaufs die folgenden Kriterien erfüllen:
   - Vorliegen eines hinreichend begründeten Verdachts auf mindestens eine der folgenden Erkrankungen gemäß ICD-10-GM: U09.9! Post-COVID-Zustand nicht näher bezeichnet, U10.9- Multisystemisches Entzündungssyndrom in Verbindung mit COVID-19, nicht näher bezeichnet, U12.9! Unerwünschte Nebenwirkungen bei der Anwendung von COVID-19-Impfstoffen, nicht näher bezeichnet, G90.80 Posturales Tachykardie-Syndrom (PoTS), G93.3- Chronisches Fatigue-Syndrom (Chronic fatigue syndrome), R53.0 Chronische Fatigue mit Angabe einer post-exertionellen Malaise (PEM), R53.1 Chronische Fatigue ohne Angabe einer post-exertionellen Malaise (PEM), I95.1 Orthostatische Hypotonie inkl. Orthostatische Dysregulation

   und
   - Vorliegen einer schweren Funktionseinschränkung (Beurteilung mittels standardisierter, wissenschaftlich validierter Testverfahren) mit Angabe der entsprechenden Kodes nach ICD-10-GM (U50.4-, U50.5- oder U51.2-) oder dem anhand der Bell-Skala ermittelten Punktwert (≤ 30)
     und/oder
   - Vorliegen einer Arbeitsunfähigkeit für einen ununterbrochenen Zeitraum von mindestens 4 Wochen aufgrund mindestens einer Erkrankung gemäß § 2 Abs. 1 oder 2 LongCOV-RL.
4. Die Gebührenordnungsposition 37806 kann nur von an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten berechnet werden, die die Voraussetzungen gemäß § 3 Abs. 4 LongCOV-RL erfüllen.
5. Die Gebührenordnungsposition 37806 kann nur berechnet werden, wenn die Leistung auf Überweisung eines Vertragsarztes gemäß erster Bestimmung zum Abschnitt 37.8 EBM erfolgt. In Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen

Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten, in denen die Vorgaben gemäß § 3 Abs. 4 LongCOV-RL erfüllt sind und ein Vertragsarzt gemäß erster Bestimmung zum Abschnitt 37.8 EBM tätig ist, ist die Gebührenordnungsposition 37806 auch ohne Überweisung berechnungsfähig, sofern sich die Notwendigkeit aufgrund des Basis-Assessments gemäß der Gebührenordnungsposition 37800 ergibt.

37800 **Basis-Assessment gemäß § 5 Abs. 1 Nr. 1 LongCOV-RL durch den koordinierenden Vertragsarzt gemäß erster Bestimmung zum Abschnitt 37.8 EBM bei Patienten mit einer Indikation gemäß § 2 LongCOV-RL** 20,89 € 164 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Basis-Assessment mit ausführlicher, strukturierter Anamnese und ausführlicher körperlicher Untersuchung mit Erfassung des neurologischen, des funktionellen und des Ernährungsstatus,

einmal im Krankheitsfall

Bei Patienten mit einer Indikation gemäß § 2 Abs. 2 Nr. 1 LongCOV-RL ist die Gebührenordnungsposition 37800 nur mit Angabe der Indikation berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 37800 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01732, 03100, 03220, 03360, 03370, 04220, 04370 und 37801 berechnungsfähig.

37801 **Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 37800** 16,31 € 128 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,

Fakultativer Leistungsinhalt

- strukturierte Ersterfassung einer möglichen orthostatischen Intoleranz (OI) und/oder einer post-exertionellen Malaise (PEM) und/oder eines posturalen orthostatischen Tachykardiesyndroms (POTS),
- Durchführung weiterer Differentialdiagnostik,
- Beratung zu Selbst- und Leistungsmanagement (ggf. auch in Gruppen), z. B. bei Vorliegen von PEM die Beratung zum Pacing, die Beratung zu Methoden der Krankheitsbewältigung und Stressreduktion und/oder die Beratung und Anleitung zu Methoden der therapeutisch begleiteten körperlichen Aktivierung,

je Sitzung

Die Gebührenordnungsposition 37801 ist höchstens zweimal im Krankheitsfall berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 37801 ist nur bei Patienten berechnungsfähig, bei denen die Kriterien gemäß dritter Bestimmung zum Abschnitt 37.8 erfüllt werden.
Die Gebührenordnungsposition 37801 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03100 und 37800 berechnungsfähig.

37802 **Zuschlag zur Versichertenpauschale oder Grundpauschale für den koordinierenden Vertragsarzt gemäß § 4 und § 5 LongCOV-RL** 17,96 € 141 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Koordination der medizinischen Versorgung unter Beteiligung der notwendigen ärztlichen Fachdisziplinen und/oder weiterer komplementärer Berufe sowie mit Pflegekräften bzw. Angehörigen gemäß § 4 Abs. 2 LongCOV-RL,
- Übernahme der Rolle der zentralen Ansprechperson im Versorgungsprozess für den Patienten,
- Erstellung und/oder Aktualisierung und Bereitstellung eines Behandlungsplans gemäß § 4 Abs. 3 i. V. m. § 4 Abs. 2 Nr. 3 LongCOV-RL,
- Überweisung an mindestens einen weiteren Vertragsarzt der fachärztlichen oder spezialisierten ambulanten Versorgung,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Verordnung von Heilmitteln im Zusammenhang mit einer Indikation gemäß § 2 LongCOV-RL,

einmal im Behandlungsfall

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 37802 setzt das Vorliegen der Ergebnisse eines Basis-Assessments entsprechend den Inhalten der Gebührenordnungsposition 37800 und das fortdauernde Vorliegen der Symptomatik gemäß § 2 Abs. 1 und 2 LongCOV-RL voraus.
Abweichend von Nr. 4.4.2 der Allgemeinen Bestimmungen und der Leistungslegende ist der Zuschlag nach der Gebührenordnungsposition 37802 im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03100 auch ohne Berechnung der Grundleistung nach der Gebührenordnungsposition 03100 berechnungsfähig, sofern im aktuellen Quartal ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt oder ein Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä stattgefunden hat.
Die Gebührenordnungsposition 37802 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03100, 03220, 04220, 14240, 14313, 14314, 16230, 16231, 16233 und 21230 bis 21233 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 37.2 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 37802 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03362, 03371, 04371 und 37302 berechnungsfähig.

37804 **Fallbesprechung im Zusammenhang mit der Versorgung von Patienten gemäß § 2 LongCOV-RL** 10,96 € 86 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Patientenorientierte Fallbesprechung unter Beteiligung der notwendigen ärztlichen Fachdisziplinen und/oder weiterer komplementärer Berufe sowie mit Pflegekräften bzw. Angehörigen, die an der medizinischen Behandlungspflege des Patienten beteiligt sind

Die Gebührenordnungsposition 37804 ist höchstens fünfmal im Krankheitsfall berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 37804 ist auch bei einer telefonischen Fallbesprechung berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 37804 ist auch bei Durchführung der Fallbesprechung als Videofallbesprechung berechnungsfähig. Für die Abrechnung gelten die Anforderungen gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä entsprechend. Bei Durchführung der Leistung im Rahmen einer Videosprechstunde ist dies durch Angabe einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung zu dokumentieren.
Die Gebührenordnungsposition 37804 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01442, 01443, 01758, 03100, 30210, 30706, 30948, 37120, 37320, 37400 und 37720 berechnungsfähig.

37806 **Pauschale für die Versorgung von Patienten gemäß § 2 LongCOV-RL durch einen oder mehrere, an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende(n) Arzt/Ärzte nach § 3 Abs. 4 LongCOV-RL** 27,90 € 219 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Unterstützung und Beratung des an der hausärztlichen oder fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Vertragsarztes bei der differentialdiagnostischen Abklärung und bei der Behandlung,
- Überprüfung und ggf. Vorschläge zur Anpassung des Behandlungsplans,
- Konsiliarische Erörterung/Fachliche Beratung und Informationsaustausch mit dem koordinierenden Arzt,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Bei Bedarf Teilnahme an Konsilen und Fallbesprechungen möglichst unter Nutzung telemedizinischer Möglichkeiten oder Videosprechstunden,
- Verordnung von Leistungen nach § 8 LongCOV-RL gegebenenfalls per Videosprechstunde,
- Beratung sowie Information über geeignete Behandlungsmöglichkeiten, Beratungs- und Hilfsangebote sowie Unterstützungsleistungen und Kontakte zu Selbsthilfeeinrichtungen für Patienten, ihre Angehörigen und Bezugspersonen,
- Einbindung von ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeuten, Fachpsychotherapeuten für Erwachsene, Fachpsychotherapeuten für Kinder und Jugendliche, Fachpsychotherapeuten für Neuropsychologische Psychotherapie und/oder Neuropsychologen,

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 37806 ist höchstens zweimal im Krankheitsfall berechnungsfähig.
Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 37806 setzt eine Überweisung durch den koordinierenden Arzt gemäß § 4 und § 5 LongCOV-RL voraus.
Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 37806 setzt die Erfüllung der in § 3 Absatz 4 LongCOV-RL genannten Kriterien

voraus. Die Erfüllung der Kriterien ist gegenüber der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung anzuzeigen.
Die Verordnung von Leistungen nach § 8 LongCOV-RL kann auch im Rahmen einer Videosprechstunde erfolgen. Für die Abrechnung gelten die Anforderungen gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä entsprechend.
Die Gebührenordnungsposition 37806 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 03100 berechnungsfähig.

38 Delegationsfähige Leistungen

38.1 Präambel

1. Die Gebührenordnungspositionen 38100 und 38105 können von allen Vertragsärzten - soweit dies berufsrechtlich zulässig ist - berechnet werden.
2. Die Gebührenordnungspositionen 38200, 38202, 38205 und 38207 können nur von
   - Fachärzten für Allgemeinmedizin (ausschließlich die Gebührenordnungspositionen 38200 und 38205),
   - Fachärzten für Innere und Allgemeinmedizin (ausschließlich die Gebührenordnungspositionen 38200 und 38205),
   - Praktischen Ärzten (ausschließlich die Gebührenordnungspositionen 38200 und 38205),
   - Ärzten ohne Gebietsbezeichnung (ausschließlich die Gebührenordnungspositionen 38200 und 38205),
   - Fachärzten für Innere Medizin ohne Schwerpunktbezeichnung, die gegenüber dem Zulassungsausschuss ihre Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung gemäß § 73 Abs. 1a SGB V erklärt haben (ausschließlich die Gebührenordnungspositionen 38200 und 38205),
   - Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin,
   - Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
   - Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie,
   - Fachärzten für Augenheilkunde,
   - Fachärzten für Chirurgie,
   - Fachärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe,
   - Fachärzten für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde,
   - Fachärzten für Haut- und Geschlechtskrankheiten,
   - Fachärzten für Innere Medizin mit und ohne Schwerpunkt, die gegenüber dem Zulassungsausschuss ihre Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung erklärt haben,
   - Fachärzten für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie,
   - Fachärzten für Neurologie,
   - Fachärzten für Nervenheilkunde,
   - Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie,
   - Fachärzten für Orthopädie,
   - Fachärzten für Orthopädie und Unfallchirurgie,
   - Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie,
   - Fachärzten für Urologie,
   - Fachärzten für Physikalische und Rehabilitative Medizin

berechnet werden.

3. Die Gebührenordnungspositionen dieses Kapitels können nur von delegierenden Vertragsärzten unter Berücksichtigung der berufsrechtlichen Bestimmungen und unter der Voraussetzung berechnet werden, dass die Tätigkeit des nichtärztlichen Mitarbeiters gemäß § 28 Abs. 1 Satz 2 SGB V in ausreichender Form vom Arzt überwacht wird und dieser jederzeit erreichbar ist. Der Arzt ist im Falle des Hausbesuches regelmäßig, spätestens an dem auf den Besuch folgenden Werktag (außer Samstag), über die von dem nichtärztlichen Mitarbeiter gemäß § 28 Abs. 1 Satz 2 SGB V erhobenen Befunde und Anweisungen zu informieren. Die von dem nichtärztlichen Mitarbeiter gemäß § 28 Abs. 1 Satz 2 SGB V erhobenen Befunde, gegebenen Anweisungen bzw. durchgeführten Maßnahmen sind zu dokumentieren.
4. Die Gebührenordnungspositionen 38200, 38202, 38205 und 38207 können nur berechnet werden, wenn in dem aktuellen Quartal oder dem Quartal, das der Berechnung unmittelbar vorausgeht, eine Versichertenpauschale oder Grundpauschale berechnet wurde.

38.2 Ärztlich angeordnete Hilfeleistungen von Praxismitarbeitern

1. Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts ist die Anstellung eines/von nichtärztlichen Mitarbeitern mit abgeschlossener Ausbildung in einem nichtärztlichen Heilberuf.

38100 **Gebührenordnungsposition einschl. Wegekosten - entfernungsunabhängig - für das Aufsuchen eines Patienten durch einen vom behandelnden Arzt beauftragten angestellten Mitarbeiter der Arztpraxis zur Verrichtung medizinisch notwendiger delegierbarer Leistungen,**

9,68 €
76 Punkte

je Sitzung

Die Gebührenordnungsposition 38100 kann nur berechnet werden, wenn der Patient aus medizinischen Gründen die Arztpraxis nicht aufsuchen kann.

Der mit dem gesonderten Aufsuchen beauftragte Mitarbeiter darf nur Leistungen erbringen, die vom Arzt im Einzelfall angeordnet worden sind. Die Gebührenordnungspositionen dieser Leistungen sind neben der Gebührenordnungsposition 38100 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 38100 ist im begründeten Einzelfall neben Besuchen nach den Gebührenordnungspositionen 01410 bis 01413, 01415 und 01418 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 38100 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 37535 und 37635 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 38100 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03062, 03063 und 38105 berechnungsfähig.

38105 **Gebührenordnungsposition einschl. Wegekosten - entfernungsunabhängig - für das Aufsuchen eines weiteren**

4,97 €
39 Punkte

Patienten derselben sozialen Gemeinschaft (auch z. B. Alten- oder Pflegeheim) in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit dem Aufsuchen eines Patienten nach der Gebührenordnungsposition 38100,

je Sitzung

Die Gebührenordnungsposition 38105 kann nur berechnet werden, wenn der Patient aus medizinischen Gründen die Arztpraxis nicht aufsuchen kann.
Der mit dem gesonderten Aufsuchen beauftragte Mitarbeiter darf nur Leistungen erbringen, die vom Arzt im Einzelfall angeordnet worden sind. Die Gebührenordnungspositionen dieser Leistungen sind neben der Gebührenordnungsposition 38105 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 38105 ist im begründeten Einzelfall neben Besuchen nach den Gebührenordnungspositionen 01410 bis 01413, 01415 und 01418 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 38105 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 37535 und 37635 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 38105 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03062, 03063 und 38100 berechnungsfähig.

38.3 Ärztlich angeordnete Hilfeleistungen von qualifizierten nichtärztlichen Praxisassistenten

1. Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts ist die Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung. Die Genehmigung wird erteilt, wenn der Kassenärztlichen Vereinigung jährlich durch eine Erklärung der Praxis die Anstellung eines/von nichtärztlichen Praxisassistenten mit mindestens 20 Wochenstunden angezeigt wurde und diese(r) über folgende Qualifikationen verfügt:
   - eine nach dem qualifizierten Berufsabschluss mindestens dreijährige Berufserfahrung in einer Praxis eines Arztes gemäß Nr. 1 der Präambel 38.1,
   - eine Qualifikation gemäß Anlage 8 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä),
   - Nachweis über die Begleitung von 20 Hausbesuchen zur Verrichtung medizinisch notwendiger delegierbarer Leistungen in Alten- oder Pflegeheimen oder in anderen beschützenden Einrichtungen bei einem Arzt gemäß Nr. 2 der Präambel 38.1.

   Der Nachweis der Berufserfahrung und der Zusatzqualifikation ist durch eine ärztliche Bescheinigung und eine zertifizierte Kursteilnahme gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung zu führen. Die Auflösung des Beschäftigungsverhältnisses mit den angestellten nichtärztlichen Praxisassistenten ist der Kassenärztlichen Vereinigung anzuzeigen.

38200 **Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 38100 für den Besuch und die Betreuung durch einen qualifizierten nichtärztlichen** 11,47 € 90 Punkte

Praxisassistenten in Alten- oder Pflegeheimen oder anderen beschützenden Einrichtungen

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher nichtärztlicher Praxisassistent-Patienten-Kontakt,
- Aufsuchen eines Patienten zum Zweck der Versorgung in
  - Alten- oder Pflegeheimen
  und/oder
  - anderen beschützenden Einrichtungen,
- Dokumentation gemäß Nr. 3 der Präambel 38.1,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Leistungen gemäß § 5 Abs. 1 der Anlage 8 zum BMV-Ä,
- In Anhang 1 Spalte VP/GP aufgeführte Leistungen,

je Sitzung

Die Gebührenordnungsposition 38200 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03100, 38202 und 38207 berechnungsfähig.

38202 **Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 38100 für den Besuch und die Betreuung durch einen qualifizierten nichtärztlichen Praxisassistenten in der Häuslichkeit des Patienten** 11,47 € 90 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher nichtärztlicher Praxisassistent-Patienten-Kontakt,
- Aufsuchen eines Patienten gemäß § 3 Abs. 2 der Anlage 8 zum BMV-Ä zum Zweck der Versorgung in der Häuslichkeit,
- Dokumentation gemäß Nr. 3 der Präambel 38.1,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Leistungen gemäß § 5 Abs. 1 der Anlage 8 zum BMV-Ä,
- In Anhang 1 Spalte VP/GP aufgeführte Leistungen,

je Sitzung

Die Gebührenordnungsposition 38202 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 38200 und 38205 berechnungsfähig.

38205 **Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 38105 für den Besuch und die Betreuung eines weiteren Patienten durch einen qualifizierten nichtärztlichen Praxisassistenten in Alten- oder Pflegeheimen oder anderen beschützenden Einrichtungen** 10,57 € 83 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher nichtärztlicher Praxisassistent-Patienten-Kontakt,
- Aufsuchen eines Patienten zum Zweck der Versorgung in
  - Alten- oder Pflegeheimen
  und/oder
  - anderen beschützenden Einrichtungen,
- Dokumentation gemäß Nr. 3 der Präambel 38.1,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Leistungen gemäß § 5 Abs. 1 der Anlage 8 zum BMV-Ä,
- In Anhang 1 Spalte VP/GP aufgeführte Leistungen,

je Sitzung

Die Gebührenordnungsposition 38205 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03100, 38202 und 38207 berechnungsfähig.

38207 **Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 38105 für den Besuch und die Betreuung eines weiteren Patienten durch einen qualifizierten nichtärztlichen Praxisassistenten in der Häuslichkeit** 10,57 € 83 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher nichtärztlicher Praxisassistent-Patienten-Kontakt,
- Aufsuchen eines weiteren Patienten gemäß § 3 Abs. 2 der Anlage 8 zum BMV-Ä zum Zweck der Versorgung in der Häuslichkeit / in derselben sozialen Gemeinschaft,
- Dokumentation gemäß Nr. 3 der Präambel 38.1,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Leistungen gemäß § 5 Abs. 1 der Anlage 8 zum BMV-Ä,
- In Anhang 1 Spalte VP/GP aufgeführte Leistungen,

je Sitzung

Die Gebührenordnungsposition 38207 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 38200 und 38205 berechnungsfähig.

V Kostenpauschalen

40 Kostenpauschalen

40.1 Präambel

1. Psychologische Psychotherapeuten, Fachpsychotherapeuten für Erwachsene, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Fachpsychotherapeuten für Kinder und Jugendliche sowie Fachpsychotherapeuten für Neuropsychologische Psychotherapie können im Zusammenhang mit ihren Leistungen die Kostenpauschalen 40110, 40111, 40128 und 40142 dieses Kapitels abrechnen.
2. Neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 1.7.3.1 zur Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie-Screening sind nur die Kostenpauschalen nach den Nrn. 40090, 40092, 40094, 40850, 40852, 40854 und 40855 berechnungsfähig.
3. Im kurativ-stationären (belegärztlichen) Behandlungsfall können die vom Krankenhaus zu tragenden Kostenpauschalen 40165, 40300 bis 40302 und 40304 und die Kostenpauschalen der Abschnitte 40.8, 40.10, 40.11, 40.13 bis 40.17 von Belegärzten nicht berechnet werden. Satz 1 gilt für die Kosten nach Nr. 7 der Allgemeinen Bestimmungen entsprechend.

40.3 Kostenpauschalen der In-vitro-Diagnostik

1. Bei überwiesenen Auftragsleistungen der In-vitro-Diagnostik sind die Kostenpauschalen 40089 bis 40095 nur in der

Arztpraxis berechnungsfähig, die den Untersuchungsauftrag mit Auftragsleistungen der In-vitro-Diagnostik erstmals erhalten hat. Werden einzelne oder alle Auftragsleistungen zur Durchführung an eine andere Arztpraxis weiterüberwiesen, sind auf dem Überweisungsauftrag die Auftragsleistungen als weiterüberwiesene Auftragsleistungen zu kennzeichnen und die Kostenpauschalen 40089 bis 40095 sind nicht erneut berechnungsfähig.

2. Die Kostenpauschalen 40092 bis 40095 sind innerhalb des Medizinischen Versorgungszentrums, einer (Teil-)Berufsausübungsgemeinschaft, zwischen Betriebsstätten derselben Arztpraxis, innerhalb einer Apparate- bzw. Laborgemeinschaft oder innerhalb eines Krankenhausgeländes nicht berechnungsfähig.
3. Die Kostenpauschalen 40090, 40092 und 40094 können nur von Ärzten abgerechnet werden, die berechtigt sind, Gebührenordnungspositionen der Kapitel 11, 12 oder 19 abzurechnen oder die über eine Genehmigung zur Abrechnung von Gebührenordnungspositionen des Speziallabors nach der Qualitätssicherungsvereinbarung Spezial-Labor gemäß § 135 Abs. 2 SGB V verfügen.
4. Die Kostenpauschale 40091 kann nur von Ärzten abgerechnet werden, die berechtigt sind, Gebührenordnungspositionen des Kapitels 12 abzurechnen.
5. Die Kostenpauschalen 40093 und 40095 können nur von Ärzten abgerechnet werden, die berechtigt sind, Gebührenordnungspositionen der Kapitel 8, 12 oder 19 abzurechnen.

40089 **Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 01812 und 01930 und zu den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 32.2 für die Kosten der Beschaffung und Bereitstellung von Entnahmematerial (Probenentnahmegefäße und/oder -systeme einschließlich Systemkanülen, Sammelgefäße, Objektträger),** 0,95 €

einmal im Behandlungsfall

Die Kostenpauschale 40089 ist nur bei Erbringung in Laborgemeinschaften oder von Fachärzten, die zur Versorgung gemäß Kapitel 12 zugelassen sind, berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 40089 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 40090 berechnungsfähig.

40090 **Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 01724, 01738, 01743, 01756, 01762, 01763, 01766 bis 01768, 01783, 01793, 01800, 01802 bis 01811, 01816, 01826, 01833, 01840, 01865, 01869, 01870, 01915, 01931 bis 01936, 12224 und zu den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 11.4, 19.3, 19.4, 30.12.2 und 32.3 für die Kosten der Beschaffung und ggf. Bereitstellung von Entnahmematerial (Probenentnahmegefäße und/oder -systeme einschließlich Systemkanülen, Sammelgefäße, Objektträger),** 0,95 €

einmal im Behandlungsfall

Bei eigenerbrachten Leistungen der In-vitro-Diagnostik kann die Kostenpauschale 40090 von dem eigenerbringenden Arzt berechnet werden, sofern er die Entnahmematerialien selber beschafft.
Die Gebührenordnungsposition 40090 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 40089 berechnungsfähig.

40091 **Zuschlag zur Kostenpauschale 40090 für die Kosten der Beschaffung und ggf. Bereitstellung von Transportmedien für den direkten Erregernachweis überwiesener Leistungen für Gebührenordnungspositionen nach den Abschnitten 30.12.2, 32.3.8, 32.3.9 und 32.3.10,** 1,98 €

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 40091 ist im Behandlungsfall nicht neben den Versichertenpauschalen der Kapitel 3 und 4, den Grundpauschalen der Kapitel 5 bis 10, 13 bis 16, 18, 20 bis 23, 26, 27, 30 und 37, der Abschnitte 1.3 und 11.2 sowie den Konsiliarpauschalen 12210, 17210, 19210, 24210, 24211, 24212, 25210, 25211 und 25214 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 40091 ist im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03100 von der Vertragsarztpraxis, die die Gebührenordnungsposition 03100 berechnet hat, für denselben Patienten nicht berechnungsfähig.

40092 **Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 01738, 01743, 01756, 01768, 01783, 01793, 01800, 01802 bis 01812, 01816, 01833, 01840, 01865, 01869, 01870, 01915, 01930 bis 01936, 12224 und zu den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 11.4, 19.3 - ausgenommen der Gebührenordnungspositionen 19327 und 19328 -, 19.4, 30.12.2, 32.2 und 32.3 für die Bereitstellung eines Systems oder eines Moduls zur digitalen Auftragserteilung und -nachverfolgung,** 0,60 €

einmal im Behandlungsfall

Das System muss mindestens über die folgenden Merkmale verfügen:
- *Übernahme von Patientenstammdaten,*
- *digitale Auftragserfassung,*
- *leistungsspezifische Erfassung abrechnungsbegründender Hinweise gemäß EBM, insbesondere medizinischer Begründung im Einzelfall, Arzneimittelinformation oder ICD-Kodes,*
- *Ausgabe von Hinweisen zur Präanalytik,*
- *Erzeugung von Etiketten zur eindeutigen Identifikation,*
- *Angabe der voraussichtlichen Gebührenordnungspositionen und der voraussichtlichen Kosten getrennt nach Abschnitten 11.4, 32.2 und 32.3 EBM,*
- *Übermittlung von Statusinformationen zum Auftrag,*
- *Abruf des Befundergebnisses,*
- *Konsultationsanforderung.*

Die Gebührenordnungsposition 40092 ist im Behandlungsfall nicht neben den Versichertenpauschalen der Kapitel 3 und 4, den Grundpauschalen

der Kapitel 5 bis 10, 13 bis 16, 18, 20 bis 23, 26, 27, 30 und 37, der Abschnitte 1.3 und 11.2 sowie den Konsiliarpauschalen 12210, 17210, 19210, 24210, 24211, 24212, 25210, 25211 und 25214 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 40092 ist im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03100 von der Vertragsarztpraxis, die die Gebührenordnungsposition 03100 berechnet hat, für denselben Patienten nicht berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 40092 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 40093, 40110 und 40111 berechnungsfähig.

40093 **Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 01762, 01763, 01766, 01767, 01826, 19327 und 19328 für die Bereitstellung eines Systems oder eines Moduls zur digitalen Auftragserteilung und -nachverfolgung,** 0,30 €

einmal im Behandlungsfall

Das System muss mindestens über die folgenden Merkmale verfügen:
- *Übernahme von Patientenstammdaten,*
- *digitale Auftragserfassung,*
- *leistungsspezifische Erfassung abrechnungsbegründender Hinweise gemäß EBM, insbesondere medizinischer Begründung im Einzelfall, Arzneimittelinformation oder ICD-Kodes,*
- *Ausgabe von Hinweisen zur Präanalytik,*
- *Erzeugung von Etiketten zur eindeutigen Identifikation,*
- *Übermittlung von Statusinformationen zum Auftrag,*
- *Abruf des Befundergebnisses,*
- *Konsultationsanforderung.*

Die Gebührenordnungsposition 40093 ist im Behandlungsfall nicht neben den Versichertenpauschalen der Kapitel 3 und 4, den Grundpauschalen der Kapitel 5 bis 10, 13 bis 16, 18, 20 bis 23, 26, 27, 30 und 37, der Abschnitte 1.3 und 11.2 sowie den Konsiliarpauschalen 12210, 17210, 19210, 24210, 24211, 24212, 25210, 25211 und 25214 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 40093 ist im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03100 von der Vertragsarztpraxis, die die Gebührenordnungsposition 03100 berechnet hat, für denselben Patienten nicht berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 40093 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 40092, 40110 und 40111 berechnungsfähig.

40094 **Zuschlag für Auftragsleistungen nach den Gebührenordnungspositionen 01724, 01738, 01743, 01756, 01768, 01783, 01793, 01800, 01802 bis 01812, 01816, 01833, 01840, 01865, 01869, 01870, 01915, 01930 bis 01936, 12224, Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 11.4, 19.3 - ausgenommen der Gebührenordnungspositionen 19327 und 19328 -, 19.4, 30.12.2, 32.2 und 32.3 für die Bereitstellung von** 2,80 €

Versandmaterial, den Transport von ggf. auch infektiösem Untersuchungsmaterial, Übermittlung der Ergebnisse ggf. einschließlich Übermittlung der Kosten der Leistungen der Abschnitte 11.4.1 bis 11.4.3 gemäß Präambel 11.1 Nr. 12 sowie ggf. einschließlich Übermittlung der Kosten der Leistungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 gemäß Bestimmung Nr. 15 zum Kapitel 32,

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 40094 ist im Behandlungsfall nicht neben den Versichertenpauschalen der Kapitel 3 und 4, den Grundpauschalen der Kapitel 5 bis 10, 13 bis 16, 18, 20 bis 23, 26, 27, 30 und 37, der Abschnitte 1.3 und 11.2 sowie den Konsiliarpauschalen 12210, 17210, 19210, 24210, 24211, 24212, 25210, 25211 und 25214 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 40094 ist im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03100 von der Vertragsarztpraxis, die die Gebührenordnungsposition 03100 berechnet hat, für denselben Patienten nicht berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 40094 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 40095, 40110 und 40111 berechnungsfähig.

40095 **Zuschlag für Auftragsleistungen nach den Gebührenordnungspositionen 01762, 01763, 01766, 01767, 01826, 19327 und 19328 für die Bereitstellung von Versandmaterial, den Transport von ggf. auch infektiösem Untersuchungsmaterial sowie Übermittlung der Ergebnisse,** 1,05 €

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 40095 ist im Behandlungsfall nicht neben den Versichertenpauschalen der Kapitel 3 und 4, den Grundpauschalen der Kapitel 5 bis 10, 13 bis 16, 18, 20 bis 23, 26, 27, 30 und 37, der Abschnitte 1.3 und 11.2 sowie den Konsiliarpauschalen 12210, 17210, 19210, 24210, 24211, 24212, 25210, 25211 und 25214 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 40095 ist im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03100 von der Vertragsarztpraxis, die die Gebührenordnungsposition 03100 berechnet hat, für denselben Patienten nicht berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 40095 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 40094, 40110 und 40111 berechnungsfähig.

40.4 Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport von Briefen, Röntgenaufnahmen, Filmfolien und/oder schriftlichen Unterlagen, Kostenpauschale für Telefax

1. Die Kostenpauschalen des Abschnitts 40.4 sind für den elektronischen Versand von Briefen und/oder schriftlichen Unterlagen nicht berechnungsfähig. Der Versand von Telefaxen ist hiervon ausgenommen.

2. Die Kostenpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 40110 und 40111 sind für Arztgruppen gemäß Präambel 12.1 Nr. 1 nicht berechnungsfähig.
3. Die Kostenpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 40110 und 40111 unterliegen einem gemeinsamen Höchstwert je Arzt. Für die Gebührenordnungspositionen 40110 und 40111 wird hierzu ein Volumen je Arzt gebildet, aus dem alle gemäß der Gebührenordnungspositionen 40110 und 40111 abgerechneten Kostenpauschalen im Quartal zu vergüten sind. Der Höchstwert für die Gebührenordnungspositionen 40110 und 40111 wird arztgruppenspezifisch festgelegt:

EBM-Kapitel bzw. Abschnitt	Arztgruppe	Höchstwert in Euro
1.3	Ärzte, Institute und Krankenhäuser, die zur Erbringung von Leistungen ermächtigt sind	6,72
3	Allgemeinmedizin, hausärztliche Internisten und praktische Ärzte	7,68
4	Kinder- und Jugendmedizin	7,68
5	Anästhesiologie	5,76
5 und 30.7	Anästhesiologie mit Schmerztherapie	16,32
6	Augenheilkunde	8,64
7	Chirurgie	23,04
8	Gynäkologie	8,64
9	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	13,44
10	Dermatologie	10,56
11	Humangenetik	19,20
13.2	Innere Medizin, fachärztliche Internisten ohne SP	40,32
13.3.1	Innere Medizin, SP Angiologie	48,96
13.3.2	Innere Medizin, SP Endokrinologie	60,48
13.3.3	Innere Medizin, SP Gastroenterologie	53,76
13.3.4	Innere Medizin, SP Hämatologie/ Onkologie	56,64
13.3.5	Innere Medizin, SP Kardiologie	63,36
13.3.6	Innere Medizin, SP Nephrologie	25,92
13.3.7	Innere Medizin, SP Pneumologie	74,88
13.3.8	Innere Medizin, SP Rheumatologie	65,28

EBM-Kapitel bzw. Abschnitt	Arztgruppe	Höchstwert in Euro
14	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	3,84
15	Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	4,80
16	Neurologie, Neurochirurgie	30,72
17	Nuklearmedizin	82,56
18	Orthopädie	30,72
19	Pathologie	7,68
20	Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen	22,08
21	Psychiatrie	10,56
21	Nervenheilkunde, Neurologie und Psychiatrie	28,80
22	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	0,96
23	Psychotherapie	0,96
24	Radiologie	91,02
25	Strahlentherapie	26,88
26	Urologie	28,80
27	Physikalische und Rehabilitative Medizin	14,40
37.7	Ärzte und Krankenhäuser gemäß § 5 Absatz 2 Satz 2 der AKI-RL	6,72

Wird ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt oder Zusatzweiterbildung in mindestens 50 Prozent seiner Arztfälle im Quartal im fachärztlichen Versorgungsbereich tätig, so bestimmt sich der arztgruppenspezifische Höchstwert für die Gebührenordnungspositionen 40110 und 40111 gemäß dem entsprechenden Schwerpunkt der Inneren Medizin.

40102 **Zuschlag zur Kostenpauschale 40110 für die Versendung von Untersuchungsmaterial im Zusammenhang mit den Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 01707 oder 01709 an das Screening-Labor,** 2,65 €

je Versand

Die Kostenpauschale 40102 ist nur dann berechnungsfähig, wenn dem Einsender entsprechende Kosten für die Versendung des Untersuchungsmaterials entstanden sind.

40104 **Kostenpauschale** für Versandmaterial sowie für die Versendung bzw. den Transport von Röntgenaufnahmen und/oder Filmfolien mit dokumentierten Untersuchungsergebnissen bildgebender Verfahren, 5,10 €

je Versand

Bei Mitgabe von Röntgenaufnahmen, Filmfolien und Szintigrammen ist die Kostenpauschale nach der Nr. 40104 nicht berechnungsfähig.
Für die elektronische Übermittlung von Röntgenaufnahme(n) oder Computertomografieaufnahme(n) im Zusammenhang mit der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 34800 ist die Gebührenordnungsposition 40104 nicht berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 40104 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 34800 berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 40104 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 34810, 34820 und 34821 berechnungsfähig.

40106 **Kostenpauschale** für Versandmaterial sowie für die Versendung bzw. den Transport von Langzeit-EKG-Datenträgern, 1,50 €

je Versand

Bei Mitgabe von Langzeit-EKG-Datenträgern ist die Kostenpauschale nach der Nr. 40106 nicht berechnungsfähig.

40110 **Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport eines Briefes und/oder von schriftlichen Unterlagen** 0,96 €

Der Höchstwert für die Gebührenordnungspositionen 40110 und 40111 wird gemäß Abschnitt 40.4 Nr. 3 arztgruppenspezifisch festgelegt.
Die Gebührenordnungsposition 40110 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 40092 bis 40095 berechnungsfähig.

40111 **Kostenpauschale für die Übermittlung eines Telefaxes** 0,05 €

Der Höchstwert für die Gebührenordnungspositionen 40110 und 40111 wird gemäß Abschnitt 40.4 Nr. 3 arztgruppenspezifisch festgelegt.
Die Gebührenordnungsposition 40111 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 40092 bis 40095 berechnungsfähig.

40128 **Kostenpauschale für die postalische Versendung** 0,96 €

- einer mittels Stylesheet erzeugten papiergebundenen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung gemäß § 4 Absatz 4.1.2 Anlage 2b BMV-Ä an den Patienten
  - bei Patientenkontakt im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß § 4 Absatz 5 der Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses

  und/oder
  - bei telefonischem Patientenkontakt gemäß § 4 Absatz 5a der Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses

  und/oder

- bei telefonischem Patientenkontakt im Falle einer öffentlich-rechtlichen Pflicht oder bei Bestehen einer öffentlich-rechtlichen Empfehlung zur Absonderung gemäß § 4 Absatz 6 der Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses

und/oder

- im Zusammenhang mit der Durchführung einer Besuchsleistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 01410, 01411, 01412, 01413, 01415 und 01418

und/oder

- einer Verordnung von Leistungen der medizinischen Rehabilitation (Muster 61) im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß § 1b der Rehabilitations-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses

und/oder

- einer Verordnung von Krankenbeförderungsleistungen (Muster 4) im Rahmen einer Videosprechstunde oder nach telefonischem Kontakt gemäß § 2 der Krankentransport-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses

und/oder

- einer Verordnung von Hilfsmitteln (Muster 16) im Rahmen einer Videosprechstunde oder nach telefonischem Kontakt gemäß § 6 der Hilfsmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses

und/oder

- einer Folgeverordnung der häuslichen Krankenpflege (Muster 12) im Rahmen einer Videosprechstunde oder nach telefonischem Kontakt gemäß § 3 Absatz 1a der Häusliche Krankenpflege-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses

und/oder

- einer Folgeverordnung von Heilmitteln (Muster 13) im Rahmen einer Videosprechstunde oder nach telefonischem Kontakt gemäß § 3 Absatz 3a der Heilmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses

und/oder

- einer Überweisung (Muster 6) zur Mit- und/oder Weiterbehandlung durch eine andere Fachgruppe im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß § 10 Absatz 1 und 2 der Anlage 31c zum BMV-Ä

und/oder

- einer Verordnung (Muster 2) von Krankenhausbehandlung im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß § 10 Absatz 1 und 2 der Anlage 31c zum BMV-Ä

und/oder

- einer Folgeverordnung von außerklinischer Intensivpflege (Muster 62B und ggf. 62C) im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß § 6 Absatz 1a der Außerklinische Intensivpflege-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses

Die Kostenpauschale 40128 ist nur berechnungsfähig bis ein verbindliches elektronisches Muster für die jeweilige Verordnung, Überweisung oder Bescheinigung zur Verfügung steht und diese auf elektronischem Weg an den Patienten versendet werden darf.

40129 **Kostenpauschale für die postalische Versendung einer Bescheinigung gemäß Muster 21 an den Patienten bzw. die Bezugsperson bei telefonischem Patientenkontakt oder Patientenkontakt im Rahmen einer Videosprechstunde** 0,96 €

Die Kostenpauschale 40129 ist nur berechnungsfähig bis ein verbindliches elektronisches Muster für das Muster 21 zur Verfügung steht und die Bescheinigung auf elektronischem Weg an den Patienten versendet werden darf.

40130 **Kostenpauschale für die postalische Versendung einer mittels Stylesheet erzeugten papiergebundenen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung an die Krankenkasse des Patienten gemäß § 4 Absatz 4.1.4 Anlage 2b BMV-Ä** 0,96 €

Die Kostenpauschale 40130 ist nur berechnungsfähig, wenn nach Ausstellung festgestellt wird, dass die Datenübermittlung an die Krankenkasse nicht möglich ist und diese nicht bis zum Ende des nachfolgenden Werktages nachgeholt werden kann.

40.5 Übergreifende Kostenpauschalen

40142 Kostenpauschale für Leistungen entsprechend der **Gebührenordnungspositionen 01615, 01620, 01621 oder 01622, bei Abfassung in freier Form**, wenn vereinbarte Vordrucke nicht verwendet werden können, 1,50 €

je Seite

Die Kostenpauschale 40142 ist im Zusammenhang mit der Gebührenordnungsposition 01615 insgesamt nur für eine Seite berechnungsfähig.

40152 Kostenpauschale für **ein ausgegebenes Testbriefchen für den Nachweis von Albumin im Stuhl**, wenn die Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 32041 nicht erbracht werden konnte 1,50 €

Die Gebührenordnungsposition 40152 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 32041 berechnungsfähig.

40154 Kostenpauschale bei Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 02400 für den **Bezug des ^{13}C-Harnstoffs** gemäß Nr. 7 der Allgemeinen Bestimmungen 25,60 €

40156 Kostenpauschale **bei Durchführung eines medikamentös ausgelösten Schwangerschaftsabbruchs** entsprechend der Leistung nach der Gebührenordnungsposition 01906 **für den Bezug von Mifepriston** 89,25 €

Der Bezug von Mifepriston ist nur auf dem gesetzlich zulässigen Weg möglich.

40157	Kostenpauschale bei **Durchführung eines Schweißtests** entsprechend der Gebührenordnungsposition 04535 unter Nutzung eines **Iontophorese- und Schweißsammelsystems**	33,00 €
40160	Kostenpauschale bei **Durchführung einer interventionellen endoskopischen Untersuchung des Gastrointestinaltraktes entsprechend der Gebührenordnungspositionen 01741, 13401, 13421 oder 13422 für die beim Eingriff eingesetzte(n) Einmalsklerosierungsnadel(n)**	15,00 €
40161	**Kostenpauschale bei Durchführung einer transurethralen Therapie mit Botulinumtoxin entsprechend den Gebührenordnungspositionen 08312 und 26316 für den/die beim Eingriff eingesetzte(n) zystoskopische Injektionsnadel(n), -kanüle(n) oder -katheter**	45,00 €
40162	**Kostenpauschale für die Meldegebühr im Zusammenhang mit der Meldung einer implantatbezogenen Maßnahme entsprechend der Gebührenordnungspositionen 01965 und 01966 gemäß § 2 Absatz 1 Implantateregister-Gebührenverordnung (IRegGebV),** je Meldung *Die Gebührenordnungsposition 40162 ist im Falle einer Vervollständigung oder Korrektur gemäß § 17 IRegBV einer bereits erfolgten Meldung nicht erneut berechnungsfähig.*	6,24 €
40165	**Kostenpauschale bei Durchführung der Liposuktion bei Lipödem entsprechend den Gebührenordnungspositionen 31095 und 31096 für die beim Eingriff eingesetzte(n) Absaugkanüle(n)**	72,00 €
40167	**Kostenpauschale bei Durchführung einer FeNO-Messung zur Indikationsstellung einer Therapie mit Dupilumab entsprechend den Gebührenordnungspositionen 04538 oder 13678 für das Mundstück (und ggf. Sensor)**	7,84 €

40.6 Leistungsbezogene Kostenpauschalen bei Herzkatheteruntersuchungen und koronaren Rekanalisationsbehandlungen

1. Die einzeitige Mehrgefäßdilatation am Herzen beinhaltet die Dilatation mehrerer verschiedener Gefäße (A. coronaria dextra, A. coronaria sinistra, Ramus interventricularis anterior und/oder Bypass) in einer Sitzung.
2. Die im Zusammenhang mit interventionellen kardiologischen Maßnahmen, wie z. B. der Rotablation oder der Atherektomie entstehenden Sachkosten, sind nicht Bestandteil der Kostenpauschalen nach den Nrn. 40300, 40302 und 40304. Die entstehenden Kosten sind entsprechend 7.3 der Allgemeinen Bestimmungen gesondert berechnungsfähig. In diesem Fall sind die Nrn. 40300, 40302 und 40304 nicht berechnungsfähig.

40300 Kostenpauschale für die **Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 34291** 181,50 €

Die Kostenpauschale nach der Nr. 40300 enthält alle Sachkosten, einschl. der Kosten für Kontrastmittel und Sprechstundenbedarf. Die Allgemeinen Bestimmungen nach Nr. 7 finden keine Anwendung.

40301 **Kostenpauschale für die Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 34298** 660,00 €

Die Kostenpauschale nach der Nr. 40301 enthält alle Sachkosten, einschl. der Kosten für Kontrastmittel und Sprechstundenbedarf. Die Allgemeinen Bestimmungen nach Nr. 7 finden keine Anwendung.

40302 Kostenpauschale für die **Durchführung einer PTCA an einem Gefäß, ggf. einschl. Stent entsprechend der Gebührenordnungsposition 34292** 1.058,40 €

Die Kostenpauschale nach der Nr. 40302 enthält alle Sachkosten, einschl. der Kosten für Kontrastmittel und Sprechstundenbedarf. Die Allgemeinen Bestimmungen nach Nr. 7 finden keine Anwendung.

40304 Kostenpauschale für die **Durchführung einer PTCA an mehreren Gefäßen, ggf. einschl. Stents entsprechend der Gebührenordnungsposition 34292,** zusätzlich zur Sachkostenpauschale Nr. 40302 690,20 €

Die Kostenpauschale nach der Nr. 40304 enthält alle Sachkosten, einschl. der Kosten für Kontrastmittel und Sprechstundenbedarf. Die Allgemeinen Bestimmungen nach Nr. 7 finden keine Anwendung.

40306 **Kostenpauschale im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 34291 für die Qualitätssicherung gem. der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) für das Verfahren 1: Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie** 2,50 €

Die Kostenpauschale nach der Nr. 40306 beinhaltet alle Kosten zur Erfüllung der Maßnahmen der DeQS-RL. Hierzu gehören sämtliche Kosten für die EDV-technische Ausstattung und Verarbeitung.

40.7 Leistungsbezogene Kostenpauschalen bei Allergie-Testungen

40350 **Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 30110** 21,58 €

40351 **Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung von Leistungen entsprechend den** 5,50 €

Gebührenordnungspositionen 13250, 13258 und 30111 oder sofern im Rahmen der Versichertenpauschale 03000, 03100 oder 04000 eine allergologische Basisdiagnostik mittels Pricktest erfolgt

Abweichend von Nr. 4.4.2 der Allgemeinen Bestimmungen und der Leistungslegende ist die Kostenpauschale nach der Gebührenordnungsposition 40351 im Folgequartal der Berechnung der Gebührenordnungsposition 03100 auch ohne Berechnung der Grundleistung nach der Gebührenordnungsposition 03100 berechnungsfähig, sofern im aktuellen Quartal ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden hat.

40.8 Leistungsbezogene Kostenpauschalen für interventionelle Eingriffe

40454 Kostenpauschale **für sämtliche Sachkosten im Zusammenhang mit der Erbringung der Gebührenordnungsposition 34274 mit Ausnahme der im Zuschlag nach der Nr. 40455 enthaltenen Markierungsclips,** 320,00 €
je Seite

40455 **Zuschlag** zu der Kostenpauschale nach der Nr. 40454 **für die Verwendung von Markierungsclips,** 100,00 €
je Seite

40.9 Leistungsbezogene Kostenpauschalen für Kalt- oder Heißschlingen, Probenentnahmezangen, Endo-/Hämoclips inkl. Endo-/Hämo-Clipapplikatoren

40460 **Kostenpauschale im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungspositionen 01741, 01742, 04515, 04520, 08334, 13260, 13401, 13402, 13421, 13422, 13423 und 30601 bei Verwendung einer Einmal-Heiß- oder Kaltschlinge für eine Polypektomie oder eine Mukosektomie** 12,00 €

40461 **Kostenpauschale im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungspositionen 01741, 04511, 04514, 08311, 09315, 09317, 13400, 13421, 13422, 13430, 13431, 13662, 26310 und 26311 bei Verwendung einer Einmal-Probenentnahmezange** 8,00 €

40462 **Kostenpauschale im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungspositionen 01742, 04511, 04517, 04519, 13400, 13413, 13414 und 13423 bei Verwendung eines Clips inkl. Einmal-Endo-/Hämo-Clipapplikator,** 20,80 €
je Clip

40.10 Leistungsbezogene Kostenpauschalen für Radionuklide

1. Die in diesem Abschnitt aufgeführten Kostenpauschalen können ausschließlich von

- Fachärzten für Nuklearmedizin,
- Fachärzten für Strahlentherapie (ausschließlich die Kostenpauschalen nach den Nrn. 40546, 40562, 40580 und 40582)

und

- Vertragsärzten, die über eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung nuklearmedizinischer Leistungen gemäß der Vereinbarungen zur Strahlendiagnostik und -therapie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V verfügen,

berechnet werden.

2. Zu jeder Grundleistung im Abschnitt 17.3 ist nur ein Radiopharmakon dieses Abschnitts berechnungsfähig.
3. In den Kostenpauschalen - mit Ausnahme der Kostenpauschale 40582 - sind nicht nur die Kosten der jeweiligen Produkte sondern auch die Kosten, die im Rahmen des Umgangs, der Beschaffung und Lagerung der Produkte sowie der Materialverwaltung, der Abfallbeseitigung und Entsorgung gemäß Strahlenschutzverordnung (StrlSchV) sowie dem Gesetz über den Verkehr mit Arzneimitteln (AMG) entstehen, berücksichtigt.

40500	Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung von Leistungen entsprechend der Gebührenordnungspositionen 17310 oder 17320 bei Verwendung von **Tc-99m-Pertechnetat (Schilddrüse)**	3,20 €
40502	Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistungen entsprechend der Gebührenordnungspositionen 17310 oder 17311 bei Verwendung von **Tc-99m-Phosphonaten (Knochen/Skelett)**	33,69 €
40504	Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 17310 bei Verwendung von **Tc-99m-Makroaggregaten (Lunge)**	22,31 €
40506	Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 17310 bei Verwendung von **Tc-99m-Aerosol (Lunge)**	123,12 €
40508	Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 17310 bei Verwendung von **Tc-99m-HMPAO, Tc-99m-ECD (Hirn)**	208,81 €
40510	Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistungen entsprechend der Gebührenordnungspositionen 17310 oder 17340 bei Verwendung von **Tc-99m-DMSA, Tc-99m-DTPA (Niere)**	33,85 €

40512	Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 17310 bei Verwendung von **Tc-99m-DTPA (Hirn)**	78,53 €
40514	Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 17340 bei Verwendung von **Tc-99m-MAG3 (Niere)**	83,57 €
40516	Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 17310 oder 17351 bei Verwendung von **Tc-99m-Kolloid (Leber)**	57,41 €
40518	Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 17351 bei Verwendung von **Tc-99m-IDA-Verbindungen (Galle)**	34,94 €
40520	Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistungen entsprechend der Gebührenordnungspositionen 17330, 17331 und 17310 bei Verwendung von **Tc-99m-markierten Perfusionsmarkern (Herz, Schilddrüse)**	77,84 €
40522	Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistungen entsprechend der Gebührenordnungspositionen 17332, 17333 und 17350 bei Verwendung von **Tc-99m-markierten Eigenerythrozyten (Herz, Leber, abdominale Blutungssuche)**	56,98 €
40524	Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistungen entsprechend der Gebührenordnungspositionen 17310 oder 17311 bei Verwendung von **Tc-99m-markierten Liganden (Tumorlokalisation)**	373,81 €
40526	Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistungen entsprechend der Gebührenordnungspositionen 17310, 17311 oder 17350 bei Verwendung von **Tc-99m-markierten Antikörpern (Knochenmark, Entzündungslokalisation)**	383,55 €
40528	Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistungen entsprechend der Gebührenordnungspositionen 17310 oder 17311 bei Verwendung von **Tc-99m-markierten Mikro-/Nanokolloiden (Lymphknotendiagnostik)**	66,14 €

40530	Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 17351 bei Verwendung einer **Tc-99m-markierten Testmahlzeit (gastrointestinale Motilität)**	32,48 €
40532	Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistungen entsprechend der Gebührenordnungspositionen 17310, 17330 oder 17331 bei Verwendung von **Tl-201-Cl (Myokard)**	70,00 €
40534	Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 17310 bei Verwendung von **J-123 (Schilddrüse)**	95,00 €
40536	Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungspositionen 17310 oder 17311 bei Verwendung von **J-123-MIBG (chromaffine Tumoren/Nebennierenmark)**	350,00 €
40538	Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 17310 bei Verwendung von **J-123-FP-CIT (M. Parkinson, Demenz vom Lewy-Körperchen-Typ (DLB))**	830,00 €
40540	Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 17321 bei Verwendung von **J-131 (Schilddrüse)**	10,00 €
40546	Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 17372 bei Verwendung von **J-131-MIBG**	1.784,00 €
40548	Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 17350 bei Verwendung von **In-111-Oxinat (Zellmarkierung)**	140,00 €
40550	Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistungen entsprechend der Gebührenordnungspositionen 17310 oder 17311 bei Verwendung von **In-111-Octreotid (Somatostatinrezeptor-Diagnostik)** *Die Gebührenordnungsposition 40550 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 40551 berechnungsfähig.*	766,00 €

40551	Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistungen entsprechend der Gebührenordnungspositionen 17310 oder 17311 bei Verwendung von **Tc-99m-Tektrotyd (Somatostatinrezeptor-Diagnostik)** *Die Gebührenordnungsposition 40551 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 40550 berechnungsfähig.*	860,41 €
40552	Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungspositionen 17310 oder 17311 bei Verwendung von **In-111-DTPA**	304,70 €
40554	Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 17351 bei Verwendung von **Se-75-SeHCAT (Gallensäuren)**	474,75 €
40556	Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungspositionen 17371 oder 17373 bei Verwendung von **Y-90-Colloid (Radiosynoviorthese)**	130,00 €
40558	Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungspositionen 17371 oder 17373 bei Verwendung von **Re-186-Colloid (Radiosynoviorthese)**	163,00 €
40560	Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 17371 bei Verwendung von **Er-169-Colloid (Radiosynoviorthese)**	124,00 €
40562	Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Erbringung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 17372 zur Therapie von **Knochenmetastasen mit Radioisotopen**	1.355,00 €
40568	Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 17340 bei Verwendung von **J-123-Hippuran (Niere)**	143,00 €
40576	Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 17310 bei Verwendung von **radioaktiv markierten Gasen (Lunge)**	350,00 €

40580	Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungspositionen 25331, 25332 oder 25333 bei Verwendung von **Ir-192**	320,00 €
40582	Kostenpauschale für die Sachkosten, die im Rahmen des Umgangs, der Beschaffung und Lagerung sowie der Materialverwaltung, der Abfallbeseitigung und Entsorgung gemäß Strahlenschutzverordnung (StrlSchV) sowie dem Gesetz über den Verkehr mit Arzneimitteln (AMG) im Zusammenhang mit der Erbringung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 17372 bei Verwendung von **Radium-223-dichlorid** entstehen**,** je Injektion *In der Kostenpauschale 40582 sind die Kosten für Radium-223-dichlorid nicht enthalten.* *Die Verordnung und Abrechnung von Radium-223-dichlorid erfolgt über das Arzneiverordnungsblatt (Muster 16).*	65,00 €
40584	Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistungen entsprechend der Gebührenordnungspositionen 34700 bis 34707 bei Verwendung von **F-18-Fluorodesoxyglukose** *In der Kostenpauschale 40584 sind alle Kosten, einschließlich der Transportkosten, enthalten.*	255,00 €
40585	**Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistungen entsprechend der Gebührenordnungspositionen 34720 und 34721 bei Verwendung eines Ga-68-PSMA-Liganden** *In der Kostenpauschale 40585 sind alle Kosten, einschließlich der Transportkosten, enthalten.*	1.100,00 €

40.11 Leistungsbezogene Kostenpauschalen für ophthalmologische Eingriffe und Untersuchungen und gynäkologische Eingriffe

40680	Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Erbringung einer Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 31362	513,00 €
40681	**Kostenpauschale für Riboflavin im Zusammenhang mit der Erbringung einer Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 31364**	117,81 €
40682	**Kostenpauschale für den Teststoff Indozyaningrün bei Durchführung einer Fluoreszenzangiographischen Untersuchung im Zusammenhang mit der Leistung entsprechend den Gebührenordnungspositionen 06331 oder 06332**	72,31 €

Die Berechnung der Kostenpauschale 40682 setzt die medizinische Begründung der Notwendigkeit der Verwendung des Teststoffs Indozyaningrün voraus.
Die Kostenpauschale 40682 ist je Praxis bis zu einer Anzahl in Höhe von 5 % der Gesamtanzahl der abgerechneten Gebührenordnungspositionen 06331 und 06332 berechnungsfähig.

40685 **Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung einer Hochfrequenzablation des Endometriums mittels Netzelektrode entsprechend der Gebührenordnungsposition 31319** 1.020,00 €

40.12 Kostenpauschalen für Sachkosten im Zusammenhang mit der Kryokonservierung von Ei- oder Samenzellen oder Keimzellgewebe

1. Für die Abrechnung von Sachkosten aus diesem Abschnitt gelten die Rahmenbedingungen der Anlage 35 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä).
2. Die Kosten für den Transport gemäß der Richtlinie zur Kryokonservierung von Ei- oder Samenzellen oder Keimzellgewebe sowie entsprechende medizinische Maßnahmen wegen keimzellschädigender Therapie (Kryo-RL) von der Entnahmeeinrichtung zur Lagerungseinrichtung sowie von der Lagerungseinrichtung zur reproduktionsmedizinischen Einrichtung, welche die reproduktionsmedizinischen Maßnahmen nach erfolgter Kryokonservierung durchführt, sind abweichend von 7.1 der Allgemeinen Bestimmungen zusätzlich gemäß 7.3 berechnungsfähig.
3. Die Kosten für eine sachgemäße Beseitigung bzw. Entsorgung aller Materialien sind in den Gebührenordnungspositionen enthalten.

40700 **Kostenpauschale für Lagerung gemäß Kryo-RL,** 68,00 €
einmal im Behandlungsfall

Die Kostenpauschale 40700 ist für jedes Quartal berechnungsfähig in dem die Lagerung erfolgt, unabhängig davon, ob in diesem Quartal weitere ärztliche Leistungen abgerechnet werden.

40701 **Zuschlag zur Kostenpauschale 40700 für die Lagerung unter Quarantänebedingungen,** 10,00 €
einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 40701 ist nur im Falle eines bestätigten labordiagnostischen Befundes, der eine Lagerung unter Quarantänebedingungen erfordert, berechnungsfähig.
Darüber hinaus ist die Gebührenordnungsposition 40701 bis zum Vorliegen eines bestätigten labordiagnostischen Befundes, der eine Lagerung ohne Quarantänebedingungen erlaubt, berechnungsfähig. Die Berechnung setzt in diesem Fall die Angabe einer Begründung voraus.

40.13 Leistungsbezogene Kostenpauschalen für endoskopische Gelenkeingriffe inklusive Arthroskopielösungen

40750	Kostenpauschale für die Sachkosten in Zusammenhang mit der Durchführung von **endoskopischen Gelenkeingriffen (Arthroskopien)** entsprechend der Gebührenordnungspositionen 31141 und 31142	122,00 €
40752	Kostenpauschale für die Sachkosten in Zusammenhang mit der Durchführung von **endoskopischen Gelenkeingriffen (Arthroskopien)** entsprechend der Gebührenordnungspositionen 31143 und 31144	200,00 €
40754	Kostenpauschale für die Sachkosten in Zusammenhang mit der Durchführung von **endoskopischen Gelenkeingriffen (Arthroskopien)** entsprechend der Gebührenordnungspositionen 31145 bis 31147	333,00 €

40.14 Leistungsbezogene Kostenpauschalen für Sach- und Dienstleistungen bei Behandlung mit renalen Ersatzverfahren und extrakorporalen Blutreinigungsverfahren

1. Eine Behandlungswoche ist jede Kalenderwoche, in der die wöchentlichen Dialysen (d. h. mindestens 3 Hämodialysentage bzw. IPD-Dialysentage oder mindestens 4 von 7 Peritonealdialysentagen als CAPD bzw. CCPD) durchgeführt werden. Die Vorverlegung einer Hämodialyse kann unter Berücksichtigung sozialer Aspekte mit Angabe einer Begründung von einem Montag auf den vorherigen Sonntag erfolgen. Für die Berechnungsfähigkeit der Kostenpauschale nach der Gebührenordnungsposition 40823 ist in diesem Fall der Sonntag auf die aktuelle Behandlungswoche anzurechnen.
2. Eine Dialysewoche ist definiert als eine abgerechnete Kostenpauschale nach der Gebührenordnungsposition 40823 oder als drei abgerechnete Kostenpauschalen nach der Gebührenordnungsposition 40824. Interkurrente Dialysen während einer stationären Behandlung im Krankenhaus und Nachtdialysen zwischen 20:00 Uhr und 7:00 Uhr des Folgetages mit einer Dialysedauer von mindestens 6 Stunden und einem Dialyseende frühestens um 3:00 Uhr des Folgetages werden bei der Bestimmung der Anzahl der Dialysewochen gemäß Nummer 3 nicht berücksichtigt.
3. Die Preise für die Kostenpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 40823 und 40824 werden nach der Anzahl der Dialysewochen der Betriebsstätte/Nebenbetriebsstätte im abgerechneten Quartal in vier Preisstufen differenziert.
    1. Bis zur 650. Dialysewoche im abgerechneten Quartal werden die Kostenpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 40823 und 40824 mit den Preisen der Preisstufe 1 vergütet. Von der 651. bis zur 1300. Dialysewoche im abgerechneten Quartal erfolgt die Vergütung dieser Gebührenordnungspositionen mit den Preisen der Preisstufe 2. Von der 1301. bis zur 1950. Dialysewoche im abgerechneten Quartal erfolgt die Vergütung mit den Preisen der Preisstufe 3. Ab der 1951. Dialysewoche im abgerechneten Quartal werden diese Gebührenordnungspositionen mit den Preisen der Preisstufe 4 vergütet.

2. Ein Beispiel: Eine Betriebsstätte/Nebenbetriebsstätte rechnet 1400 Kostenpauschalen nach der Gebührenordnungsposition 40823 und 600 Kostenpauschalen nach der Gebührenordnungsposition 40824 ab. Für die Betriebsstätte/Nebenbetriebsstätte ergeben sich somit 1600 Dialysewochen. Im Ergebnis werden der Betriebsstätte/ Nebenbetriebsstätte von den 1600 Dialysewochen 650 mit dem Preis der Preisstufe 1, weitere 650 Dialysewochen mit dem Preis der Preisstufe 2 und 300 Dialysewochen mit dem Preis der Preisstufe 3 vergütet.
3. Die Unterscheidung der erbrachten Dialysewochen im abgerechneten Quartal nach dem Ort der Erbringung (Betriebsstätte/Nebenbetriebsstätte) setzt voraus, dass Betriebsstätte und Nebenbetriebsstätte(n) sich nicht in derselben Örtlichkeit (zum Beispiel im gleichen Gebäude oder Gebäudekomplex) befinden. Andernfalls werden die in Betriebs- und Nebenbetriebsstätte(n) einer Praxis erbrachten Dialysewochen so zusammengefasst, als wenn sie in einer Betriebsstätte/einem Ort erbracht worden wären. Erbringen Praxen, Praxen mit angestellten Ärzten, Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinische Versorgungszentren, ermächtigte Einrichtungen oder rechtlich voneinander unabhängige Dialyseeinrichtungen Leistungen des Abschnitts 40.14 EBM in derselben Örtlichkeit und nutzen dabei gemeinsam apparative Ausstattungen (Anlage zur Dialysewasseraufbereitung in Verbindung mit Dialysewasser-Ringleitung), so werden die von diesen Dialyseeinrichtungen abgerechneten Kostenpauschalen 40823 und 40824 mit einem Abschlag in Höhe von 5 Prozent versehen.
4. Ein Abschlag auf die Kostenpauschalen 40823 und 40824 erfolgt nicht, wenn die betreffenden Dialyseeinrichtungen der Kassenärztlichen Vereinigung nachweisen, dass die zur Erbringung der Leistungen des Abschnitts 40.14 EBM erforderliche apparative Ausstattung (Anlage zur Dialysewasseraufbereitung in Verbindung mit Dialysewasser-Ringleitung) ausschließlich von dieser Dialysepraxis genutzt wird.

4. Die Kostenpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 40815 bis 40819 und 40823 bis 40828 enthalten alle Sachkosten, einschließlich Dialysegerät, Dialysator, Schlauchsysteme, Infusionslösungen, am Dialysetag verabreichte Heparine, Aufbereitungs- und Entsorgungsmaßnahmen, Sprechstundenbedarf sowie die Kosten der Beköstigung des Patienten in Abhängigkeit von der jeweiligen Dialyseart für die Zeit der Dialysebehandlung. Weiterhin ist im Falle der Hämodialyse als Heimdialyse von dem Vertragsarzt, dem ermächtigten Arzt oder der ärztlich geleiteten Einrichtung die Erstattung der dialysebedingten Strom-, Wasser- und Entsorgungskosten an den Heimdialysepatienten sicherzustellen. Zur Erstattung kann mit dem Dialysepatienten eine Pauschale vereinbart werden. Dies gilt auch für die Erstattung der Stromkosten im Falle der kontinuierlichen cyclergestützten Peritonealdialyse (CCPD) und für die Erstattung der Entsorgungskosten im Rahmen von

Peritonealdialysen als Heimdialysen. Die Kostenpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 40815 bis 40819 und 40823 bis 40828 enthalten nicht die Kosten für Arzneimittel, insbesondere Erythropoetin, Vitamin- oder Mineralstoffpräparate. Die Allgemeinen Bestimmungen Nr. 7 finden keine Anwendung.

5. Die Berechnung der Kostenpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 40815 bis 40819 und 40823 bis 40828 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Vereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.
6. Soweit die Partner der Gesamtverträge eine im wirtschaftlichen Ergebnis mit dieser Regelung vergleichbare niedrigere Erstattungshöhe der Kosten für nichtärztliche Dialyseleistungen vereinbart haben, können diese Vereinbarungen fortgeführt werden.
7. Eine erstmalige Heimdialysebehandlung (Perionealdialyse als CAPD oder CCPD oder Heimhämodialyse) gemäß den Zuschlägen nach den Gebührenordnungspositionen 40845 bis 40847 liegt vor, wenn für einen Zeitraum von vier Quartalen vor der erstmaligen Berechnung der Kostenpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 40825 bis 40827 für den Versicherten in der Arztpraxis keine Kostenpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 40825 bis 40827 abgerechnet wurden. Dabei werden die Kostenpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 40825 und 40827 nicht berücksichtigt, wenn sie für die intermittierende Peritonealdialyse (IPD) abgerechnet wurden.

40815	Kostenpauschale für Sachkosten bei Durchführung von **Hämodialysen einschl. Sonderverfahren** (z. B. Hämofiltration, Hämodiafiltration) **bei Patienten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr** mit einer dialysepflichtigen Nierenerkrankung bei Dialysen am Wohnort, je durchgeführter Dialyse	709,04 €
40816	Kostenpauschale für Sachkosten bei Durchführung von **Peritonealdialysen bei Patienten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr** mit einer dialysepflichtigen Nierenerkrankung, je Behandlungswoche *Die Gebührenordnungsposition 40816 ist je Behandlungswoche nicht neben den Gebührenordnungspositionen 40817 und 40819 berechnungsfähig.*	938,60 €
40817	Kostenpauschale für Sachkosten bei Durchführung von **Peritonealdialysen bei Patienten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr** mit einer dialysepflichtigen Nierenerkrankung bei Dialysen am Wohnort, die nicht mindestens 4 von 7 Peritonealdialysetage in der Behandlungswoche umfassen, je durchgeführter Dialyse, höchstens dreimal in der Kalenderwoche	134,12 €

Die Gebührenordnungsposition 40817 ist je Behandlungswoche nicht neben der Gebührenordnungsposition 40816 berechnungsfähig.

40818 Kostenpauschale für Sachkosten bei Durchführung von **Hämodialysen** einschl. Sonderverfahren (z. B. Hämofiltration, Hämodiafiltration) **bei Patienten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr** mit einer dialysepflichtigen Nierenerkrankung bei einer Feriendialyse während des Ferienaufenthalts am Ferienort, bei Dialyse wegen beruflich bedingter oder sonstiger Abwesenheit vom Wohnort, 744,55 €

je durchgeführter Dialyse

40819 Kostenpauschale für Sachkosten bei Durchführung von Peritonealdialysen bei Patienten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr mit einer dialysepflichtigen Nierenerkrankung bei einer Feriendialyse während des Ferienaufenthalts am Ferienort, bei Dialyse wegen beruflich bedingter oder sonstiger Abwesenheit vom Wohnort, 140,79 €

je durchgeführter Dialyse, höchstens dreimal in der Kalenderwoche

Die Gebührenordnungsposition 40819 ist je Behandlungswoche nicht neben der Gebührenordnungsposition 40816 berechnungsfähig.

40823 Kostenpauschale für Sachkosten bei Durchführung von Hämodialysen als **Zentrums- bzw. Praxisdialyse oder zentralisierte Heimdialyse**, einschl. Sonderverfahren (z. B. Hämofiltration, Hämodiafiltration) **bei Versicherten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr** mit einer dialysepflichtigen Nierenerkrankung,

je Behandlungswoche

Die Kostenpauschale nach der Gebührenordnungsposition 40823 wird gemäß Nr. 2 und Nr. 3 der Bestimmungen des Abschnitts 40.14 in Abhängigkeit von der Anzahl der Dialysewochen der Betriebsstätte/ Nebenbetriebsstätte im abgerechneten Quartal bewertet.
Bewertung der Kostenpauschale (Preisstufe 1) 541,95 Euro
Bewertung der Kostenpauschale (Preisstufe 2) 516,56 Euro
Bewertung der Kostenpauschale (Preisstufe 3) 463,82 Euro
Bewertung der Kostenpauschale (Preisstufe 4) 449,81 Euro
Interkurrente Dialysen während einer stationären Behandlung im Krankenhaus und Nachtdialysen gemäß Nr. 2 Satz 2 der Bestimmungen des Abschnitts 40.14 werden mit der Preisstufe 1 bewertet. Dabei ist es ausreichend, wenn mindestens eine Hämodialyse in der Behandlungswoche als Nachtdialyse durchgeführt wurde. Die Durchführung der Hämodialyse als interkurrente Dialyse oder Nachtdialyse ist durch Angabe einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung zu dokumentieren.
Die Gebührenordnungsposition 40823 ist je Behandlungswoche nicht neben den Gebührenordnungspositionen 40824 bis 40828 berechnungsfähig.

40824 Kostenpauschale für Sachkosten bei Durchführung von Hämodialysen als **Zentrums- bzw. Praxisdialyse oder zentralisierte Heimdialyse**, einschl. Sonderverfahren (z. B. Hämofiltration, Hämodiafiltration) **bei Versicherten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr** mit einer dialysepflichtigen Nierenerkrankung bei Dialysen am Wohnort, die nicht mindestens dreimal in der Behandlungswoche durchgeführt werden können,

je durchgeführter Dialyse, höchstens zweimal in der Kalenderwoche

Die Kostenpauschale nach der Gebührenordnungsposition 40824 wird gemäß Nr. 2 und Nr. 3 der Bestimmungen des Abschnitts 40.14 in Abhängigkeit von der Anzahl der Dialysewochen der Betriebsstätte/ Nebenbetriebsstätte im abgerechneten Quartal bewertet.
Bewertung der Kostenpauschale (Preisstufe 1) 180,65 Euro
Bewertung der Kostenpauschale (Preisstufe 2) 172,19 Euro
Bewertung der Kostenpauschale (Preisstufe 3) 154,61 Euro
Bewertung der Kostenpauschale (Preisstufe 4) 149,93 Euro
Wenn die Hämodialyse als interkurrente Dialyse während einer stationären Behandlung im Krankenhaus oder Nachtdialyse gemäß Nr. 2 Satz 2 der Bestimmungen des Abschnitts 40.14 durchgeführt wurde, ist dies durch Angabe einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung zu dokumentieren und die Kostenpauschale 40824 wird mit der Preisstufe 1 bewertet.
Die Gebührenordnungsposition 40824 ist je Behandlungswoche nicht neben den Gebührenordnungspositionen 40823 und 40825 berechnungsfähig.

40825 Kostenpauschale für Sachkosten bei Durchführung von **Peritonealdialysen** (z. B. CAPD, CCPD, IPD) oder Heimhämodialysen, **bei Versicherten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr** mit einer dialysepflichtigen Nierenerkrankung, 563,00 €

je Behandlungswoche

Die Gebührenordnungsposition 40825 ist je Behandlungswoche nicht neben den Gebührenordnungspositionen 40823, 40824 und 40826 bis 40828 berechnungsfähig.

40826 Kostenpauschale für Sachkosten bei Durchführung von **Peritonealdialysen** als CAPD bzw. CCPD, **bei Versicherten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr** mit einer dialysepflichtigen Nierenerkrankung bei Dialysen am Wohnort, die nicht mindestens 4 von 7 Peritonealdialysetage in der Behandlungswoche umfassen, 80,42 €

je durchgeführter Dialyse, höchstens dreimal in der Kalenderwoche

Die Gebührenordnungsposition 40826 ist je Behandlungswoche nicht neben den Gebührenordnungspositionen 40823 und 40825 berechnungsfähig.

40827	Kostenpauschale für Sachkosten bei Durchführung von **intermittierenden Peritonealdialysen** (IPD) oder Heimhämodialysen, **bei Versicherten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr** mit einer dialysepflichtigen Nierenerkrankung bei Dialysen am Wohnort, die nicht mindestens dreimal in der Behandlungswoche durchgeführt werden können, je durchgeführter Dialyse, höchstens zweimal in der Kalenderwoche *Die Gebührenordnungsposition 40827 ist je Behandlungswoche nicht neben den Gebührenordnungspositionen 40823 und 40825 berechnungsfähig.*	187,67 €
40828	Kostenpauschale für Sachkosten bei Durchführung von Hämo- oder Peritonealdialysen, als **Zentrums- bzw. Praxisdialyse, Heimdialyse oder zentralisierte Heimdialyse**, einschl. Sonderverfahren (z. B. Hämofiltration, Hämodiafiltration), **bei Versicherten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr** mit einer dialysepflichtigen Nierenerkrankung, bei einer Feriendialyse während des Ferienaufenthalts am Ferienort, bei Dialyse wegen beruflich oder sonstiger Abwesenheit vom Wohnort, je durchgeführter Dialyse, höchstens zweimal in der Kalenderwoche *Die Gebührenordnungsposition 40828 ist je Behandlungswoche nicht neben den Gebührenordnungspositionen 40823 und 40825 berechnungsfähig.*	194,60 €
40829	**Zuschlag** zur Kostenpauschale 40823 oder 40825 **bei Versicherten ab dem vollendeten 59. Lebensjahr bis zum vollendeten 69. Lebensjahr**	11,22 €
40830	**Zuschlag** zur Kostenpauschale 40824, 40826 und 40827 **bei Versicherten ab dem vollendeten 59. Lebensjahr bis zum vollendeten 69. Lebensjahr**	3,74 €
40831	**Zuschlag** zur Kostenpauschale 40823 oder 40825 **bei Versicherten ab dem vollendeten 69. Lebensjahr bis zum vollendeten 79. Lebensjahr**	22,44 €
40832	**Zuschlag** zur Kostenpauschale 40824, 40826 und 40827 **bei Versicherten ab dem vollendeten 69. Lebensjahr bis zum vollendeten 79. Lebensjahr**	7,48 €
40833	**Zuschlag** zur Kostenpauschale 40823 oder 40825 **bei Versicherten ab dem vollendeten 79. Lebensjahr**	33,65 €
40834	**Zuschlag** zur Kostenpauschale 40824, 40826 und 40827 **bei Versicherten ab dem vollendeten 79. Lebensjahr**	11,22 €

40835 **Zuschlag zur Kostenpauschale 40816, 40823 oder 40825 für die Infektionsdialyse** 100,94 €

- bei Patienten mit Infektionserkrankungen mit Problemkeimen gemäß der mit der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut (KRINKO) abgestimmten Hygieneleitlinie als Ergänzung zum Dialysestandard

und/oder

- bei Vorliegen einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2

40836 **Zuschlag zur Kostenpauschale 40815, 40817, 40818, 40819, 40824, 40826 bis 40828 für die Infektionsdialyse** 33,65 €

- bei Patienten mit Infektionserkrankungen mit Problemkeimen gemäß der mit der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut (KRINKO) abgestimmten Hygieneleitlinie als Ergänzung zum Dialysestandard

und/oder

- bei Vorliegen einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2

je durchgeführter Dialyse, höchstens zweimal in der Kalenderwoche

40837 **Zuschlag** zur Kostenpauschale 40816 oder 40825 für die **intermittierende Peritonealdialyse (IPD)** 334,18 €

40838 **Zuschlag** zur Kostenpauschale 40817, 40819, 40827 oder 40828 für die **intermittierende Peritonealdialyse (IPD),** 111,39 €

je durchgeführter Dialyse, höchstens zweimal in der Kalenderwoche

40840 **Zuschlag zur Kostenpauschale 40823 oder 40824 für die Nachtdialyse,** 27,24 €

je durchgeführter Dialyse, höchstens dreimal in der Kalenderwoche

Die Kostenpauschale 40840 ist berechnungsfähig, wenn die Dialyse zwischen 20:00 Uhr und 7:00 Uhr des Folgetages durchgeführt wird, eine Dialysedauer von mindestens 6 Stunden vorliegt und die Dialyse frühestens um 3:00 Uhr des Folgetages beendet wird. Die Berechnung der Kostenpauschale 40840 setzt die Angabe der Uhrzeit für das Ende der Dialysebehandlung voraus.

40841 **Zuschlag zur Kostenpauschale 40816 oder 40825 für die kontinuierliche zyklische Peritonealdialyse (CCPD)** 42,51 €

40842 **Zuschlag zur Kostenpauschale 40817, 40819 oder 40826 für die kontinuierliche zyklische Peritonealdialyse (CCPD),** 6,08 €

je durchgeführter Dialyse, höchstens dreimal in der Kalenderwoche

40843 **Zuschlag zur Kostenpauschale 40825 für die Heimhämodialyse** 94,47 €

40844 **Zuschlag zur Kostenpauschale 40827 für die Heimhämodialyse,** 31,49 €
je durchgeführter Dialyse, höchstens zweimal in der Kalenderwoche

40845 **Zuschlag zur Kostenpauschale 40825 bei Beginn einer erstmaligen Heimdialysebehandlung (Peritonealdialyse als CAPD oder CCPD oder Heimhämodialyse)** 99,20 €

Der Zuschlag nach der Gebührenordnungsposition 40845 ist ab Beginn einer erstmaligen Heimdialysebehandlung gemäß Nr. 7 der Bestimmungen des Abschnitts 40.14 für einen Zeitraum von insgesamt 52 Wochen berechnungsfähig.

40846 **Zuschlag zur Kostenpauschale 40826 bei Beginn einer erstmaligen Heimdialysebehandlung (Peritonealdialyse als CAPD oder CCPD),** 14,18 €
je durchgeführter Dialyse, höchstens dreimal in der Kalenderwoche

Der Zuschlag nach der Gebührenordnungsposition 40846 ist ab Beginn einer erstmaligen Heimdialysebehandlung gemäß Nr. 7 der Bestimmungen des Abschnitts 40.14 für einen Zeitraum von insgesamt 52 Wochen berechnungsfähig.

40847 **Zuschlag zur Kostenpauschale 40827 bei Beginn einer erstmaligen Heimdialysebehandlung (Heimhämodialyse),** 33,07 €
je durchgeführter Dialyse, höchstens zweimal in der Kalenderwoche

Der Zuschlag nach der Gebührenordnungsposition 40847 ist ab Beginn einer erstmaligen Heimdialysebehandlung gemäß Nr. 7 der Bestimmungen des Abschnitts 40.14 für einen Zeitraum von insgesamt 52 Wochen berechnungsfähig.

40.16 Leistungsbezogene Kostenpauschalen im Rahmen der Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie-Screening gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (Mammographie-Screening-Programm)

40850 Kostenpauschale für **Sachkosten bei Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 01750** 5,85 €

40852 Kostenpauschale für die ggf. erforderliche **Teilnahme an Fallkonferenzen im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistungen entsprechend der Gebührenordnungspositionen 01752,** 0,51 €

01756 und 01758 oder Kostenpauschale für die **Versendung bzw. den Transport von Röntgenaufnahmen und/oder Filmfolien**

Bei Mitgabe von Röntgenaufnahmen oder Filmfolien ist die Kostenpauschale nach der Nr. 40852 nicht berechnungsfähig.

40854 Kostenpauschale **für sämtliche Sachkosten im Zusammenhang mit der Erbringung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 01759 mit Ausnahme der im Zuschlag nach der Nr. 40855 enthaltenen Markierungsclips** 320,00 €
je Seite

40855 **Zuschlag** zu der Kostenpauschale nach der Nr. 40854 **für die Verwendung von Markierungsclips** 100,00 €
je Seite

40.17 Leistungsbezogene Kostenpauschalen für Sachkosten bei der Vakuumversiegelungstherapie

40900 **Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 31401,** 430,67 €
je durchgeführter Leistung

40901 **Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 02314 bei einer Wundfläche bis einschließlich 20 cm^2,** 91,14 €
je durchgeführter Leistung, höchstens dreimal in der Kalenderwoche

40902 **Kostenpauschale für die Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 02314 bei einer Wundfläche > 20 cm^2,** 94,27 €
je durchgeführter Leistung, höchstens dreimal in der Kalenderwoche

40903 **Kostenpauschale für die Vakuumpumpe im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 02314,** 47,54 €
je Kalendertag

40.18 Kostenpauschalen im Rahmen des Telemonitoring bei Herzinsuffizienz und der telemedizinischen Funktionsanalyse

1. Sofern der Patient bereits mit einem Übertragungsgerät (Transmitter) versorgt wurde, das im Rahmen des Telemonitoring bei Herzinsuffizienz mittels kardialer Aggregate

nach der Gebührenordnungsposition 13584 beziehungsweise für die telemedizinische Funktionsanalyse nach den Gebührenordnungspositionen 04414, 04416, 13574 oder 13576 genutzt werden kann, ist die Kostenpauschale 40909 nicht berechnungsfähig. Der Arzt ist verpflichtet, sich diesbezüglich zu erkundigen.

40909 **Kostenpauschale für einen erforderlichen Transmitter im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung(en) nach der/ den Gebührenordnungsposition(en) 04414, 04416, 13574, 13576 oder 13584,** 396,67 €

einmal im Krankheitsfall

Die Kostenpauschale 40909 ist je Patient höchstens dreimal berechnungsfähig. Sofern im Zusammenhang mit einem Wechsel des kardialen Aggregates ein neuer Transmitter erforderlich ist, ist die Kostenpauschale je Patient erneut höchstens dreimal berechnungsfähig. Die Kostenpauschale 40909 umfasst die Gerätekosten des Transmitters sowie sämtliche Kosten im Zusammenhang mit der Nutzung des Transmitters.

40910 **Kostenpauschale für die erforderliche Geräteausstattung des Patienten im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung(en) nach der/den Gebührenordnungsposition(en) 13586 und/oder 13587,** 68,00 €

einmal im Behandlungsfall

VI Anhänge

1 Verzeichnis der nicht gesondert berechnungsfähigen Leistungen

1. Die im Anhang 1 aufgeführten Leistungen sind - sofern sie nicht als Gebührenordnungspositionen im EBM verzeichnet sind - Teilleistungen von Gebührenordnungspositionen des EBM und als solche nicht eigenständig berechnungsfähig.
2. In den Gebührenordnungspositionen wird ggf. auf die Bezeichnung der Spalten VP = Versichertenpauschale, GP = Grund- / Konsiliarpauschale, bzw. SG = sonstige Gebührenordnungspositionen verwiesen.

Spaltenbezeichnung		VP	GP	SG
	Legende	Leistung ist in der Versicherten-pauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten	Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n)	Leistung ist in sonstigen GOP enthalten
	Abnahme eines mindestens unter Einschluß eines großen Gelenkes oder des Rumpfes angelegten zirkulären, individuell modellierten Verbandes aus unelastischen, nicht weiter verwendbaren erstarrten Materialien (z. B. Gips)	x	x	x
	Absaugung körpereigener Flüssigkeiten	x	x	x
	Abschabung der Hornhaut des Auges		x	
	Abtragung ausgedehnter Nekrosen im Hand- oder Fußbereich	x	x	
	Aderlass	x	x	x
	Amsler-Gitter-Test		x	
	Anamnese(n), sofern nicht gesondert ausgewiesen	x	x	x
	Anästhesie eines peripheren Nerven	x	x	x

Spaltenbezeichnung		VP	GP	SG
	Legende	Leistung ist in der Versicherten-pauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten	Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n)	Leistung ist in sonstigen GOP enthalten
	Änderung (z. B. Fensterung, Spaltung, Schieneneinsetzung, Anlegen eines Gehbügels oder einer Abrollsohle) eines nicht an demselben Tag angelegten zirkulären Gipsverbandes	x	x	x
	Anlegen einer Blutleere oder Blutsperre an einer Extremität im Zusammenhang mit einem operativen Eingriff			x
	Anlegen einer Finger- oder Zehennagelspange	x	x	
	Anlegen einer Hilfsschiene am unverletzten Kiefer bei Kieferfrakturen oder Anlegen einer Schiene bei Erkrankungen der Kiefergelenke		x	
	Anlegen eines Portioadapters		x	x
	Anlegen von Drahtligaturen, Drahthäkchen, Drahtbügeln oder dergleichen			x
	Ansteigendes Teilbad	x	x	
	Ansteigendes Vollbad, einschl. Herz-Kreislauf- und Körpertemperaturüberwachung	x	x	
	Anus praeter-Bougierung	x	x	
	Anwendung und Auswertung projektiver Testverfahren (z.B. Rorschach-Test, TAT, Sceno) mit schriftlicher Aufzeichnung			x

Spaltenbezeichnung		VP	GP	SG
	Legende	Leistung ist in der Versicherten-pauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten	Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n)	Leistung ist in sonstigen GOP enthalten
	Anwendung und Auswertung orientierender Testverfahren (z.B. Benton, d 2)			x
	Anwendung und Auswertung standardisierter Intelligenz- und Entwicklungs-Tests (z.B. HAWIE(K)-R, IST, CFT) mit schriftlicher Aufzeichnung			x
	Anwendung und Auswertung von Fragebogentests (z.B. MMPI, SCL, FPI, Gießen-Test)			x
	Anwendung und Auswertung von Funktionstests (z. B. GFT, Frostig, KTK, DRT) mit schriftlicher Aufzeichnung			x
	Applikation von bronchokonstriktorisch wirksamen Substanzen (mit Ausnahme von Allergenen)			x
	Assistenz durch einen Arzt, der selbst nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnimmt, bei ambulanten operativen Eingriffen eines Vertragsarztes oder Assistenz eines genehmigten Assistenten bei operativen belegärztlichen Leistungen		x	x
	Ätzung im Enddarmbereich	x	x	
	Ätzung im Kehlkopf		x	

Spaltenbezeichnung		VP	GP	SG
	Legende	Leistung ist in der Versicherten-pauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten	Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n)	Leistung ist in sonstigen GOP enthalten
	Auffüllung eines subkutanen Medikamentenreservoirs oder eines Haut-Expanders oder Spülung eines Ports	x	x	
	Auflichtmikroskopie/Dermatoskopie		x	x
	Aufrichtung gebrochener Wirbel im Durchhang		x	
	Ausfräsen eines Rostringes der Hornhaut am Auge		x	
	Ausräumung einer Blasenmole oder einer "missed abortion"			x
	Ausspülung des Magens mittels Magenschlauch	x	x	x
	Ausspülung einer Kiefer- oder Stirnhöhle von der natürlichen oder künstlichen Öffnung aus, ggf. einschl. Einbringung von Medikamenten		x	x
	Ausspülung und/oder Absaugen des Kuppelraumes			x
	Ausstellen einer Erstverordnung einer digitalen Gesundheitsanwendung (DiGA) aus dem Verzeichnis gemäß § 139e SGB V	x	x	x
	Ausstellung einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung gemäß § 3 des Lohnfortzahlungsgesetzes	x	x	

Spaltenbezeichnung		VP	GP	SG
	Legende	Leistung ist in der Versicherten-pauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten	Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n)	Leistung ist in sonstigen GOP enthalten
	Ausstellung einer Folgeverordnung einer digitalen Gesundheitsanwendung (DiGA) aus dem Verzeichnis gemäß § 139e SGB V	x	x	x
	Ausstellung von Wiederholungsrezepten und/oder Überweisungsscheinen oder Übermittlung von Befunden oder ärztlichen Anordnungen an den Patienten im Auftrag des Arztes durch das Praxispersonal, auch mittels Fernsprecher	x	x	x
	Beistand eines Vertragsarztes bei der ärztlichen Leistung eines anderen Vertragsarztes			x
	Beratung der Bezugsperson(en)	x	x	x
	Beratung, auch mittels Fernsprecher oder im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä	x	x	x
	Beratung, einschl. symptombezogener klinischer Untersuchung	x	x	x
	Beratung, Erörterung, Abklärung sofern nicht als eigenständige Position enthalten	x	x	
	Bestimmung der Tränensekretionsmenge und/oder Messung der "Break-up-time"		x	

Spaltenbezeichnung		VP	GP	SG
	Legende	Leistung ist in der Versicherten-pauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten	Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n)	Leistung ist in sonstigen GOP enthalten
	Bestimmung der Transitzeit durch Herz und Lunge mittels radioaktiv markierter Substanzen			x
	Bestimmung des Reflexdecay			x
	Bestimmung(en) der prozentualen Sauerstoffsättigung im Blut (Oxymetrie)			x
	Betreuung eines moribunden Kranken unter Einbeziehung der Gespräche mit den versorgenden und unmittelbar betroffenen Personen zu einem dem Zustand u. Verlauf angemessenen Umgehen mit dem Sterbenden u. zu seiner abgestimmten humanen, sozialen, pflegerischen u. ärztlichen Versorgung			x
	Binokularmikroskopische Untersuchung des Trommelfells und/ oder der Paukenhöhle		x	
	Biomathematische Auswertung der Haplotyp-Befunde bei indirekter Genotyp-Diagnostik mit ausführlicher schriftlicher Befundmitteilung und -erläuterung			x
	Blutentnahme beim Feten und/oder Bestimmung des Säurebasenhaushalts und/oder des Gasdrucks im Blut des Feten, ggf. einschließlich pH-Messung			x
	Blutentnahme durch Venenpunktion	x	x	

Spaltenbezeichnung		VP	GP	SG
	Legende	Leistung ist in der Versicherten-pauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten	Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n)	Leistung ist in sonstigen GOP enthalten
	Blutige Venendruckmessung(en) an einer Extremität, in Ruhe und nach Belastung, einschließlich graphischer Registrierung			x
	Chemische Ätzung der Hornhaut		x	
	Chemo-chirurgische Behandlung eines Basalioms	x	x	
	Chemo-chirurgische Behandlung spitzer Kondylome oder chemo-chirurgische Behandlung von Präkanzerosen	x	x	
	Definierte Kreislauffunktionsprüfung nach standardisierten Methoden einschl. Dokumentation	x	x	
	Dehnung der weiblichen Harnröhre, ggf. einschließlich Spülung, Instillation von Medikamenten und/oder Katheterisierung der Harnblase			x
	Dehnung, Durchspülung, Sondierung, Salbenfüllung und/oder Kaustik der Tränenwege		x	x
	Diagnostische Peritonealspülung (Peritoneal-Lavage)			x
	Diasklerale Durchleuchtung und/oder Prüfung entoptischer Wahrnehmung zur Beurteilung der Netzhautfunktion bei trüben Medien		x	

Spaltenbezeichnung		VP	GP	SG
	Legende	Leistung ist in der Versicherten-pauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten	Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n)	Leistung ist in sonstigen GOP enthalten
	Differenzierende Analyse und graphische Darstellung des Bewegungsablaufes beider Augen (mindestens 9 Blickrichtungen je Auge)		x	
	Differenzierende Analyse und graphische Darstellung des Bewegungsablaufes beider Augen (mindestens 9 bzw. 36 Blickrichtungen je Auge)		x	
	Differenzierende Farbsinnprüfung (z. B. Farbfleck-Legetest, Spektral-Kompensationsmethode)		x	
	Differenzierende qualitative Bestimmung des Geruchsvermögens mit mindestens 3 aromatischen Geruchsstoffen, 3 Mischgeruchsstoffen und einem Trigeminusreizstoff, ggf. einschl. Geschmacksprüfung, einschl. Substanzkosten	x	x	
	Digitale Ausräumung des Mastdarms, Reposition eines Mastdarmvorfalles und/oder Entfernung von Fremdkörpern aus dem Mastdarm	x	x	x
	Digitaluntersuchung des Mastdarms, ggf. einschließlich der Prostata	x	x	x
	Doppler-sonographische Druckmessung(en) an den Arterien einer Extremität, in Ruhe und nach Belastung	x	x	

Spaltenbezeichnung		VP	GP	SG
	Legende	Leistung ist in der Versicherten-pauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten	Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n)	Leistung ist in sonstigen GOP enthalten
	Doppler-sonographische Untersuchung der Skrotalfächer oder der Penisgefäße		x	
	Doppler-sonographische Untersuchung der Venen oder der Arterien einer Extremität, in Ruhe	x	x	
	Druckkontrollierte Insufflation der Eustachischen Röhre unter Verwendung eines Druckkompressors		x	
	Druckmessung an der Lunge mittels Compliance bzw. P I und P max, einschl. graphischer Registrierung			x
	Druckmessung(en) oder Flußmessung(en) am freigelegten Blutgefäß			x
	Durchführung der Ösophagoskopie/Gastroskopie als Videoösophago- bzw. gastroskopie			x
	Durchführung einer standardisierten thermischen Labyrinthprüfung		x	x
	Durchtrennung oder Sprengung eines stenosierenden Narbenstranges der Scheide oder Abtragung eines Scheidenseptums			x

Spaltenbezeichnung		VP	GP	SG
	Legende	Leistung ist in der Versicherten-pauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten	Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n)	Leistung ist in sonstigen GOP enthalten
	Durchtrennung oder Sprengung von Narbensträngen ohne Eröffnung einer Körperhöhle	x	x	x
	Einbringen einer oder mehrerer Saugdrainagen in eine Wunde über einen gesonderten Zugang			x
	Einbringen einer oder mehrerer Spüldrainagen in Gelenke, Weichteile oder Knochen über einen gesonderten Zugang, ggf. einschließlich Spülung			x
	Einbringung (Instillationen) von Medikamenten in Körperöffnungen	x	x	x
	Einbringung des Kontrastmittels in einen Zwischenwirbelraum			x
	Sialographie oder Hysterosalpingographie oder Galaktographie			x
	Einbringung von Drainagefäden in eine Analfistel			x
	Einbringung von Medikamenten durch Injektion in einen parenteralen Katheter	x	x	
	Einbringung von Medikamenten in den Kehlkopf		x	
	Einführung von Verweilsonden (z. B. Punctum Plugs) in die Tränenwege eines Auges, ggf. einschließlich Nahtfixation			x

Spaltenbezeichnung		VP	GP	SG
	Legende	Leistung ist in der Versicherten-pauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten	Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n)	Leistung ist in sonstigen GOP enthalten
	Eingehende makroskopische Untersuchung, Präparation und Beschreibung von großen Operationspräparaten (z.B. Gastrektomie, Hemikolektomie)			x
	Einrenkung der Luxationen von Wirbelgelenken im Durchhang			x
	Einrichtung des gebrochenen Brustbeins			x
	Einrichtung eines gebrochenen Handwurzel-, Mittelhand-, Fußwurzel- oder Mittelfußknochens			x
	Einrichtung eines gebrochenen Oberarm- oder Oberschenkelknochens oder des gebrochenen Beckens			x
	Einrichtung gebrochener Fingerendglied- oder Zehenknochen oder Einrichtung eines gebrochenen Fingergrundglied-, Fingermittelglied- oder Großzehenknochens			x
	Einrichtung gebrochener Unterarm- oder Unterschenkelknochen, je Seite			x
	Einrichtung und Fixation eines gebrochenen Kiefers außerhalb der Zahnreihen durch intraorale Schiene oder Stützapparat			x
	Entfernen eines Verweilröhrchens am Trommelfell		x	
	Einsetzen o. Auswechseln einer Trommelfellprothese		x	

Spaltenbezeichnung		VP	GP	SG
	Legende	Leistung ist in der Versicherten-pauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten	Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n)	Leistung ist in sonstigen GOP enthalten
	EKG-Monitoring	x	x	x
	Elektrokardiographische Untersuchung	x	x	
	Elektrokardiographische Untersuchung mittels Ösophagusableitung, einschließlich Elektrodeneinführung		x	
	Elektrolytische Epilation von Wimpernhaaren	x	x	
	Endobronchiale Behandlung mit weichem Rohr		x	
	Endoskopische Untersuchung der Nasenhaupthöhlen und/oder des Nasenrachenraumes		x	
	Endoskopische Untersuchung einer oder mehrerer Nasennebenhöhlen		x	
	Entfernung einer Zervix-Cerclage		x	x
	Entfernung einer Geschwulst, von Fremdkörpern oder von Silikon- oder Silastikplomben aus der Augenhöhle			x
	Entfernung eines nicht festsitzenden Fremdkörpers aus dem Gehörgang oder der Paukenhöhle	x	x	
	Entfernung eines oder mehrerer Polypen aus dem Gehörgang			x

Spaltenbezeichnung		VP	GP	SG
	Legende	Leistung ist in der Versicherten-pauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten	Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n)	Leistung ist in sonstigen GOP enthalten
	Entfernung nicht haftender Fremdkörper von der Bindehaut oder mechanische Epilation von Wimpernhaaren	x	x	
	Entfernung sichtbarer Kirschnerdrähte ohne Eröffnung der Haut			x
	Entfernung und/oder Nachbehandlung von bis zu fünf plantaren, palmaren, sub- oder paraungualen Warzen oder vergleichbaren Hautveränderungen	x	x	x
	Entfernung und/oder Nachbehandlung von bis zu fünf vulgären Warzen bzw. Mollusken oder vergleichbaren Hautveränderungen, z. B. mittels scharfen Löffels, Kauterisation oder chemisch-kaustischer Verfahren oder Entfernung von bis zu fünfzehn pendelnden Fibromen	x	x	x
	Entfernung von Fäden o. Klammern aus einer Wunde	x	x	
	Entfernung von Fremdkörpern aus der Nase als selbständige Leistung	x	X	
	Entfernung von Korneoskleralfäden oder einer Hornhautnaht		X	X
	Entfernung von Ohrenschmalzpfröpfen	x	X	
	Entnahme und Aufbereitung von Abstrichmaterial zur zytologischen Untersuchung	x	x	x

Spaltenbezeichnung		VP	GP	SG
	Legende	Leistung ist in der Versicherten-pauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten	Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n)	Leistung ist in sonstigen GOP enthalten
	Entnahme und ggf. Aufbereitung von Abstrichmaterial zur mikrobiologischen Untersuchung	x	x	x
	Ergänzung der psychiatrischen Behandlung eines Kindes oder Jugendlichen durch syndrombezogene therapeutische Intervention bei behandlungsbedürftiger(n) Bezugsperson(en).			x
	Erhebung des Ganzkörperstatus	x	x	x
	Erhebung des vollständigen neurologischen Status (Hirnnerven, Reflexe, Motorik, Sensibilität, Koordination, extrapyramidales System, Vegetativum, hirnversorgende Gefäße), ggf. einschließlich Beratung und Erhebung ergänzender psychopathologischer Befunde		x	x
	Erhebung des vollständigen psychiatrischen Status (Bewußtsein, Orientierung, Affekt, Antrieb, Wahrnehmung, Denkablauf, mnestische Funktionen) unter Einbeziehung der lebensgeschichtlichen und sozialen Daten, ggf. einschließlich Beratung und Erhebung ergänzender neurologischer Befunde, einschließlich schriftlicher ärztlicher Aufzeichnungen		x	x
	Erhebung des vollständigen psychiatrischen Status bei einem Kind oder Jugendlichen, ggf. auch unter mehrfacher Einschaltung der Bezugs- und/oder Kontaktperson(en) und Berücksichtigung		x	x

Spaltenbezeichnung		VP	GP	SG
	Legende	Leistung ist in der Versicherten-pauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten	Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n)	Leistung ist in sonstigen GOP enthalten
	der entwicklungspsychologischen Gesichtspunkte, einschließlich schriftlicher ärztlicher Aufzeichnungen, ggf. einschließlich Beratung und Erhebung ergänzender neurologischer Befunde.			
	Erhebung ergänzender neurologischer und psychiatrischer Befunde		x	x
	Eröffnung eines Abszesses der Nasenscheidewand			x
	Eröffnung eines Gerstenkorns (Hordeolum)	x	x	
	Erörterung, Planung und Koordination gezielter therapeutischer Maßnahmen zur Beeinflussung systemischer Erkrankungen oder chronischer Erkrankungen mehrerer Organsysteme, insbesondere mit dem Ziel sparsamer Arzneitherapie durch den Arzt, der die kontinuierliche hausärztliche Betreuung durchführt, ggf. unter Einbeziehung von Bezugspersonen, ggf. einschließlich schriftlicher ärztlicher Empfehlungen	x	x	x
	Erstellung, Aktualisierung, Erläuterung und Aushändigung eines Medikationsplans sowie ggf. Übertragung oder Löschung des elektronischen Medikationsplans auf die/der elektronische(n) Gesundheitskarte (eGK) des Patienten gemäß § 29a BMV-Ä und Anhang 3 der Anlage 4a zum BMV-Ä	x	x	x
	Erstversorgung einer großen Wunde			x

Spaltenbezeichnung		VP	GP	SG
	Legende	Leistung ist in der Versicherten-pauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten	Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n)	Leistung ist in sonstigen GOP enthalten
	Erstversorgung einer Wunde			x
	Exophthalmometrie		x	
	Extensionsbehandlung mit Gerät(en), ggf. mit gleichzeitiger Wärmeanwendung und ggf. mit Massage mittels Gerät	x	x	
	Extraktion eines Finger- oder Zehennagels			x
	Farbsinnprüfung mit Anomaloskop		x	
	Fremdanamnese(n)	x	x	x
	Funktionsprüfung von Mehrstärken- oder Prismenbrillen mit Bestimmung der Fern- und Nahpunkte bei subjektiver Brillenunverträglichkeit		x	
	Gebärmutter- und/oder Eileiter-Kontrastuntersuchung (Hysterosalpingographie), einschließlich Durchleuchtung (BV/TV)			x
	Gefäßendoskopie, intraoperativ			x
	Gezielte Applikation von ätzenden oder abschwellenden Substanzen unter Spiegelbeleuchtung im hinteren Nasenraum und/oder an den Seitensträngen		x	

Spaltenbezeichnung		VP	GP	SG
	Legende	Leistung ist in der Versicherten-pauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten	Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n)	Leistung ist in sonstigen GOP enthalten
	Gezielte Einbringung von Medikamenten in den Gehörgang unter Spiegelbeleuchtung		x	
	Gezielte Einbringung von Medikamenten in die Paukenhöhle unter Spiegelbeleuchtung		x	
	Gezielte medikamentöse Behandlung der Portio und/oder der Vagina		x	x
	Gonioskopie		x	
	Hautfunktionsproben, z. B. Alkali-Resistenzbestimmung (Tropfmethode) oder Schweißversuch		x	x
	Hörgerätekupplermessungen zur Anpassung oder Kontrolle einer Hörhilfe		x	x
	Hörprüfung mit Einschluß des Tongehörs (Umgangs- und Flüstersprache, Luft- und Knochenleitung) und/oder mittels einfacher audiologischer Testverfahren (mindestens fünf Frequenzen)	x	x	
	Hydrogalvanisches Teilbad	x		x
	Immunszintigraphie mit radioaktiv markierten monoklonalen Antikörpern oder Rezeptorszintigraphie			x

Spaltenbezeichnung		VP	GP	SG
	Legende	Leistung ist in der Versicherten-pauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten	Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n)	Leistung ist in sonstigen GOP enthalten
	Infiltration gewebehärtender Mittel oder Implantation von Hormonpreßlingen o. ä.			x
	Infiltrations- oder Leitungsanästhesie(n)			x
	Infrarotkoagulation im anorektalen Bereich			x
	Infusion, subkutan	x	x	
	Injektion, intraartikulär	x	x	x
	Injektion, intrakutan, subkutan, submukös, subkonjunktival oder intramuskulär	x	x	
	Injektions- und/oder Infiltrationsbehandlung d. Prostata		x	
	Instrumentelle Entfernung von Fremdkörpern von der Hornhautoberfläche, von Kalkinfarkten aus der Bindehaut oder von Milien aus den Lidern		x	
	Intrakutane Reiztherapie (Quaddelbehandlung)	x	x	
	Intraluminale Messung(en) des Arteriendrucks oder des zentralen Venendrucks, ggf. einschließlich Punktion und/oder Kathetereinführung		x	

Spaltenbezeichnung		VP	GP	SG
	Legende	Leistung ist in der Versicherten-pauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten	Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n)	Leistung ist in sonstigen GOP enthalten
	Intravenöse Einbringung des Kontrastmittels mittels Hochdruckinjektion oder durch apparativ gesteuerte Kontrastmittelverabfolgung mit kontinuierlicher Flußrate, peripher			x
	Intravenöse Einbringung des Kontrastmittels			x
	Intravenöse Einbringung des Kontrastmittels mittels Injektion oder Infusion oder intraarterielle Einbringung des Kontrastmittels			x
	Intravenöse Injektion	x	x	
	Kapillarmikroskopische Untersuchung		x	x
	Katheterisierung der Harnblase mit Spülung, Instillation von Medikamenten und/oder Ausspülung von Blutkoagula	x	x	x
	EinmalKatheterisierung der Harnblase	x	x	x
	Katheterismus der Ohrtrompete, ggf. mit Bougierung und/oder Einbringung von Medikamenten, ggf. einschließlich Luftdusche		x	
	Kleiner Schienenverband, auch als Notverband bei Frakturen	x	x	x
	Kleiner Schienenverband, bei Wiederanlegung derselben, nicht neu hergerichteten Schiene	x	x	x
	Klinisch-neurologische Basisdiagnostik	x	x	x

Spaltenbezeichnung		VP	GP	SG
	Legende	Leistung ist in der Versicherten-pauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten	Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n)	Leistung ist in sonstigen GOP enthalten
	Kolposkopie, einschließlich Essigsäure- und/oder Jodprobe		x	
	Konservative Behandlung der Gaumenmandeln	x	x	
	Konsiliarische Erörterung zwischen zwei oder mehr Ärzten/ Psychologischen Psychotherapeuten, Fachpsychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten einer Praxisgemeinschaft oder Gemeinschaftspraxis über die bei demselben Kranken erhobenen Befunde	x	x	
	Konsiliarische Erörterung zwischen zwei oder mehr behandelnden Ärzten oder zwischen behandelnden Ärzten und Psychologischen Psychotherapeuten, Fachpsychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten über die bei demselben Patienten erhobenen Befunde	x	x	
	Konsultationskomplex	x	x	
	Kontrolle einer Hörhilfeanpassung in einem schallisolierten Raum mit in-situ-Messungen oder Hörfeldaudiometrie		x	x
	Kryochirurgischer Eingriff im Enddarmbereich			x
	Kryotherapie mittels Eiskompressen, Eisteilbädern, Kältepackungen, Gasen, Peloiden	x	x	

Spaltenbezeichnung		VP	GP	SG
	Legende	Leistung ist in der Versicherten-pauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten	Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n)	Leistung ist in sonstigen GOP enthalten
	Kryotherapie oder Schleifen und/oder Fräsen der Haut und/oder der Nägel oder Behandlung von Akneknoten, ggf. einschließlich Kompressen und dermatologischen Externa	x	x	x
	Legen einer "Miller-Abbott-Sonde"		x	
	Legen eines zentralen Venenkatheters durch Punktion der Vena jugularis oder Vena subclavia	x	x	x
	Leitungsanästhesie an einem Finger oder einer Zehe	x	x	
	Lokalanästhesie eines oder mehrerer kleiner Wirbelgelenke		x	x
	Lokalanästhesie(n) zur Schmerzbehandlung	x		x
	Lokalisierung von Netzhautveränderungen für einen gezielten operativen Eingriff		x	
	Lösung einer Vorhautverklebung	x	x	
	Manuelle kinetische Perimetrie mit Marken verschiedener Reizwerte und/oder manuelle statische Perimetrie, einschließlich Dokumentation, je Sitzung		x	x
	Manuelle Reposition eines zahntragenden Bruchstücks des Alveolarfortsatzes			x

Spaltenbezeichnung		VP	GP	SG
	Legende	Leistung ist in der Versicherten-pauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten	Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n)	Leistung ist in sonstigen GOP enthalten
	Medikamentöse Infiltrationsbehandlung	x	x	x
	Messung der Akkommodationsbreite		x	
	Messung der Hornhautkrümmungsradien		x	
	Messung(en) von Herzzeitvolumen und/oder Kreislaufzeiten mittels Indikatorverdünnungsmethode, einschließlich Applikation der Testsubstanz, mittels Thermodilutionsmethode oder mittels Rückatmung von CO2 oder anderer Atemgase			x
	Mikro-Herzkatheterismus mittels Einschwemmkatheters in Ruhe sowie während und nach physikalisch definierter und reproduzierbarer Belastung, mit Druckmessungen, oxymetrischen Untersuchungen, fortlaufender EKG-Kontrolle und ggf. Röntgenkontrolle, einschließlich Kosten für den Einschwemmkatheter mit Ausnahme des Swan-Ganz- Katheters			x
	Milzszintigramm, einschließlich Funktions- und/oder Kapazitätsbestimmung mit radioaktiv markierten, ggf. alterierten Erythrozyten			x
	Mobilisierende Behandlung an der Wirbelsäule oder eines oder mehrerer Extremitätengelenke mittels Weichteiltechniken	x	x	x
	Nachweis von Mikroorganismen bei histologischer Untersuchung			x

Spaltenbezeichnung		VP	GP	SG
	Legende	Leistung ist in der Versicherten-pauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten	Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n)	Leistung ist in sonstigen GOP enthalten
	Oberflächenanästhesie der tieferen Nasenabschnitte, von Trommelfell und/oder Paukenhöhle oder von Harnröhre und/oder Harnblase	x	x	x
	Oberflächenanästhesie des Larynx und/oder des Bronchialgebietes		x	x
	Objektive Refraktionsbestimmung		x	
	Operation im äußeren Gehörgang (z. B. Entfernung gutartiger Hautneubildungen)			x
	Operativer Eingriff in der Nase (z. B. Entfernung von bis zu zwei Nasenpolypen, anderen Neubildungen einer Nasenseite, Muschelkappung, Muschelfrakturierung, Muschelquetschung, Muschelkaustik, Synechielösung und/oder Probeexzision)			x
	Operativer Eingriff zur Entfernung festsitzender Fremdkörper aus der Nase und/oder teilweise oder vollständige Abtragung einer Nasenmuschel und/oder submuköse Resektion an der Nasenscheidewand und/oder operative Entfernung von mehr als zwei Nasenpolypen und/oder anderen Neubildungen			x
	Operatives Anlegen einer Schiene am gebrochenen Ober- oder Unterkiefer			x

Spaltenbezeichnung		VP	GP	SG
	Legende	Leistung ist in der Versicherten-pauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten	Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n)	Leistung ist in sonstigen GOP enthalten
	Operatives Anlegen einer Schiene bei Erkrankungen oder Verletzungen des Ober- oder Unterkiefers oder Anlegen eines extraoralen Extensions- oder Retentionsverbandes			x
	Orientierende Farbsinnprüfung mit Farbtafeln	x	x	
	Orientierende psychopathologische Befunderhebung	x	x	x
	Orthograde Darmspülung, einschließlich Sondeneinführung in das Duodenum			x
	Plastische Operation am Nagelwall eines Fingers oder einer Zehe, ggf. einschließlich Entfernung von Granulationsgewebe und/oder Ausrottung eines Finger- oder Zehennagels mit Exzision der Nagelwurzel			x
	Plexus-,Spinal- oder Periduralanalgesie mittels Katheter zur postoperativen Analgesie nach operativen Eingriffen in Kombinationsnarkose			x
	Prostatamassage	x	x	
	Prüfung der Labyrinthe auf Spontan-, Provokations-, Lage-, Lageänderungs- und Blickrichtungsnystagmus, ggf. einschließlich weiterer Provokationen (z. B. rotatorisch), ggf. einschließlich Prüfung der Koordination	x	x	

Spaltenbezeichnung		VP	GP	SG
	Legende	Leistung ist in der Versicherten-pauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten	Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n)	Leistung ist in sonstigen GOP enthalten
	Pulsoxymetrische Untersuchungen	x	x	x
	Pulsschreibung oder Druckmessung an den Digitalarterien	x	x	
	Pulsschreibung und/oder Druckmessung an den Digitalarterien vor und nach definierter Kälteexposition	x	x	
	Punktion(en) zu therapeutischen Zwecken	x		x
	Quantitative Untersuchung der Augenmotorik auf Heterophorie und Strabismus, ggf. einschl. qualitativer Prüfung auf Heterophorie, Pseudostrabismus und Strabismus		x	
	Quantitative Auswertung mit Messung und Dokumentation von Impulsraten pro Flächenelement und/oder pro Volumenelement und/oder von Zeit-Aktivitätskurven			x
	Quantitative Untersuchung des binokularen Sehaktes auf Simultansehen, Fusion, Fusionsbreite und Stereopsis		x	
	Quengelverband, zusätzlich zum jeweiligen Gipsverband	x	x	x
	Radionephrographie mittels radioaktiver Substanzen in weiteren Positionen, ggf. einschließlich Restharnbestimmung, ggf. einschließlich Gabe von Pharmaka			x

Spaltenbezeichnung		VP	GP	SG
	Legende	Leistung ist in der Versicherten-pauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten	Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n)	Leistung ist in sonstigen GOP enthalten
	Redressierender Klebeverband des Brustkorbs oder dachziegelförmiger Klebeverband	x	x	x
	Rekto- und/oder Sigmoidoskopie, ggf. einschließlich Probeexzision(en)			x
	Rhinomanometrische Untersuchung mittels Flußmessungen		x	
	Röntgenaufnahmen der Nasennebenhöhlen, ggf. in mehreren Ebenen			x
	Röntgenaufnahmen eines Schädelteils			x
	Röntgenaufnahmen von Kieferteilen in Spezialprojektionen			x
	Röntgenaufnahmen von Zähnen			x
	Schlitzung des Parotis- oder Submandibularis-Ausführungsganges			x
	Schriftlicher Diätplan bei schweren Ernährungs- oder Stoffwechselstörungen, speziell für den einzelnen Patienten aufgestellt	x	x	
	Selektive in-vitro-Markierung von Blutzellen mit radioaktivem Indium			x

Spaltenbezeichnung		VP	GP	SG
	Legende	Leistung ist in der Versicherten-pauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten	Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n)	Leistung ist in sonstigen GOP enthalten
	Sensibilitätsprüfung an mindestens drei Zähnen, einschließlich Vergleichstests		x	
	Sichtung, Wertung und Erörterung von Fremdbefunden, situationsentsprechende Untersuchung, Aufklärung des Patienten über das therapeutische Vorgehen, über Risiken und Maßnahmen zur Behandlung von Nebenwirkungen, ggf. einschließlich konsiliarische Erörterung mit anderen behandelnden Ärzten, im unmittelbaren Zusammenhang mit Bestrahlungen		x	
	Sondierung und/oder Bougierung des Parotis- oder Submandibularis-Ausführungsganges		x	
	Spaltlampenmikroskopie der vorderen und/oder mittleren Augenabschnitte, ggf. einschließlich der binokularen Untersuchung des hinteren Poles		x	
	Spaltung thrombosierter oberflächlicher Beinvenen, einschl. Thrombus-Expression, ggf. einschließlich Naht			x
	Spaltung von Furunkeln im äußeren Gehörgang oder Kaustik im Gehörgang und/oder in der Paukenhöhle			x
	Spirometrie		x	x

Spaltenbezeichnung		VP	GP	SG
	Legende	Leistung ist in der Versicherten-pauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten	Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n)	Leistung ist in sonstigen GOP enthalten
	Sprachaudiometrische Untersuchung zur Kontrolle angepaßter Hörgeräte im freien Schallfeld		x	x
	Spülung der Harnblase und/oder Instillation bei liegendem Verweilkatheter	x	x	
	Spülung der männlichen Harnröhre und/oder Instillation von Medikamenten	x	x	
	Spülung des Pleuraraumes bei liegender Drainage, ggf. einschließlich Einbringung von Medikamenten	x	x	
	Spülungen jeglicher Art	x	x	x
	Standardisierte Sprachentwicklungstests (z. B. HSET, PPVT, PET, Wurst) oder gezielte Prüfungen der auditiven, visuellen, taktil-kinaesthetischen Wahrnehmungsfunktionen (z. B. Frostig, MVPT, Schilling-Schäfer, Mottier, von Deuster, BLDT) oder gezielte Prüfung der Grob- und Feinmotorik (z. B. MOT, LOS), ggf. einschließlich Prüfung der Grobmotorik, oder sensomotorische Diagnostik im Oral- und Facialbereich			x
	Stärke- oder Gipsfixation zu einem Verband, zusätzlich	x	x	x
	Stichkanalanästhesie vor einer Injektion, Infusion oder Punktion	x	x	

Spaltenbezeichnung		VP	GP	SG
	Legende	Leistung ist in der Versicherten-pauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten	Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n)	Leistung ist in sonstigen GOP enthalten
	Stillung einer Nachblutung im Mund-Kieferbereich, als selbständige Leistung	x	x	x
	Stillung von Blutungen, sofern nicht gesondert ausgewiesen	x	x	x
	Stillung von Nachblutungen, sofern nicht gesondert ausgewiesen	x	x	x
	Stillung von Nasenbluten durch Ätzung und/oder Tamponade und/oder Kauterisation	x	x	x
	Streckverband	x	x	x
	Streckverband mit Nagel- oder Drahtextension			x
	Subjektive Refraktionsbestimmung	x	x	
	Symptombezogene klinische Untersuchung bei einem Hausbesuch oder bei einer Visite	x	x	
	Symptombezogene klinische Untersuchungen zusätzlich bei Beratung und Erörterung	x	x	
	Szintigraphische Untersuchung der Lungenperfusion mittels 99m-Tc-markierten Partikeln			x
	Szintigraphische Untersuchung der Lungenventilation oder -inhalation mit radioaktiv markierten Gasen			x

Spaltenbezeichnung		VP	GP	SG
	Legende	Leistung ist in der Versicherten-pauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten	Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n)	Leistung ist in sonstigen GOP enthalten
	Szintigraphische Untersuchung der Lungenventilation oder -inhalation mit radioaktiven Aerosolen			x
	Szintigraphische Untersuchung der Nebennieren und ggf. Metastasen mit radioaktiv markierten funktionsspezifischen Substanzen			x
	Szintigraphische Untersuchung der Nebenschilddrüsen			x
	Szintigraphische Untersuchung des Gehirns, der Liquorräume, der Augenhöhlen oder der Tränenwege bei Verwendung von 99m-Tc-markierten Substanzen oder bei Verwendung von radioaktiv markierten biogenen Aminen oder ähnlichen Substanzen oder bei Verwendung von radioaktiv markierten Komplexbildnern			x
	Szintigraphische Untersuchung des Gesamtskeletts mittels radioaktiv markierter osteotroper Substanzen			x
	Szintigraphische Untersuchung des Knochenmarks mit 99m-Tc-markierten Substanzen			x
	Szintigraphische Untersuchung von Speicheldrüsen, Intestinaltrakt, Leber (einschl. Milz), Gallenwegen oder Pankreas mit radioaktiv markierten Substanzen			x

Spaltenbezeichnung		VP	GP	SG
	Legende	Leistung ist in der Versicherten-pauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten	Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n)	Leistung ist in sonstigen GOP enthalten
	Szintigraphische Untersuchungen eines Skeletteils, ggf. einschl. der kontralateralen Seite, mittels radioaktiv markierter osteotroper Substanzen			x
	Szintigraphische Untersuchungen mehrerer Skelettteile mittels radioaktiv markierter osteotroper Substanzen			x
	Szintigraphischer Nachweis von Radioaktivitätsverteilungen im Körper (soweit nicht von anderen Leistungsansätzen erfaßt), z. B. Ganzkörpermessungen, Suche nach Tumoren, Metastasen und/ oder Infektionen			x
	Tamponade der Nase von vorn als selbständige Leistung	x	x	
	Tape-Verband eines kleinen Gelenkes	x	x	x
	Temperaturgesteuerte Thermokoagulation oder Kryokoagulation der Portio und/oder kryochirurgischer Eingriff im Bereich der Vagina und/oder der Vulva			x
	Thermokoagulation bzw. Kauterisation krankhafter Haut- und/ oder Schleimhautveränderungen, z. B. mittels Infrarot-, Elektro-, Lasertechnik			x
	Tonometrische Untersuchung		x	

Spaltenbezeichnung		VP	GP	SG
	Legende	Leistung ist in der Versicherten-pauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten	Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n)	Leistung ist in sonstigen GOP enthalten
	Topographische Untersuchung der Hornhaut		x	
	Transkranielle gepulste Doppler-sonographische Untersuchung, einschließlich graphischer Registrierung			x
	Transkutane Messung(en) des Sauerstoffpartialdrucks, ggf. einschließlich Provokation	x	x	
	Transurethrale Koagulation von Blutungsherden und/oder Entfernung von Fremdkörpern in/aus der Harnblase			x
	Trepanation eines Finger- oder Zehennagels	x	x	
	Trichromfärbung bei histologischer Untersuchung			x
	Tympanometrie mittels Impedanzmessung zur Bestimmung der Bewegungsfähigkeit des Trommelfell-Gehörknöchelchen-Apparates mit graphischer Darstellung des Kurvenverlaufs, auch beidseitig			x
	Tympanoskopie		x	
	Überprüfung der Notwendigkeit und Erhebung notfallrelevanter Patientendaten zur Anlage und ggf. Aktualisierung eines Notfalldatensatzes gemäß Anhang 2 der Anlage 4a zum BMV-	x	x	x

Spaltenbezeichnung		VP	GP	SG
	Legende	Leistung ist in der Versicherten-pauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten	Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n)	Leistung ist in sonstigen GOP enthalten
	Ä, einschließlich Übertragung auf die eGK des Patienten und Aufklärung des Patienten			
	Umprogrammierung und/oder Wiederauffüllung einer Zytostatikapumpe im Verlauf der Therapie	x	x	x
	Unblutige Beseitigung einer Paraphimose	x	x	
	Unblutige Erweiterung des Mastdarmschließmuskels in Anästhesie/Narkose oder Reposition eines Analschleimhautprolapses	x	x	x
	Untersuchung der oberen Trachea		x	x
	Untersuchung der Sehschärfe im Fern- und Nahbereich mittels Landolt-Ringen, E-Haken oder gleichwertigen Optotypen bei einem Kind bis zum vollendeten 6. Lebensjahr		x	
	Untersuchung des Dämmerungssehens ohne, während und ggf. nach Blendung		x	
	Untersuchung(en) mittels CERA		x	
	Uroflowmetrie einschließlich Registrierung		x	
	Vektorkardiographie	x	x	x

Spaltenbezeichnung		VP	GP	SG
	Legende	Leistung ist in der Versicherten-pauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten	Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n)	Leistung ist in sonstigen GOP enthalten
	Verband (einschließlich Schnell- und Sprühverbände, Augenklappen, Ohrenklappen, Dreiecktücher, vorgefertigte Wundklebepflaster) oder Halskrawattenfertigverband	x	x	x
	Verschlußplethysmographische Untersuchung der Venen einer Extremität, einschließlich graphischer Registrierung			x
	Versilberung bei histologischer Untersuchung			x
	Vertiefte Exploration mit differentialdiagnostischer Einordnung eines psychiatrischen Krankheitsbildes unter Einbeziehung der dokumentierten Ergebnisse der selbsterbrachten Leistungen "Erhebung des vollständigen psychiatrischen Status bei einem Erwachsenen oder bei einem Kind/Jugendlichen" zur Entscheidung der Behandlungserfordernisse		x	x
	Verwendung eines Ganzkörperzusatzes			x
	Verwendung von selektiv in-vitro-markierten Zellen (Indium) oder Verwendung von Gallium			x
	Vollständige Untersuchung eines oder mehrerer Organsysteme	x	x	x
	Wiederanbringung einer gelösten Apparatur oder Änderungen an derselben oder teilweise Erneuerung von Schienen oder Stützapparaten oder Entfernung einer Schiene	x		x

Spaltenbezeichnung		VP	GP	SG
	Legende	Leistung ist in der Versicherten-pauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten	Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n)	Leistung ist in sonstigen GOP enthalten
	Wiederanlegen und ggf. Änderung von fixierenden Verbänden (mindestens zwei Gelenke, Extremität mit einem Gelenk, Extremität mit mindestens zwei Gelenken, Rumpf)	x	x	x
	Wiederauffüllung und Programmierung von Infusomaten und Perfusoren	x	x	x
	Wurzelkanalaufbereitung und Wurzelfüllung bei Wurzelspitzenresektion, je Wurzelkanal			x
	Extraktion eines Milchzahnes	x	x	
	Zervixrevision bei Blutung nach der Geburt			x
	Zirkulärer Verband des Kopfes, des Rumpfes, stabilisierender Verband des Halses, des Schulter- oder Hüftgelenks oder einer Extremität über mindestens zwei große Gelenke, als Wundverband oder zur Ruhigstellung, oder Kompressionsverband	x	x	x
	Zurückbringen oder Versuch des Zurückbringens eines eingeklemmten Bruches	x	x	x
	Zusätzliche Aufnahme(n) zur Funktionsprüfung des Bandapparates eines Daumengrund-, Schultereck-, Knie- oder Sprunggelenks			x

Spaltenbezeichnung		VP	GP	SG
	Legende	Leistung ist in der Versicherten-pauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten	Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n)	Leistung ist in sonstigen GOP enthalten
01420	Prüfung/Verordnung der häuslichen Krankenpflege	x		
01422	Erstverordnung von Behandlungsmaßnahmen zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege	x		
01424	Folgeverordnung von Behandlungsmaßnahmen zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege	x		
01440	Verweilen außerhalb der Praxis	x		
01510	Beobachtung und Betreuung - Ambulante Betreuung 2h	x		
01511	Beobachtung und Betreuung - Ambulante Betreuung 4h	x		
01512	Beobachtung und Betreuung - Ambulante Betreuung 6h	x		
01520	Beobachtung nach diagnostischer Koronarangiografie	x		
01521	Beobachtung nach therapeutischer Koronarangiografie	x		
01522	Beobachtung und Betreuung entsprechend den Inhalten der Vereinbarung zur invasiven Kardiologie zur Ausführung und Abrechnung invasiver kardiologischer Leistungen	x		
01530	Beobachtung nach diagnostischer Angiografie	x		
01531	Beobachtung nach therapeutischer Angiografie	x		

Spaltenbezeichnung		VP	GP	SG
	Legende	Leistung ist in der Versicherten-pauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten	Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n)	Leistung ist in sonstigen GOP enthalten
01600	Ärztlicher Bericht nach Untersuchung	x	x	
01601	Individueller Arztbrief	x	x	
01602	Kopie eines Briefes	x		
01610	Bescheinigung zur Belastungsgrenze	x		
01612	Konsiliarbericht vor Psychotherapie	x		
02100	Infusion	x		
02101	Infusionstherapie	x		
02110	Erst-Transfusion	x		
02111	Folge-Transfusion	x		
02112	Eigenblut-Retransfusion	x		
02120	Erstprogrammierung einer Zytostatikapumpe	x		
02200	Tuberkulintestung	x		
02320	Magenverweilsonde	x		
02321	Legen eines suprapubischen Harnblasenkatheter	x		
02322	Wechsel/Entfernung suprapubischer Harnblasenkatheter	x		

Spaltenbezeichnung		VP	GP	SG
	Legende	Leistung ist in der Versicherten-pauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten	Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n)	Leistung ist in sonstigen GOP enthalten
02323	Legen/Wechsel transurethraler Dauerkatheter	x		
02330	Blutentnahme durch Arterienpunktion	x		
02331	Intraarterielle Injektion	x		
02340, 02341	Punktion(en) (Lymphknoten, Schleimbeutel,Ganglien, Serome, Hygrome, Hämatome, Wasserbrüche (Hydrocelen), Ascites, Harnblase, Pleura-/Lunge, Schilddrüse, Prostata, Speicheldrüse, Mammae, Knochenmarks, Leber, Nieren, Pankreas, Gelenke, Adnextumoren, ggf. einschl. Douglasraum, Hodens, Ascites, Milz)	x		
02342	Lumbalpunktion	x		
02343	Entlastungspunktion des Pleuraraums und/oder Pleuradrainage	x		
02350	Fixierender Verband	x		
02360	Anwendung von Lokalanästhetika	x		
02400	^{13}C-Harnstoff-Atemtest	x		
02401	H2-Atemtest	x		
03000	Hausärztliche Grundvergütung	x		
Aus 03000/ 04000	Betreuung, Behandlung, Gespräch	x		

Spaltenbezeichnung		VP	GP	SG
	Legende	Leistung ist in der Versicherten-pauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten	Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n)	Leistung ist in sonstigen GOP enthalten
03001	Koordination der hausärztlichen Betreuung	x		
03002	Koordination der hausärztlichen Betreuung eines Kranken entspr. der Leistung nach der Nr. 03001 bei Versorgung in beschützenden Wohnheimen / Pflege- und Altenheimen	x		
03005	Versorgungsbereichsspezifische Bereitschaft	x		
03110	Ordinationskomplex - Ordinationskomplex bis 5. Lebensjahr	x		
03111	Ordinationskomplex - Ordinationskomplex 6.- 59. Lebensjahr	x		
03112	Ordinationskomplex - Ordinationskomplex ab 60. Lebensjahr	x		
03115	Konsultationskomplex	x		
03120	Beratung, Erörterung, Abklärung	x		
03210	Behandlung und Betreuung eines Patienten mit chronisch-internistischer Grunderkrankung(en)	x		
03211	Behandlung und Betreuung eines Patienten mit chronisch-degenerativer und/oder entzündlicher Erkrankung(en) des Bewegungsapparates	x		
03311	Ganzkörperstatus	x		
03312	Klinisch-neurologische Basisdiagnostik	x		

Spaltenbezeichnung		VP	GP	SG
	Legende	Leistung ist in der Versicherten-pauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten	Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n)	Leistung ist in sonstigen GOP enthalten
03313	Orientierende Erhebung des psychopathologischen Status	x		
03320	EKG	x		
03340	Allergologische Basisdiagnostik	x		
04000	Kinder- und jugendmedizinische Grundvergütung	x		
04001	Koordination der kinder- und jugendmedizinischen Betreuung	x		
04002	Koordination der kinder- und jugendmedizinischen Betreuung eines Kranken entspr. der Leistung nach der Nr. 04001 bei Versorgung in beschützenden Wohnheimen/Einrichtungen	x		
04005	Versorgungsbereichsspezifische Bereitschaft	x		
04110	Ordinationskomplex - Ordinationskomplex bis 5. Lebensjahr	x		
04111	Ordinationskomplex - Ordinationskomplex ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr	x		
04112	Ordinationskomplex - Ordinationskomplex für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres	x		
04115	Konsultationskomplex	x		
04120	Beratung, Erörterung, Abklärung	x		

Spaltenbezeichnung		VP	GP	SG
	Legende	Leistung ist in der Versicherten-pauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten	Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n)	Leistung ist in sonstigen GOP enthalten
04210	Behandlung und Betreuung eines Patienten mit chronisch-internistischer Grunderkrankung(en)	x		
04211	Behandlung und Betreuung eines Patienten mit chronisch-degenerativer und/oder entzündlicher Erkrankung des Bewegungsapparates	x		
04311	Ganzkörperstatus	x		
04312	Klinisch-neurologische Basisdiagnostik	x		
04313	Orientierende Erhebung des psychopathologischen Status	x		
04320	EKG	x		
04333	Blutgasanalyse, Säure-Basen-Status	x		
04340	Allergologische Basisdiagnostik	x		
32000	Laborgrundgebühr	x	x	

2 Zuordnung der operativen Prozeduren nach § 295 SGB V (OPS) zu den Leistungen der Kapitel 31 und 36

2.1 Präambel

1. Die nachfolgende tabellarische Aufstellung umfasst die nach OPS kodierten operativen Eingriffe der Abschnitte 31.2 und 36.2, die zugeordnete OP-Leistung, die OP-Kategorie, die in diesem Zusammenhang berechnungsfähigen Überwachungskomplexe, die postoperativen Behandlungskomplexe bei Durchführung auf Überweisung und bei Durchführung durch den Operateur sowie die zugeordneten Narkoseleistungen. Die Zuordnungen der OPS-Kodes zu den OP-Kategorien gelten für ambulante und belegärztliche Operationen gleichermaßen. Die den OPS-Kodes zugeordneten OP-Leistungen, Überwachungskomplexe sowie die Narkosen sind in der Tabelle jeweils gesondert für die Kapitel 31 und 36 ausgewiesen. Nach belegärztlichen Eingriffen sind keine Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 31.4 berechnungsfähig, daher ist dort keine Zuordnung erfolgt.
2. Erfolgen mehrere operative Prozeduren unter einer Diagnose und/oder über einen gemeinsamen operativen Zugangsweg, so kann nur der am höchsten bewertete Eingriff berechnet werden. Die Zuschläge gemäß Abschnitt 31.2.20 können nur einmal je Eingriff berechnet werden. Sofern mehrere zuschlagsberechtigte operative Prozeduren unter einer Diagnose und/oder über einen gemeinsamen operativen Zugangsweg erfolgen, ist der am höchsten bewertete Zuschlag gemäß Abschnitt 31.2.20 in Anrechnung zu bringen.
3. Abweichend von 2. kann bei Simultaneingriffen (zusätzliche, vom Haupteingriff unterschiedliche Diagnose und gesonderter operativer Zugangsweg) die durch das OP- und/oder das Narkoseprotokoll nachgewiesene Überschreitung der Schnitt-Naht-Zeit des Haupteingriffes durch die zusätzliche Berechnung der entsprechenden Zuschlagspositionen berechnet werden. Die berechnungsfähige Höchstzeit bei Simultaneingriffen entspricht der Summe der Zeiten der Einzeleingriffe. Als Berechnungsgrundlagen für Simultaneingriffe gelten folgende Zeiten:
   - Kategorie 1: 15 Minuten,
   - Kategorie 2: 30 Minuten,
   - Kategorie 3: 45 Minuten,
   - Kategorie 4: 60 Minuten,
   - Kategorie 5: 90 Minuten,
   - Kategorie 6: 120 Minuten.
4. Bei den Gebührenordnungspositionen 31096, 31107, 31117, 31127, 31137, 31147, 31157, 31167, 31177, 31187, 31197, 31207, 31217, 31227, 31237, 31247, 31257, 31267, 31277, 31287, 31297, 31307, 31317, 31327, 31337, 31347, 36096, 36107, 36117, 36127, 36137, 36147, 36157, 36167, 36177, 36197, 36207, 36217, 36227, 36237, 36247, 36257, 36267, 36277, 36287, 36297, 36307, 36317, 36327, 36337 und 36347 kann die über die Schnitt-Naht-Zeit von 120 Minuten hinausgehende Schnitt-Naht-Zeit durch die entsprechenden Zuschläge berechnet werden. Die Schnitt-Naht-Zeit ist durch das OP- oder Narkoseprotokoll nachzuweisen.

5. Abweichend von Nr. 8 der Präambel zum Abschnitt 31.2 und Nr. 4 der Präambel zum Abschnitt 36.2 sind Revisionen und Zweiteingriffe wegen Wundinfektionen und postoperativen Komplikationen unter Angabe des Erst-OP-Datums, der aufgetretenen Komplikation und der ICD-10-Kodierung (T79.3, T81.0 bis T81.7, T84.5 bis T84.7, T85.1 bis T85.8) berechnungsfähig. Ist bei malignen Erkrankungen eine Zweitoperation (Erweiterung des Eingriffs, Nachresektion) erforderlich, so ist diese mit dem ICD-10-Kode Z48.8 gemeinsam mit dem ICD-10-Kode des Malignoms zu kennzeichnen und kann ebenfalls abweichend zu den Präambeln 31.2.1 Nr. 8 und 36.2.1 Nr. 4 berechnet werden. Die Regelung der Präambel 2.1 Nr. 10 zum Anhang 2 zum EBM bleibt davon unberührt.
6. Abweichend von Nr. 8 der Präambel zum Abschnitt 31.2 und Nr. 4 der Präambel zum Abschnitt 36.2 sind die Gebührenordnungspositionen zu den OPS-Kodes 5-757, 5-758.1, 5-758.5 bis 5-758.8 am Operationstag neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 8.4 sowie neben der Gebührenordnungsposition 08231 berechnungsfähig.
7. Die alleinige Abrechnung eines temporären Wundverschlusses ist nur zur Konditionierung des Wundgrundes zulässig, wenn mindestens 3 operative Eingriffe erforderlich waren.
8. Bei der Kodierung der operativen Versorgung von Frakturen bezieht sich die Lokalisationsangabe auf die Fraktur, bei der Entfernung des Osteosynthesematerials auf den Zugangsweg.
9. Für den jeweiligen Eingriff qualifizierende Begriffe (z.B. lokale vs. radikale Exzision) gelten die Definitionen nach dem vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) herausgegebenen Schlüssel für Operationen und sonstige Prozeduren gemäß § 295 Abs. 1 Satz 4 SGB V.
10. Die Berechnung einer histographischen Leistung kann nur bei malignen Befunden erfolgen, der histologische Befund ist vorzuhalten. Der temporäre Wundverschluss und die ggf. erforderliche Nachresektion(en) sind nicht gesondert abrechenbar.
11. Die Kombination mehrerer Verfahren setzt voraus, dass alle einzelnen Verfahren in diesem Anhang genannt sind.
12. Eingriffe der Kategorie RR sind nur dann berechnungsfähig, wenn ihre Durchführung nach Maßgabe der Strahlenschutzverordnung, des Strahlenschutzgesetzes und des Medizinprodukterecht-Durchführungsgesetzes i. V. m. der europäischen Medizinprodukteverordnung sowie der jeweiligen Qualitätsbeurteilungsrichtlinien für die radiologische Diagnostik gemäß § 135b Abs. 2 SGB V i. V. m. § 92 Abs. 1 SGB V erfolgt. Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen setzt jeweils eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung entweder nach der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie, nach der Vereinbarung zur invasiven Kardiologie oder nach der Qualitätssicherungsvereinbarung zur interventionellen Radiologie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus. Die Anwendung von Röntgenstrahlen bei anderen Eingriffen steht unter den gleichen Voraussetzungen.
13. Erfolgen unterschiedliche operative Eingriffe gleichzeitig durch zwei Operateure einer Berufsausübungsgemeinschaft bzw. eines medizinischen Versorgungszentrums, so ist der Haupteingriff entsprechend der höchst bewerteten Kategorie abzurechnen. Der parallel dazu stattfindende Simultaneingriff durch den zweiten Operateur kann entsprechend dem OP-

bzw. Narkose-Protokoll mit den entsprechenden Zuschlägen für Simultaneingriffe berechnet werden. Die Narkose kann in diesem Fall nur entsprechend des Haupteingriffs berechnet werden.

14. Bei der Berechnung von Zuschlagspositionen für die Erbringung von Simultaneingriffen gemäß Nr. 3 ist - sofern die Teileingriffe unterschiedlichen Unterabschnitten der Kapitel 31 oder 36 des EBM zugehören - die am höchsten bewertete Zuschlagsposition 31xx8 oder 36xx8 der für den Simultaneingriff relevanten Unterabschnitte in Anrechnung zu bringen. Die Zuschläge gemäß Abschnitt 31.2.20 können bei Simultaneingriffen gemäß Nr. 3 einmal je Eingriff berechnet werden, wobei die Gesamtanzahl der Zuschläge auf höchstens drei begrenzt ist. Sofern mehr als drei zuschlagsberechtigte operative Prozeduren als Simultaneingriffe erfolgen, sind die am höchsten bewerteten Zuschläge in Anrechnung zu bringen.
15. Maßgeblich für die Berechnung der Zuschlagspositionen für Simultaneingriffe nach Nr. 3 ist nicht die Überschreitung der kalkulatorischen Schnitt-Naht-Zeit der Kategorie des Haupteingriffes, sondern die Überschreitung der tatsächlichen Schnitt-Naht-Zeit des jeweiligen Haupteingriffes.
16. Beidseitige Eingriffe an paarigen Organen oder Körperteilen fallen unter die Regelungen nach Nr. 3, sofern die Seitenlokalisation nicht am OPS-Kode benannt wird bzw. der OPS-Kode mit „P“ gekennzeichnet und gesondert bewertet ist. Die entsprechenden OPS-Kodes sind in der tabellarischen Aufstellung unter der Rubrik "Seite" mit einem Doppelpfeil gekennzeichnet.
17. Bei OPS-Kodes mit dem Kennzeichen „P“ für „Paarig“ ist bei einem beidseitigen Eingriff in einer Sitzung der entsprechende OPS-Kode pro Seite jeweils mit dem Zusatzkennzeichen für die Seitenlokalisation „R“ und „L“ zu übermitteln. Für diesen beidseitigen Eingriff ist die im Anhang 2 unter der Rubrik „OP-Leistung“ ausgewiesene Gebührenordnungsposition abzurechnen.
18. Intraoculare Eingriffe deren Kategorie mit einem "A" gekennzeichnet ist, sind nur dann berechnungsfähig, wenn eine medizinische Begründung zur Implantation einer Sonderform der Intraocularlinse und eine Genehmigung der zuständigen Krankenkasse vorliegen.
19. Bei intraocularen Eingriffen, deren Kategorie mit einem „A“ gekennzeichnet ist und für die keine medizinische Indikation für die Implantation einer Sonderform der Intraocularlinse vorliegt, sind auch dann die Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 31.2 oder 36.2 berechnungsfähig, wenn die Implantation über das Maß des Notwendigen hinausgeht, weil Patienten gemäß § 33 Abs. 9 SGB V eine Sonderform der Intraocularlinse wählen. Die Eingriffe werden mit einem „I“ gekennzeichnet. Bei Implantation einer Sonderform der Intraocularlinse auf Wunsch des Versicherten ist der Eingriff mit der Berechnung der Gebührenordnungsposition 31332, 31333, 31334, 31351, 36332, 36333, 36334 oder 36351 und die postoperative Überwachung mit der Berechnung der Gebührenordnungsposition 31503, 31504, 36503 oder 36504 und die postoperative Behandlung mit der Berechnung der Gebührenordnungsposition 31718, 31719, 31720 bzw. 31721 vollständig abgegolten. Eine parallele (Teil-)Privatliquidation des Eingriffs, und der postoperativen Überwachung und der postoperativen Behandlung kann nicht erfolgen. Mehrkosten für ärztliche Leistungen außerhalb des operativen Eingriffs

und der postoperativen Überwachung und Behandlung, die nur aufgrund der Ausübung des Wahlrechts gemäß § 33 Abs. 9 SGB V notwendig werden, sowie Sachmittel in Zusammenhang mit diesen Leistungen sind durch den Versicherten selbst zu tragen.

20. Eingriffe der Kategorie RW sind nur dann berechnungsfähig, wenn ihre Durchführung gemäß Nrn. 17, 18, 21, 24 oder 25 der Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses sowie der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zu Nicht-medikamentösen, lokalen Verfahren zur Laserbehandlung des benignen Prostatasyndroms (bPS) erfolgt. Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung Laserbehandlung bei bPS gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.
21. Die Gebührenordnungspositionen zu den OPS-Kodes 5-281.5 sind bei Patientinnen und Patienten ab dem vollendeten ersten Lebensjahr und nur bei symptomatischer Hyperplasie der Tonsillen und klinisch relevanter Beeinträchtigung gemäß § 2 der Nr. 28 der Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung berechnungsfähig.
22. Die Gebührenordnungspositionen zu den OPS-Kodes 5-282.10 und 5-282.11 sind bei Patientinnen und Patienten ab dem vollendeten ersten Lebensjahr und nur bei symptomatischer Hyperplasie der Tonsillen und klinisch relevanter Beeinträchtigung, bei der eine konservative Behandlung nicht ausreicht, berechnungsfähig.
23. Die Gebührenordnungspositionen zu den OPS-Kodes 5-801.ah, 5-801.kh, 5-812.8h und 5-812.hh sind nur bei Patienten mit einem Gelenkknorpeldefekt des Kniegelenks des Schweregrads III oder IV gemäß der Klassifikation der International Cartilage Repair Society gemäß § 2 der Nr. 38 der Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- und Behandlungsmethoden“ der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung berechnungsfähig. Die Gebührenordnungspositionen zu den OPS-Kodes 5-801.ah und 5-812.8h sind nur dann berechnungsfähig, wenn die Entnahme des Knorpelgewebes in einer Einrichtung gemäß § 20b Absatz 1 des Gesetzes über den Verkehr mit Arzneimitteln (AMG) und unter Einhaltung der Vorschriften des Transplantationsgesetzes erfolgt.
24. Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen zu den gefäßchirurgischen OPS-Kodes 5-385.7[8-b], 5-385.8[8-b], 5-385.9[8-d], 5-385.d[4-b] und 5-385.k[0-b] setzt die langstreckige Ausführung des jeweiligen operativen Verfahrens an allen in der Bezeichnung des OPS-Kodes benannten Gefäßen voraus.

2.2 Biopsie ohne Inzision

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
1-465.90		Perkutane Biopsie an Harnorganen und männlichen Genitalorganen mit Steuerung durch bildgebende Verfahren: Prostata, Stanzbiopsie: Weniger als 20 Zylinder	Q2	31272/ 36272	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
1-465.91		Perkutane Biopsie an Harnorganen und männlichen Genitalorganen mit Steuerung durch bildgebende Verfahren: Prostata, Stanzbiopsie: 20 oder mehr Zylinder	Q2	31272/ 36272	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
1-466.00		Transrektale Biopsie an männlichen Genitalorganen mit Steuerung durch bildgebende Verfahren: Prostata, Stanzbiopsie: Weniger als 20 Zylinder	R1	31281/ 36281	31502/ 36502	31682	31683	31821/ 36821	
1-466.01		Transrektale Biopsie an männlichen Genitalorganen mit Steuerung durch bildgebende Verfahren: Prostata, Stanzbiopsie: 20 oder mehr Zylinder	R2	31282/ 36282	31503/ 36503	31684	31685	31822/ 36822	
1-471.2		Biopsie ohne Inzision am Endometrium: Diagnostische fraktionierte Kürettage	S1	31301/ 36301	31502/ 36502	31695	31696	31821/ 36821	
1-472.0		Biopsie ohne Inzision an der Cervix uteri: Zervixabrasio	S1	31301/ 36301	31502/ 36502	31695	31696	31821/ 36821	
1-482.a	↔	Arthroskopische Biopsie an Gelenken: Fingergelenk	E1	31141/ 36141	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
1-482.0	↔	Arthroskopische Biopsie an Gelenken: Kiefergelenk	E1	31141/ 36141	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
1-482.1	↔	Arthroskopische Biopsie an Gelenken: Schultergelenk	E2	31142/ 36142	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
1-482.4	↔	Arthroskopische Biopsie an Gelenken: Ellenbogengelenk	E2	31142/ 36142	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
1-482.5	↔	Arthroskopische Biopsie an Gelenken: Handgelenk	E2	31142/ 36142	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
1-482.6	↔	Arthroskopische Biopsie an Gelenken: Hüftgelenk	E2	31142/ 36142	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
1-482.7	↔	Arthroskopische Biopsie an Gelenken: Kniegelenk	E2	31142/ 36142	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
1-482.8	↔	Arthroskopische Biopsie an Gelenken: Oberes Sprunggelenk	E2	31142/ 36142	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
1-482.9	↔	Arthroskopische Biopsie an Gelenken: Sonstige Gelenke am Fuß	E2	31142/ 36142	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	

2.3 Biopsie durch Inzision

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
1-501	↔	Biopsie der Mamma durch Inzision	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
1-502.0		Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision: Hals	C1B	31121/ 36121	31501/ 36501	31614	31615	31821/ 36821	
1-502.1	↔	Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision: Schulterregion	C1B	31121/ 36121	31501/ 36501	31614	31615	31821/ 36821	
1-502.2	↔	Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision: Oberarm und Ellenbogen	C1B	31121/ 36121	31501/ 36501	31614	31615	31821/ 36821	
1-502.3	↔	Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision: Unterarm und Hand	C1B	31121/ 36121	31501/ 36501	31614	31615	31821/ 36821	
1-502.4		Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision: Rumpf	C1B	31121/ 36121	31501/ 36501	31614	31615	31821/ 36821	
1-502.5	↔	Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision: Oberschenkel	C1B	31121/ 36121	31501/ 36501	31614	31615	31821/ 36821	
1-502.6	↔	Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision: Unterschenkel	C1B	31121/ 36121	31501/ 36501	31614	31615	31821/ 36821	
1-502.7	↔	Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision: Fuß	C1B	31121/ 36121	31501/ 36501	31614	31615	31821/ 36821	
1-503.2	↔	Biopsie an Knochen durch Inzision: Radius und Ulna	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
1-503.3	↔	Biopsie an Knochen durch Inzision: Karpale, Metakarpale und Phalangen Hand	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
1-504.0	↔	Biopsie an Gelenken und Schleimbeuteln durch Inzision: Kiefergelenk	M2	31222/ 36222	31503/ 36503	31643	31644	31822/ 36822	
1-504.3	↔	Biopsie an Gelenken und Schleimbeuteln durch Inzision: Handgelenk	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
1-513.0	↔	Biopsie an peripheren Nerven durch Inzision: Hirnnerven, extrakraniell	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
1-513.3	↔	Biopsie an peripheren Nerven durch Inzision: Nerven Arm	C1B	31121/ 36121	31501/ 36501	31614	31615	31821/ 36821	
1-513.4	↔	Biopsie an peripheren Nerven durch Inzision: Nerven Hand	C1B	31121/ 36121	31501/ 36501	31614	31615	31821/ 36821	
1-513.5		Biopsie an peripheren Nerven durch Inzision: Nerven Rumpf	C1B	31121/ 36121	31501/ 36501	31614	31615	31821/ 36821	
1-513.8	↔	Biopsie an peripheren Nerven durch Inzision: Nerven Bein	C1B	31121/ 36121	31501/ 36501	31614	31615	31821/ 36821	
1-513.9	↔	Biopsie an peripheren Nerven durch Inzision: Nerven Fuß	C1B	31121/ 36121	31501/ 36501	31614	31615	31821/ 36821	
1-564.0		Biopsie am Penis durch Inzision: Glans penis	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
1-570.1	↔	Biopsie an Ovar, Tuba(e) uterina(e) und Ligamenten des Uterus durch Inzision: Tuba(e) uterina(e)	T2	31312/ 36312	31503/ 36503	31697	31698	31822/ 36822	
1-571.0		Biopsie an Uterus und Cervix uteri durch Inzision: Corpus uteri	T2	31312/ 36312	31503/ 36503	31697	31698	31822/ 36822	
1-571.1		Biopsie an Uterus und Cervix uteri durch Inzision: Cervix uteri	S1	31301/ 36301	31502/ 36502	31695	31696	31821/ 36821	
1-581.0		Biopsie am Mediastinum und anderen intrathorakalen Organen durch Inzision: Mediastinum	J4	31194/ 36194		31610	31611	31824/ 36824	
1-581.1		Biopsie am Mediastinum und anderen intrathorakalen Organen durch Inzision: Thymus	J4	31194/ 36194		31610	31611	31824/ 36824	
1-581.3	↔	Biopsie am Mediastinum und anderen intrathorakalen Organen durch Inzision: Lunge	J4	31194/ 36194		31610	31611	31824/ 36824	
1-581.4	↔	Biopsie am Mediastinum und anderen intrathorakalen Organen durch Inzision: Pleura	J2	31192/ 36192	31504/ 36504	31608	31609	31822/ 36822	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
1-586.0	↔	Biopsie an Lymphknoten durch Inzision: Zervikal	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
1-586.1	↔	Biopsie an Lymphknoten durch Inzision: Supraklavikulär	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
1-586.2	↔	Biopsie an Lymphknoten durch Inzision: Axillär	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
1-586.3		Biopsie an Lymphknoten durch Inzision: Mediastinal	J3	31193/ 36193		31608	31609	31823/ 36823	
1-586.6	↔	Biopsie an Lymphknoten durch Inzision: Inguinal	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
1-587.0	↔	Biopsie an Blutgefäßen durch Inzision: Gefäße Kopf und Hals, extrakraniell	K1	31201/ 36201	31503/ 36503	31630	31631	31821/ 36821	

2.4 Diagnostische Endoskopie

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
1-665	↔	Diagnostische Ureterorenoskopie	RR2	31292/ 36292	31503/ 36503	31684	31685	31822/ 36822	
1-668.2	↔	Diagnostische Endoskopie der Harnwege über ein Stoma: Diagnostische Ureterorenoskopie	RR2	31292/ 36292	31503/ 36503	31684	31685	31822/ 36822	
1-672		Diagnostische Hysteroskopie	T1	31311/ 36311	31503/ 36503	31695	31696	31821/ 36821	
1-673		Diagnostische Hysterosalpingoskopie	T2	31312/ 36312	31503/ 36503	31697	31698	31822/ 36822	
1-694		Diagnostische Laparoskopie (Peritoneoskopie)	T2	31312/ 36312	31503/ 36503	31697	31698	31822/ 36822	
1-696		Diagnostische Endoskopie des Douglasraumes (Kuldoskopie)	T1	31311/ 36311	31503/ 36503	31695	31696	31821/ 36821	
1-697.a	↔	Diagnostische Arthroskopie: Fingergelenk	E1	31141/ 36141	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
1-697.b	↔	Diagnostische Arthroskopie: Sonstige Gelenke an der Hand	E2	31142/ 36142	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
1-697.0	↔	Diagnostische Arthroskopie: Kiefergelenk	E1	31141/ 36141	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
1-697.1	↔	Diagnostische Arthroskopie: Schultergelenk	E2	31142/ 36142	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
1-697.2	↔	Diagnostische Arthroskopie: Ellenbogengelenk	E2	31142/ 36142	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
1-697.3	↔	Diagnostische Arthroskopie: Handgelenk	E2	31142/ 36142	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
1-697.6	↔	Diagnostische Arthroskopie: Hüftgelenk	E2	31142/ 36142	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
1-697.7	↔	Diagnostische Arthroskopie: Kniegelenk	E1	31141/ 36141	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
1-697.8	↔	Diagnostische Arthroskopie: Oberes Sprunggelenk	E2	31142/ 36142	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
1-697.9	↔	Diagnostische Arthroskopie: Sonstige Gelenke am Fuß	E1	31141/ 36141	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	

2.5 Operationen am Nervensystem

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-010.00		Schädeleröffnung über die Kalotte: Kraniotomie (Kalotte): Kalotte	P2	31252/ 36252	31504/ 36504	31669	31670	31822/ 36822	
5-010.01		Schädeleröffnung über die Kalotte: Kraniotomie (Kalotte): Kalotte über die Mittellinie	P4	31254/ 36254		31673	31674	31824/ 36824	
5-010.02		Schädeleröffnung über die Kalotte: Kraniotomie (Kalotte): Bifrontal	P5	31255/ 36255		31673	31674	31825/ 36825	
5-010.03		Schädeleröffnung über die Kalotte: Kraniotomie (Kalotte): Temporal	P4	31254/ 36254		31673	31674	31824/ 36824	
5-010.04		Schädeleröffnung über die Kalotte: Kraniotomie (Kalotte): Subokzipital	P4	31254/ 36254		31673	31674	31824/ 36824	
5-010.10		Schädeleröffnung über die Kalotte: Kraniektomie (Kalotte): Kalotte	P2	31252/ 36252	31504/ 36504	31669	31670	31822/ 36822	
5-010.11		Schädeleröffnung über die Kalotte: Kraniektomie (Kalotte): Kalotte über die Mittellinie	P4	31254/ 36254		31673	31674	31824/ 36824	
5-010.12		Schädeleröffnung über die Kalotte: Kraniektomie (Kalotte): Bifrontal	P5	31255/ 36255		31673	31674	31825/ 36825	
5-010.13		Schädeleröffnung über die Kalotte: Kraniektomie (Kalotte): Temporal	P4	31254/ 36254		31673	31674	31824/ 36824	
5-010.14		Schädeleröffnung über die Kalotte: Kraniektomie (Kalotte): Subokzipital	P4	31254/ 36254		31673	31674	31824/ 36824	
5-010.2		Schädeleröffnung über die Kalotte: Bohrlochtrepanation	P1	31251/ 36251	31504/ 36504	31669	31670	31821/ 36821	
5-012.0		Inzision der Schädelknochen [Kraniotomie und Kraniektomie]: Dekompression	P5	31255/ 36255		31673	31674	31825/ 36825	
5-012.1		Inzision der Schädelknochen [Kraniotomie und Kraniektomie]: Drainage epiduraler Flüssigkeit	P5	31255/ 36255		31673	31674	31825/ 36825	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-012.2		Inzision der Schädelknochen [Kraniotomie und Kraniektomie]: Entleerung eines epiduralen Hämatoms	P5	31255/ 36255		31673	31674	31825/ 36825	
5-012.3		Inzision der Schädelknochen [Kraniotomie und Kraniektomie]: Entleerung eines epiduralen Empyems	P5	31255/ 36255		31673	31674	31825/ 36825	
5-012.4		Inzision der Schädelknochen [Kraniotomie und Kraniektomie]: Entfernung eines Fremdkörpers aus einem Schädelknochen	P4	31254/ 36254		31673	31674	31824/ 36824	
5-012.5		Inzision der Schädelknochen [Kraniotomie und Kraniektomie]: Entfernung von alloplastischem Material aus einem Schädelknochen	P4	31254/ 36254		31673	31674	31824/ 36824	
5-012.6		Inzision der Schädelknochen [Kraniotomie und Kraniektomie]: Reoperation mit Einbringen einer Drainage	P4	31254/ 36254		31673	31674	31824/ 36824	
5-012.7		Inzision der Schädelknochen [Kraniotomie und Kraniektomie]: Einlegen eines Medikamententrägers	P5	31255/ 36255		31673	31674	31825/ 36825	
5-012.8		Inzision der Schädelknochen [Kraniotomie und Kraniektomie]: Entfernung eines Medikamententrägers	P4	31254/ 36254		31673	31674	31824/ 36824	
5-013.0		Inzision von Gehirn und Hirnhäuten: Drainage von subduraler Flüssigkeit	P3	31253/ 36253		31671	31672	31823/ 36823	
5-013.1		Inzision von Gehirn und Hirnhäuten: Entleerung eines subduralen Hämatoms	P3	31253/ 36253		31671	31672	31823/ 36823	
5-013.2		Inzision von Gehirn und Hirnhäuten: Entleerung eines subduralen Empyems	P3	31253/ 36253		31671	31672	31823/ 36823	
5-013.3		Inzision von Gehirn und Hirnhäuten: Drainage intrazerebraler Flüssigkeit	P6	31256/ 36256		31675	31676	31826/ 36826	
5-013.6		Inzision von Gehirn und Hirnhäuten: Entfernung eines intrazerebralen Fremdkörpers	P7	31257/ 36257		31675	31676	31827/ 36827	
5-015.0		Exzision und Destruktion von erkranktem intrakraniellem Gewebe: Intrazerebrales Tumorgewebe, hirneigen	P7	31257/ 36257		31675	31676	31827/ 36827	
5-015.1		Exzision und Destruktion von erkranktem intrakraniellem Gewebe: Intrazerebrales Tumorgewebe, nicht hirneigen	P7	31257/ 36257		31675	31676	31827/ 36827	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-015.20		Exzision und Destruktion von erkranktem intrakraniellem Gewebe: Intrazerebrales sonstiges erkranktes Gewebe: Monolobulär	P7	31257/ 36257		31675	31676	31827/ 36827	
5-015.21		Exzision und Destruktion von erkranktem intrakraniellem Gewebe: Intrazerebrales sonstiges erkranktes Gewebe: Multilobulär	P7	31257/ 36257		31675	31676	31827/ 36827	
5-015.3		Exzision und Destruktion von erkranktem intrakraniellem Gewebe: Hirnhäute, Tumorgewebe ohne Infiltration von intrakraniellem Gewebe	P7	31257/ 36257		31675	31676	31827/ 36827	
5-015.4		Exzision und Destruktion von erkranktem intrakraniellem Gewebe: Hirnhäute, Tumorgewebe mit Präparation von infiltriertem Nachbargewebe	P7	31257/ 36257		31675	31676	31827/ 36827	
5-015.5		Exzision und Destruktion von erkranktem intrakraniellem Gewebe: Hirnhäute, sonstiges erkranktes Gewebe	P7	31257/ 36257		31675	31676	31827/ 36827	
5-016.00		Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Schädelknochen: Schädelbasis, Tumorgewebe: Vordere Schädelgrube	P7	31257/ 36257		31675	31676	31827/ 36827	
5-016.01		Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Schädelknochen: Schädelbasis, Tumorgewebe: Mittlere Schädelgrube	P7	31257/ 36257		31675	31676	31827/ 36827	
5-016.02		Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Schädelknochen: Schädelbasis, Tumorgewebe: Hintere Schädelgrube	P7	31257/ 36257		31675	31676	31827/ 36827	
5-016.03		Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Schädelknochen: Schädelbasis, Tumorgewebe: Kombination mehrerer Schädelgruben	P7	31257/ 36257		31675	31676	31827/ 36827	
5-016.10		Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Schädelknochen: Schädelbasis, sonstiges erkranktes Gewebe: Vordere Schädelgrube	P7	31257/ 36257		31675	31676	31827/ 36827	
5-016.11		Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Schädelknochen: Schädelbasis, sonstiges erkranktes Gewebe: Mittlere Schädelgrube	P7	31257/ 36257		31675	31676	31827/ 36827	
5-016.12		Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Schädelknochen: Schädelbasis, sonstiges erkranktes Gewebe: Hintere Schädelgrube	P7	31257/ 36257		31675	31676	31827/ 36827	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-016.13		Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Schädelknochen: Schädelbasis, sonstiges erkranktes Gewebe: Kombination mehrerer Schädelgruben	P7	31257/ 36257		31675	31676	31827/ 36827	
5-016.2		Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Schädelknochen: Kalotte, Tumorgewebe	P5	31255/ 36255		31673	31674	31825/ 36825	
5-016.40		Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Schädelknochen: Schädelbasis und Hirnhäute, Tumorgewebe: Vordere Schädelgrube	P7	31257/ 36257		31675	31676	31827/ 36827	
5-016.41		Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Schädelknochen: Schädelbasis und Hirnhäute, Tumorgewebe: Mittlere Schädelgrube	P7	31257/ 36257		31675	31676	31827/ 36827	
5-016.42		Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Schädelknochen: Schädelbasis und Hirnhäute, Tumorgewebe: Hintere Schädelgrube	P7	31257/ 36257		31675	31676	31827/ 36827	
5-016.43		Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Schädelknochen: Schädelbasis und Hirnhäute, Tumorgewebe: Kombination mehrerer Schädelgruben	P7	31257/ 36257		31675	31676	31827/ 36827	
5-016.50		Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Schädelknochen: Schädelbasis und Hirnhäute, sonstiges erkranktes Gewebe: Vordere Schädelgrube	P7	31257/ 36257		31675	31676	31827/ 36827	
5-016.51		Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Schädelknochen: Schädelbasis und Hirnhäute, sonstiges erkranktes Gewebe: Mittlere Schädelgrube	P7	31257/ 36257		31675	31676	31827/ 36827	
5-016.52		Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Schädelknochen: Schädelbasis und Hirnhäute, sonstiges erkranktes Gewebe: Hintere Schädelgrube	P7	31257/ 36257		31675	31676	31827/ 36827	
5-016.53		Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Schädelknochen: Schädelbasis und Hirnhäute, sonstiges erkranktes Gewebe: Kombination mehrerer Schädelgruben	P7	31257/ 36257		31675	31676	31827/ 36827	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-016.6		Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Schädelknochen: Kalotte und Hirnhäute, Tumorgewebe	P7	31257/ 36257		31675	31676	31827/ 36827	
5-016.7		Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Schädelknochen: Kalotte und Hirnhäute, sonstiges erkranktes Gewebe	P7	31257/ 36257		31675	31676	31827/ 36827	
5-017.1		Inzision, Resektion und Destruktion an intrakraniellen Anteilen von Hirnnerven und Ganglien: Resektion	P7	31257/ 36257		31675	31676	31827/ 36827	
5-017.2		Inzision, Resektion und Destruktion an intrakraniellen Anteilen von Hirnnerven und Ganglien: Destruktion	PP3	31263/ 36263		31671	31672	31823/ 36823	
5-020.10		Kranioplastik: Behandlung einer Impressionsfraktur: Elevation einer geschlossenen Fraktur	P5	31255/ 36255		31673	31674	31825/ 36825	
5-020.11		Kranioplastik: Behandlung einer Impressionsfraktur: Elevation einer offenen Fraktur	P6	31256/ 36256		31675	31676	31826/ 36826	
5-020.12		Kranioplastik: Behandlung einer Impressionsfraktur: Elevation einer offenen Fraktur mit Debridement	P7	31257/ 36257		31675	31676	31827/ 36827	
5-020.2		Kranioplastik: Schädeldach mit Transposition (mit zuvor entferntem Schädelknochenstück)	P7	31257/ 36257		31675	31676	31827/ 36827	
5-022.00		Inzision am Liquorsystem: Anlegen einer externen Drainage: Ventrikulär	P1	31251/ 36251	31504/ 36504	31669	31670	31821/ 36821	
5-023.00		Anlegen eines Liquorshunts [Shunt-Implantation]: Ableitung in den Herzvorhof: Ventrikuloatrial	P5	31255/ 36255		31673	31674	31825/ 36825	
5-023.10		Anlegen eines Liquorshunts [Shunt-Implantation]: Ableitung in den Peritonealraum: Ventrikuloperitoneal	P6	31256/ 36256		31675	31676	31826/ 36826	
5-023.20		Anlegen eines Liquorshunts [Shunt-Implantation]: Ableitung in den Pleuraspalt: Ventrikulopleural	P6	31256/ 36256		31675	31676	31826/ 36826	
5-024.0		Revision und Entfernung von Liquorableitungen: Revision eines Ventils	P5	31255/ 36255		31673	31674	31825/ 36825	
5-024.1		Revision und Entfernung von Liquorableitungen: Revision eines zentralen Katheters	P2	31252/ 36252	31504/ 36504	31669	31670	31822/ 36822	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-024.2		Revision und Entfernung von Liquorableitungen: Revision eines peripheren Katheters	P2	31252/ 36252	31504/ 36504	31669	31670	31822/ 36822	
5-024.6		Revision und Entfernung von Liquorableitungen: Entfernung eines Liquorshunts (oder Hirnwasserableitung)	P2	31252/ 36252	31504/ 36504	31669	31670	31822/ 36822	
5-024.8		Revision und Entfernung von Liquorableitungen: Entfernung eines Reservoirs	P2	31252/ 36252	31504/ 36504	31669	31670	31822/ 36822	
5-025.0		Inzision, Exzision, Destruktion und Verschluss von intrakraniellen Blutgefäßen: Inzision	P7	31257/ 36257		31675	31676	31827/ 36827	
5-025.1		Inzision, Exzision, Destruktion und Verschluss von intrakraniellen Blutgefäßen: Exzision einer vaskulären Läsion	P7	31257/ 36257		31675	31676	31827/ 36827	
5-025.2		Inzision, Exzision, Destruktion und Verschluss von intrakraniellen Blutgefäßen: Präparation und Resektion	P7	31257/ 36257		31675	31676	31827/ 36827	
5-025.3		Inzision, Exzision, Destruktion und Verschluss von intrakraniellen Blutgefäßen: Präparation und Abklippen, intrazerebral	P7	31257/ 36257		31675	31676	31827/ 36827	
5-025.4		Inzision, Exzision, Destruktion und Verschluss von intrakraniellen Blutgefäßen: Präparation und Abklippen, extrazerebral	P7	31257/ 36257		31675	31676	31827/ 36827	
5-025.5		Inzision, Exzision, Destruktion und Verschluss von intrakraniellen Blutgefäßen: Präparation und Destruktion, intrazerebral	P7	31257/ 36257		31675	31676	31827/ 36827	
5-025.6		Inzision, Exzision, Destruktion und Verschluss von intrakraniellen Blutgefäßen: Präparation und Destruktion, extrazerebral	P7	31257/ 36257		31675	31676	31827/ 36827	
5-025.7		Inzision, Exzision, Destruktion und Verschluss von intrakraniellen Blutgefäßen: Abklippen	P7	31257/ 36257		31675	31676	31827/ 36827	
5-025.8		Inzision, Exzision, Destruktion und Verschluss von intrakraniellen Blutgefäßen: Ligatur	P7	31257/ 36257		31675	31676	31827/ 36827	
5-025.9		Inzision, Exzision, Destruktion und Verschluss von intrakraniellen Blutgefäßen: Sonstige kombinierte Verfahren	P7	31257/ 36257		31675	31676	31827/ 36827	
5-026.0		Rekonstruktion von intrakraniellen Blutgefäßen: Naht (nach Verletzung)	P7	31257/ 36257		31675	31676	31827/ 36827	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-026.1		Rekonstruktion von intrakraniellen Blutgefäßen: Muskelumscheidung	P7	31257/ 36257		31675	31676	31827/ 36827	
5-026.2		Rekonstruktion von intrakraniellen Blutgefäßen: Umscheidung mit alloplastischem Material	P7	31257/ 36257		31675	31676	31827/ 36827	
5-026.3		Rekonstruktion von intrakraniellen Blutgefäßen: Kombinierte Verfahren	P7	31257/ 36257		31675	31676	31827/ 36827	
5-027.0	↔	Anlegen eines Bypasses und Transposition von intrakraniellen Blutgefäßen: Extra-intrakranieller Bypass ohne Interponat [Transposition]	P7	31257/ 36257		31675	31676	31827/ 36827	
5-027.1	↔	Anlegen eines Bypasses und Transposition von intrakraniellen Blutgefäßen: Extra-intrakranieller Bypass mit Interponat	P7	31257/ 36257		31675	31676	31827/ 36827	
5-027.2		Anlegen eines Bypasses und Transposition von intrakraniellen Blutgefäßen: Intra-intrakranieller Bypass ohne Interponat [Transposition]	P7	31257/ 36257		31675	31676	31827/ 36827	
5-027.3		Anlegen eines Bypasses und Transposition von intrakraniellen Blutgefäßen: Intra-intrakranieller Bypass mit Interponat	P7	31257/ 36257		31675	31676	31827/ 36827	
5-028.10		Funktionelle Eingriffe an Schädel, Gehirn und Hirnhäuten: Implantation oder Wechsel einer Medikamentenpumpe zur intraventrikulären Infusion: Vollimplantierbare Medikamentenpumpe mit konstanter Flussrate	P3	31253/ 36253		31671	31672	31823/ 36823	
5-028.11		Funktionelle Eingriffe an Schädel, Gehirn und Hirnhäuten: Implantation oder Wechsel einer Medikamentenpumpe zur intraventrikulären Infusion: Vollimplantierbare Medikamentenpumpe mit programmierbarem variablen Tagesprofil	P3	31253/ 36253		31671	31672	31823/ 36823	
5-028.4		Funktionelle Eingriffe an Schädel, Gehirn und Hirnhäuten: Revision einer Medikamentenpumpe zur intraventrikulären Infusion	P2	31252/ 36252	31504/ 36504	31669	31670	31822/ 36822	
5-028.6		Funktionelle Eingriffe an Schädel, Gehirn und Hirnhäuten: Entfernung eines Neurostimulators zur Hirnstimulation oder einer Medikamentenpumpe zur intraventrikulären Infusion	P1	31251/ 36251	31504/ 36504	31669	31670	31821/ 36821	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-028.8		Funktionelle Eingriffe an Schädel, Gehirn und Hirnhäuten: Entfernung eines intrazerebralen Katheters zur intraventrikulären Infusion	P1	31251/ 36251	31504/ 36504	31669	31670	31821/ 36821	
5-030.40		Zugang zum kraniozervikalen Übergang und zur Halswirbelsäule: Laminotomie HWS: 1 Segment	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-030.41		Zugang zum kraniozervikalen Übergang und zur Halswirbelsäule: Laminotomie HWS: 2 Segmente	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-030.42		Zugang zum kraniozervikalen Übergang und zur Halswirbelsäule: Laminotomie HWS: Mehr als 2 Segmente	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-030.50		Zugang zum kraniozervikalen Übergang und zur Halswirbelsäule: Hemilaminektomie HWS: 1 Segment	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-030.51		Zugang zum kraniozervikalen Übergang und zur Halswirbelsäule: Hemilaminektomie HWS: 2 Segmente	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-030.52		Zugang zum kraniozervikalen Übergang und zur Halswirbelsäule: Hemilaminektomie HWS: Mehr als 2 Segmente	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-030.60		Zugang zum kraniozervikalen Übergang und zur Halswirbelsäule: Laminektomie HWS: 1 Segment	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-030.61		Zugang zum kraniozervikalen Übergang und zur Halswirbelsäule: Laminektomie HWS: 2 Segmente	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-030.62		Zugang zum kraniozervikalen Übergang und zur Halswirbelsäule: Laminektomie HWS: Mehr als 2 Segmente	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-031.10		Zugang zur Brustwirbelsäule: Laminotomie BWS: 1 Segment	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-031.11		Zugang zur Brustwirbelsäule: Laminotomie BWS: 2 Segmente	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-031.20		Zugang zur Brustwirbelsäule: Hemilaminektomie BWS: 1 Segment	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-031.21		Zugang zur Brustwirbelsäule: Hemilaminektomie BWS: 2 Segmente	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-031.22		Zugang zur Brustwirbelsäule: Hemilaminektomie BWS: Mehr als 2 Segmente	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-031.30		Zugang zur Brustwirbelsäule: Laminektomie BWS: 1 Segment	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-031.31		Zugang zur Brustwirbelsäule: Laminektomie BWS: 2 Segmente	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-031.32		Zugang zur Brustwirbelsäule: Laminektomie BWS: Mehr als 2 Segmente	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-032.10		Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis: Flavektomie LWS: 1 Segment	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-032.11		Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis: Flavektomie LWS: 2 Segmente	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-032.12		Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis: Flavektomie LWS: Mehr als 2 Segmente	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-032.20		Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis: Laminotomie LWS: 1 Segment	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-032.21		Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis: Laminotomie LWS: 2 Segmente	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-032.22		Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis: Laminotomie LWS: Mehr als 2 Segmente	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-032.30		Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis: Hemilaminektomie LWS: 1 Segment	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-032.31		Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis: Hemilaminektomie LWS: 2 Segmente	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-032.32		Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis: Hemilaminektomie LWS: Mehr als 2 Segmente	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-032.40		Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis: Laminektomie LWS: 1 Segment	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-032.41		Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis: Laminektomie LWS: 2 Segmente	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-032.42		Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis: Laminektomie LWS: Mehr als 2 Segmente	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-033.0		Inzision des Spinalkanals: Dekompression	P4	31254/ 36254		31673	31674	31824/ 36824	
5-033.1		Inzision des Spinalkanals: Drainage sonstiger epiduraler Flüssigkeit	P6	31256/ 36256		31675	31676	31826/ 36826	
5-033.2		Inzision des Spinalkanals: Entleerung eines epiduralen Hämatoms	P6	31256/ 36256		31675	31676	31826/ 36826	
5-033.3		Inzision des Spinalkanals: Entleerung eines epiduralen Empyems	P6	31256/ 36256		31675	31676	31826/ 36826	
5-033.4		Inzision des Spinalkanals: Entfernung eines Fremdkörpers aus dem Epiduralraum	P6	31256/ 36256		31675	31676	31826/ 36826	
5-034.0		Inzision von Rückenmark und Rückenmarkhäuten: Drainage von subduraler Flüssigkeit	P7	31257/ 36257		31675	31676	31827/ 36827	
5-034.1		Inzision von Rückenmark und Rückenmarkhäuten: Entleerung eines subduralen Hämatoms	P7	31257/ 36257		31675	31676	31827/ 36827	
5-034.2		Inzision von Rückenmark und Rückenmarkhäuten: Entleerung eines subduralen Empyems	P7	31257/ 36257		31675	31676	31827/ 36827	
5-034.3		Inzision von Rückenmark und Rückenmarkhäuten: Drainage von intramedullärer Flüssigkeit	P7	31257/ 36257		31675	31676	31827/ 36827	
5-034.4		Inzision von Rückenmark und Rückenmarkhäuten: Entleerung eines intramedullären Hämatoms	P7	31257/ 36257		31675	31676	31827/ 36827	
5-034.5		Inzision von Rückenmark und Rückenmarkhäuten: Entleerung eines intramedullären Abszesses	P7	31257/ 36257		31675	31676	31827/ 36827	
5-034.6		Inzision von Rückenmark und Rückenmarkhäuten: Entfernung eines intraspinalen Fremdkörpers	P7	31257/ 36257		31675	31676	31827/ 36827	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-035.0		Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Rückenmarkes und der Rückenmarkhäute: Intramedulläres Tumorgewebe	P7	31257/ 36257		31675	31676	31827/ 36827	
5-035.1		Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Rückenmarkes und der Rückenmarkhäute: Intramedulläres sonstiges erkranktes Gewebe	P7	31257/ 36257		31675	31676	31827/ 36827	
5-035.2		Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Rückenmarkes und der Rückenmarkhäute: Rückenmarkhäute, Tumorgewebe	P7	31257/ 36257		31675	31676	31827/ 36827	
5-035.3		Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Rückenmarkes und der Rückenmarkhäute: Rückenmarkhäute, sonstiges erkranktes Gewebe	P7	31257/ 36257		31675	31676	31827/ 36827	
5-035.4		Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Rückenmarkes und der Rückenmarkhäute: Rückenmarkhäute und Knochen, Tumorgewebe	P7	31257/ 36257		31675	31676	31827/ 36827	
5-035.5		Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Rückenmarkes und der Rückenmarkhäute: Rückenmarkhäute und Knochen, sonstiges erkranktes Gewebe	P7	31257/ 36257		31675	31676	31827/ 36827	
5-035.6		Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Rückenmarkes und der Rückenmarkhäute: Intraspinale Nervenwurzeln und/oder Ganglien, Tumorgewebe	P7	31257/ 36257		31675	31676	31827/ 36827	
5-035.7		Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Rückenmarkes und der Rückenmarkhäute: Intraspinale Nervenwurzeln und/oder Ganglien, sonstiges erkranktes Gewebe	P7	31257/ 36257		31675	31676	31827/ 36827	
5-037.0		Operationen an intraspinalen Blutgefäßen: Präparation und Resektion	P7	31257/ 36257		31675	31676	31827/ 36827	
5-037.1		Operationen an intraspinalen Blutgefäßen: Präparation und Destruktion	P7	31257/ 36257		31675	31676	31827/ 36827	
5-037.2		Operationen an intraspinalen Blutgefäßen: Ligatur	P7	31257/ 36257		31675	31676	31827/ 36827	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-038.b		Operationen am spinalen Liquorsystem: Entfernung eines Katheters zur intrathekalen und/oder epiduralen Infusion	P1	31251/ 36251	31504/ 36504	31669	31670	31821/ 36821	
5-038.d		Operationen am spinalen Liquorsystem: Entfernung einer Medikamentenpumpe zur intrathekalen und/oder epiduralen Infusion	P1	31251/ 36251	31504/ 36504	31669	31670	31821/ 36821	
5-038.20		Operationen am spinalen Liquorsystem: Implantation oder Wechsel eines Katheters zur intrathekalen und/oder epiduralen Infusion: Temporärer Katheter zur Testinfusion	P2	31252/ 36252	31504/ 36504	31669	31670	31822/ 36822	
5-038.21		Operationen am spinalen Liquorsystem: Implantation oder Wechsel eines Katheters zur intrathekalen und/oder epiduralen Infusion: Permanenter Katheter zur Dauerinfusion	P2	31252/ 36252	31504/ 36504	31669	31670	31822/ 36822	
5-038.40		Operationen am spinalen Liquorsystem: Implantation oder Wechsel einer Medikamentenpumpe zur intrathekalen und/oder epiduralen Infusion: Vollimplantierbare Medikamentenpumpe mit konstanter Flussrate	P2	31252/ 36252	31504/ 36504	31669	31670	31822/ 36822	
5-038.41		Operationen am spinalen Liquorsystem: Implantation oder Wechsel einer Medikamentenpumpe zur intrathekalen und/oder epiduralen Infusion: Vollimplantierbare Medikamentenpumpe mit programmierbarem variablen Tagesprofil	P2	31252/ 36252	31504/ 36504	31669	31670	31822/ 36822	
5-039.a2		Andere Operationen an Rückenmark und Rückenmarkstrukturen: Entfernung von Elektroden: Eine epidurale Stabelektrode	P1	31251/ 36251	31504/ 36504	31669	31670	31821/ 36821	
5-039.a3		Andere Operationen an Rückenmark und Rückenmarkstrukturen: Entfernung von Elektroden: Mehrere epidurale Stabelektroden	P2	31252/ 36252	31504/ 36504	31669	31670	31822/ 36822	
5-039.a4		Andere Operationen an Rückenmark und Rückenmarkstrukturen: Entfernung von Elektroden: Eine epidurale Plattenelektrode	P1	31251/ 36251	31504/ 36504	31669	31670	31821/ 36821	
5-039.a5		Andere Operationen an Rückenmark und Rückenmarkstrukturen: Entfernung von Elektroden: Mehrere epidurale Plattenelektroden	P2	31252/ 36252	31504/ 36504	31669	31670	31822/ 36822	
5-039.a6		Andere Operationen an Rückenmark und Rückenmarkstrukturen: Entfernung von Elektroden: Eine subdurale Elektrode	P1	31251/ 36251	31504/ 36504	31669	31670	31821/ 36821	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-039.a7		Andere Operationen an Rückenmark und Rückenmarkstrukturen: Entfernung von Elektroden: Mehrere subdurale Elektroden	P3	31253/ 36253	31504/ 36504	31671	31672	31823/ 36823	
5-039.a8		Andere Operationen an Rückenmark und Rückenmarkstrukturen: Entfernung von Elektroden: Spinalganglion, eine Elektrode	P1	31251/ 36251	31504/ 36504	31669	31670	31821/ 36821	
5-039.a9		Andere Operationen an Rückenmark und Rückenmarkstrukturen: Entfernung von Elektroden: Spinalganglion, mehrere Elektroden	P1	31251/ 36251	31504/ 36504	31669	31670	31821/ 36821	
5-039.b		Andere Operationen an Rückenmark und Rückenmarkstrukturen: Revision von Neurostimulatoren zur epiduralen Rückenmarkstimulation oder zur Vorderwurzelstimulation	P4	31254/ 36254	31504/ 36504	31673	31674	31824/ 36824	
5-039.c0		Andere Operationen an Rückenmark und Rückenmarkstrukturen: Revision von Elektroden: Eine epidurale Stabelektrode	P3	31253/ 36253	31504/ 36504	31671	31672	31823/ 36823	
5-039.c1		Andere Operationen an Rückenmark und Rückenmarkstrukturen: Revision von Elektroden: Mehrere epidurale Stabelektroden	P4	31254/ 36254	31504/ 36504	31673	31674	31824/ 36824	
5-039.c2		Andere Operationen an Rückenmark und Rückenmarkstrukturen: Revision von Elektroden: Eine epidurale Plattenelektrode	P3	31253/ 36253	31504/ 36504	31671	31672	31823/ 36823	
5-039.c3		Andere Operationen an Rückenmark und Rückenmarkstrukturen: Revision von Elektroden: Mehrere epidurale Plattenelektroden	P4	31254/ 36254	31504/ 36504	31673	31674	31824/ 36824	
5-039.c6		Andere Operationen an Rückenmark und Rückenmarkstrukturen: Revision von Elektroden: Spinalganglion, eine Elektrode	P2	31252/ 36252	31504/ 36504	31669	31670	31822/ 36822	
5-039.c7		Andere Operationen an Rückenmark und Rückenmarkstrukturen: Revision von Elektroden: Spinalganglion, mehrere Elektroden	P3	31253/ 36253	31504/ 36504	31671	31672	31823/ 36823	
5-039.d		Andere Operationen an Rückenmark und Rückenmarkstrukturen: Entfernung von Neurostimulatoren zur epiduralen Rückenmarkstimulation oder zur Vorderwurzelstimulation	P4	31254/ 36254	31504/ 36504	31673	31674	31824/ 36824	
5-039.e0		Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation mit Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode: Einkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar	P5	31255/ 36255	31505/ 36505	31673	31674	31825/ 36825	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-039.e1		Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation mit Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar	P6	31256/ 36256	31506/ 36506	31675	31676	31826/ 36826	
5-039.e2		Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation mit Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, mit wiederaufladbarem Akkumulator	P6	31256/ 36256	31506/ 36506	31675	31676	31826/ 36826	
5-039.e3		Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation mit Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, mit elektromagnetischer Energieübertragung, Mikrowellen	P6	31256/ 36256	31506/ 36506	31675	31676	31826/ 36826	
5-039.f0		Wechsel eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation ohne Wechsel einer Neurostimulationselektrode: Einkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar	P2	31252/ 36252	31504/ 36504	31669	31670	31822/ 36822	
5-039.f1		Wechsel eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation ohne Wechsel einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar	P2	31252/ 36252	31504/ 36504	31669	31670	31822/ 36822	
5-039.f2		Wechsel eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation ohne Wechsel einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, mit wiederaufladbarem Akkumulator	P2	31252/ 36252	31504/ 36504	31669	31670	31822/ 36822	
5-039.g		Andere Operationen an Rückenmark und Rückenmarkstrukturen: Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur Vorderwurzelstimulation mit Implantation oder Wechsel einer subduralen Elektrode	P4	31254/ 36254	31504/ 36504	31673	31674	31824/ 36824	
5-039.h		Andere Operationen an Rückenmark und Rückenmarkstrukturen: Wechsel eines Neurostimulators zur Vorderwurzelstimulation ohne Wechsel einer subduralen Elektrode	P2	31252/ 36252	31504/ 36504	31669	31670	31822/ 36822	
5-039.j0		Andere Operationen an Rückenmark und Rückenmarkstrukturen: Implantation oder Wechsel von Neurostimulationselektroden zur Stimulation von Spinalganglien: Eine Elektrode zur Ganglienstimulation	P2	31252/ 36252	31504/ 36504	31669	31670	31822/ 36822	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-039.j1		Andere Operationen an Rückenmark und Rückenmarkstrukturen: Implantation oder Wechsel von Neurostimulationselektroden zur Stimulation von Spinalganglien: Mehrere Elektroden zur Ganglienstimulation	P3	31253/ 36253	31504/ 36504	31671	31672	31823/ 36823	
5-039.k0		Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur Stimulation von Spinalganglien mit Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode: Einkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar	P1	31251/ 36251	31504/ 36504	31669	31670	31821/ 36821	
5-039.k1		Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur Stimulation von Spinalganglien mit Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar	P1	31251/ 36251	31504/ 36504	31669	31670	31821/ 36821	
5-039.k2		Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur Stimulation von Spinalganglien mit Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, mit elektromagnetischer Energieübertragung, Mikrowellen	P2	31252/ 36252	31504/ 36504	31669	31670	31822/ 36822	
5-039.m0		Andere Operationen an Rückenmark und Rückenmarkstrukturen: Wechsel eines Neurostimulators zur Stimulation von Spinalganglien ohne Wechsel einer Neurostimulationselektrode: Einkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar	P1	31251/ 36251	31504/ 36504	31669	31670	31821/ 36821	
5-039.m1		Andere Operationen an Rückenmark und Rückenmarkstrukturen: Wechsel eines Neurostimulators zur Stimulation von Spinalganglien ohne Wechsel einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar	P1	31251/ 36251	31504/ 36504	31669	31670	31821/ 36821	
5-039.n0		Andere Operationen an Rückenmark und Rückenmarkstrukturen: Implantation eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation ohne Implantation einer Neurostimulationselektrode: Einkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar	P2	31252/ 36252	31504/ 36504	31669	31670	31822/ 36822	
5-039.n1		Andere Operationen an Rückenmark und Rückenmarkstrukturen: Implantation eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation ohne Implantation einer	P2	31252/ 36252	31504/ 36504	31669	31670	31822/ 36822	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
		Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar							
5-039.n2		Implantation eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation ohne Implantation einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, mit wiederaufladbarem Akkumulator	P2	31252/ 36252	31504/ 36504	31669	31670	31822/ 36822	
5-039.p		Andere Operationen an Rückenmark und Rückenmarkstrukturen: Implantation eines Neurostimulators zur Vorderwurzelstimulation ohne Implantation einer subduralen Elektrode	P2	31252/ 36252	31504/ 36504	31669	31670	31822/ 36822	
5-039.q0		Andere Operationen an Rückenmark und Rückenmarkstrukturen: Implantation eines Neurostimulators zur Stimulation von Spinalganglien ohne Implantation einer Neurostimulationselektrode: Einkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar	P2	31252/ 36252	31504/ 36504	31669	31670	31822/ 36822	
5-039.q1		Andere Operationen an Rückenmark und Rückenmarkstrukturen: Implantation eines Neurostimulators zur Stimulation von Spinalganglien ohne Implantation einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar	P2	31252/ 36252	31504/ 36504	31669	31670	31822/ 36822	
5-039.r		Andere Operationen an Rückenmark und Rückenmarkstrukturen: Entfernung eines Neurostimulators zur Spinalganglienstimulation	P1	31251/ 36251	31504/ 36504	31669	31670	31821/ 36821	
5-039.32		Andere Operationen an Rückenmark und Rückenmarkstrukturen: Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode zur Rückenmarkstimulation: Implantation einer temporären Elektrode zur epiduralen Teststimulation	P5	31255/ 36255	31505/ 36505	31673	31674	31825/ 36825	
5-039.33		Andere Operationen an Rückenmark und Rückenmarkstrukturen: Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode zur Rückenmarkstimulation: Implantation mehrerer temporärer Elektroden zur epiduralen Teststimulation	P6	31256/ 36256	31506/ 36506	31675	31676	31826/ 36826	
5-039.34		Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode zur Rückenmarkstimulation: Implantation oder Wechsel einer permanenten Elektrode zur epiduralen Dauerstimulation, perkutan	P5	31255/ 36255	31505/ 36505	31673	31674	31825/ 36825	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-039.35		Andere Operationen an Rückenmark und Rückenmarkstrukturen: Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode zur Rückenmarkstimulation: Implantation oder Wechsel mehrerer permanenter Elektroden zur epiduralen Dauerstimulation, perkutan	P6	31256/ 36256	31506/ 36506	31675	31676	31826/ 36826	
5-039.36		Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode zur Rückenmarkstimulation: Implantation oder Wechsel einer permanenten Elektrode (Plattenelektrode) zur epiduralen Dauerstimulation, offen chirurgisch	P5	31255/ 36255	31505/ 36505	31673	31674	31825/ 36825	
5-039.37		Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode zur Rückenmarkstimulation: Implantation oder Wechsel mehrerer permanenter Elektroden (Plattenelektroden) zur epiduralen Dauerstimulation, offen chirurgisch	P6	31256/ 36256	31506/ 36506	31675	31676	31826/ 36826	
5-039.39		Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode zur Rückenmarkstimulation: Implantation oder Wechsel einer permanenten Elektrode zur epiduralen Stimulation mit einem extrakorporalen Neurostimulator, perkutan	P5	31255/ 36255	31505/ 36505	31673	31674	31825/ 36825	
5-039.8		Andere Operationen an Rückenmark und Rückenmarkstrukturen: Implantation oder Wechsel einer subduralen Elektrode zur Vorderwurzelstimulation	P5	31255/ 36255	31505/ 36505	31673	31674	31825/ 36825	
5-04b.0	↔	Exploration eines Nerven: Hirnnerven extrakraniell	O2	31242/ 36242	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-04b.1	↔	Exploration eines Nerven: Plexus brachialis	O3	31243/ 36243	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-04b.2	↔	Exploration eines Nerven: Nerven Schulter	O2	31242/ 36242	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-04b.3	↔	Exploration eines Nerven: Nerven Arm	O2	31242/ 36242	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-04b.4	↔	Exploration eines Nerven: Nerven Hand	O2	31242/ 36242	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-04b.5		Exploration eines Nerven: Nerven Rumpf	O2	31242/ 36242	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-04b.6	↔	Exploration eines Nerven: Plexus lumbosacralis	O2	31242/ 36242	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-04b.7	↔	Exploration eines Nerven: Nerven Leiste und Beckenboden	O2	31242/ 36242	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-04b.8	↔	Exploration eines Nerven: Nerven Bein	O2	31242/ 36242	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-04b.9	↔	Exploration eines Nerven: Nerven Fuß	O2	31242/ 36242	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-04c.0	↔	Destruktion von (erkranktem) Gewebe von Nerven: Hirnnerven extrakraniell	O2	31242/ 36242	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-04c.1	↔	Destruktion von (erkranktem) Gewebe von Nerven: Plexus brachialis	O2	31242/ 36242	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-04c.2	↔	Destruktion von (erkranktem) Gewebe von Nerven: Nerven Schulter	O2	31242/ 36242	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-04c.3	↔	Destruktion von (erkranktem) Gewebe von Nerven: Nerven Arm	O2	31242/ 36242	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-04c.4	↔	Destruktion von (erkranktem) Gewebe von Nerven: Nerven Hand	O2	31242/ 36242	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-04c.5		Destruktion von (erkranktem) Gewebe von Nerven: Nerven Rumpf	O2	31242/ 36242	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-04c.6	↔	Destruktion von (erkranktem) Gewebe von Nerven: Plexus lumbosacralis	O2	31242/ 36242	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-04c.7	↔	Destruktion von (erkranktem) Gewebe von Nerven: Nerven Leiste und Beckenboden	O2	31242/ 36242	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-04c.8	↔	Destruktion von (erkranktem) Gewebe von Nerven: Nerven Bein	O2	31242/ 36242	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-04c.9	↔	Destruktion von (erkranktem) Gewebe von Nerven: Nerven Fuß	O2	31242/ 36242	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-041.0	↔	Exzision von (erkranktem) Gewebe von Nerven: Hirnnerven extrakraniell	O2	31242/ 36242	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-041.1	↔	Exzision von (erkranktem) Gewebe von Nerven: Plexus brachialis	O2	31242/ 36242	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-041.2	↔	Exzision von (erkranktem) Gewebe von Nerven: Nerven Schulter	O2	31242/ 36242	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-041.3	↔	Exzision von (erkranktem) Gewebe von Nerven: Nerven Arm	O2	31242/ 36242	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-041.4	↔	Exzision von (erkranktem) Gewebe von Nerven: Nerven Hand	O2	31242/ 36242	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-041.5		Exzision von (erkranktem) Gewebe von Nerven: Nerven Rumpf	O2	31242/ 36242	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-041.6	↔	Exzision von (erkranktem) Gewebe von Nerven: Plexus lumbosacralis	O2	31242/ 36242	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-041.7	↔	Exzision von (erkranktem) Gewebe von Nerven: Nerven Leiste und Beckenboden	O2	31242/ 36242	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-041.8	↔	Exzision von (erkranktem) Gewebe von Nerven: Nerven Bein	O2	31242/ 36242	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-041.9	↔	Exzision von (erkranktem) Gewebe von Nerven: Nerven Fuß	O2	31242/ 36242	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-044.0	↔	Epineurale Naht eines Nerven und Nervenplexus, primär: Hirnnerven extrakraniell	O3	31243/ 36243	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-044.1	↔	Epineurale Naht eines Nerven und Nervenplexus, primär: Plexus brachialis	O4	31244/ 36244	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-044.2	↔	Epineurale Naht eines Nerven und Nervenplexus, primär: Nerven Schulter	O3	31243/ 36243	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-044.3	↔	Epineurale Naht eines Nerven und Nervenplexus, primär: Nerven Arm	O3	31243/ 36243	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-044.4	↔	Epineurale Naht eines Nerven und Nervenplexus, primär: Nerven Hand	O3	31243/ 36243	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-044.5		Epineurale Naht eines Nerven und Nervenplexus, primär: Nerven Rumpf	O2	31242/ 36242	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-044.6	↔	Epineurale Naht eines Nerven und Nervenplexus, primär: Plexus lumbosacralis	O4	31244/ 36244	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-044.7	↔	Epineurale Naht eines Nerven und Nervenplexus, primär: Nerven Leiste und Beckenboden	O3	31243/ 36243	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-044.8	↔	Epineurale Naht eines Nerven und Nervenplexus, primär: Nerven Bein	O3	31243/ 36243	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-044.9	↔	Epineurale Naht eines Nerven und Nervenplexus, primär: Nerven Fuß	O3	31243/ 36243	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-045.0	↔	Interfaszikuläre Naht eines Nerven und Nervenplexus, primär: Hirnnerven extrakraniell	O4	31244/ 36244	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-045.1	↔	Interfaszikuläre Naht eines Nerven und Nervenplexus, primär: Plexus brachialis	O7	31247/ 36247	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-045.2	↔	Interfaszikuläre Naht eines Nerven und Nervenplexus, primär: Nerven Schulter	O5	31245/ 36245	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-045.3	↔	Interfaszikuläre Naht eines Nerven und Nervenplexus, primär: Nerven Arm	O4	31244/ 36244	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-045.4	↔	Interfaszikuläre Naht eines Nerven und Nervenplexus, primär: Nerven Hand	O4	31244/ 36244	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-045.5		Interfaszikuläre Naht eines Nerven und Nervenplexus, primär: Nerven Rumpf	O3	31243/ 36243	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-045.6	↔	Interfaszikuläre Naht eines Nerven und Nervenplexus, primär: Plexus lumbosacralis	O6	31246/ 36246	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-045.7	↔	Interfaszikuläre Naht eines Nerven und Nervenplexus, primär: Nerven Leiste und Beckenboden	O5	31245/ 36245	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-045.8	↔	Interfaszikuläre Naht eines Nerven und Nervenplexus, primär: Nerven Bein	O5	31245/ 36245	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-045.9	↔	Interfaszikuläre Naht eines Nerven und Nervenplexus, primär: Nerven Fuß	O4	31244/ 36244	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-046.0	↔	Epineurale Naht eines Nerven und Nervenplexus, sekundär: Hirnnerven extrakraniell	O4	31244/ 36244	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-046.1	↔	Epineurale Naht eines Nerven und Nervenplexus, sekundär: Plexus brachialis	O5	31245/ 36245	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-046.2	↔	Epineurale Naht eines Nerven und Nervenplexus, sekundär: Nerven Schulter	O4	31244/ 36244	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-046.3	↔	Epineurale Naht eines Nerven und Nervenplexus, sekundär: Nerven Arm	O4	31244/ 36244	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-046.4	↔	Epineurale Naht eines Nerven und Nervenplexus, sekundär: Nerven Hand	O4	31244/ 36244	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-046.5		Epineurale Naht eines Nerven und Nervenplexus, sekundär: Nerven Rumpf	O3	31243/ 36243	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-046.6	↔	Epineurale Naht eines Nerven und Nervenplexus, sekundär: Plexus lumbosacralis	O4	31244/ 36244	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-046.7	↔	Epineurale Naht eines Nerven und Nervenplexus, sekundär: Nerven Leiste und Beckenboden	O4	31244/ 36244	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-046.8	↔	Epineurale Naht eines Nerven und Nervenplexus, sekundär: Nerven Bein	O4	31244/ 36244	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-046.9	↔	Epineurale Naht eines Nerven und Nervenplexus, sekundär: Nerven Fuß	O4	31244/ 36244	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-047.0	↔	Interfaszikuläre Naht eines Nerven und Nervenplexus, sekundär: Hirnnerven extrakraniell	O5	31245/ 36245	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-047.1	↔	Interfaszikuläre Naht eines Nerven und Nervenplexus, sekundär: Plexus brachialis	O7	31247/ 36247	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-047.2	↔	Interfaszikuläre Naht eines Nerven und Nervenplexus, sekundär: Nerven Schulter	O6	31246/ 36246	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-047.3	↔	Interfaszikuläre Naht eines Nerven und Nervenplexus, sekundär: Nerven Arm	O5	31245/ 36245	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-047.4	↔	Interfaszikuläre Naht eines Nerven und Nervenplexus, sekundär: Nerven Hand	O5	31245/ 36245	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-047.5		Interfaszikuläre Naht eines Nerven und Nervenplexus, sekundär: Nerven Rumpf	O4	31244/ 36244	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-047.6	↔	Interfaszikuläre Naht eines Nerven und Nervenplexus, sekundär: Plexus lumbosacralis	O6	31246/ 36246	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-047.7	↔	Interfaszikuläre Naht eines Nerven und Nervenplexus, sekundär: Nerven Leiste und Beckenboden	O5	31245/ 36245	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-047.8	↔	Interfaszikuläre Naht eines Nerven und Nervenplexus, sekundär: Nerven Bein	O5	31245/ 36245	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-047.9	↔	Interfaszikuläre Naht eines Nerven und Nervenplexus, sekundär: Nerven Fuß	O5	31245/ 36245	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-048.0	↔	Epineurale Naht eines Nerven und Nervenplexus mit Transplantation: Hirnnerven extrakraniell	O6	31246/ 36246	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-048.1	↔	Epineurale Naht eines Nerven und Nervenplexus mit Transplantation: Plexus brachialis	O7	31247/ 36247	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-048.2	↔	Epineurale Naht eines Nerven und Nervenplexus mit Transplantation: Nerven Schulter	O6	31246/ 36246	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-048.3	↔	Epineurale Naht eines Nerven und Nervenplexus mit Transplantation: Nerven Arm	O6	31246/ 36246	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-048.4	↔	Epineurale Naht eines Nerven und Nervenplexus mit Transplantation: Nerven Hand	O6	31246/ 36246	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-048.5		Epineurale Naht eines Nerven und Nervenplexus mit Transplantation: Nerven Rumpf	O5	31245/ 36245	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-048.6	↔	Epineurale Naht eines Nerven und Nervenplexus mit Transplantation: Plexus lumbosacralis	O7	31247/ 36247	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-048.7	↔	Epineurale Naht eines Nerven und Nervenplexus mit Transplantation: Nerven Leiste und Beckenboden	O7	31247/ 36247	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-048.8	↔	Epineurale Naht eines Nerven und Nervenplexus mit Transplantation: Nerven Bein	O6	31246/ 36246	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-048.9	↔	Epineurale Naht eines Nerven und Nervenplexus mit Transplantation: Nerven Fuß	O6	31246/ 36246	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-049.0	↔	Interfaszikuläre Naht eines Nerven und Nervenplexus mit Transplantation: Hirnnerven extrakraniell	O7	31247/ 36247	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-049.1	↔	Interfaszikuläre Naht eines Nerven und Nervenplexus mit Transplantation: Plexus brachialis	O7	31247/ 36247	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-049.2	↔	Interfaszikuläre Naht eines Nerven und Nervenplexus mit Transplantation: Nerven Schulter	O7	31247/ 36247	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-049.3	↔	Interfaszikuläre Naht eines Nerven und Nervenplexus mit Transplantation: Nerven Arm	O7	31247/ 36247	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-049.4	↔	Interfaszikuläre Naht eines Nerven und Nervenplexus mit Transplantation: Nerven Hand	O7	31247/ 36247	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-049.5		Interfaszikuläre Naht eines Nerven und Nervenplexus mit Transplantation: Nerven Rumpf	O7	31247/ 36247	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-049.6	↔	Interfaszikuläre Naht eines Nerven und Nervenplexus mit Transplantation: Plexus lumbosacralis	O7	31247/ 36247	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-049.7	↔	Interfaszikuläre Naht eines Nerven und Nervenplexus mit Transplantation: Nerven Leiste und Beckenboden	O7	31247/ 36247	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-049.8	↔	Interfaszikuläre Naht eines Nerven und Nervenplexus mit Transplantation: Nerven Bein	O7	31247/ 36247	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-049.9	↔	Interfaszikuläre Naht eines Nerven und Nervenplexus mit Transplantation: Nerven Fuß	O7	31247/ 36247	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-050.0	↔	Epineurale Naht eines Nerven und Nervenplexus mit Transposition, primär: Hirnnerven extrakraniell	O4	31244/ 36244	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-050.1	↔	Epineurale Naht eines Nerven und Nervenplexus mit Transposition, primär: Plexus brachialis	O5	31245/ 36245	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-050.2	↔	Epineurale Naht eines Nerven und Nervenplexus mit Transposition, primär: Nerven Schulter	O4	31244/ 36244	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-050.3	↔	Epineurale Naht eines Nerven und Nervenplexus mit Transposition, primär: Nerven Arm	O4	31244/ 36244	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-050.4	↔	Epineurale Naht eines Nerven und Nervenplexus mit Transposition, primär: Nerven Hand	O4	31244/ 36244	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-050.5		Epineurale Naht eines Nerven und Nervenplexus mit Transposition, primär: Nerven Rumpf	O3	31243/ 36243	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-050.6	↔	Epineurale Naht eines Nerven und Nervenplexus mit Transposition, primär: Plexus lumbosacralis	O4	31244/ 36244	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-050.7	↔	Epineurale Naht eines Nerven und Nervenplexus mit Transposition, primär: Nerven Leiste und Beckenboden	O4	31244/ 36244	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-050.8	↔	Epineurale Naht eines Nerven und Nervenplexus mit Transposition, primär: Nerven Bein	O4	31244/ 36244	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-050.9	↔	Epineurale Naht eines Nerven und Nervenplexus mit Transposition, primär: Nerven Fuß	O4	31244/ 36244	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-051.0	↔	Interfaszikuläre Naht eines Nerven und Nervenplexus mit Transposition, primär: Hirnnerven extrakraniell	O5	31245/ 36245	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-051.1	↔	Interfaszikuläre Naht eines Nerven und Nervenplexus mit Transposition, primär: Plexus brachialis	O7	31247/ 36247	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-051.2	↔	Interfaszikuläre Naht eines Nerven und Nervenplexus mit Transposition, primär: Nerven Schulter	O6	31246/ 36246	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-051.3	↔	Interfaszikuläre Naht eines Nerven und Nervenplexus mit Transposition, primär: Nerven Arm	O5	31245/ 36245	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-051.4	↔	Interfaszikuläre Naht eines Nerven und Nervenplexus mit Transposition, primär: Nerven Hand	O5	31245/ 36245	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-051.5		Interfaszikuläre Naht eines Nerven und Nervenplexus mit Transposition, primär: Nerven Rumpf	O4	31244/ 36244	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-051.6	↔	Interfaszikuläre Naht eines Nerven und Nervenplexus mit Transposition, primär: Plexus lumbosacralis	O6	31246/ 36246	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-051.7	↔	Interfaszikuläre Naht eines Nerven und Nervenplexus mit Transposition, primär: Nerven Leiste und Beckenboden	O5	31245/ 36245	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-051.8	↔	Interfaszikuläre Naht eines Nerven und Nervenplexus mit Transposition, primär: Nerven Bein	O5	31245/ 36245	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-051.9	↔	Interfaszikuläre Naht eines Nerven und Nervenplexus mit Transposition, primär: Nerven Fuß	O5	31245/ 36245	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-052.0	↔	Epineurale Naht eines Nerven und Nervenplexus mit Transposition, sekundär: Hirnnerven extrakraniell	O4	31244/ 36244	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-052.1	↔	Epineurale Naht eines Nerven und Nervenplexus mit Transposition, sekundär: Plexus brachialis	O5	31245/ 36245	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-052.2	↔	Epineurale Naht eines Nerven und Nervenplexus mit Transposition, sekundär: Nerven Schulter	O4	31244/ 36244	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-052.3	↔	Epineurale Naht eines Nerven und Nervenplexus mit Transposition, sekundär: Nerven Arm	O4	31244/ 36244	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-052.4	↔	Epineurale Naht eines Nerven und Nervenplexus mit Transposition, sekundär: Nerven Hand	O4	31244/ 36244	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-052.5		Epineurale Naht eines Nerven und Nervenplexus mit Transposition, sekundär: Nerven Rumpf	O3	31243/ 36243	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-052.6	↔	Epineurale Naht eines Nerven und Nervenplexus mit Transposition, sekundär: Plexus lumbosacralis	O4	31244/ 36244	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-052.7	↔	Epineurale Naht eines Nerven und Nervenplexus mit Transposition, sekundär: Nerven Leiste und Beckenboden	O4	31244/ 36244	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-052.8	↔	Epineurale Naht eines Nerven und Nervenplexus mit Transposition, sekundär: Nerven Bein	O4	31244/ 36244	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-052.9	↔	Epineurale Naht eines Nerven und Nervenplexus mit Transposition, sekundär: Nerven Fuß	O4	31244/ 36244	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-053.0	↔	Interfaszikuläre Naht eines Nerven und Nervenplexus mit Transposition, sekundär: Hirnnerven extrakraniell	O5	31245/ 36245	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-053.1	↔	Interfaszikuläre Naht eines Nerven und Nervenplexus mit Transposition, sekundär: Plexus brachialis	O7	31247/ 36247	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-053.2	↔	Interfaszikuläre Naht eines Nerven und Nervenplexus mit Transposition, sekundär: Nerven Schulter	O6	31246/ 36246	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-053.3	↔	Interfaszikuläre Naht eines Nerven und Nervenplexus mit Transposition, sekundär: Nerven Arm	O5	31245/ 36245	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-053.4	↔	Interfaszikuläre Naht eines Nerven und Nervenplexus mit Transposition, sekundär: Nerven Hand	O5	31245/ 36245	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-053.5		Interfaszikuläre Naht eines Nerven und Nervenplexus mit Transposition, sekundär: Nerven Rumpf	O4	31244/ 36244	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-053.6	↔	Interfaszikuläre Naht eines Nerven und Nervenplexus mit Transposition, sekundär: Plexus lumbosacralis	O6	31246/ 36246	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-053.7	↔	Interfaszikuläre Naht eines Nerven und Nervenplexus mit Transposition, sekundär: Nerven Leiste und Beckenboden	O5	31245/ 36245	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-053.8	↔	Interfaszikuläre Naht eines Nerven und Nervenplexus mit Transposition, sekundär: Nerven Bein	O5	31245/ 36245	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-053.9	↔	Interfaszikuläre Naht eines Nerven und Nervenplexus mit Transposition, sekundär: Nerven Fuß	O5	31245/ 36245	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-054.0	↔	Epineurale Naht eines Nerven und Nervenplexus mit Transplantation und Transposition: Hirnnerven extrakraniell	O6	31246/ 36246	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-054.1	↔	Epineurale Naht eines Nerven und Nervenplexus mit Transplantation und Transposition: Plexus brachialis	O7	31247/ 36247	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-054.2	↔	Epineurale Naht eines Nerven und Nervenplexus mit Transplantation und Transposition: Nerven Schulter	O6	31246/ 36246	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-054.3	↔	Epineurale Naht eines Nerven und Nervenplexus mit Transplantation und Transposition: Nerven Arm	O6	31246/ 36246	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-054.4	↔	Epineurale Naht eines Nerven und Nervenplexus mit Transplantation und Transposition: Nerven Hand	O6	31246/ 36246	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-054.5		Epineurale Naht eines Nerven und Nervenplexus mit Transplantation und Transposition: Nerven Rumpf	O5	31245/ 36245	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-054.6	↔	Epineurale Naht eines Nerven und Nervenplexus mit Transplantation und Transposition: Plexus lumbosacralis	O7	31247/ 36247	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-054.7	↔	Epineurale Naht eines Nerven und Nervenplexus mit Transplantation und Transposition: Nerven Leiste und Beckenboden	O6	31246/ 36246	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-054.8	↔	Epineurale Naht eines Nerven und Nervenplexus mit Transplantation und Transposition: Nerven Bein	O6	31246/ 36246	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-054.9	↔	Epineurale Naht eines Nerven und Nervenplexus mit Transplantation und Transposition: Nerven Fuß	O5	31245/ 36245	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-055.0	↔	Interfaszikuläre Naht eines Nerven und Nervenplexus mit Transplantation und Transposition: Hirnnerven extrakraniell	O7	31247/ 36247	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-055.1	↔	Interfaszikuläre Naht eines Nerven und Nervenplexus mit Transplantation und Transposition: Plexus brachialis	O7	31247/ 36247	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-055.2	↔	Interfaszikuläre Naht eines Nerven und Nervenplexus mit Transplantation und Transposition: Nerven Schulter	O7	31247/ 36247	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-055.3	↔	Interfaszikuläre Naht eines Nerven und Nervenplexus mit Transplantation und Transposition: Nerven Arm	O7	31247/ 36247	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-055.4	↔	Interfaszikuläre Naht eines Nerven und Nervenplexus mit Transplantation und Transposition: Nerven Hand	O7	31247/ 36247	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-055.5		Interfaszikuläre Naht eines Nerven und Nervenplexus mit Transplantation und Transposition: Nerven Rumpf	O7	31247/ 36247	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-055.6	↔	Interfaszikuläre Naht eines Nerven und Nervenplexus mit Transplantation und Transposition: Plexus lumbosacralis	O7	31247/ 36247	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-055.7	↔	Interfaszikuläre Naht eines Nerven und Nervenplexus mit Transplantation und Transposition: Nerven Leiste und Beckenboden	O7	31247/ 36247	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-055.8	↔	Interfaszikuläre Naht eines Nerven und Nervenplexus mit Transplantation und Transposition: Nerven Bein	O7	31247/ 36247	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-055.9	↔	Interfaszikuläre Naht eines Nerven und Nervenplexus mit Transplantation und Transposition: Nerven Fuß	O7	31247/ 36247	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-056.0	↔	Neurolyse und Dekompression eines Nerven: Hirnnerven extrakraniell	O2	31242/ 36242	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-056.1	↔	Neurolyse und Dekompression eines Nerven: Plexus brachialis	O3	31243/ 36243	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-056.2	↔	Neurolyse und Dekompression eines Nerven: Nerven Schulter	O2	31242/ 36242	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-056.3	↔	Neurolyse und Dekompression eines Nerven: Nerven Arm	O2	31242/ 36242	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-056.40	↔	Neurolyse und Dekompression eines Nerven: Nerven Hand: Offen chirurgisch	O2	31242/ 36242	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-056.41	↔	Neurolyse und Dekompression eines Nerven: Nerven Hand: Endoskopisch	O2	31242/ 36242	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-056.5		Neurolyse und Dekompression eines Nerven: Nerven Rumpf	O2	31242/ 36242	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-056.6	↔	Neurolyse und Dekompression eines Nerven: Plexus lumbosacralis	O4	31244/ 36244	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-056.7	↔	Neurolyse und Dekompression eines Nerven: Nerven Leiste und Beckenboden	O3	31243/ 36243	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-056.8	↔	Neurolyse und Dekompression eines Nerven: Nerven Bein	O2	31242/ 36242	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-056.9	↔	Neurolyse und Dekompression eines Nerven: Nerven Fuß	O2	31242/ 36242	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-057.0	↔	Neurolyse und Dekompression eines Nerven mit Transposition: Hirnnerven extrakraniell	O3	31243/ 36243	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	31453
5-057.1	↔	Neurolyse und Dekompression eines Nerven mit Transposition: Plexus brachialis	O3	31243/ 36243	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-057.2	↔	Neurolyse und Dekompression eines Nerven mit Transposition: Nerven Schulter	O3	31243/ 36243	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	31453
5-057.3	↔	Neurolyse und Dekompression eines Nerven mit Transposition: Nerven Arm	O2	31242/ 36242	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	31452
5-057.4	↔	Neurolyse und Dekompression eines Nerven mit Transposition: Nerven Hand	O2	31242/ 36242	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	31452
5-057.5		Neurolyse und Dekompression eines Nerven mit Transposition: Nerven Rumpf	O2	31242/ 36242	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-057.6	↔	Neurolyse und Dekompression eines Nerven mit Transposition: Plexus lumbosacralis	O3	31243/ 36243	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-057.7	↔	Neurolyse und Dekompression eines Nerven mit Transposition: Nerven Leiste und Beckenboden	O3	31243/ 36243	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-057.8	↔	Neurolyse und Dekompression eines Nerven mit Transposition: Nerven Bein	O2	31242/ 36242	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-057.9	↔	Neurolyse und Dekompression eines Nerven mit Transposition: Nerven Fuß	O2	31242/ 36242	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	31452
5-059.a0		Andere Operationen an Nerven und Ganglien: Entfernung von Neurostimulationselektroden zur Stimulation des peripheren Nervensystems: Eine Elektrode	O3	31243/ 36243	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-059.a1		Andere Operationen an Nerven und Ganglien: Entfernung von Neurostimulationselektroden zur Stimulation des peripheren Nervensystems: Mehrere Elektroden	O4	31244/ 36244	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-059.a2		Andere Operationen an Nerven und Ganglien: Entfernung von Neurostimulationselektroden zur Stimulation des peripheren Nervensystems: Vagusnervstimulator-Elektroden	O3	31243/ 36243	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-059.a3	↔	Andere Operationen an Nerven und Ganglien: Entfernung von Neurostimulationselektroden zur Stimulation des peripheren Nervensystems: Elektrode für ein System zur Barorezeptoraktivierung	O3	31243/ 36243	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-059.a4	↔	Andere Operationen an Nerven und Ganglien: Entfernung von Neurostimulationselektroden zur Stimulation des peripheren Nervensystems: Elektrode für ein System zur Hypoglossusnerv-Stimulation	O3	31243/ 36243	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-059.a5		Andere Operationen an Nerven und Ganglien: Entfernung von Neurostimulationselektroden zur Stimulation des peripheren Nervensystems: Elektrode für ein System zur Phrenikusnerv-Stimulation	O3	31243/ 36243	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-059.db		Andere Operationen an Nerven und Ganglien: Wechsel eines Neurostimulators zur Stimulation des peripheren Nervensystems ohne Wechsel einer Neurostimulationselektrode: System zur Phrenikusnerv-Stimulation	O2	31242/ 36242	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-059.dc		Andere Operationen an Nerven und Ganglien: Wechsel eines Neurostimulators zur Stimulation des peripheren Nervensystems ohne Wechsel einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, mit wiederaufladbarem Akkumulator	O2	31242/ 36242	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-059.dd		Wechsel eines Neurostimulators zur Stimulation des peripheren Nervensystems ohne Wechsel einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, mit elektromagnetischer Energieübertragung, induktiv	O2	31242/ 36242	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-059.d0		Wechsel eines Neurostimulators zur Stimulation des peripheren Nervensystems ohne Wechsel einer Neurostimulationselektrode: Einkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar	O2	31242/ 36242	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-059.d1		Wechsel eines Neurostimulators zur Stimulation des peripheren Nervensystems ohne Wechsel einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar	O2	31242/ 36242	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-059.d4		Wechsel eines kardialen Vagusnervstimulationssystems ohne Wechsel einer Neurostimulationselektrode	O2	31242/ 36242	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-059.d6		Andere Operationen an Nerven und Ganglien: Wechsel eines Neurostimulators zur Stimulation des peripheren Nervensystems ohne Wechsel einer Neurostimulationselektrode: System zur Barorezeptoraktivierung	O2	31242/ 36242	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-059.d7		Andere Operationen an Nerven und Ganglien: Wechsel eines Neurostimulators zur Stimulation des peripheren Nervensystems ohne Wechsel einer Neurostimulationselektrode: System zur Hypoglossusnerv-Stimulation	O2	31242/ 36242	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-059.d8		Wechsel eines Vagusnervstimulationssystems ohne Wechsel einer Neurostimulationselektrode	O2	31242/ 36242	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-059.g0		Andere Operationen an Nerven und Ganglien: Implantation eines Neurostimulators zur Stimulation des peripheren Nervensystems ohne Implantation einer Neurostimulationselektrode: Einkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar	O2	31242/ 36242	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-059.g1		Andere Operationen an Nerven und Ganglien: Implantation eines Neurostimulators zur Stimulation des peripheren Nervensystems ohne Implantation einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar	O2	31242/ 36242	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-059.g3		Andere Operationen an Nerven und Ganglien: Implantation eines Neurostimulators zur Stimulation des peripheren Nervensystems ohne Implantation einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, mit wiederaufladbarem Akkumulator	O2	31242/ 36242	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-059.g4		Implantation eines Neurostimulators zur Stimulation des peripheren Nervensystems ohne Implantation einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, mit elektromagnetischer Energieübertragung, induktiv	O2	31242/ 36242	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-059.1		Andere Operationen an Nerven und Ganglien: Revision eines Neurostimulators zur Stimulation des peripheren Nervensystems	O3	31243/ 36243	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-059.2		Andere Operationen an Nerven und Ganglien: Entfernung eines Neurostimulators zur Stimulation des peripheren Nervensystems	O2	31242/ 36242	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-059.80		Andere Operationen an Nerven und Ganglien: Implantation oder Wechsel von Neurostimulationselektroden zur Stimulation des peripheren Nervensystems: Implantation einer temporären Elektrode zur Teststimulation	O4	31244/ 36244	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-059.81		Andere Operationen an Nerven und Ganglien: Implantation oder Wechsel von Neurostimulationselektroden zur Stimulation des peripheren Nervensystems: Implantation mehrerer temporärer Elektroden zur Teststimulation	O5	31245/ 36245	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-059.82		Andere Operationen an Nerven und Ganglien: Implantation oder Wechsel von Neurostimulationselektroden zur Stimulation des peripheren Nervensystems: Implantation oder Wechsel einer permanenten Elektrode	O4	31244/ 36244	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-059.83		Andere Operationen an Nerven und Ganglien: Implantation oder Wechsel von Neurostimulationselektroden zur Stimulation des peripheren Nervensystems: Implantation oder Wechsel mehrerer permanenter Elektroden	O5	31245/ 36245	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-059.90		Andere Operationen an Nerven und Ganglien: Revision von Neurostimulationselektroden zur Stimulation des peripheren Nervensystems: Eine Elektrode	O5	31245/ 36245	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-059.91		Andere Operationen an Nerven und Ganglien: Revision von Neurostimulationselektroden zur Stimulation des peripheren Nervensystems: Mehrere Elektroden	O5	31245/ 36245	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	

2.6 Operationen an endokrinen Drüsen

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-061.0		Hemithyreoidektomie: Ohne Parathyreoidektomie	F4	31154/ 36154	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-062.0	↔	Andere partielle Schilddrüsenresektion: Exzision von erkranktem Gewebe	F3	31153/ 36153	31505/ 36505	31608	31609	31823/ 36823	
5-062.1	↔	Andere partielle Schilddrüsenresektion: Exzision eines Knotens	F3	31153/ 36153	31505/ 36505	31608	31609	31823/ 36823	
5-062.4		Andere partielle Schilddrüsenresektion: Subtotale Resektion, einseitig mit Exzision eines Knotens der Gegenseite	F5	31155/ 36155	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-062.5		Andere partielle Schilddrüsenresektion: Subtotale Resektion, einseitig mit Hemithyreoidektomie der Gegenseite	F6	31156/ 36156	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-062.7		Andere partielle Schilddrüsenresektion: Resektion des Isthmus	F3	31153/ 36153	31505/ 36505	31608	31609	31823/ 36823	
5-062.8	L	Andere partielle Schilddrüsenresektion: Subtotale Resektion	F5	31155/ 36155	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-062.8	P	Andere partielle Schilddrüsenresektion: Subtotale Resektion	F6	31156/ 36156	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-062.8	R	Andere partielle Schilddrüsenresektion: Subtotale Resektion	F5	31155/ 36155	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-063.0		Thyreoidektomie: Ohne Parathyreoidektomie	F7	31157/ 36157	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-064.0	↔	Operationen an der Schilddrüse durch Sternotomie: Exzision von erkranktem Gewebe	F7	31157/ 36157	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-064.1	↔	Operationen an der Schilddrüse durch Sternotomie: Subtotale Resektion	F7	31157/ 36157	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-064.2		Operationen an der Schilddrüse durch Sternotomie: Hemithyreoidektomie	F7	31157/ 36157	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-064.3		Operationen an der Schilddrüse durch Sternotomie: Thyreoidektomie	F7	31157/ 36157	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-065.0		Exzision des Ductus thyreoglossus: Exzision einer medianen Halszyste, ohne Resektion des medialen Zungenbeines	F3	31153/ 36153	31505/ 36505	31608	31609	31823/ 36823	
5-065.1		Exzision des Ductus thyreoglossus: Exzision einer medianen Halszyste, mit Resektion des medialen Zungenbeines	F4	31154/ 36154	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-065.2		Exzision des Ductus thyreoglossus: Exzision einer medianen Halsfistel, ohne Resektion des medialen Zungenbeines	F3	31153/ 36153	31505/ 36505	31608	31609	31823/ 36823	
5-065.3		Exzision des Ductus thyreoglossus: Exzision einer medianen Halsfistel, mit Resektion des medialen Zungenbeines	F4	31154/ 36154	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-065.4		Exzision des Ductus thyreoglossus: Sekundärer Eingriff, ohne Resektion des medialen Zungenbeines	F4	31154/ 36154	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-065.5		Exzision des Ductus thyreoglossus: Sekundärer Eingriff, mit Resektion des medialen Zungenbeines	F5	31155/ 36155	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-069.40		Andere Operationen an Schilddrüse und Nebenschilddrüsen: Monitoring des N. recurrens im Rahmen einer anderen Operation: Nicht kontinuierlich [IONM]	F2	31152/ 36152	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-069.41		Andere Operationen an Schilddrüse und Nebenschilddrüsen: Monitoring des N. recurrens im Rahmen einer anderen Operation: Kontinuierlich [CIONM]	F2	31152/ 36152	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-074.0		Exzision und Resektion von erkranktem Gewebe des Corpus pineale: Ohne Präparation von infiltriertem Nachbargewebe	P7	31257/ 36257		31675	31676	31827/ 36827	
5-074.1		Exzision und Resektion von erkranktem Gewebe des Corpus pineale: Mit Präparation von infiltriertem Nachbargewebe	P7	31257/ 36257		31675	31676	31827/ 36827	
5-075.0		Exzision und Resektion von erkranktem Gewebe der Hypophyse: Intrasellär, partiell	P7	31257/ 36257		31675	31676	31827/ 36827	
5-075.1		Exzision und Resektion von erkranktem Gewebe der Hypophyse: Intrasellär, total	P7	31257/ 36257		31675	31676	31827/ 36827	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-075.2		Exzision und Resektion von erkranktem Gewebe der Hypophyse: Extrasellär	P7	31257/ 36257		31675	31676	31827/ 36827	
5-075.3		Exzision und Resektion von erkranktem Gewebe der Hypophyse: Extrasellär mit Präparation von infiltriertem Nachbargewebe	P7	31257/ 36257		31675	31676	31827/ 36827	
5-075.4		Exzision und Resektion von erkranktem Gewebe der Hypophyse: Kombiniert intra- und extrasellär	P7	31257/ 36257		31675	31676	31827/ 36827	
5-077.0		Exzision und Resektion des Thymus: Exzision, durch Mediastinoskopie	J5	31195/ 36195		31610	31611	31825/ 36825	
5-077.5		Exzision und Resektion des Thymus: Exzision, durch Thorakoskopie	J4	31194/ 36194		31610	31611	31824/ 36824	

2.7 Operationen an den Augen

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-080.2	↔	Inzision der Tränendrüse: Drainage	U1	31321/ 36321	31502/ 36502	31708	31709	31821/ 36821	
5-081.0	↔	Exzision von (erkranktem) Gewebe der Tränendrüse: Partielle Exzision	U1	31321/ 36321	31502/ 36502	31708	31709	31821/ 36821	
5-081.1	↔	Exzision von (erkranktem) Gewebe der Tränendrüse: Komplette Exzision	U2	31322/ 36322	31503/ 36503	31708	31709	31822/ 36822	
5-082.0	↔	Andere Operationen an der Tränendrüse: Refixation	U2	31322/ 36322	31503/ 36503	31708	31709	31822/ 36822	
5-084.11	↔	Inzision von Tränensack und sonstigen Tränenwegen: Sonstige Tränenwege: Entfernung eines Fremdkörpers oder Steines	U1	31321/ 36321	31502/ 36502	31708	31709	31821/ 36821	
5-084.12	↔	Inzision von Tränensack und sonstigen Tränenwegen: Sonstige Tränenwege: Drainage	U1	31321/ 36321	31502/ 36502	31708	31709	31821/ 36821	
5-085.0	↔	Exzision von erkranktem Gewebe an Tränensack und sonstigen Tränenwegen: Tränenpunkt	U1	31321/ 36321	31502/ 36502	31708	31709	31821/ 36821	
5-085.1	↔	Exzision von erkranktem Gewebe an Tränensack und sonstigen Tränenwegen: Tränenkanal	U1	31321/ 36321	31502/ 36502	31708	31709	31821/ 36821	
5-085.2	↔	Exzision von erkranktem Gewebe an Tränensack und sonstigen Tränenwegen: Tränensack	U1	31321/ 36321	31502/ 36502	31708	31709	31821/ 36821	
5-085.3	↔	Exzision von erkranktem Gewebe an Tränensack und sonstigen Tränenwegen: Ductus nasolacrimalis	U1	31321/ 36321	31502/ 36502	31708	31709	31821/ 36821	
5-086.30	↔	Rekonstruktion des Tränenkanals und Tränenpunktes: Rekonstruktion des Tränenkanals: Mit Ringintubation	U2	31322/ 36322	31503/ 36503	31708	31709	31822/ 36822	
5-086.31	↔	Rekonstruktion des Tränenkanals und Tränenpunktes: Rekonstruktion des Tränenkanals: Mit sonstiger Intubation	U2	31322/ 36322	31503/ 36503	31708	31709	31822/ 36822	
5-087.00	↔	Dakryozystorhinostomie: Transkutan: Ohne Intubation	U2	31322/ 36322	31503/ 36503	31708	31709	31822/ 36822	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-087.01	↔	Dakryozystorhinostomie: Transkutan: Mit Intubation	U3	31323/ 36323	31504/ 36504	31710	31711	31823/ 36823	
5-087.1	↔	Dakryozystorhinostomie: Endonasal	U2	31322/ 36322	31503/ 36503	31708	31709	31822/ 36822	
5-087.2	↔	Dakryozystorhinostomie: Canaliculorhinostomie	U3	31323/ 36323	31504/ 36504	31710	31711	31823/ 36823	
5-088.01	↔	Andere Rekonstruktion der Tränenwege: Konjunktivorhinostomie: Mit Röhrchen	U2	31322/ 36322	31503/ 36503	31708	31709	31822/ 36822	
5-091.10	↔	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe des Augenlides: Oberflächliche Exzision, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie): Ohne Beteiligung der Lidkante	U2	31322/ 36322	31503/ 36503	31708	31709	31822/ 36822	
5-091.11	↔	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe des Augenlides: Oberflächliche Exzision, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie): Mit Beteiligung der Lidkante	U2	31322/ 36322	31503/ 36503	31708	31709	31822/ 36822	
5-091.20	↔	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe des Augenlides: Tiefe Exzision: Ohne Beteiligung der Lidkante	U1	31321/ 36321	31502/ 36502	31708	31709	31821/ 36821	
5-091.21	↔	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe des Augenlides: Tiefe Exzision: Mit Beteiligung der Lidkante	U2	31322/ 36322	31503/ 36503	31708	31709	31822/ 36822	
5-091.30	↔	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe des Augenlides: Tiefe Exzision, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie): Ohne Beteiligung der Lidkante	U2	31322/ 36322	31503/ 36503	31708	31709	31822/ 36822	
5-091.31	↔	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe des Augenlides: Tiefe Exzision, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie): Mit Beteiligung der Lidkante	U2	31322/ 36322	31503/ 36503	31708	31709	31822/ 36822	
5-092.00	↔	Operationen an Kanthus und Epikanthus: Tarsorrhaphie: Ohne Lidkantenexzision	U1	31321/ 36321	31502/ 36502	31708	31709	31821/ 36821	
5-092.01	↔	Operationen an Kanthus und Epikanthus: Tarsorrhaphie: Mit Lidkantenexzision	U2	31322/ 36322	31503/ 36503	31708	31709	31822/ 36822	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-092.1	↔	Operationen an Kanthus und Epikanthus: Kanthopexie, medial	U2	31322/ 36322	31503/ 36503	31708	31709	31822/ 36822	
5-092.2	↔	Operationen an Kanthus und Epikanthus: Kanthopexie, lateral	U2	31322/ 36322	31503/ 36503	31708	31709	31822/ 36822	
5-092.40	↔	Operationen an Kanthus und Epikanthus: Korrekturoperation bei Epikanthus: Y-V-Plastik	U2	31322/ 36322	31503/ 36503	31708	31709	31822/ 36822	
5-092.41	↔	Operationen an Kanthus und Epikanthus: Korrekturoperation bei Epikanthus: Doppel-Z-Plastik	U2	31322/ 36322	31503/ 36503	31708	31709	31822/ 36822	
5-092.5	↔	Operationen an Kanthus und Epikanthus: Eröffnen einer Tarsorrhaphie	U1	31321/ 36321	31502/ 36502	31708	31709	31821/ 36821	
5-093.1	↔	Korrekturoperation bei Entropium und Ektropium: Durch Naht	U1	31321/ 36321	31502/ 36502	31708	31709	31821/ 36821	
5-093.2	↔	Korrekturoperation bei Entropium und Ektropium: Durch horizontale Verkürzung des Augenlides	U2	31322/ 36322	31503/ 36503	31708	31709	31822/ 36822	
5-093.3	↔	Korrekturoperation bei Entropium und Ektropium: Durch Operation an den Lidretraktoren	U3	31323/ 36323	31504/ 36504	31710	31711	31823/ 36823	
5-093.4	↔	Korrekturoperation bei Entropium und Ektropium: Durch Transplantation oder Implantation	U3	31323/ 36323	31504/ 36504	31710	31711	31823/ 36823	
5-093.5	↔	Korrekturoperation bei Entropium und Ektropium: Durch Verschiebe- oder Schwenkplastik	U3	31323/ 36323	31504/ 36504	31710	31711	31823/ 36823	
5-093.6	↔	Korrekturoperation bei Entropium und Ektropium: Durch Reposition einer Lidlamelle	U3	31323/ 36323	31504/ 36504	31710	31711	31823/ 36823	
5-094.0	↔	Korrekturoperation bei Blepharoptosis: Tarsusresektion	U2	31322/ 36322	31503/ 36503	31708	31709	31822/ 36822	
5-094.1	↔	Korrekturoperation bei Blepharoptosis: Levator-/Aponeurosenfaltung	U3	31323/ 36323	31504/ 36504	31710	31711	31823/ 36823	
5-094.2	↔	Korrekturoperation bei Blepharoptosis: Levator-/Aponeurosenresektion	U3	31323/ 36323	31504/ 36504	31710	31711	31823/ 36823	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-094.3	↔	Korrekturoperation bei Blepharoptosis: Levatorreinsertion	U2	31322/ 36322	31503/ 36503	31708	31709	31822/ 36822	
5-094.4	↔	Korrekturoperation bei Blepharoptosis: Frontalissuspension	U3	31323/ 36323	31504/ 36504	31710	31711	31823/ 36823	
5-095.11	↔	Naht des Augenlides: Verschluss tiefer Liddefekte: Mit Beteiligung der Lidkante	U3	31323/ 36323	31504/ 36504	31710	31711	31823/ 36823	
5-096.00	↔	Andere Rekonstruktion der Augenlider: Durch Hautlappenplastik: Mit Hautverschiebung	U1	31321/ 36321	31502/ 36502	31708	31709	31821/ 36821	
5-096.01	↔	Andere Rekonstruktion der Augenlider: Durch Hautlappenplastik: Mit Hautschwenkung	U2	31322/ 36322	31503/ 36503	31708	31709	31822/ 36822	
5-096.02	↔	Andere Rekonstruktion der Augenlider: Durch Hautlappenplastik: Mit Hautrotation	U2	31322/ 36322	31503/ 36503	31708	31709	31822/ 36822	
5-096.10	↔	Andere Rekonstruktion der Augenlider: Durch Verschiebeplastik der Lidkante: Mit Kanthotomie	U2	31322/ 36322	31503/ 36503	31708	31709	31822/ 36822	
5-096.11	↔	Andere Rekonstruktion der Augenlider: Durch Verschiebeplastik der Lidkante: Mit Bogenverschiebeplastik	U4	31324/ 36324	31504/ 36504	31712	31713	31824/ 36824	
5-096.20	↔	Andere Rekonstruktion der Augenlider: Durch Transplantation: Haut	U3	31323/ 36323	31504/ 36504	31710	31711	31823/ 36823	
5-096.21	↔	Andere Rekonstruktion der Augenlider: Durch Transplantation: Schleimhaut	U3	31323/ 36323	31504/ 36504	31710	31711	31823/ 36823	
5-096.24	↔	Andere Rekonstruktion der Augenlider: Durch Transplantation: Alloplastisches Material	U2	31322/ 36322	31503/ 36503	31708	31709	31822/ 36822	
5-096.30	↔	Andere Rekonstruktion der Augenlider: Mit Tarsokonjunktival-Transplantat: Gestielt	U3	31323/ 36323	31504/ 36504	31710	31711	31823/ 36823	
5-096.31	↔	Andere Rekonstruktion der Augenlider: Mit Tarsokonjunktival-Transplantat: Frei	U3	31323/ 36323	31504/ 36504	31710	31711	31823/ 36823	
5-096.32	↔	Andere Rekonstruktion der Augenlider: Mit Tarsokonjunktival-Transplantat: Tarsomarginal	U3	31323/ 36323	31504/ 36504	31710	31711	31823/ 36823	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-096.40	↔	Andere Rekonstruktion der Augenlider: Mit Verschiebe- und Rotationsplastik des Lides: Wangenrotationsplastik	U3	31323/ 36323	31504/ 36504	31710	31711	31823/ 36823	
5-096.41	↔	Andere Rekonstruktion der Augenlider: Mit Verschiebe- und Rotationsplastik des Lides: Schwenklappenplastik	U4	31324/ 36324	31504/ 36504	31712	31713	31824/ 36824	
5-096.42	↔	Andere Rekonstruktion der Augenlider: Mit Verschiebe- und Rotationsplastik des Lides: Oberlidersatz durch Unterlidplastik	U5	31325/ 36325	31505/ 36505	31712	31713	31825/ 36825	
5-096.50	↔	Andere Rekonstruktion der Augenlider: Rekonstruktion des Lidwinkels: Medial	U2	31322/ 36322	31503/ 36503	31708	31709	31822/ 36822	
5-096.51	↔	Andere Rekonstruktion der Augenlider: Rekonstruktion des Lidwinkels: Lateral	U2	31322/ 36322	31503/ 36503	31708	31709	31822/ 36822	
5-096.6	↔	Andere Rekonstruktion der Augenlider: Lideröffnung nach Lidrekonstruktion	U1	31321/ 36321	31502/ 36502	31708	31709	31821/ 36821	
5-097.0	↔	Blepharoplastik: Hebung der Augenbraue	U1	31321/ 36321	31502/ 36502	31708	31709	31821/ 36821	
5-097.1	↔	Blepharoplastik: Blepharoplastik des Oberlides	U1	31321/ 36321	31502/ 36502	31708	31709	31821/ 36821	
5-097.2	↔	Blepharoplastik: Blepharoplastik des Unterlides	U1	31321/ 36321	31502/ 36502	31708	31709	31821/ 36821	
5-097.3	↔	Blepharoplastik: Entfernung eines Fettgewebeprolapses der Orbita	U2	31322/ 36322	31503/ 36503	31708	31709	31822/ 36822	
5-098.00	↔	Vertikale Lidverlängerung: Oberlidverlängerung: Mit Z-Plastik	U3	31323/ 36323	31504/ 36504	31710	31711	31823/ 36823	
5-098.01	↔	Vertikale Lidverlängerung: Oberlidverlängerung: Mit Transplantat	U3	31323/ 36323	31504/ 36504	31710	31711	31823/ 36823	
5-098.02	↔	Vertikale Lidverlängerung: Oberlidverlängerung: Durch Rezession des Oberlidretraktors	U3	31323/ 36323	31504/ 36504	31710	31711	31823/ 36823	
5-098.03	↔	Vertikale Lidverlängerung: Oberlidverlängerung: Durch Ektomie des Müller-Muskels (M. tarsalis sup.)	U3	31323/ 36323	31504/ 36504	31710	31711	31823/ 36823	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-098.1	↔	Vertikale Lidverlängerung: Unterlidverlängerung	U2	31322/ 36322	31503/ 36503	31708	31709	31822/ 36822	
5-10a.0	↔	Verstärkende Eingriffe an einem geraden Augenmuskel: Resektion	U2	31322/ 36322	31503/ 36503	31708	31709	31822/ 36822	
5-10a.1	↔	Verstärkende Eingriffe an einem geraden Augenmuskel: Faltung	U2	31322/ 36322	31503/ 36503	31708	31709	31822/ 36822	
5-10a.2	↔	Verstärkende Eingriffe an einem geraden Augenmuskel: Vorlagerung	U2	31322/ 36322	31503/ 36503	31708	31709	31822/ 36822	
5-10a.3	↔	Verstärkende Eingriffe an einem geraden Augenmuskel: Kombination aus Resektion, Faltung und/oder Vorlagerung	U2	31322/ 36322	31503/ 36503	31708	31709	31822/ 36822	
5-10b.0	↔	Schwächende Eingriffe an einem geraden Augenmuskel: Einfache Rücklagerung	U2	31322/ 36322	31503/ 36503	31708	31709	31822/ 36822	
5-10b.1	↔	Schwächende Eingriffe an einem geraden Augenmuskel: Rücklagerung an Schlingen	U2	31322/ 36322	31503/ 36503	31708	31709	31822/ 36822	
5-10b.2	↔	Schwächende Eingriffe an einem geraden Augenmuskel: Tenotomie, Myotomie, Tenektomie und/oder Myektomie	U2	31322/ 36322	31503/ 36503	31708	31709	31822/ 36822	
5-10b.3	↔	Schwächende Eingriffe an einem geraden Augenmuskel: Partielle Tenotomie und/oder Myotomie	U2	31322/ 36322	31503/ 36503	31708	31709	31822/ 36822	
5-10b.4	↔	Schwächende Eingriffe an einem geraden Augenmuskel: Rücklagerung mit Interponat	U2	31322/ 36322	31503/ 36503	31708	31709	31822/ 36822	
5-10c.0	↔	Chirurgie der Abrollstrecke (Faden-Operation, Myopexie): Einfach	U4	31324/ 36324	31504/ 36504	31712	31713	31824/ 36824	
5-10c.1	↔	Chirurgie der Abrollstrecke (Faden-Operation, Myopexie): Kombiniert mit weiteren Maßnahmen am selben Muskel	U5	31325/ 36325	31505/ 36505	31712	31713	31825/ 36825	
5-10d.0	↔	Transposition eines geraden Augenmuskels: Gesamter Muskel	U4	31324/ 36324	31504/ 36504	31712	31713	31824/ 36824	
5-10d.1	↔	Transposition eines geraden Augenmuskels: Muskelteil	U4	31324/ 36324	31504/ 36504	31712	31713	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-10e.0	↔	Andere Operationen an den geraden Augenmuskeln: Adhäsiolyse	U2	31322/ 36322	31503/ 36503	31708	31709	31822/ 36822	
5-10e.1	↔	Andere Operationen an den geraden Augenmuskeln: Entfernen einer Muskelnaht	U1	31321/ 36321	31502/ 36502	31708	31709	31821/ 36821	
5-10e.2	↔	Andere Operationen an den geraden Augenmuskeln: Absetzen eines Augenmuskels	U2	31322/ 36322	31503/ 36503	31708	31709	31822/ 36822	
5-10e.3	↔	Andere Operationen an den geraden Augenmuskeln: Refixation eines Augenmuskels	U2	31322/ 36322	31503/ 36503	31708	31709	31822/ 36822	
5-10e.4	↔	Andere Operationen an den geraden Augenmuskeln: Operation mit justierbaren Fäden	U2	31322/ 36322	31503/ 36503	31708	31709	31822/ 36822	
5-10f.0	↔	Verstärkende Eingriffe an einem schrägen Augenmuskel: Resektion	U2	31322/ 36322	31503/ 36503	31708	31709	31822/ 36822	
5-10f.1	↔	Verstärkende Eingriffe an einem schrägen Augenmuskel: Faltung	U2	31322/ 36322	31503/ 36503	31708	31709	31822/ 36822	
5-10f.2	↔	Verstärkende Eingriffe an einem schrägen Augenmuskel: Vorlagerung	U2	31322/ 36322	31503/ 36503	31708	31709	31822/ 36822	
5-10f.3	↔	Verstärkende Eingriffe an einem schrägen Augenmuskel: Kombination aus Resektion, Faltung und/oder Vorlagerung	U2	31322/ 36322	31503/ 36503	31708	31709	31822/ 36822	
5-10g.0	↔	Schwächende Eingriffe an einem schrägen Augenmuskel: Einfache Rücklagerung	U2	31322/ 36322	31503/ 36503	31708	31709	31822/ 36822	
5-10g.1	↔	Schwächende Eingriffe an einem schrägen Augenmuskel: Rücklagerung an Schlingen	U2	31322/ 36322	31503/ 36503	31708	31709	31822/ 36822	
5-10g.2	↔	Schwächende Eingriffe an einem schrägen Augenmuskel: Tenotomie, Myotomie, Tenektomie und/oder Myektomie	U2	31322/ 36322	31503/ 36503	31708	31709	31822/ 36822	
5-10g.3	↔	Schwächende Eingriffe an einem schrägen Augenmuskel: Partielle Tenotomie und/oder Myotomie	U2	31322/ 36322	31503/ 36503	31708	31709	31822/ 36822	
5-10h.0	↔	Transposition eines schrägen Augenmuskels: Gesamter Muskel	U2	31322/ 36322	31503/ 36503	31708	31709	31822/ 36822	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-10h.1	↔	Transposition eines schrägen Augenmuskels: Muskelteil	U2	31322/ 36322	31503/ 36503	31708	31709	31822/ 36822	
5-10j.0	↔	Andere Operationen an den schrägen Augenmuskeln: Adhäsiolyse	U2	31322/ 36322	31503/ 36503	31708	31709	31822/ 36822	
5-10j.1	↔	Andere Operationen an den schrägen Augenmuskeln: Entfernen einer Muskelnaht	U1	31321/ 36321	31502/ 36502	31708	31709	31821/ 36821	
5-10j.2	↔	Andere Operationen an den schrägen Augenmuskeln: Absetzen eines Augenmuskels	U2	31322/ 36322	31503/ 36503	31708	31709	31822/ 36822	
5-10j.3	↔	Andere Operationen an den schrägen Augenmuskeln: Refixation eines Augenmuskels	U2	31322/ 36322	31503/ 36503	31708	31709	31822/ 36822	
5-10k.0		Kombinierte Operationen an den Augenmuskeln: Operation an 2 geraden Augenmuskeln	U3	31323/ 36323	31504/ 36504	31710	31711	31823/ 36823	
5-10k.1		Kombinierte Operationen an den Augenmuskeln: Operation an mindestens 3 geraden Augenmuskeln	U3	31323/ 36323	31504/ 36504	31710	31711	31823/ 36823	
5-10k.2		Kombinierte Operationen an den Augenmuskeln: Operation an 2 schrägen Augenmuskeln	U3	31323/ 36323	31504/ 36504	31710	31711	31823/ 36823	
5-10k.3		Kombinierte Operationen an den Augenmuskeln: Operation an mindestens 3 schrägen Augenmuskeln	U3	31323/ 36323	31504/ 36504	31710	31711	31823/ 36823	
5-10k.4		Kombinierte Operationen an den Augenmuskeln: Operation an mindestens 2 geraden und mindestens 2 schrägen Augenmuskeln	U5	31325/ 36325	31505/ 36505	31712	31713	31825/ 36825	
5-10k.5		Kombinierte Operationen an den Augenmuskeln: Operation an 1 geraden Augenmuskel und 1 schrägen Augenmuskel	U3	31323/ 36323	31504/ 36504	31710	31711	31823/ 36823	
5-10k.6		Kombinierte Operationen an den Augenmuskeln: Operation an 1 geraden Augenmuskel und 2 schrägen Augenmuskeln	U4	31324/ 36324	31504/ 36504	31712	31713	31824/ 36824	
5-10k.7		Kombinierte Operationen an den Augenmuskeln: Operation an 2 geraden Augenmuskeln und 1 schrägen Augenmuskel	U4	31324/ 36324	31504/ 36504	31712	31713	31824/ 36824	
5-10k.8		Kombinierte Operationen an den Augenmuskeln: Myopexie an 2 geraden Augenmuskeln	U3	31323/ 36323	31504/ 36504	31710	31711	31823/ 36823	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-10k.9		Kombinierte Operationen an den Augenmuskeln: Myopexie an mindestens 2 geraden Augenmuskeln mit Operation an mindestens 1 weiteren Augenmuskel	U4	31324/ 36324	31504/ 36504	31712	31713	31824/ 36824	
5-112.2	↔	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe der Konjunktiva: Exzision mit Plastik	U1	31321/ 36321	31502/ 36502	31708	31709	31821/ 36821	
5-112.3	↔	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe der Konjunktiva: Peritomie	V1	31331/ 36331	31502/ 36502	31716	31717	31821/ 36821	
5-112.4	↔	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe der Konjunktiva: Periektomie	U2	31322/ 36322	31503/ 36503	31708	31709	31822/ 36822	
5-113.1	↔	Konjunktivaplastik: Transplantation von Nasenschleimhaut	U3	31323/ 36323	31504/ 36504	31710	31711	31823/ 36823	
5-113.2	↔	Konjunktivaplastik: Transplantation von Mundschleimhaut	U3	31323/ 36323	31504/ 36504	31710	31711	31823/ 36823	
5-113.3	↔	Konjunktivaplastik: Tenonplastik	U3	31323/ 36323	31504/ 36504	31710	31711	31823/ 36823	
5-113.4	↔	Konjunktivaplastik: Transplantation von Amnionmembran	U3	31323/ 36323	31504/ 36504	31710	31711	31823/ 36823	
5-114.1	↔	Lösung von Adhäsionen zwischen Konjunktiva und Augenlid: Mit Bindehautplastik	U2	31322/ 36322	31503/ 36503	31708	31709	31822/ 36822	
5-123.20	↔	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe der Kornea: Keratektomie: Superfiziell	V1	31331/ 36331	31502/ 36502	31716	31717	31821/ 36821	
5-123.3	↔	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe der Kornea: Phototherapeutische Keratektomie	Y2	31362		31734	31735		
5-125.00	↔	Hornhauttransplantation und Keratoprothetik: Hornhauttransplantation, lamellär: Anterior	V4	31334/ 36334	31504/ 36504	31720	31721	31824/ 36824	
5-125.01	↔	Hornhauttransplantation und Keratoprothetik: Hornhauttransplantation, lamellär: Posterior	V4	31334/ 36334	31504/ 36504	31720	31721	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-125.10	↔	Hornhauttransplantation und Keratoprothetik: Hornhauttransplantation, perforierend: Nicht HLA-typisiert	V4	31334/ 36334	31504/ 36504	31720	31721	31824/ 36824	
5-125.11	↔	Hornhauttransplantation und Keratoprothetik: Hornhauttransplantation, perforierend: HLA-typisiert	V4	31334/ 36334	31504/ 36504	31720	31721	31824/ 36824	
5-125.2	↔	Hornhauttransplantation und Keratoprothetik: Autorotationskeratoplastik	V4	31334/ 36334	31504/ 36504	31720	31721	31824/ 36824	
5-125.3	↔	Hornhauttransplantation und Keratoprothetik: Austausch-Keratoplastik	V4	31334/ 36334	31504/ 36504	31720	31721	31824/ 36824	
5-125.40	↔	Hornhauttransplantation und Keratoprothetik: Insertion einer Keratoprothese: Ohne biologische Beschichtung, nicht patientenindividuell	V5	31335/ 36335	31505/ 36505	31720	31721	31825/ 36825	
5-125.5	↔	Hornhauttransplantation und Keratoprothetik: Hornhaut-Retransplantation während desselben stationären Aufenthaltes	V4	31334/ 36334	31504/ 36504	31720	31721	31824/ 36824	
5-126.8	L	Refraktive Keratoplastik und andere Rekonstruktion der Kornea: Vernetzung der Hornhaut mit Riboflavin und UV-A-Bestrahlung [Korneales Crosslinking]	YY4	31364/ 36364		31737	31738		
5-126.8	R	Refraktive Keratoplastik und andere Rekonstruktion der Kornea: Vernetzung der Hornhaut mit Riboflavin und UV-A-Bestrahlung [Korneales Crosslinking]	YY4	31364/ 36364		31737	31738		
5-129.y		Andere Operationen an der Kornea: N.n.bez.	V3	31333/ 36333	31504/ 36504	31718	31719	31823/ 36823	
5-129.1	↔	Andere Operationen an der Kornea: Deckung der Kornea durch Bindehaut	V3	31333/ 36333	31504/ 36504	31718	31719	31823/ 36823	
5-129.2	↔	Andere Operationen an der Kornea: Deckung der Kornea durch eine Amnionmembran	V3	31333/ 36333	31504/ 36504	31718	31719	31823/ 36823	
5-129.3	↔	Andere Operationen an der Kornea: Verschluss eines Defektes mit Gewebekleber	V2	31332/ 36332	31503/ 36503	31718	31719	31822/ 36822	
5-129.4	↔	Andere Operationen an der Kornea: Entfernung einer Hornhautnaht	U1	31321/ 36321	31502/ 36502	31708	31709	31821/ 36821	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-129.5	↔	Andere Operationen an der Kornea: Entfernung einer Keratoprothese	V3	31333/ 36333	31504/ 36504	31718	31719	31823/ 36823	
5-130.0	↔	Operative Entfernung eines Fremdkörpers aus der vorderen Augenkammer: Mit Magnet	V1	31331/ 36331	31502/ 36502	31716	31717	31821/ 36821	
5-130.1	↔	Operative Entfernung eines Fremdkörpers aus der vorderen Augenkammer: Durch Inzision	V1	31331/ 36331	31502/ 36502	31716	31717	31821/ 36821	
5-131.00	↔	Senkung des Augeninnendruckes durch filtrierende Operationen: Gedeckte Goniotrepanation oder Trabekulektomie ab externo: Ohne adjuvante medikamentöse Therapie	V2	31332/ 36332	31503/ 36503	31718	31719	31822/ 36822	
5-131.01	↔	Senkung des Augeninnendruckes durch filtrierende Operationen: Gedeckte Goniotrepanation oder Trabekulektomie ab externo: Mit Einbringen von Medikamenten zur Fibrosehemmung	V3	31333/ 36333	31504/ 36504	31718	31719	31823/ 36823	
5-131.50	↔	Senkung des Augeninnendruckes durch filtrierende Operationen: Sklerostomie: Durch Laser	V2	31332/ 36332	31503/ 36503	31718	31719	31822/ 36822	
5-131.61	↔	Senkung des Augeninnendruckes durch filtrierende Operationen: Filtrationsoperation: Mit nicht nahtfixiertem Implantat, mit Abfluss in den Kammerwinkel	V1	31331/ 36331	31502/ 36502	31716	31717	31821/ 36821	
5-131.62	↔	Senkung des Augeninnendruckes durch filtrierende Operationen: Filtrationsoperation: Mit nicht nahtfixiertem Implantat, mit Abfluss in den suprachoroidalen Raum	V2	31332/ 36332	31503/ 36503	31718	31719	31822/ 36822	
5-131.63	↔	Senkung des Augeninnendruckes durch filtrierende Operationen: Filtrationsoperation: Mit nicht nahtfixiertem Implantat, mit Abfluss unter die Bindehaut	V2	31332/ 36332	31503/ 36503	31718	31719	31822/ 36822	
5-131.64	↔	Senkung des Augeninnendruckes durch filtrierende Operationen: Filtrationsoperation: Mit nahtfixiertem Implantat, mit Abfluss unter die Bindehaut	V4	31334/ 36334	31504/ 36504	31720	31721	31824/ 36824	
5-131.7	↔	Senkung des Augeninnendruckes durch filtrierende Operationen: Trabekulotomie ab externo	V3	31333/ 36333	31504/ 36504	31718	31719	31823/ 36823	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-131.8	↔	Senkung des Augeninnendruckes durch filtrierende Operationen: Goniotomie	V3	31333/ 36333	31504/ 36504	31718	31719	31823/ 36823	
5-132.1	↔	Senkung des Augeninnendruckes durch Operationen am Corpus ciliare: Zyklokryotherapie	V1	31331/ 36331	31502/ 36502	31716	31717	31821/ 36821	
5-132.20	↔	Senkung des Augeninnendruckes durch Operationen am Corpus ciliare: Zyklophotokoagulation: Offen chirurgisch	V1	31331/ 36331	31502/ 36502	31716	31717	31821/ 36821	
5-132.21	↔	Senkung des Augeninnendruckes durch Operationen am Corpus ciliare: Zyklophotokoagulation: Endoskopisch	V2	31332/ 36332	31503/ 36503	31718	31719	31822/ 36822	
5-132.22	↔	Senkung des Augeninnendruckes durch Operationen am Corpus ciliare: Zyklophotokoagulation: Transskleral	V1	31331/ 36331	31502/ 36502	31716	31717	31821/ 36821	
5-133.a0	↔	Senkung des Augeninnendruckes durch Verbesserung der Kammerwasserzirkulation: Trabekulektomie ab interno: Durch Exzision	V2	31332/ 36332	31503/ 36503	31718	31719	31822/ 36822	
5-133.0	↔	Senkung des Augeninnendruckes durch Verbesserung der Kammerwasserzirkulation: Chirurgische Iridektomie	V1	31331/ 36331	31502/ 36502	31716	31717	31821/ 36821	
5-133.3	↔	Senkung des Augeninnendruckes durch Verbesserung der Kammerwasserzirkulation: Lasertrabekuloplastik	W1	31341/ 36341	31501/ 36501	31724	31725	31821/ 36821	
5-133.4	↔	Senkung des Augeninnendruckes durch Verbesserung der Kammerwasserzirkulation: Gonioplastik oder Iridoplastik durch Laser	W1	31341/ 36341	31501/ 36501	31724	31725	31821/ 36821	
5-133.5	↔	Senkung des Augeninnendruckes durch Verbesserung der Kammerwasserzirkulation: Zyklodialyse	V2	31332/ 36332	31503/ 36503	31718	31719	31822/ 36822	
5-133.6	↔	Senkung des Augeninnendruckes durch Verbesserung der Kammerwasserzirkulation: Laseriridotomie	W1	31341/ 36341	31501/ 36501	31724	31725	31821/ 36821	
5-133.7	↔	Senkung des Augeninnendruckes durch Verbesserung der Kammerwasserzirkulation: Aspiration am Trabekelwerk bei Pseudoexfoliationsglaukom	V2	31332/ 36332	31503/ 36503	31718	31719	31822/ 36822	
5-133.80	↔	Senkung des Augeninnendruckes durch Verbesserung der Kammerwasserzirkulation: Trabekulotomie ab interno: Durch Laser	V2	31332/ 36332	31503/ 36503	31718	31719	31822/ 36822	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-133.81	↔	Senkung des Augeninnendruckes durch Verbesserung der Kammerwasserzirkulation: Trabekulotomie ab interno: Durch Elektroablation	V2	31332/ 36332	31503/ 36503	31718	31719	31822/ 36822	
5-133.82	↔	Senkung des Augeninnendruckes durch Verbesserung der Kammerwasserzirkulation: Trabekulotomie ab interno: Durch Mikrokatheter	V2	31332/ 36332	31503/ 36503	31718	31719	31822/ 36822	
5-134.00	↔	Senkung des Augeninnendruckes durch nicht filtrierende Operationen: Viskokanalostomie: Ohne Einbringen von Medikamenten zur Fibrosehemmung	V3	31333/ 36333	31504/ 36504	31718	31719	31823/ 36823	
5-134.01	↔	Senkung des Augeninnendruckes durch nicht filtrierende Operationen: Viskokanalostomie: Mit Einbringen von Medikamenten zur Fibrosehemmung	V3	31333/ 36333	31504/ 36504	31718	31719	31823/ 36823	
5-134.10	↔	Senkung des Augeninnendruckes durch nicht filtrierende Operationen: Tiefe Sklerektomie: Ohne Einbringen von Medikamenten zur Fibrosehemmung	V3	31333/ 36333	31504/ 36504	31718	31719	31823/ 36823	
5-134.11	↔	Senkung des Augeninnendruckes durch nicht filtrierende Operationen: Tiefe Sklerektomie: Mit Einbringen von Medikamenten zur Fibrosehemmung	V3	31333/ 36333	31504/ 36504	31718	31719	31823/ 36823	
5-134.2	↔	Senkung des Augeninnendruckes durch nicht filtrierende Operationen: Viskokanaloplastik	V4	31334/ 36334	31504/ 36504	31720	31721	31824/ 36824	
5-135.0	↔	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe an Iris, Corpus ciliare und Sklera: Exzision von erkranktem Gewebe der Iris	V4	31334/ 36334	31504/ 36504	31720	31721	31824/ 36824	
5-135.1	↔	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe an Iris, Corpus ciliare und Sklera: Exzision von erkranktem Gewebe des Corpus ciliare	V4	31334/ 36334	31504/ 36504	31720	31721	31824/ 36824	
5-135.2	↔	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe an Iris, Corpus ciliare und Sklera: Exzision von erkranktem Gewebe der Sklera	V4	31334/ 36334	31504/ 36504	31720	31721	31824/ 36824	
5-135.3	↔	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe an Iris, Corpus ciliare und Sklera: Destruktion von erkranktem Gewebe der Iris	V4	31334/ 36334	31504/ 36504	31720	31721	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-135.4	↔	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe an Iris, Corpus ciliare und Sklera: Destruktion von erkranktem Gewebe des Corpus ciliare	V4	31334/ 36334	31504/ 36504	31720	31721	31824/ 36824	
5-135.5	↔	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe an Iris, Corpus ciliare und Sklera: Destruktion von erkranktem Gewebe der Sklera	V4	31334/ 36334	31504/ 36504	31720	31721	31824/ 36824	
5-136.1	↔	Andere Iridektomie und Iridotomie: Iridotomie mit Laser	W1	31341/ 36341	31501/ 36501	31724	31725	31821/ 36821	
5-136.3	↔	Andere Iridektomie und Iridotomie: Exzision der prolabierten Iris	V1	31331/ 36331	31502/ 36502	31716	31717	31821/ 36821	
5-137.0	↔	Andere Operationen an der Iris: Pupillenplastik durch Laser	W1	31341/ 36341	31501/ 36501	31724	31725	31821/ 36821	
5-137.1	↔	Andere Operationen an der Iris: Iridoplastik, chirurgisch	V2	31332/ 36332	31503/ 36503	31718	31719	31822/ 36822	
5-137.2	↔	Andere Operationen an der Iris: Lösung vorderer Synechien (zwischen Iris und Kornea)	V1	31331/ 36331	31502/ 36502	31716	31717	31821/ 36821	
5-137.3	↔	Andere Operationen an der Iris: Lösung von Goniosynechien (Augenkammerwinkel)	V1	31331/ 36331	31502/ 36502	31716	31717	31821/ 36821	
5-137.4	↔	Andere Operationen an der Iris: Lösung hinterer Synechien (zwischen Iris und Linse)	V1	31331/ 36331	31502/ 36502	31716	31717	31821/ 36821	
5-137.5	↔	Andere Operationen an der Iris: Entfernung einer Pupillarmembran	V2	31332/ 36332	31503/ 36503	31718	31719	31822/ 36822	
5-137.6	↔	Andere Operationen an der Iris: Operation mit Implantation eines künstlichen Irisdiaphragmas	V2	31332/ 36332	31503/ 36503	31718	31719	31822/ 36822	
5-139.0	↔	Andere Operationen an Sklera, vorderer Augenkammer, Iris und Corpus ciliare: Parazentese	V1	31331/ 36331	31502/ 36502	31716	31717	31821/ 36821	
5-139.10	↔	Andere Operationen an Sklera, vorderer Augenkammer, Iris und Corpus ciliare: Vorderkammerspülung: Ohne weitere Maßnahmen	V1	31331/ 36331	31502/ 36502	31716	31717	31821/ 36821	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-139.11	↔	Andere Operationen an Sklera, vorderer Augenkammer, Iris und Corpus ciliare: Vorderkammerspülung: Mit Entfernung von Silikonöl	V2	31332/ 36332	31503/ 36503	31718	31719	31822/ 36822	
5-139.12	↔	Andere Operationen an Sklera, vorderer Augenkammer, Iris und Corpus ciliare: Vorderkammerspülung: Mit Einbringen von Medikamenten	V1	31331/ 36331	31502/ 36502	31716	31717	31821/ 36821	
5-139.2	↔	Andere Operationen an Sklera, vorderer Augenkammer, Iris und Corpus ciliare: Einbringen von Gas in die Vorderkammer	V1	31331/ 36331	31502/ 36502	31716	31717	31821/ 36821	
5-139.3	↔	Andere Operationen an Sklera, vorderer Augenkammer, Iris und Corpus ciliare: Exzision einer Epitheleinwachsung	V4	31334/ 36334	31504/ 36504	31720	31721	31824/ 36824	
5-139.4	↔	Andere Operationen an Sklera, vorderer Augenkammer, Iris und Corpus ciliare: Fixation des Ziliarkörpers	V4	31334/ 36334	31504/ 36504	31720	31721	31824/ 36824	
5-140.0	↔	Entfernung eines Fremdkörpers aus der Augenlinse: Mit Magnet	V2	31332/ 36332	31503/ 36503	31718	31719	31822/ 36822	
5-140.1	↔	Entfernung eines Fremdkörpers aus der Augenlinse: Durch Inzision	V2	31332/ 36332	31503/ 36503	31718	31719	31822/ 36822	
5-142.0	↔	Kapsulotomie der Linse: Laserpolitur der Intraokularlinse	W1	31341/ 36341	31501/ 36501	31724	31725	31821/ 36821	
5-142.1	↔	Kapsulotomie der Linse: Kapsulotomie, chirurgisch	V1	31331/ 36331	31502/ 36502	31716	31717	31821/ 36821	
5-142.2	↔	Kapsulotomie der Linse: Kapsulotomie durch Laser	W1	31341/ 36341	31501/ 36501	31724	31725	31821/ 36821	
5-142.3	↔	Kapsulotomie der Linse: Nachstarabsaugung	V1	31331/ 36331	31502/ 36502	31716	31717	31821/ 36821	
5-143.0c	↔	Intrakapsuläre Extraktion der Linse: Über sklero-kornealen Zugang: Mit Einführung einer sklerafixierten Hinterkammerlinse, monofokale Intraokularlinse	V2	31332/ 36332	31503/ 36503	31718	31719	31822/ 36822	
5-143.0g	↔	Intrakapsuläre Extraktion der Linse: Über sklero-kornealen Zugang: Mit Einführung einer sklerafixierten Hinterkammerlinse, Sonderform der Intraokularlinse	V2A	31332/ 36332	31503/ 36503	31718	31719	31822/ 36822	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-143.0j	↔	Intrakapsuläre Extraktion der Linse: Über sklero-kornealen Zugang: Mit Einführung einer irisfixierten Hinterkammerlinse, monofokale Intraokularlinse	V2	31332/ 36332	31503/ 36503	31718	31719	31822/ 36822	
5-143.00	↔	Intrakapsuläre Extraktion der Linse: Über sklero-kornealen Zugang: Ohne Implantation einer alloplastischen Linse	V1	31331/ 36331	31502/ 36502	31716	31717	31821/ 36821	
5-143.05	↔	Intrakapsuläre Extraktion der Linse: Über sklero-kornealen Zugang: Mit Einführung einer kammerwinkelgestützten Vorderkammerlinse	V2	31332/ 36332	31503/ 36503	31718	31719	31822/ 36822	
5-143.06	↔	Intrakapsuläre Extraktion der Linse: Über sklero-kornealen Zugang: Mit Einführung einer irisfixierten Vorderkammerlinse	V2	31332/ 36332	31503/ 36503	31718	31719	31822/ 36822	
5-143.07	↔	Intrakapsuläre Extraktion der Linse: Über sklero-kornealen Zugang: Mit Einführung einer sonstigen Vorderkammerlinse	V2	31332/ 36332	31503/ 36503	31718	31719	31822/ 36822	
5-143.1a	↔	Intrakapsuläre Extraktion der Linse: Über kornealen Zugang: Mit Einführung einer kapselfixierten Hinterkammerlinse, monofokale Intraokularlinse	V2	31332/ 36332	31503/ 36503	31718	31719	31822/ 36822	
5-143.1b	↔	Intrakapsuläre Extraktion der Linse: Über kornealen Zugang: Mit Einführung einer sulkusfixierten Hinterkammerlinse, monofokale Intraokularlinse	V2	31332/ 36332	31503/ 36503	31718	31719	31822/ 36822	
5-143.1c	↔	Intrakapsuläre Extraktion der Linse: Über kornealen Zugang: Mit Einführung einer sklerafixierten Hinterkammerlinse, monofokale Intraokularlinse	V2	31332/ 36332	31503/ 36503	31718	31719	31822/ 36822	
5-143.1e	↔	Intrakapsuläre Extraktion der Linse: Über kornealen Zugang: Mit Einführung einer kapselfixierten Hinterkammerlinse, Sonderform der Intraokularlinse	V2A	31332/ 36332	31503/ 36503	31718	31719	31822/ 36822	
5-143.1f	↔	Intrakapsuläre Extraktion der Linse: Über kornealen Zugang: Mit Einführung einer sulkusfixierten Hinterkammerlinse, Sonderform der Intraokularlinse	V2A	31332/ 36332	31503/ 36503	31718	31719	31822/ 36822	
5-143.1g	↔	Intrakapsuläre Extraktion der Linse: Über kornealen Zugang: Mit Einführung einer sklerafixierten Hinterkammerlinse, Sonderform der Intraokularlinse	V2A	31332/ 36332	31503/ 36503	31718	31719	31822/ 36822	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-143.1j	↔	Intrakapsuläre Extraktion der Linse: Über kornealen Zugang: Mit Einführung einer irisfixierten Hinterkammerlinse, monofokale Intraokularlinse	V2	31332/ 36332	31503/ 36503	31718	31719	31822/ 36822	
5-143.10	↔	Intrakapsuläre Extraktion der Linse: Über kornealen Zugang: Ohne Implantation einer alloplastischen Linse	V1	31331/ 36331	31502/ 36502	31716	31717	31821/ 36821	
5-143.15	↔	Intrakapsuläre Extraktion der Linse: Über kornealen Zugang: Mit Einführung einer kammerwinkelgestützten Vorderkammerlinse	V2	31332/ 36332	31503/ 36503	31718	31719	31822/ 36822	
5-144.2a	↔	Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]: Linsenkernexpression und/oder -Aspiration über sklero-kornealen Zugang: Mit Einführung einer kapselfixierten Hinterkammerlinse, monofokale Intraokularlinse	V2	31332/ 36332	31503/ 36503	31718	31719	31822/ 36822	
5-144.2b	↔	Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]: Linsenkernexpression und/oder -Aspiration über sklero-kornealen Zugang: Mit Einführung einer sulkusfixierten Hinterkammerlinse, monofokale Intraokularlinse	V2	31332/ 36332	31503/ 36503	31718	31719	31822/ 36822	
5-144.2c	↔	Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]: Linsenkernexpression und/oder -Aspiration über sklero-kornealen Zugang: Mit Einführung einer sklerafixierten Hinterkammerlinse, monofokale Intraokularlinse	V2	31332/ 36332	31503/ 36503	31718	31719	31822/ 36822	
5-144.2e	↔	Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]: Linsenkernexpression und/oder -Aspiration über sklero-kornealen Zugang: Mit Einführung einer kapselfixierten Hinterkammerlinse, Sonderform der Intraokularlinse	V2A	31332/ 36332	31503/ 36503	31718	31719	31822/ 36822	
5-144.2f	↔	Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]: Linsenkernexpression und/oder -Aspiration über sklero-kornealen Zugang: Mit Einführung einer sulkusfixierten Hinterkammerlinse, Sonderform der Intraokularlinse	V2A	31332/ 36332	31503/ 36503	31718	31719	31822/ 36822	
5-144.2g	↔	Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]: Linsenkernexpression und/oder -Aspiration über sklero-kornealen Zugang: Mit Einführung einer sklerafixierten Hinterkammerlinse, Sonderform der Intraokularlinse	V2A	31332/ 36332	31503/ 36503	31718	31719	31822/ 36822	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-144.2j	↔	Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]: Linsenkernexpression und/oder -Aspiration über sklero-kornealen Zugang: Mit Einführung einer irisfixierten Hinterkammerlinse, monofokale Intraokularlinse	V2	31332/ 36332	31503/ 36503	31718	31719	31822/ 36822	
5-144.20	↔	Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]: Linsenkernexpression und/oder -Aspiration über sklero-kornealen Zugang: Ohne Implantation einer alloplastischen Linse	V1	31331/ 36331	31502/ 36502	31716	31717	31821/ 36821	
5-144.25	↔	Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]: Linsenkernexpression und/oder -Aspiration über sklero-kornealen Zugang: Mit Einführung einer kammerwinkelgestützten Vorderkammerlinse	V2	31332/ 36332	31503/ 36503	31718	31719	31822/ 36822	
5-144.26	↔	Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]: Linsenkernexpression und/oder -Aspiration über sklero-kornealen Zugang: Mit Einführung einer irisfixierten Vorderkammerlinse	V2	31332/ 36332	31503/ 36503	31718	31719	31822/ 36822	
5-144.27	↔	Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]: Linsenkernexpression und/oder -Aspiration über sklero-kornealen Zugang: Mit Einführung einer sonstigen Vorderkammerlinse	V2	31332/ 36332	31503/ 36503	31718	31719	31822/ 36822	
5-144.29	↔	Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]: Linsenkernexpression und/oder -Aspiration über sklero-kornealen Zugang: Mit Einführung mehrerer alloplastischer Linsen	V2	31332/ 36332	31503/ 36503	31718	31719	31822/ 36822	
5-144.3a	↔	Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]: Linsenkernverflüssigung [Phakoemulsifikation] über sklero-kornealen Zugang: Mit Einführung einer kapselfixierten Hinterkammerlinse, monofokale Intraokularlinse	X2	31351/ 36351	31503/ 36503	31718	31719	31841/ 36841	
5-144.3b	↔	Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]: Linsenkernverflüssigung [Phakoemulsifikation] über sklero-kornealen Zugang: Mit Einführung einer sulkusfixierten Hinterkammerlinse, monofokale Intraokularlinse	X2	31351/ 36351	31503/ 36503	31718	31719	31841/ 36841	
5-144.3c	↔	Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]: Linsenkernverflüssigung [Phakoemulsifikation] über sklero-kornealen Zugang: Mit Einführung einer sklerafixierten Hinterkammerlinse, monofokale Intraokularlinse	X2	31351/ 36351	31503/ 36503	31718	31719	31841/ 36841	
5-144.3e	↔	Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]: Linsenkernverflüssigung [Phakoemulsifikation] über sklero-kornealen Zugang: Mit Einführung	X2A	31351/ 36351	31503/ 36503	31718	31719	31841/ 36841	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
		einer kapselfixierten Hinterkammerlinse, Sonderform der Intraokularlinse							
5-144.3f	↔	Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]: Linsenkernverflüssigung [Phakoemulsifikation] über sklero-kornealen Zugang: Mit Einführung einer sulkusfixierten Hinterkammerlinse, Sonderform der Intraokularlinse	X2A	31351/ 36351	31503/ 36503	31718	31719	31841/ 36841	
5-144.3g	↔	Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]: Linsenkernverflüssigung [Phakoemulsifikation] über sklero-kornealen Zugang: Mit Einführung einer sklerafixierten Hinterkammerlinse, Sonderform der Intraokularlinse	X2A	31351/ 36351	31503/ 36503	31718	31719	31841/ 36841	
5-144.3j	↔	Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]: Linsenkernverflüssigung [Phakoemulsifikation] über sklero-kornealen Zugang: Mit Einführung einer irisfixierten Hinterkammerlinse, monofokale Intraokularlinse	X2	31351/ 36351	31503/ 36503	31718	31719	31841/ 36841	
5-144.30	↔	Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]: Linsenkernverflüssigung [Phakoemulsifikation] über sklero-kornealen Zugang: Ohne Implantation einer alloplastischen Linse	X1	31350/ 36350	31502/ 36502	31716	31717	31840/ 36840	
5-144.35	↔	Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]: Linsenkernverflüssigung [Phakoemulsifikation] über sklero-kornealen Zugang: Mit Einführung einer kammerwinkelgestützten Vorderkammerlinse	X2	31351/ 36351	31503/ 36503	31718	31719	31841/ 36841	
5-144.36	↔	Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]: Linsenkernverflüssigung [Phakoemulsifikation] über sklero-kornealen Zugang: Mit Einführung einer irisfixierten Vorderkammerlinse	X2	31351/ 36351	31503/ 36503	31718	31719	31841/ 36841	
5-144.37	↔	Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]: Linsenkernverflüssigung [Phakoemulsifikation] über sklero-kornealen Zugang: Mit Einführung einer sonstigen Vorderkammerlinse	X2	31351/ 36351	31503/ 36503	31718	31719	31841/ 36841	
5-144.39	↔	Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]: Linsenkernverflüssigung [Phakoemulsifikation] über sklero-kornealen Zugang: Mit Einführung mehrerer alloplastischer Linsen	X2	31351/ 36351	31503/ 36503	31718	31719	31841/ 36841	
5-144.4a	↔	Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]: Linsenkernexpression und/oder -Aspiration über kornealen Zugang: Mit Einführung einer kapselfixierten Hinterkammerlinse, monofokale Intraokularlinse	V2	31332/ 36332	31503/ 36503	31718	31719	31822/ 36822	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-144.4b	↔	Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]: Linsenkernexpression und/oder -Aspiration über kornealen Zugang: Mit Einführung einer sulkusfixierten Hinterkammerlinse, monofokale Intraokularlinse	V2	31332/ 36332	31503/ 36503	31718	31719	31822/ 36822	
5-144.4c	↔	Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]: Linsenkernexpression und/oder -Aspiration über kornealen Zugang: Mit Einführung einer sklerafixierten Hinterkammerlinse, monofokale Intraokularlinse	V2	31332/ 36332	31503/ 36503	31718	31719	31822/ 36822	
5-144.4e	↔	Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]: Linsenkernexpression und/oder -Aspiration über kornealen Zugang: Mit Einführung einer kapselfixierten Hinterkammerlinse, Sonderform der Intraokularlinse	V2A	31332/ 36332	31503/ 36503	31718	31719	31822/ 36822	
5-144.4f	↔	Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]: Linsenkernexpression und/oder -Aspiration über kornealen Zugang: Mit Einführung einer sulkusfixierten Hinterkammerlinse, Sonderform der Intraokularlinse	V2A	31332/ 36332	31503/ 36503	31718	31719	31822/ 36822	
5-144.4g	↔	Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]: Linsenkernexpression und/oder -Aspiration über kornealen Zugang: Mit Einführung einer sklerafixierten Hinterkammerlinse, Sonderform der Intraokularlinse	V2A	31332/ 36332	31503/ 36503	31718	31719	31822/ 36822	
5-144.4j	↔	Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]: Linsenkernexpression und/oder -Aspiration über kornealen Zugang: Mit Einführung einer irisfixierten Hinterkammerlinse, monofokale Intraokularlinse	V2	31332/ 36332	31503/ 36503	31718	31719	31822/ 36822	
5-144.40	↔	Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]: Linsenkernexpression und/oder -Aspiration über kornealen Zugang: Ohne Implantation einer alloplastischen Linse	V1	31331/ 36331	31502/ 36502	31716	31717	31821/ 36821	
5-144.45	↔	Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]: Linsenkernexpression und/oder -Aspiration über kornealen Zugang: Mit Einführung einer kammerwinkelgestützten Vorderkammerlinse	V2	31332/ 36332	31503/ 36503	31718	31719	31822/ 36822	
5-144.46	↔	Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]: Linsenkernexpression und/oder -Aspiration über kornealen Zugang: Mit Einführung einer irisfixierten Vorderkammerlinse	V2	31332/ 36332	31503/ 36503	31718	31719	31822/ 36822	
5-144.47	↔	Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]: Linsenkernexpression und/oder -Aspiration über kornealen Zugang: Mit Einführung einer sonstigen Vorderkammerlinse	V2	31332/ 36332	31503/ 36503	31718	31719	31822/ 36822	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-144.49	↔	Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]: Linsenkernexpression und/oder -Aspiration über kornealen Zugang: Mit Einführung mehrerer alloplastischer Linsen	V2	31332/ 36332	31503/ 36503	31718	31719	31822/ 36822	
5-144.5a	↔	Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]: Linsenkernverflüssigung [Phakoemulsifikation] über kornealen Zugang: Mit Einführung einer kapselfixierten Hinterkammerlinse, monofokale Intraokularlinse	X2	31351/ 36351	31503/ 36503	31718	31719	31841/ 36841	
5-144.5b	↔	Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]: Linsenkernverflüssigung [Phakoemulsifikation] über kornealen Zugang: Mit Einführung einer sulkusfixierten Hinterkammerlinse, monofokale Intraokularlinse	X2	31351/ 36351	31503/ 36503	31718	31719	31841/ 36841	
5-144.5c	↔	Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]: Linsenkernverflüssigung [Phakoemulsifikation] über kornealen Zugang: Mit Einführung einer sklerafixierten Hinterkammerlinse, monofokale Intraokularlinse	X2	31351/ 36351	31503/ 36503	31718	31719	31841/ 36841	
5-144.5e	↔	Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]: Linsenkernverflüssigung [Phakoemulsifikation] über kornealen Zugang: Mit Einführung einer kapselfixierten Hinterkammerlinse, Sonderform der Intraokularlinse	X2A	31351/ 36351	31503/ 36503	31718	31719	31841/ 36841	
5-144.5f	↔	Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]: Linsenkernverflüssigung [Phakoemulsifikation] über kornealen Zugang: Mit Einführung einer sulkusfixierten Hinterkammerlinse, Sonderform der Intraokularlinse	X2A	31351/ 36351	31503/ 36503	31718	31719	31841/ 36841	
5-144.5g	↔	Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]: Linsenkernverflüssigung [Phakoemulsifikation] über kornealen Zugang: Mit Einführung einer sklerafixierten Hinterkammerlinse, Sonderform der Intraokularlinse	X2A	31351/ 36351	31503/ 36503	31718	31719	31841/ 36841	
5-144.5j	↔	Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]: Linsenkernverflüssigung [Phakoemulsifikation] über kornealen Zugang: Mit Einführung einer irisfixierten Hinterkammerlinse, monofokale Intraokularlinse	X2	31351/ 36351	31503/ 36503	31718	31719	31841/ 36841	
5-144.50	↔	Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]: Linsenkernverflüssigung [Phakoemulsifikation] über kornealen Zugang: Ohne Implantation einer alloplastischen Linse	X1	31350/ 36350	31502/ 36502	31716	31717	31840/ 36840	
5-144.55	↔	Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]: Linsenkernverflüssigung [Phakoemulsifikation] über kornealen Zugang: Mit Einführung einer kammerwinkelgestützten Vorderkammerlinse	X2	31351/ 36351	31503/ 36503	31718	31719	31841/ 36841	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-144.56	↔	Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]: Linsenkernverflüssigung [Phakoemulsifikation] über kornealen Zugang: Mit Einführung einer irisfixierten Vorderkammerlinse	X2	31351/ 36351	31503/ 36503	31718	31719	31841/ 36841	
5-144.57	↔	Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]: Linsenkernverflüssigung [Phakoemulsifikation] über kornealen Zugang: Mit Einführung einer sonstigen Vorderkammerlinse	X2	31351/ 36351	31503/ 36503	31718	31719	31841/ 36841	
5-144.59	↔	Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE]: Linsenkernverflüssigung [Phakoemulsifikation] über kornealen Zugang: Mit Einführung mehrerer alloplastischer Linsen	X2	31351/ 36351	31503/ 36503	31718	31719	31841/ 36841	
5-145.0a	↔	Andere Linsenextraktionen: Über die Pars plana: Mit Einführung einer kapselfixierten Hinterkammerlinse, monofokale Intraokularlinse	V2	31332/ 36332	31503/ 36503	31718	31719	31822/ 36822	
5-145.0b	↔	Andere Linsenextraktionen: Über die Pars plana: Mit Einführung einer sulkusfixierten Hinterkammerlinse, monofokale Intraokularlinse	V2	31332/ 36332	31503/ 36503	31718	31719	31822/ 36822	
5-145.0c	↔	Andere Linsenextraktionen: Über die Pars plana: Mit Einführung einer sklerafixierten Hinterkammerlinse, monofokale Intraokularlinse	V2	31332/ 36332	31503/ 36503	31718	31719	31822/ 36822	
5-145.0d	↔	Andere Linsenextraktionen: Über die Pars plana: Mit Einführung einer Hinterkammerlinse, n.n.bez., monofokale Intraokularlinse	V2	31332/ 36332	31503/ 36503	31718	31719	31822/ 36822	
5-145.0e	↔	Andere Linsenextraktionen: Über die Pars plana: Mit Einführung einer kapselfixierten Hinterkammerlinse, Sonderform der Intraokularlinse	V2A	31332/ 36332	31503/ 36503	31718	31719	31822/ 36822	
5-145.0f	↔	Andere Linsenextraktionen: Über die Pars plana: Mit Einführung einer sulkusfixierten Hinterkammerlinse, Sonderform der Intraokularlinse	V2A	31332/ 36332	31503/ 36503	31718	31719	31822/ 36822	
5-145.0g	↔	Andere Linsenextraktionen: Über die Pars plana: Mit Einführung einer sklerafixierten Hinterkammerlinse, Sonderform der Intraokularlinse	V2A	31332/ 36332	31503/ 36503	31718	31719	31822/ 36822	
5-145.0h	↔	Andere Linsenextraktionen: Über die Pars plana: Mit Einführung einer Hinterkammerlinse, n.n.bez., Sonderform der Intraokularlinse	V2A	31332/ 36332	31503/ 36503	31718	31719	31822/ 36822	
5-145.0j	↔	Andere Linsenextraktionen: Über die Pars plana: Mit Einführung einer irisfixierten Hinterkammerlinse, monofokale Intraokularlinse	V2	31332/ 36332	31503/ 36503	31718	31719	31822/ 36822	
5-145.00	↔	Andere Linsenextraktionen: Über die Pars plana: Ohne Implantation einer alloplastischen Linse	V2	31332/ 36332	31503/ 36503	31718	31719	31822/ 36822	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-145.05	↔	Andere Linsenextraktionen: Über die Pars plana: Mit Einführung einer kammerwinkelgestützten Vorderkammerlinse	V2	31332/ 36332	31503/ 36503	31718	31719	31822/ 36822	
5-145.06	↔	Andere Linsenextraktionen: Über die Pars plana: Mit Einführung einer irisfixierten Vorderkammerlinse	V2	31332/ 36332	31503/ 36503	31718	31719	31822/ 36822	
5-145.07	↔	Andere Linsenextraktionen: Über die Pars plana: Mit Einführung einer sonstigen Vorderkammerlinse	V2	31332/ 36332	31503/ 36503	31718	31719	31822/ 36822	
5-145.08	↔	Andere Linsenextraktionen: Über die Pars plana: Mit Einführung einer Vorderkammerlinse, n.n.bez.	V2	31332/ 36332	31503/ 36503	31718	31719	31822/ 36822	
5-145.10	↔	Andere Linsenextraktionen: Entfernung einer luxierten Linse aus der Vorderkammer: Ohne Implantation einer alloplastischen Linse	V2	31332/ 36332	31503/ 36503	31718	31719	31822/ 36822	
5-145.2a	↔	Andere Linsenextraktionen: Entfernung einer luxierten Linse aus dem Glaskörper: Mit Einführung einer kapselfixierten Hinterkammerlinse, monofokale Intraokularlinse	V4	31334/ 36334	31504/ 36504	31720	31721	31824/ 36824	
5-145.2b	↔	Andere Linsenextraktionen: Entfernung einer luxierten Linse aus dem Glaskörper: Mit Einführung einer sulkusfixierten Hinterkammerlinse, monofokale Intraokularlinse	V4	31334/ 36334	31504/ 36504	31720	31721	31824/ 36824	
5-145.2c	↔	Andere Linsenextraktionen: Entfernung einer luxierten Linse aus dem Glaskörper: Mit Einführung einer sklerafixierten Hinterkammerlinse, monofokale Intraokularlinse	V4	31334/ 36334	31504/ 36504	31720	31721	31824/ 36824	
5-145.2d	↔	Andere Linsenextraktionen: Entfernung einer luxierten Linse aus dem Glaskörper: Mit Einführung einer Hinterkammerlinse, n.n.bez., monofokale Intraokularlinse	V4	31334/ 36334	31504/ 36504	31720	31721	31824/ 36824	
5-145.2e	↔	Andere Linsenextraktionen: Entfernung einer luxierten Linse aus dem Glaskörper: Mit Einführung einer kapselfixierten Hinterkammerlinse, Sonderform der Intraokularlinse	V4A	31334/ 36334	31504/ 36504	31720	31721	31824/ 36824	
5-145.2f	↔	Andere Linsenextraktionen: Entfernung einer luxierten Linse aus dem Glaskörper: Mit Einführung einer sulkusfixierten Hinterkammerlinse, Sonderform der Intraokularlinse	V4A	31334/ 36334	31504/ 36504	31720	31721	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-145.2g	↔	Andere Linsenextraktionen: Entfernung einer luxierten Linse aus dem Glaskörper: Mit Einführung einer sklerafixierten Hinterkammerlinse, Sonderform der Intraokularlinse	V4A	31334/ 36334	31504/ 36504	31720	31721	31824/ 36824	
5-145.2h	↔	Andere Linsenextraktionen: Entfernung einer luxierten Linse aus dem Glaskörper: Mit Einführung einer Hinterkammerlinse, n.n.bez., Sonderform der Intraokularlinse	V4A	31334/ 36334	31504/ 36504	31720	31721	31824/ 36824	
5-145.2j	↔	Andere Linsenextraktionen: Entfernung einer luxierten Linse aus dem Glaskörper: Mit Einführung einer irisfixierten Hinterkammerlinse, monofokale Intraokularlinse	V4	31334/ 36334	31504/ 36504	31720	31721	31824/ 36824	
5-145.20	↔	Andere Linsenextraktionen: Entfernung einer luxierten Linse aus dem Glaskörper: Ohne Implantation einer alloplastischen Linse	V3	31333/ 36333	31504/ 36504	31718	31719	31823/ 36823	
5-145.25	↔	Andere Linsenextraktionen: Entfernung einer luxierten Linse aus dem Glaskörper: Mit Einführung einer kammerwinkelgestützten Vorderkammerlinse	V4	31334/ 36334	31504/ 36504	31720	31721	31824/ 36824	
5-145.26	↔	Andere Linsenextraktionen: Entfernung einer luxierten Linse aus dem Glaskörper: Mit Einführung einer irisfixierten Vorderkammerlinse	V4	31334/ 36334	31504/ 36504	31720	31721	31824/ 36824	
5-145.27	↔	Andere Linsenextraktionen: Entfernung einer luxierten Linse aus dem Glaskörper: Mit Einführung einer sonstigen Vorderkammerlinse	V4	31334/ 36334	31504/ 36504	31720	31721	31824/ 36824	
5-145.28	↔	Andere Linsenextraktionen: Entfernung einer luxierten Linse aus dem Glaskörper: Mit Einführung einer Vorderkammerlinse, n.n.bez.	V4	31334/ 36334	31504/ 36504	31720	31721	31824/ 36824	
5-146.0a	↔	(Sekundäre) Einführung und Wechsel einer alloplastischen Linse: Sekundäre Einführung bei aphakem Auge: Mit Einführung einer kapselfixierten Hinterkammerlinse, monofokale Intraokularlinse	V2	31332/ 36332	31503/ 36503	31718	31719	31822/ 36822	
5-146.0b	↔	(Sekundäre) Einführung und Wechsel einer alloplastischen Linse: Sekundäre Einführung bei aphakem Auge: Mit Einführung einer sulkusfixierten Hinterkammerlinse, monofokale Intraokularlinse	V2	31332/ 36332	31503/ 36503	31718	31719	31822/ 36822	
5-146.0c	↔	(Sekundäre) Einführung und Wechsel einer alloplastischen Linse: Sekundäre Einführung bei aphakem Auge: Mit Einführung einer sklerafixierten Hinterkammerlinse, monofokale Intraokularlinse	V3	31333/ 36333	31504/ 36504	31718	31719	31823/ 36823	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-146.0d	↔	(Sekundäre) Einführung und Wechsel einer alloplastischen Linse: Sekundäre Einführung bei aphakem Auge: Mit Einführung einer Hinterkammerlinse, n.n.bez., monofokale Intraokularlinse	V2	31332/ 36332	31503/ 36503	31718	31719	31822/ 36822	
5-146.0e	↔	(Sekundäre) Einführung und Wechsel einer alloplastischen Linse: Sekundäre Einführung bei aphakem Auge: Mit Einführung einer kapselfixierten Hinterkammerlinse, Sonderform der Intraokularlinse	V2A	31332/ 36332	31503/ 36503	31718	31719	31822/ 36822	
5-146.0f	↔	(Sekundäre) Einführung und Wechsel einer alloplastischen Linse: Sekundäre Einführung bei aphakem Auge: Mit Einführung einer sulkusfixierten Hinterkammerlinse, Sonderform der Intraokularlinse	V2A	31332/ 36332	31503/ 36503	31718	31719	31822/ 36822	
5-146.0g	↔	(Sekundäre) Einführung und Wechsel einer alloplastischen Linse: Sekundäre Einführung bei aphakem Auge: Mit Einführung einer sklerafixierten Hinterkammerlinse, Sonderform der Intraokularlinse	V3A	31333/ 36333	31504/ 36504	31718	31719	31823/ 36823	
5-146.0h	↔	(Sekundäre) Einführung und Wechsel einer alloplastischen Linse: Sekundäre Einführung bei aphakem Auge: Mit Einführung einer Hinterkammerlinse, n.n.bez., Sonderform der Intraokularlinse	V2A	31332/ 36332	31503/ 36503	31718	31719	31822/ 36822	
5-146.0j	↔	(Sekundäre) Einführung und Wechsel einer alloplastischen Linse: Sekundäre Einführung bei aphakem Auge: Mit Einführung einer irisfixierten Hinterkammerlinse, monofokale Intraokularlinse	V3	31333/ 36333	31504/ 36504	31718	31719	31823/ 36823	
5-146.0k	↔	(Sekundäre) Einführung und Wechsel einer alloplastischen Linse: Sekundäre Einführung bei aphakem Auge: Mit Einführung einer irisfixierten Hinterkammerlinse, Sonderform der Intraokularlinse	V3	31333/ 36333	31504/ 36504	31718	31719	31823/ 36823	
5-146.05	↔	(Sekundäre) Einführung und Wechsel einer alloplastischen Linse: Sekundäre Einführung bei aphakem Auge: Mit Einführung einer kammerwinkelgestützten Vorderkammerlinse	V2	31332/ 36332	31503/ 36503	31718	31719	31822/ 36822	
5-146.06	↔	(Sekundäre) Einführung und Wechsel einer alloplastischen Linse: Sekundäre Einführung bei aphakem Auge: Mit Einführung einer irisfixierten Vorderkammerlinse	V2	31332/ 36332	31503/ 36503	31718	31719	31822/ 36822	
5-146.07	↔	(Sekundäre) Einführung und Wechsel einer alloplastischen Linse: Sekundäre Einführung bei aphakem Auge: Mit Einführung einer sonstigen Vorderkammerlinse	V2	31332/ 36332	31503/ 36503	31718	31719	31822/ 36822	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-146.08	↔	(Sekundäre) Einführung und Wechsel einer alloplastischen Linse: Sekundäre Einführung bei aphakem Auge: Mit Einführung einer Vorderkammerlinse, n.n.bez.	V2	31332/ 36332	31503/ 36503	31718	31719	31822/ 36822	
5-146.2a	↔	(Sekundäre) Einführung und Wechsel einer alloplastischen Linse: Wechsel: Mit Einführung einer kapselfixierten Hinterkammerlinse, monofokale Intraokularlinse	V3	31333/ 36333	31504/ 36504	31718	31719	31823/ 36823	
5-146.2b	↔	(Sekundäre) Einführung und Wechsel einer alloplastischen Linse: Wechsel: Mit Einführung einer sulkusfixierten Hinterkammerlinse, monofokale Intraokularlinse	V3	31333/ 36333	31504/ 36504	31718	31719	31823/ 36823	
5-146.2c	↔	(Sekundäre) Einführung und Wechsel einer alloplastischen Linse: Wechsel: Mit Einführung einer sklerafixierten Hinterkammerlinse, monofokale Intraokularlinse	V3	31333/ 36333	31504/ 36504	31718	31719	31823/ 36823	
5-146.2d	↔	(Sekundäre) Einführung und Wechsel einer alloplastischen Linse: Wechsel: Mit Einführung einer Hinterkammerlinse, n.n.bez., monofokale Intraokularlinse	V3	31333/ 36333	31504/ 36504	31718	31719	31823/ 36823	
5-146.2e	↔	(Sekundäre) Einführung und Wechsel einer alloplastischen Linse: Wechsel: Mit Einführung einer kapselfixierten Hinterkammerlinse, Sonderform der Intraokularlinse	V3A	31333/ 36333	31504/ 36504	31718	31719	31823/ 36823	
5-146.2f	↔	(Sekundäre) Einführung und Wechsel einer alloplastischen Linse: Wechsel: Mit Einführung einer sulkusfixierten Hinterkammerlinse, Sonderform der Intraokularlinse	V3A	31333/ 36333	31504/ 36504	31718	31719	31823/ 36823	
5-146.2g	↔	(Sekundäre) Einführung und Wechsel einer alloplastischen Linse: Wechsel: Mit Einführung einer sklerafixierten Hinterkammerlinse, Sonderform der Intraokularlinse	V3A	31333/ 36333	31504/ 36504	31718	31719	31823/ 36823	
5-146.2h	↔	(Sekundäre) Einführung und Wechsel einer alloplastischen Linse: Wechsel: Mit Einführung einer Hinterkammerlinse, n.n.bez., Sonderform der Intraokularlinse	V3A	31333/ 36333	31504/ 36504	31718	31719	31823/ 36823	
5-146.2j	↔	(Sekundäre) Einführung und Wechsel einer alloplastischen Linse: Wechsel: Mit Einführung einer irisfixierten Hinterkammerlinse, monofokale Intraokularlinse	V4	31334/ 36334	31504/ 36504	31720	31721	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-146.25	↔	(Sekundäre) Einführung und Wechsel einer alloplastischen Linse: Wechsel: Mit Einführung einer kammerwinkelgestützten Vorderkammerlinse	V3	31333/ 36333	31504/ 36504	31718	31719	31823/ 36823	
5-146.26	↔	(Sekundäre) Einführung und Wechsel einer alloplastischen Linse: Wechsel: Mit Einführung einer irisfixierten Vorderkammerlinse	V3	31333/ 36333	31504/ 36504	31718	31719	31823/ 36823	
5-146.27	↔	(Sekundäre) Einführung und Wechsel einer alloplastischen Linse: Wechsel: Mit Einführung einer sonstigen Vorderkammerlinse	V3	31333/ 36333	31504/ 36504	31718	31719	31823/ 36823	
5-146.28	↔	(Sekundäre) Einführung und Wechsel einer alloplastischen Linse: Wechsel: Mit Einführung einer Vorderkammerlinse, n.n.bez.	V3	31333/ 36333	31504/ 36504	31718	31719	31823/ 36823	
5-147.0	↔	Revision und Entfernung einer alloplastischen Linse: Revision einer Vorderkammerlinse	V2	31332/ 36332	31503/ 36503	31718	31719	31822/ 36822	
5-147.1	↔	Revision und Entfernung einer alloplastischen Linse: Revision einer Hinterkammerlinse	V2	31332/ 36332	31503/ 36503	31718	31719	31822/ 36822	
5-147.2	↔	Revision und Entfernung einer alloplastischen Linse: Entfernung einer Vorderkammerlinse	V2	31332/ 36332	31503/ 36503	31718	31719	31822/ 36822	
5-147.3	↔	Revision und Entfernung einer alloplastischen Linse: Entfernung einer Hinterkammerlinse	V2	31332/ 36332	31503/ 36503	31718	31719	31822/ 36822	
5-149.0	↔	Andere Operationen an der Linse: Einführung eines Kapselspannringes	V2	31332/ 36332	31503/ 36503	31718	31719	31822/ 36822	
5-149.1	↔	Andere Operationen an der Linse: Verschluss eines Defektes mit Gewebekleber	V2	31332/ 36332	31503/ 36503	31718	31719	31822/ 36822	
5-150.0	↔	Entfernung eines Fremdkörpers aus dem hinteren Augenabschnitt: Mit Magnet, transskleral	V2	31332/ 36332	31503/ 36503	31718	31719	31822/ 36822	
5-150.1	↔	Entfernung eines Fremdkörpers aus dem hinteren Augenabschnitt: Durch Inzision, transskleral	V2	31332/ 36332	31503/ 36503	31718	31719	31822/ 36822	
5-150.2	↔	Entfernung eines Fremdkörpers aus dem hinteren Augenabschnitt: Transpupillar	V2	31332/ 36332	31503/ 36503	31718	31719	31822/ 36822	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-152.0	↔	Fixation der Netzhaut durch eindellende Operationen: Durch permanente Plombe	V3	31333/ 36333	31504/ 36504	31718	31719	31823/ 36823	
5-152.1	↔	Fixation der Netzhaut durch eindellende Operationen: Durch temporäre Plombe	V3	31333/ 36333	31504/ 36504	31718	31719	31823/ 36823	
5-152.2	↔	Fixation der Netzhaut durch eindellende Operationen: Durch Cerclage	V5	31335/ 36335	31505/ 36505	31720	31721	31825/ 36825	
5-153.2	↔	Revision, Wechsel und Entfernung einer Cerclage oder Plombe, die zur Fixation der Netzhaut angelegt wurde: Entfernung	V2	31332/ 36332	31503/ 36503	31718	31719	31822/ 36822	
5-154.0	↔	Andere Operationen zur Fixation der Netzhaut: Kryopexie	V1	31331/ 36331	31502/ 36502	31716	31717	31821/ 36821	
5-154.2	↔	Andere Operationen zur Fixation der Netzhaut: Laser-Retinopexie	W1	31341/ 36341	31501/ 36501	31724	31725	31821/ 36821	
5-155.0	↔	Destruktion von erkranktem Gewebe an Retina und Choroidea: Durch Diathermie	V2	31332/ 36332	31503/ 36503	31718	31719	31822/ 36822	
5-155.1	↔	Destruktion von erkranktem Gewebe an Retina und Choroidea: Durch Kryokoagulation	V1	31331/ 36331	31502/ 36502	31716	31717	31821/ 36821	
5-155.2	↔	Destruktion von erkranktem Gewebe an Retina und Choroidea: Durch Photokoagulation	V2	31332/ 36332	31503/ 36503	31718	31719	31822/ 36822	
5-155.3	↔	Destruktion von erkranktem Gewebe an Retina und Choroidea: Durch lokale Laserkoagulation	W2	31342/ 36342	31501/ 36501	31726	31727	31822/ 36822	
5-155.4	↔	Destruktion von erkranktem Gewebe an Retina und Choroidea: Durch flächige Laserkoagulation	W2	31342/ 36342	31501/ 36501	31726	31727	31822/ 36822	
5-156.9	L	Andere Operationen an der Retina: Injektion von Medikamenten in den hinteren Augenabschnitt	Z1	31372/ 36372	31502/ 36502	31716	31717	31821/ 36821	
5-156.9	P	Andere Operationen an der Retina: Injektion von Medikamenten in den hinteren Augenabschnitt	Z9	31373/ 36373	31502/ 36502	31716	31717	31821/ 36821	
5-156.9	R	Andere Operationen an der Retina: Injektion von Medikamenten in den hinteren Augenabschnitt	Z1	31371/ 36371	31502/ 36502	31716	31717	31821/ 36821	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-158.00	↔	Pars-plana-Vitrektomie: Vordere Vitrektomie über Pars plana: Elektrolytlösung	V4	31334/ 36334	31504/ 36504	31720	31721	31824/ 36824	
5-158.01	↔	Pars-plana-Vitrektomie: Vordere Vitrektomie über Pars plana: Luft	V4	31334/ 36334	31504/ 36504	31720	31721	31824/ 36824	
5-158.02	↔	Pars-plana-Vitrektomie: Vordere Vitrektomie über Pars plana: Andere Gase	V4	31334/ 36334	31504/ 36504	31720	31721	31824/ 36824	
5-158.03	↔	Pars-plana-Vitrektomie: Vordere Vitrektomie über Pars plana: Silikonölimplantation	V4	31334/ 36334	31504/ 36504	31720	31721	31824/ 36824	
5-158.04	↔	Pars-plana-Vitrektomie: Vordere Vitrektomie über Pars plana: Silikonölwechsel/-auffüllung	V4	31334/ 36334	31504/ 36504	31720	31721	31824/ 36824	
5-158.05	↔	Pars-plana-Vitrektomie: Vordere Vitrektomie über Pars plana: Silikonölentfernung	V4	31334/ 36334	31504/ 36504	31720	31721	31824/ 36824	
5-158.06	↔	Pars-plana-Vitrektomie: Vordere Vitrektomie über Pars plana: Medikamente	V4	31334/ 36334	31504/ 36504	31720	31721	31824/ 36824	
5-158.10	↔	Pars-plana-Vitrektomie: Ohne chirurgische Manipulation der Netzhaut: Elektrolytlösung	V4	31334/ 36334	31504/ 36504	31720	31721	31824/ 36824	
5-158.11	↔	Pars-plana-Vitrektomie: Ohne chirurgische Manipulation der Netzhaut: Luft	V4	31334/ 36334	31504/ 36504	31720	31721	31824/ 36824	
5-158.12	↔	Pars-plana-Vitrektomie: Ohne chirurgische Manipulation der Netzhaut: Andere Gase	V4	31334/ 36334	31504/ 36504	31720	31721	31824/ 36824	
5-158.13	↔	Pars-plana-Vitrektomie: Ohne chirurgische Manipulation der Netzhaut: Silikonölimplantation	V4	31334/ 36334	31504/ 36504	31720	31721	31824/ 36824	
5-158.14	↔	Pars-plana-Vitrektomie: Ohne chirurgische Manipulation der Netzhaut: Silikonölwechsel/-auffüllung	V4	31334/ 36334	31504/ 36504	31720	31721	31824/ 36824	
5-158.15	↔	Pars-plana-Vitrektomie: Ohne chirurgische Manipulation der Netzhaut: Silikonölentfernung	V4	31334/ 36334	31504/ 36504	31720	31721	31824/ 36824	
5-158.16	↔	Pars-plana-Vitrektomie: Ohne chirurgische Manipulation der Netzhaut: Medikamente	V4	31334/ 36334	31504/ 36504	31720	31721	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-159.00	↔	Vitrektomie über anderen Zugang und andere Operationen am Corpus vitreum: Vordere Vitrektomie über anderen Zugang als Pars plana: Elektrolytlösung	V2	31332/ 36332	31503/ 36503	31718	31719	31822/ 36822	
5-159.05	↔	Vitrektomie über anderen Zugang und andere Operationen am Corpus vitreum: Vordere Vitrektomie über anderen Zugang als Pars plana: Silikonölentfernung	V2	31332/ 36332	31503/ 36503	31718	31719	31822/ 36822	
5-159.06	↔	Vitrektomie über anderen Zugang und andere Operationen am Corpus vitreum: Vordere Vitrektomie über anderen Zugang als Pars plana: Medikamente	V2	31332/ 36332	31503/ 36503	31718	31719	31822/ 36822	
5-159.10	↔	Vitrektomie über anderen Zugang und andere Operationen am Corpus vitreum: Abtragung eines Glaskörperprolapses: Elektrolytlösung	V3	31333/ 36333	31504/ 36504	31718	31719	31823/ 36823	
5-159.15	↔	Vitrektomie über anderen Zugang und andere Operationen am Corpus vitreum: Abtragung eines Glaskörperprolapses: Silikonölentfernung	V3	31333/ 36333	31504/ 36504	31718	31719	31823/ 36823	
5-159.16	↔	Vitrektomie über anderen Zugang und andere Operationen am Corpus vitreum: Abtragung eines Glaskörperprolapses: Medikamente	V3	31333/ 36333	31504/ 36504	31718	31719	31823/ 36823	
5-159.20	↔	Vitrektomie über anderen Zugang und andere Operationen am Corpus vitreum: Entfernung von Glaskörpersträngen: Elektrolytlösung	V3	31333/ 36333	31504/ 36504	31718	31719	31823/ 36823	
5-159.25	↔	Vitrektomie über anderen Zugang und andere Operationen am Corpus vitreum: Entfernung von Glaskörpersträngen: Silikonölentfernung	V3	31333/ 36333	31504/ 36504	31718	31719	31823/ 36823	
5-159.26	↔	Vitrektomie über anderen Zugang und andere Operationen am Corpus vitreum: Entfernung von Glaskörpersträngen: Medikamente	V3	31333/ 36333	31504/ 36504	31718	31719	31823/ 36823	
5-161.0	↔	Entfernung eines Fremdkörpers aus Orbita und Augapfel, n.n.bez.: Orbita, mit Magnet	V3	31333/ 36333	31504/ 36504	31718	31719	31823/ 36823	
5-161.1	↔	Entfernung eines Fremdkörpers aus Orbita und Augapfel, n.n.bez.: Augapfel, n.n.bez., mit Magnet	V3	31333/ 36333	31504/ 36504	31718	31719	31823/ 36823	
5-161.2	↔	Entfernung eines Fremdkörpers aus Orbita und Augapfel, n.n.bez.: Orbita, durch Inzision	V3	31333/ 36333	31504/ 36504	31718	31719	31823/ 36823	
5-161.3	↔	Entfernung eines Fremdkörpers aus Orbita und Augapfel, n.n.bez.: Augapfel, n.n.bez., durch Inzision	V3	31333/ 36333	31504/ 36504	31718	31719	31823/ 36823	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-163.0	↔	Entfernung des Augapfels [Enukleation]: Ohne Einführung eines Orbitaimplantates	V2	31332/ 36332	31503/ 36503	31718	31719	31822/ 36822	
5-163.10	↔	Entfernung des Augapfels [Enukleation]: Mit gleichzeitiger Einführung eines Orbitaimplantates in die Tenonsche Kapsel: Alloplastisches Implantat	U5	31325/ 36325	31505/ 36505	31712	31713	31825/ 36825	
5-163.11	↔	Entfernung des Augapfels [Enukleation]: Mit gleichzeitiger Einführung eines Orbitaimplantates in die Tenonsche Kapsel: Ummanteltes alloplastisches Implantat	U5	31325/ 36325	31505/ 36505	31712	31713	31825/ 36825	
5-163.12	↔	Entfernung des Augapfels [Enukleation]: Mit gleichzeitiger Einführung eines Orbitaimplantates in die Tenonsche Kapsel: Haut-Fettgewebe-Transplantat	U5	31325/ 36325	31505/ 36505	31712	31713	31825/ 36825	
5-163.13	↔	Entfernung des Augapfels [Enukleation]: Mit gleichzeitiger Einführung eines Orbitaimplantates in die Tenonsche Kapsel: Bulbusplatzhalter aus nicht resorbierbarem, mikroporösem Material, mit fibrovaskulärer Integration, ohne Titannetz	U5	31325/ 36325	31505/ 36505	31712	31713	31825/ 36825	
5-163.14	↔	Entfernung des Augapfels [Enukleation]: Mit gleichzeitiger Einführung eines Orbitaimplantates in die Tenonsche Kapsel: Bulbusplatzhalter aus nicht resorbierbarem, mikroporösem Material, mit fibrovaskulärer Integration, mit Titannetz	U5	31325/ 36325	31505/ 36505	31712	31713	31825/ 36825	
5-167.0	↔	Rekonstruktion der Orbitawand: Mit Osteoplastik	U4	31324/ 36324	31504/ 36504	31712	31713	31824/ 36824	
5-167.1	↔	Rekonstruktion der Orbitawand: Mit Metallplatten oder Implantaten	U4	31324/ 36324	31504/ 36504	31712	31713	31824/ 36824	
5-167.2	↔	Rekonstruktion der Orbitawand: Mit alloplastischem Material	U4	31324/ 36324	31504/ 36504	31712	31713	31824/ 36824	
5-167.3	↔	Rekonstruktion der Orbitawand: Mit Galea-Lappen	U5	31325/ 36325	31505/ 36505	31712	31713	31825/ 36825	

2.8 Operationen an den Ohren

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-181.1	↔	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des äußeren Ohres: Exzision an der Ohrmuschel, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie)	N2	31232/ 36232	31503/ 36503	31658	31659	31822/ 36822	
5-181.4	↔	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des äußeren Ohres: Exzision präaurikulär, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie)	N2	31232/ 36232	31503/ 36503	31658	31659	31822/ 36822	
5-181.6	↔	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des äußeren Ohres: Exzision retroaurikulär, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie)	N2	31232/ 36232	31503/ 36503	31658	31659	31822/ 36822	
5-182.0	↔	Resektion der Ohrmuschel: Partiell	N1	31231/ 36231	31502/ 36502	31656	31657	31821/ 36821	
5-182.1	↔	Resektion der Ohrmuschel: Partiell, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie)	N2	31232/ 36232	31503/ 36503	31658	31659	31822/ 36822	
5-182.2	↔	Resektion der Ohrmuschel: Total	N2	31232/ 36232	31503/ 36503	31658	31659	31822/ 36822	
5-182.3	↔	Resektion der Ohrmuschel: Total, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie)	N3	31233/ 36233	31504/ 36504	31658	31659	31823/ 36823	
5-183.1	↔	Wundversorgung am äußeren Ohr: Replantation	N4	31234/ 36234	31504/ 36504	31660	31661	31824/ 36824	
5-184.0	L	Plastische Korrektur abstehender Ohren: Durch Korrektur des Ohrknorpels	N2	31232/ 36232	31503/ 36503	31658	31659	31822/ 36822	
5-184.0	P	Plastische Korrektur abstehender Ohren: Durch Korrektur des Ohrknorpels	N3	31233/ 36233	31504/ 36504	31658	31659	31823/ 36823	
5-184.0	R	Plastische Korrektur abstehender Ohren: Durch Korrektur des Ohrknorpels	N2	31232/ 36232	31503/ 36503	31658	31659	31822/ 36822	
5-184.1	L	Plastische Korrektur abstehender Ohren: Durch Exzision von Weichteilen	N1	31231/ 36231	31502/ 36502	31656	31657	31821/ 36821	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-184.1	P	Plastische Korrektur abstehender Ohren: Durch Exzision von Weichteilen	N2	31232/ 36232	31503/ 36503	31658	31659	31822/ 36822	
5-184.1	R	Plastische Korrektur abstehender Ohren: Durch Exzision von Weichteilen	N1	31231/ 36231	31502/ 36502	31656	31657	31821/ 36821	
5-184.2	L	Plastische Korrektur abstehender Ohren: Durch Korrektur des Ohrknorpels und Exzision von Weichteilen	N2	31232/ 36232	31503/ 36503	31658	31659	31822/ 36822	
5-184.2	P	Plastische Korrektur abstehender Ohren: Durch Korrektur des Ohrknorpels und Exzision von Weichteilen	N5	31235/ 36235	31505/ 36505	31660	31661	31825/ 36825	
5-184.2	R	Plastische Korrektur abstehender Ohren: Durch Korrektur des Ohrknorpels und Exzision von Weichteilen	N2	31232/ 36232	31503/ 36503	31658	31659	31822/ 36822	
5-184.3	L	Plastische Korrektur abstehender Ohren: Concharotation	N2	31232/ 36232	31503/ 36503	31658	31659	31822/ 36822	
5-184.3	P	Plastische Korrektur abstehender Ohren: Concharotation	N4	31234/ 36234	31504/ 36504	31660	31661	31824/ 36824	
5-184.3	R	Plastische Korrektur abstehender Ohren: Concharotation	N2	31232/ 36232	31503/ 36503	31658	31659	31822/ 36822	
5-185.0	↔	Konstruktion und Rekonstruktion des äußeren Gehörganges: Erweiterung (z.B. bei Gehörgangsstenose)	N3	31233/ 36233	31504/ 36504	31658	31659	31823/ 36823	
5-185.1	↔	Konstruktion und Rekonstruktion des äußeren Gehörganges: Konstruktion eines (nicht bestehenden) äußeren Gehörganges (z.B. bei Atresie)	N5	31235/ 36235	31505/ 36505	31660	31661	31825/ 36825	
5-185.2	↔	Konstruktion und Rekonstruktion des äußeren Gehörganges: Rekonstruktion eines (bestehenden) äußeren Gehörganges	N2	31232/ 36232	31503/ 36503	31658	31659	31822/ 36822	
5-186.1	↔	Plastische Rekonstruktion von Teilen der Ohrmuschel: Mit Galea-Lappen	N3	31233/ 36233	31504/ 36504	31658	31659	31823/ 36823	
5-186.2	↔	Plastische Rekonstruktion von Teilen der Ohrmuschel: Mit Knorpeltransplantat	N5	31235/ 36235	31505/ 36505	31660	31661	31825/ 36825	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-187.1	↔	Plastische Rekonstruktion der gesamten Ohrmuschel: Mit Galea-Lappen	N7	31237/ 36237	31507/ 36507	31662	31663	31827/ 36827	
5-187.2	↔	Plastische Rekonstruktion der gesamten Ohrmuschel: Mit Knorpeltransplantat	N6	31236/ 36236	31506/ 36506	31662	31663	31826/ 36826	
5-187.4	↔	Plastische Rekonstruktion der gesamten Ohrmuschel: Mit alloplastischem Material	N6	31236/ 36236	31506/ 36506	31662	31663	31826/ 36826	
5-188.0	↔	Andere Rekonstruktion des äußeren Ohres: Reduktionsplastik (z.B. bei Makrotie)	N3	31233/ 36233	31504/ 36504	31658	31659	31823/ 36823	
5-188.1	↔	Andere Rekonstruktion des äußeren Ohres: Korrektur eines Schneckenohres	N5	31235/ 36235	31505/ 36505	31660	31661	31825/ 36825	
5-188.2	↔	Andere Rekonstruktion des äußeren Ohres: Korrektur eines Stahlohres	N5	31235/ 36235	31505/ 36505	31660	31661	31825/ 36825	
5-188.3	↔	Andere Rekonstruktion des äußeren Ohres: Plastik des Ohrläppchens	N2	31232/ 36232	31503/ 36503	31658	31659	31822/ 36822	
5-192.00	↔	Revision einer Stapedektomie: Ohne Wiedereröffnung des ovalen Fensters: Ohne Implantation einer Prothese	N3	31233/ 36233	31504/ 36504	31658	31659	31823/ 36823	
5-192.01	↔	Revision einer Stapedektomie: Ohne Wiedereröffnung des ovalen Fensters: Mit Implantation einer autogenen Prothese (z.B. nach Schuknecht)	N3	31233/ 36233	31504/ 36504	31658	31659	31823/ 36823	
5-192.02	↔	Revision einer Stapedektomie: Ohne Wiedereröffnung des ovalen Fensters: Mit Implantation einer alloplastischen Prothese (z.B. Piston)	N3	31233/ 36233	31504/ 36504	31658	31659	31823/ 36823	
5-192.10	↔	Revision einer Stapedektomie: Mit Wiedereröffnung des ovalen Fensters: Ohne Implantation einer Prothese	N4	31234/ 36234	31504/ 36504	31660	31661	31824/ 36824	
5-192.11	↔	Revision einer Stapedektomie: Mit Wiedereröffnung des ovalen Fensters: Mit Implantation einer autogenen Prothese (z.B. nach Schuknecht)	N4	31234/ 36234	31504/ 36504	31660	31661	31824/ 36824	
5-192.12	↔	Revision einer Stapedektomie: Mit Wiedereröffnung des ovalen Fensters: Mit Implantation einer alloplastischen Prothese (z.B. Piston)	N4	31234/ 36234	31504/ 36504	31660	31661	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-194.0	↔	Myringoplastik [Tympanoplastik Typ I]: Endaural	N2	31232/ 36232	31503/ 36503	31658	31659	31822/ 36822	
5-194.1	↔	Myringoplastik [Tympanoplastik Typ I]: Retroaurikulär	N2	31232/ 36232	31503/ 36503	31658	31659	31822/ 36822	
5-195.a0	↔	Tympanoplastik (Verschluss einer Trommelfellperforation und Rekonstruktion der Gehörknöchelchen): Tympanoplastik mit Attikotomie oder Attikoantrotomie: Ohne Implantation einer Prothese	N5	31235/ 36235	31505/ 36505	31660	31661	31825/ 36825	
5-195.a1	↔	Tympanoplastik (Verschluss einer Trommelfellperforation und Rekonstruktion der Gehörknöchelchen): Tympanoplastik mit Attikotomie oder Attikoantrotomie: Mit Implantation einer autogenen Prothese (z.B. Auto-Ossikel)	N5	31235/ 36235	31505/ 36505	31660	31661	31825/ 36825	
5-195.a2	↔	Tympanoplastik (Verschluss einer Trommelfellperforation und Rekonstruktion der Gehörknöchelchen): Tympanoplastik mit Attikotomie oder Attikoantrotomie: Mit Implantation einer alloplastischen Prothese	N5	31235/ 36235	31505/ 36505	31660	31661	31825/ 36825	
5-195.a3	↔	Tympanoplastik (Verschluss einer Trommelfellperforation und Rekonstruktion der Gehörknöchelchen): Tympanoplastik mit Attikotomie oder Attikoantrotomie: Mit Implantation einer allogenen oder xenogenen Prothese (z.B. Homoio-Ossikel)	N5	31235/ 36235	31505/ 36505	31660	31661	31825/ 36825	
5-195.b0	↔	Tympanoplastik (Verschluss einer Trommelfellperforation und Rekonstruktion der Gehörknöchelchen): Tympanoplastik mit Antrotomie oder Mastoidektomie: Ohne Implantation einer Prothese	N5	31235/ 36235	31505/ 36505	31660	31661	31825/ 36825	
5-195.b1	↔	Tympanoplastik (Verschluss einer Trommelfellperforation und Rekonstruktion der Gehörknöchelchen): Tympanoplastik mit Antrotomie oder Mastoidektomie: Mit Implantation einer autogenen Prothese (z.B. Auto-Ossikel)	N5	31235/ 36235	31505/ 36505	31660	31661	31825/ 36825	
5-195.b2	↔	Tympanoplastik (Verschluss einer Trommelfellperforation und Rekonstruktion der Gehörknöchelchen): Tympanoplastik mit Antrotomie oder Mastoidektomie: Mit Implantation einer alloplastischen Prothese	N5	31235/ 36235	31505/ 36505	31660	31661	31825/ 36825	
5-195.b3	↔	Tympanoplastik (Verschluss einer Trommelfellperforation und Rekonstruktion der Gehörknöchelchen): Tympanoplastik mit Antrotomie	N5	31235/ 36235	31505/ 36505	31660	31661	31825/ 36825	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
		oder Mastoidektomie: Mit Implantation einer allogenen oder xenogenen Prothese (z.B. Homoio-Ossikel)							
5-195.c0	↔	Tympanoplastik (Verschluss einer Trommelfellperforation und Rekonstruktion der Gehörknöchelchen): Tympanoplastik mit Anlage einer Ohrradikalhöhle: Ohne Implantation einer Prothese	N4	31234/ 36234	31504/ 36504	31660	31661	31824/ 36824	
5-195.c1	↔	Tympanoplastik (Verschluss einer Trommelfellperforation und Rekonstruktion der Gehörknöchelchen): Tympanoplastik mit Anlage einer Ohrradikalhöhle: Mit Implantation einer autogenen Prothese (z.B. Auto-Ossikel)	N4	31234/ 36234	31504/ 36504	31660	31661	31824/ 36824	
5-195.c2	↔	Tympanoplastik (Verschluss einer Trommelfellperforation und Rekonstruktion der Gehörknöchelchen): Tympanoplastik mit Anlage einer Ohrradikalhöhle: Mit Implantation einer alloplastischen Prothese	N4	31234/ 36234	31504/ 36504	31660	31661	31824/ 36824	
5-195.c3	↔	Tympanoplastik (Verschluss einer Trommelfellperforation und Rekonstruktion der Gehörknöchelchen): Tympanoplastik mit Anlage einer Ohrradikalhöhle: Mit Implantation einer allogenen oder xenogenen Prothese (z.B. Homoio-Ossikel)	N4	31234/ 36234	31504/ 36504	31660	31661	31824/ 36824	
5-195.90	↔	Tympanoplastik (Verschluss einer Trommelfellperforation und Rekonstruktion der Gehörknöchelchen): Tympanoplastik Typ II bis V: Ohne Implantation einer Prothese	N3	31233/ 36233	31504/ 36504	31658	31659	31823/ 36823	
5-195.91	↔	Tympanoplastik (Verschluss einer Trommelfellperforation und Rekonstruktion der Gehörknöchelchen): Tympanoplastik Typ II bis V: Mit Implantation einer autogenen Prothese (z.B. Auto-Ossikel)	N4	31234/ 36234	31504/ 36504	31660	31661	31824/ 36824	
5-195.92	↔	Tympanoplastik (Verschluss einer Trommelfellperforation und Rekonstruktion der Gehörknöchelchen): Tympanoplastik Typ II bis V: Mit Implantation einer alloplastischen Prothese	N4	31234/ 36234	31504/ 36504	31660	31661	31824/ 36824	
5-195.93	↔	Tympanoplastik (Verschluss einer Trommelfellperforation und Rekonstruktion der Gehörknöchelchen): Tympanoplastik Typ II bis V: Mit Implantation einer allogenen oder xenogenen Prothese (z.B. Homoio-Ossikel)	N4	31234/ 36234	31504/ 36504	31660	31661	31824/ 36824	
5-197.0	↔	Stapesplastik: Ohne Implantation einer Prothese	N3	31233/ 36233	31504/ 36504	31658	31659	31823/ 36823	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-197.1	↔	Stapesplastik: Mit Implantation einer autogenen Prothese (z.B. nach Schuknecht)	N3	31233/ 36233	31504/ 36504	31658	31659	31823/ 36823	
5-197.2	↔	Stapesplastik: Mit Implantation einer alloplastischen Prothese (z.B. Piston)	N3	31233/ 36233	31504/ 36504	31658	31659	31823/ 36823	
5-198.0	↔	Fensterungsoperation des Promontoriums: Ohne Implantation einer Prothese	N3	31233/ 36233	31504/ 36504	31658	31659	31823/ 36823	
5-198.1	↔	Fensterungsoperation des Promontoriums: Mit Implantation einer autogenen Prothese (z.B. nach Schuknecht)	N4	31234/ 36234	31504/ 36504	31660	31661	31824/ 36824	
5-198.2	↔	Fensterungsoperation des Promontoriums: Mit Implantation einer alloplastischen Prothese (z.B. Piston)	N4	31234/ 36234	31504/ 36504	31660	31661	31824/ 36824	
5-202.0	↔	Inzision an Warzenfortsatz und Mittelohr: Antrotomie	N2	31232/ 36232	31503/ 36503	31658	31659	31822/ 36822	
5-202.1	↔	Inzision an Warzenfortsatz und Mittelohr: Attikotomie	N2	31232/ 36232	31503/ 36503	31658	31659	31822/ 36822	
5-202.2	↔	Inzision an Warzenfortsatz und Mittelohr: Explorative Tympanotomie	N1	31231/ 36231	31502/ 36502	31656	31657	31821/ 36821	
5-202.5	↔	Inzision an Warzenfortsatz und Mittelohr: Tympanotomie mit Abdichtung der runden und/oder ovalen Fenstermembran	N2	31232/ 36232	31503/ 36503	31658	31659	31822/ 36822	
5-203.a	↔	Mastoidektomie: Partielle Resektion des Felsenbeins	N6	31236/ 36236	31506/ 36506	31662	31663	31826/ 36826	
5-203.0	↔	Mastoidektomie: Einfache Mastoidektomie	N3	31233/ 36233	31504/ 36504	31658	31659	31823/ 36823	
5-203.1	↔	Mastoidektomie: Radikale Mastoidektomie [Anlage einer Ohrradikalhöhle]	N4	31234/ 36234	31504/ 36504	31660	31661	31824/ 36824	
5-203.70	↔	Mastoidektomie: Mit Freilegung des Fazialiskanals: Ohne Dekompression des Nerven	N4	31234/ 36234	31504/ 36504	31660	31661	31824/ 36824	
5-203.71	↔	Mastoidektomie: Mit Freilegung des Fazialiskanals: Mit Dekompression des Nerven	N7	31237/ 36237	31507/ 36507	31662	31663	31827/ 36827	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-203.9	↔	Mastoidektomie: Totale Resektion des Felsenbeins [Petrosektomie]	N7	31237/ 36237	31507/ 36507	31662	31663	31827/ 36827	
5-204.0	↔	Rekonstruktion des Mittelohres: Verkleinerung der Radikalhöhle	N3	31233/ 36233	31504/ 36504	31658	31659	31823/ 36823	
5-204.1	↔	Rekonstruktion des Mittelohres: Reimplantation der hinteren Gehörgangswand	N2	31232/ 36232	31503/ 36503	31658	31659	31822/ 36822	
5-204.2	↔	Rekonstruktion des Mittelohres: Rekonstruktion der hinteren Gehörgangswand	N3	31233/ 36233	31504/ 36504	31658	31659	31823/ 36823	
5-204.3	↔	Rekonstruktion des Mittelohres: Erweiterungsplastik des Gehörgangs oder Radikalhöhleneingangs	N2	31232/ 36232	31503/ 36503	31658	31659	31822/ 36822	
5-208.0	↔	Inzision [Eröffnung] und Destruktion [Ausschaltung] des Innenohres: Kochleosaccotomie	N4	31234/ 36234	31504/ 36504	31660	31661	31824/ 36824	
5-208.1	↔	Inzision [Eröffnung] und Destruktion [Ausschaltung] des Innenohres: Dekompression oder Drainage des Saccus endolymphaticus (mit Shunt)	N4	31234/ 36234	31504/ 36504	31660	31661	31824/ 36824	
5-208.2	↔	Inzision [Eröffnung] und Destruktion [Ausschaltung] des Innenohres: Labyrinthektomie, transtympanal	N5	31235/ 36235	31505/ 36505	31660	31661	31825/ 36825	
5-208.3	↔	Inzision [Eröffnung] und Destruktion [Ausschaltung] des Innenohres: Labyrinthektomie, transmastoidal	N5	31235/ 36235	31505/ 36505	31660	31661	31825/ 36825	
5-208.4	↔	Inzision [Eröffnung] und Destruktion [Ausschaltung] des Innenohres: Labyrinthdestruktion, transtympanal	N5	31235/ 36235	31505/ 36505	31660	31661	31825/ 36825	
5-208.5	↔	Inzision [Eröffnung] und Destruktion [Ausschaltung] des Innenohres: Labyrinthdestruktion, transmastoidal	N5	31235/ 36235	31505/ 36505	31660	31661	31825/ 36825	
5-209.d	↔	Andere Operationen am Mittel- und Innenohr: Befestigung einer Kupplung an einem bereits implantierten Knochenanker als selbständiger Eingriff	N1	31231/ 36231	31502/ 36502	31656	31657	31821/ 36821	
5-209.23	↔	Andere Operationen am Mittel- und Innenohr: Einführung eines Kochleaimplantates: Mit mehreren Elektroden (z.B. Doppel-Array)	N7	31237/ 36237	31507/ 36507	31662	31663	31827/ 36827	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-209.24	↔	Andere Operationen am Mittel- und Innenohr: Einführung eines Kochleaimplantates: Mit Einzelelektrode, nicht gehörerhaltend	N7	31237/ 36237	31507/ 36507	31662	31663	31827/ 36827	
5-209.25	↔	Andere Operationen am Mittel- und Innenohr: Einführung eines Kochleaimplantates: Mit Einzelelektrode, gehörerhaltend	N7	31237/ 36237	31507/ 36507	31662	31663	31827/ 36827	
5-209.30	↔	Andere Operationen am Mittel- und Innenohr: Implantation von Knochenankern zur Befestigung eines Hörgerätes: Ohne Befestigung einer Kupplung am Knochenanker	N2	31232/ 36232	31503/ 36503	31658	31659	31822/ 36822	
5-209.31	↔	Andere Operationen am Mittel- und Innenohr: Implantation von Knochenankern zur Befestigung eines Hörgerätes: Mit Befestigung einer Kupplung am Knochenanker	N2	31232/ 36232	31503/ 36503	31658	31659	31822/ 36822	
5-209.4	↔	Andere Operationen am Mittel- und Innenohr: Verschluss einer Labyrinthfistel	N4	31234/ 36234	31504/ 36504	31660	31661	31824/ 36824	
5-209.5	↔	Andere Operationen am Mittel- und Innenohr: Verschluss einer Mastoidfistel	N3	31233/ 36233	31504/ 36504	31658	31659	31823/ 36823	
5-209.6	↔	Andere Operationen am Mittel- und Innenohr: Remastoidektomie	N3	31233/ 36233	31504/ 36504	31658	31659	31823/ 36823	
5-209.7	↔	Andere Operationen am Mittel- und Innenohr: Wechsel eines Kochleaimplantates	N7	31237/ 36237	31507/ 36507	31662	31663	31827/ 36827	
5-209.8	↔	Andere Operationen am Mittel- und Innenohr: Entfernung eines Kochleaimplantates	N3	31233/ 36233	31504/ 36504	31658	31659	31823/ 36823	

2.9 Operationen an Nase und Nasennebenhöhlen

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-210.4		Operative Behandlung einer Nasenblutung: Ligatur einer Arterie (A. maxillaris oder A. ethmoidalis)	N4	31234/ 36234	31504/ 36504	31660	31661	31824/ 36824	
5-210.5		Operative Behandlung einer Nasenblutung: Dermatoplastik am Vestibulum nasi	N3	31233/ 36233	31504/ 36504	31658	31659	31823/ 36823	
5-211.11		Inzision der Nase: Drainage eines Hämatoms sonstiger Teile der Nase: Mit Einnähen von Septumstützfolien	N1	31231/ 36231	31502/ 36502	31656	31657	31821/ 36821	
5-211.21		Inzision der Nase: Drainage eines Septumabszesses: Mit Einnähen von Septumstützfolien	N1	31231/ 36231	31502/ 36502	31656	31657	31821/ 36821	
5-211.41		Inzision der Nase: Durchtrennung von Synechien: Mit Einnähen von Septumstützfolien	N1	31231/ 36231	31502/ 36502	31656	31657	31821/ 36821	
5-212.1		Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Nase: Exzision an der äußeren Nase, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie)	N2	31232/ 36232	31503/ 36503	31658	31659	31822/ 36822	
5-212.3		Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Nase: Exzision an der inneren Nase durch laterale Rhinotomie	N5	31235/ 36235	31505/ 36505	31660	31661	31825/ 36825	
5-212.4		Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Nase: Exzision an der inneren Nase mit Midfacedegloving	N7	31237/ 36237	31507/ 36507	31662	31663	31827/ 36827	
5-213.0		Resektion der Nase: Partiell	N2	31232/ 36232	31503/ 36503	31658	31659	31822/ 36822	
5-213.1		Resektion der Nase: Partiell, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie)	N3	31233/ 36233	31504/ 36504	31658	31659	31823/ 36823	
5-213.2		Resektion der Nase: Subtotal	N2	31232/ 36232	31503/ 36503	31658	31659	31822/ 36822	
5-213.3		Resektion der Nase: Subtotal, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie)	N3	31233/ 36233	31504/ 36504	31658	31659	31823/ 36823	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-213.4		Resektion der Nase: Total [Ablatio nasi]	N3	31233/ 36233	31504/ 36504	31658	31659	31823/ 36823	
5-213.5		Resektion der Nase: Total, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie)	N4	31234/ 36234	31504/ 36504	31660	31661	31824/ 36824	
5-214.0		Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums: Submuköse Resektion	N1	31231/ 36231	31502/ 36502	31656	31657	31821/ 36821	31452
5-214.3		Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums: Septumunterfütterung (z.B. bei Ozaena)	N5	31235/ 36235	31505/ 36505	31660	31661	31825/ 36825	31456
5-214.4		Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums: Verschluss einer Septumperforation mit Schleimhaut-Verschiebelappen	N4	31234/ 36234	31504/ 36504	31660	31661	31824/ 36824	31455
5-214.5		Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums: Plastische Korrektur ohne Resektion	N2	31232/ 36232	31503/ 36503	31658	31659	31822/ 36822	31452
5-214.6		Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums: Plastische Korrektur mit Resektion	N3	31233/ 36233	31504/ 36504	31658	31659	31823/ 36823	31453
5-214.70		Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums: Plastische Rekonstruktion des Nasenseptums: Mit lokalen autogenen Transplantaten (Austauschplastik)	N3	31233/ 36233	31504/ 36504	31658	31659	31823/ 36823	31453
5-214.71		Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums: Plastische Rekonstruktion des Nasenseptums: Mit distalen autogenen Transplantaten (z.B. Rippenknorpel)	N4	31234/ 36234	31504/ 36504	31660	31661	31824/ 36824	31455
5-214.72		Submuköse Resektion und plastische Rekonstruktion des Nasenseptums: Plastische Rekonstruktion des Nasenseptums: Mit allogenen oder xenogenen Transplantaten	N3	31233/ 36233	31504/ 36504	31658	31659	31823/ 36823	31453
5-215.3	L	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]: Submuköse Resektion	N1	31231/ 36231	31502/ 36502	31656	31657	31821/ 36821	
5-215.3	P	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]: Submuköse Resektion	N2	31232/ 36232	31503/ 36503	31658	31659	31822/ 36822	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-215.3	R	Operationen an der unteren Nasenmuschel [Concha nasalis]: Submuköse Resektion	N1	31231/ 36231	31502/ 36502	31656	31657	31821/ 36821	
5-216.1		Reposition einer Nasenfraktur: Offen, endonasal	N2	31232/ 36232	31503/ 36503	31658	31659	31822/ 36822	
5-216.2		Reposition einer Nasenfraktur: Offen, von außen	N2	31232/ 36232	31503/ 36503	31658	31659	31822/ 36822	
5-217.0		Plastische Rekonstruktion der äußeren Nase: Nasensteg	N2	31232/ 36232	31503/ 36503	31658	31659	31822/ 36822	
5-218.00		Plastische Rekonstruktion der inneren und äußeren Nase [Septorhinoplastik]: Septorhinoplastik mit Korrektur des Knorpels: Mit lokalen autogenen Transplantaten	N3	31233/ 36233	31504/ 36504	31658	31659	31823/ 36823	
5-218.01		Plastische Rekonstruktion der inneren und äußeren Nase [Septorhinoplastik]: Septorhinoplastik mit Korrektur des Knorpels: Mit distalen autogenen Transplantaten	N5	31235/ 36235	31505/ 36505	31660	31661	31825/ 36825	
5-218.02		Plastische Rekonstruktion der inneren und äußeren Nase [Septorhinoplastik]: Septorhinoplastik mit Korrektur des Knorpels: Mit allogenen oder xenogenen Transplantaten	N3	31233/ 36233	31504/ 36504	31658	31659	31823/ 36823	
5-218.10		Plastische Rekonstruktion der inneren und äußeren Nase [Septorhinoplastik]: Septorhinoplastik mit Korrektur des Knochens: Mit lokalen autogenen Transplantaten	N5	31235/ 36235	31505/ 36505	31660	31661	31825/ 36825	
5-218.11		Plastische Rekonstruktion der inneren und äußeren Nase [Septorhinoplastik]: Septorhinoplastik mit Korrektur des Knochens: Mit distalen autogenen Transplantaten	N6	31236/ 36236	31506/ 36506	31662	31663	31826/ 36826	
5-218.12		Plastische Rekonstruktion der inneren und äußeren Nase [Septorhinoplastik]: Septorhinoplastik mit Korrektur des Knochens: Mit allogenen oder xenogenen Transplantaten	N5	31235/ 36235	31505/ 36505	31660	31661	31825/ 36825	
5-218.20		Plastische Rekonstruktion der inneren und äußeren Nase [Septorhinoplastik]: Septorhinoplastik mit Korrektur des Knorpels und Knochens: Mit lokalen autogenen Transplantaten	N5	31235/ 36235	31505/ 36505	31660	31661	31825/ 36825	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-218.21		Plastische Rekonstruktion der inneren und äußeren Nase [Septorhinoplastik]: Septorhinoplastik mit Korrektur des Knorpels und Knochens: Mit distalen autogenen Transplantaten	N6	31236/ 36236	31506/ 36506	31662	31663	31826/ 36826	
5-218.22		Plastische Rekonstruktion der inneren und äußeren Nase [Septorhinoplastik]: Septorhinoplastik mit Korrektur des Knorpels und Knochens: Mit allogenen oder xenogenen Transplantaten	N5	31235/ 36235	31505/ 36505	31660	31661	31825/ 36825	
5-218.3		Plastische Rekonstruktion der inneren und äußeren Nase [Septorhinoplastik]: Septorhinoplastik mit lokalen oder distalen Lappen	N5	31235/ 36235	31505/ 36505	31660	31661	31825/ 36825	
5-218.40		Plastische Rekonstruktion der inneren und äußeren Nase [Septorhinoplastik]: Komplexe plastische Rekonstruktion der inneren und äußeren Nase: Mit lokalen autogenen Transplantaten	N5	31235/ 36235	31505/ 36505	31660	31661	31825/ 36825	
5-218.41		Plastische Rekonstruktion der inneren und äußeren Nase [Septorhinoplastik]: Komplexe plastische Rekonstruktion der inneren und äußeren Nase: Mit distalen autogenen Transplantaten	N6	31236/ 36236	31506/ 36506	31662	31663	31826/ 36826	
5-218.42		Plastische Rekonstruktion der inneren und äußeren Nase [Septorhinoplastik]: Komplexe plastische Rekonstruktion der inneren und äußeren Nase: Mit allogenen oder xenogenen Transplantaten	N5	31235/ 36235	31505/ 36505	31660	31661	31825/ 36825	
5-219.0		Andere Operationen an der Nase: Exstirpation einer Nasenfistel	N3	31233/ 36233	31504/ 36504	31658	31659	31823/ 36823	
5-219.1	↔	Andere Operationen an der Nase: Resektion einer Choanalatresie, transpalatinal	N3	31233/ 36233	31504/ 36504	31658	31659	31823/ 36823	
5-219.2	↔	Andere Operationen an der Nase: Resektion einer Choanalatresie, endonasal	N2	31232/ 36232	31503/ 36503	31658	31659	31822/ 36822	
5-221.1	L	Operationen an der Kieferhöhle: Fensterung über mittleren Nasengang	N1	31231/ 36231	31502/ 36502	31656	31657	31821/ 36821	
5-221.1	P	Operationen an der Kieferhöhle: Fensterung über mittleren Nasengang	N2	31232/ 36232	31503/ 36503	31658	31659	31822/ 36822	
5-221.1	R	Operationen an der Kieferhöhle: Fensterung über mittleren Nasengang	N1	31231/ 36231	31502/ 36502	31656	31657	31821/ 36821	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-221.4	L	Operationen an der Kieferhöhle: Radikaloperation (z.B. Operation nach Caldwell-Luc)	N2	31232/ 36232	31503/ 36503	31658	31659	31822/ 36822	
5-221.4	P	Operationen an der Kieferhöhle: Radikaloperation (z.B. Operation nach Caldwell-Luc)	N3	31233/ 36233	31504/ 36504	31658	31659	31823/ 36823	
5-221.4	R	Operationen an der Kieferhöhle: Radikaloperation (z.B. Operation nach Caldwell-Luc)	N2	31232/ 36232	31503/ 36503	31658	31659	31822/ 36822	
5-221.6	L	Operationen an der Kieferhöhle: Endonasal	N1	31231/ 36231	31502/ 36502	31656	31657	31821/ 36821	
5-221.6	P	Operationen an der Kieferhöhle: Endonasal	N2	31232/ 36232	31503/ 36503	31658	31659	31822/ 36822	
5-221.6	R	Operationen an der Kieferhöhle: Endonasal	N1	31231/ 36231	31502/ 36502	31656	31657	31821/ 36821	
5-221.7	↔	Operationen an der Kieferhöhle: Osteoplastische Operation, transoral	N3	31233/ 36233	31504/ 36504	31658	31659	31823/ 36823	
5-222.0	↔	Operation am Siebbein und an der Keilbeinhöhle: Infundibulotomie	N1	31231/ 36231	31502/ 36502	31656	31657	31821/ 36821	
5-222.10	↔	Operation am Siebbein und an der Keilbeinhöhle: Ethmoidektomie von außen: Ohne Darstellung der Schädelbasis	N3	31233/ 36233	31504/ 36504	31658	31659	31823/ 36823	
5-222.11	↔	Operation am Siebbein und an der Keilbeinhöhle: Ethmoidektomie von außen: Mit Darstellung der Schädelbasis	N3	31233/ 36233	31504/ 36504	31658	31659	31823/ 36823	
5-222.20	↔	Operation am Siebbein und an der Keilbeinhöhle: Ethmoidektomie, endonasal: Ohne Darstellung der Schädelbasis	N2	31232/ 36232	31503/ 36503	31658	31659	31822/ 36822	
5-222.21	↔	Operation am Siebbein und an der Keilbeinhöhle: Ethmoidektomie, endonasal: Mit Darstellung der Schädelbasis	N2	31232/ 36232	31503/ 36503	31658	31659	31822/ 36822	
5-222.30	↔	Operation am Siebbein und an der Keilbeinhöhle: Ethmoidektomie, transmaxillär: Ohne Darstellung der Schädelbasis	N3	31233/ 36233	31504/ 36504	31658	31659	31823/ 36823	
5-222.31	↔	Operation am Siebbein und an der Keilbeinhöhle: Ethmoidektomie, transmaxillär: Mit Darstellung der Schädelbasis	N3	31233/ 36233	31504/ 36504	31658	31659	31823/ 36823	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-222.4	↔	Operation am Siebbein und an der Keilbeinhöhle: Sphenoidotomie, endonasal	N2	31232/ 36232	31503/ 36503	31658	31659	31822/ 36822	
5-222.50	↔	Operation am Siebbein und an der Keilbeinhöhle: Sphenoidektomie von außen: Ohne Darstellung der Schädelbasis	N3	31233/ 36233	31504/ 36504	31658	31659	31823/ 36823	
5-222.51	↔	Operation am Siebbein und an der Keilbeinhöhle: Sphenoidektomie von außen: Mit Darstellung der Schädelbasis	N4	31234/ 36234	31504/ 36504	31660	31661	31824/ 36824	
5-222.6	↔	Operation am Siebbein und an der Keilbeinhöhle: Sphenoidektomie, transseptal	N3	31233/ 36233	31504/ 36504	31658	31659	31823/ 36823	
5-222.70	↔	Operation am Siebbein und an der Keilbeinhöhle: Sphenoidektomie, transmaxilloethmoidal: Ohne Darstellung der Schädelbasis	N4	31234/ 36234	31504/ 36504	31660	31661	31824/ 36824	
5-222.71	↔	Operation am Siebbein und an der Keilbeinhöhle: Sphenoidektomie, transmaxilloethmoidal: Mit Darstellung der Schädelbasis	N4	31234/ 36234	31504/ 36504	31660	31661	31824/ 36824	
5-223.0	↔	Operationen an der Stirnhöhle: Von außen mit Fensterung des Stirnhöhlenbodens (OP nach Ritter-Jansen)	N4	31234/ 36234	31504/ 36504	31660	31661	31824/ 36824	
5-223.1	↔	Operationen an der Stirnhöhle: Von außen mit Fensterung des Stirnhöhlenbodens und der Stirnhöhlenvorderwand (OP nach Killian)	N4	31234/ 36234	31504/ 36504	31660	31661	31824/ 36824	
5-223.2	↔	Operationen an der Stirnhöhle: Radikaloperation von außen mit Resektion des Stirnhöhlenbodens und der Stirnhöhlenvorderwand (OP nach Riedel)	N4	31234/ 36234	31504/ 36504	31660	31661	31824/ 36824	
5-223.3	↔	Operationen an der Stirnhöhle: Osteoplastische Operation	N4	31234/ 36234	31504/ 36504	31660	31661	31824/ 36824	
5-223.5	↔	Operationen an der Stirnhöhle: Endonasale Stirnhöhlenoperation	N3	31233/ 36233	31504/ 36504	31658	31659	31823/ 36823	
5-223.6		Operationen an der Stirnhöhle: Anlage einer Mediandrainage	N3	31233/ 36233	31504/ 36504	31658	31659	31823/ 36823	
5-224.0	↔	Operationen an mehreren Nasennebenhöhlen: Sanierung der Sinus maxillaris et ethmoidalis, kombiniert endonasal und transantral (Luc-de Lima)	N4	31234/ 36234	31504/ 36504	31660	31661	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-224.1	↔	Operationen an mehreren Nasennebenhöhlen: Sanierung der Sinus frontalis et ethmoidalis, kombiniert endonasal und von außen (nach Lynch, osteoplastische Operation)	N5	31235/ 36235	31505/ 36505	31660	31661	31825/ 36825	
5-224.2	↔	Operationen an mehreren Nasennebenhöhlen: Sanierung der Sinus maxillaris, ethmoidalis et sphenoidalis, transmaxillo-ethmoidal	N5	31235/ 36235	31505/ 36505	31660	31661	31825/ 36825	
5-224.3	↔	Operationen an mehreren Nasennebenhöhlen: Ethmoidsphenoidektomie, endonasal	N5	31235/ 36235	31505/ 36505	31660	31661	31825/ 36825	
5-224.4	↔	Operationen an mehreren Nasennebenhöhlen: Mehrere Nasennebenhöhlen, radikal	N5	31235/ 36235	31505/ 36505	31660	31661	31825/ 36825	
5-224.5	↔	Operationen an mehreren Nasennebenhöhlen: Mehrere Nasennebenhöhlen, radikal mit Einbruch in die Flügelgaumengrube, kombiniert transfazial und transmandibulär	N7	31237/ 36237	31507/ 36507	31662	31663	31827/ 36827	
5-224.60	↔	Operationen an mehreren Nasennebenhöhlen: Mehrere Nasennebenhöhlen, endonasal: Mit Teilentfernung der Lamina papyracea	N5	31235/ 36235	31505/ 36505	31660	31661	31825/ 36825	
5-224.61	↔	Operationen an mehreren Nasennebenhöhlen: Mehrere Nasennebenhöhlen, endonasal: Mit Schlitzung der Periorbita	N5	31235/ 36235	31505/ 36505	31660	31661	31825/ 36825	
5-224.62	↔	Operationen an mehreren Nasennebenhöhlen: Mehrere Nasennebenhöhlen, endonasal: Mit Entlastung eines Abszesses	N5	31235/ 36235	31505/ 36505	31660	31661	31825/ 36825	
5-224.63	L	Operationen an mehreren Nasennebenhöhlen: Mehrere Nasennebenhöhlen, endonasal: Mit Darstellung der Schädelbasis (endonasale Pansinusoperation)	N3	31233/ 36233	31504/ 36504	31658	31659	31823/ 36823	
5-224.63	P	Operationen an mehreren Nasennebenhöhlen: Mehrere Nasennebenhöhlen, endonasal: Mit Darstellung der Schädelbasis (endonasale Pansinusoperation)	N6	31236/ 36236	31506/ 36506	31662	31663	31826/ 36826	
5-224.63	R	Operationen an mehreren Nasennebenhöhlen: Mehrere Nasennebenhöhlen, endonasal: Mit Darstellung der Schädelbasis (endonasale Pansinusoperation)	N3	31233/ 36233	31504/ 36504	31658	31659	31823/ 36823	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-224.70	↔	Operationen an mehreren Nasennebenhöhlen: Mehrere Nasennebenhöhlen, kombiniert endonasal und von außen: Mit Teilentfernung der Lamina papyracea	N6	31236/ 36236	31506/ 36506	31662	31663	31826/ 36826	
5-224.71	↔	Operationen an mehreren Nasennebenhöhlen: Mehrere Nasennebenhöhlen, kombiniert endonasal und von außen: Mit Schlitzung der Periorbita	N6	31236/ 36236	31506/ 36506	31662	31663	31826/ 36826	
5-224.72	↔	Operationen an mehreren Nasennebenhöhlen: Mehrere Nasennebenhöhlen, kombiniert endonasal und von außen: Mit Entlastung eines Abszesses	N6	31236/ 36236	31506/ 36506	31662	31663	31826/ 36826	
5-224.73	↔	Operationen an mehreren Nasennebenhöhlen: Mehrere Nasennebenhöhlen, kombiniert endonasal und von außen: Mit Darstellung der Schädelbasis	N6	31236/ 36236	31506/ 36506	31662	31663	31826/ 36826	
5-225.4	↔	Plastische Rekonstruktion der Nasennebenhöhlen: Verschluss einer alveoloantralen Fistel	N3	31233/ 36233	31504/ 36504	31658	31659	31823/ 36823	

2.10 Operationen an Mundhöhle und Gesicht

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-230.2		Zahnextraktion: Mehrere Zähne eines Quadranten	M2	31222/ 36222	31503/ 36503	31643	31644	31822/ 36822	
5-230.3		Zahnextraktion: Mehrere Zähne verschiedener Quadranten	M3	31223/ 36223	31504/ 36504	31645	31646	31823/ 36823	
5-230.4		Zahnextraktion: Sämtliche Zähne einer Kieferhälfte	M2	31222/ 36222	31503/ 36503	31643	31644	31822/ 36822	
5-231.01		Operative Zahnentfernung (durch Osteotomie): Tief zerstörter Zahn: Mehrere Zähne eines Quadranten	M1	31221/ 36221	31502/ 36502	31643	31644	31821/ 36821	
5-231.02		Operative Zahnentfernung (durch Osteotomie): Tief zerstörter Zahn: Mehrere Zähne eines Kiefers	M2	31222/ 36222	31503/ 36503	31643	31644	31822/ 36822	
5-231.03		Operative Zahnentfernung (durch Osteotomie): Tief zerstörter Zahn: Mehrere Zähne beider Kiefer	M2	31222/ 36222	31503/ 36503	31643	31644	31822/ 36822	
5-231.11		Operative Zahnentfernung (durch Osteotomie): Teilweise retinierter oder verlagerter Zahn: Mehrere Zähne eines Quadranten	M1	31221/ 36221	31502/ 36502	31643	31644	31821/ 36821	
5-231.12		Operative Zahnentfernung (durch Osteotomie): Teilweise retinierter oder verlagerter Zahn: Mehrere Zähne eines Kiefers	M2	31222/ 36222	31503/ 36503	31643	31644	31822/ 36822	
5-231.13		Operative Zahnentfernung (durch Osteotomie): Teilweise retinierter oder verlagerter Zahn: Mehrere Zähne beider Kiefer	M2	31222/ 36222	31503/ 36503	31643	31644	31822/ 36822	
5-231.20		Operative Zahnentfernung (durch Osteotomie): Vollständig retinierter oder verlagerter (impaktierter) Zahn: Ein Zahn	M1	31221/ 36221	31502/ 36502	31643	31644	31821/ 36821	
5-231.21		Operative Zahnentfernung (durch Osteotomie): Vollständig retinierter oder verlagerter (impaktierter) Zahn: Mehrere Zähne eines Quadranten	M1	31221/ 36221	31502/ 36502	31643	31644	31821/ 36821	
5-231.22		Operative Zahnentfernung (durch Osteotomie): Vollständig retinierter oder verlagerter (impaktierter) Zahn: Mehrere Zähne eines Kiefers	M2	31222/ 36222	31503/ 36503	31643	31644	31822/ 36822	
5-231.23		Operative Zahnentfernung (durch Osteotomie): Vollständig retinierter oder verlagerter (impaktierter) Zahn: Mehrere Zähne beider Kiefer	M2	31222/ 36222	31503/ 36503	31643	31644	31822/ 36822	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-231.40		Operative Zahnentfernung (durch Osteotomie): Entnahme eines Zahnes zur Transplantation: Ein Zahn	M1	31221/ 36221	31502/ 36502	31643	31644	31821/ 36821	
5-231.41		Operative Zahnentfernung (durch Osteotomie): Entnahme eines Zahnes zur Transplantation: Mehrere Zähne eines Quadranten	M1	31221/ 36221	31502/ 36502	31643	31644	31821/ 36821	
5-231.42		Operative Zahnentfernung (durch Osteotomie): Entnahme eines Zahnes zur Transplantation: Mehrere Zähne eines Kiefers	M2	31222/ 36222	31503/ 36503	31643	31644	31822/ 36822	
5-231.43		Operative Zahnentfernung (durch Osteotomie): Entnahme eines Zahnes zur Transplantation: Mehrere Zähne beider Kiefer	M2	31222/ 36222	31503/ 36503	31643	31644	31822/ 36822	
5-231.51		Operative Zahnentfernung (durch Osteotomie): Entfernung einer frakturierten Wurzel oder Radix relicta: Mehrere Zähne eines Quadranten	M1	31221/ 36221	31502/ 36502	31643	31644	31821/ 36821	
5-231.52		Operative Zahnentfernung (durch Osteotomie): Entfernung einer frakturierten Wurzel oder Radix relicta: Mehrere Zähne eines Kiefers	M2	31222/ 36222	31503/ 36503	31643	31644	31822/ 36822	
5-231.53		Operative Zahnentfernung (durch Osteotomie): Entfernung einer frakturierten Wurzel oder Radix relicta: Mehrere Zähne beider Kiefer	M2	31222/ 36222	31503/ 36503	31643	31644	31822/ 36822	
5-231.61		Operative Zahnentfernung (durch Osteotomie): Entfernung eines Zahnfragmentes aus Weichgewebe: Mehrere Zähne eines Quadranten	M1	31221/ 36221	31502/ 36502	31643	31644	31821/ 36821	
5-231.62		Operative Zahnentfernung (durch Osteotomie): Entfernung eines Zahnfragmentes aus Weichgewebe: Mehrere Zähne eines Kiefers	M2	31222/ 36222	31503/ 36503	31643	31644	31822/ 36822	
5-231.63		Operative Zahnentfernung (durch Osteotomie): Entfernung eines Zahnfragmentes aus Weichgewebe: Mehrere Zähne beider Kiefer	M2	31222/ 36222	31503/ 36503	31643	31644	31822/ 36822	
5-235.0		Replantation, Transplantation, Implantation und Stabilisierung eines Zahnes: Replantation (in die ursprüngliche Alveole)	M2	31222/ 36222	31503/ 36503	31643	31644	31822/ 36822	
5-235.1		Replantation, Transplantation, Implantation und Stabilisierung eines Zahnes: Transplantation	M2	31222/ 36222	31503/ 36503	31643	31644	31822/ 36822	
5-237.0		Wurzelspitzenresektion und Wurzelkanalbehandlung: Wurzelkanalbehandlung	M1	31221/ 36221	31502/ 36502	31643	31644	31821/ 36821	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-240.2		Inzision des Zahnfleisches und Osteotomie des Alveolarkammes: Osteotomie des Alveolarkammes [Alveolotomie]	M1	31221/ 36221	31502/ 36502	31643	31644	31821/ 36821	
5-241.0		Gingivaplastik: Lappenoperation	M1	31221/ 36221	31502/ 36502	31643	31644	31821/ 36821	
5-241.1		Gingivaplastik: Mit Schleimhauttransplantat	M2	31222/ 36222	31503/ 36503	31643	31644	31822/ 36822	
5-241.4		Gingivaplastik: Korrektur von Schleimhautbändern	M1	31221/ 36221	31502/ 36502	31643	31644	31821/ 36821	
5-242.1		Andere Operationen am Zahnfleisch: Operation am Schlotterkamm	M1	31221/ 36221	31502/ 36502	31643	31644	31821/ 36821	
5-242.3		Andere Operationen am Zahnfleisch: Gingivektomie	M1	31221/ 36221	31502/ 36502	31643	31644	31821/ 36821	
5-243.0		Exzision einer odontogenen pathologischen Veränderung des Kiefers: Am Oberkiefer ohne Eröffnung der Kieferhöhle	M1	31221/ 36221	31502/ 36502	31643	31644	31821/ 36821	
5-243.1		Exzision einer odontogenen pathologischen Veränderung des Kiefers: Am Oberkiefer mit Eröffnung der Kieferhöhle	M2	31222/ 36222	31503/ 36503	31643	31644	31822/ 36822	
5-243.2		Exzision einer odontogenen pathologischen Veränderung des Kiefers: Am Oberkiefer mit Eröffnung des Nasenbodens	M2	31222/ 36222	31503/ 36503	31643	31644	31822/ 36822	
5-243.3		Exzision einer odontogenen pathologischen Veränderung des Kiefers: Am Unterkiefer	M1	31221/ 36221	31502/ 36502	31643	31644	31821/ 36821	
5-243.4		Exzision einer odontogenen pathologischen Veränderung des Kiefers: Am Unterkiefer mit Darstellung des N. alveolaris inferior	M2	31222/ 36222	31503/ 36503	31643	31644	31822/ 36822	
5-243.5		Exzision einer odontogenen pathologischen Veränderung des Kiefers: Am Unterkiefer mit Darstellung des N. lingualis	M2	31222/ 36222	31503/ 36503	31643	31644	31822/ 36822	
5-244.00		Alveolarkammplastik und Vestibulumplastik: Alveolarkammplastik (Umschlagfalte): Ohne Transplantat	M1	31221/ 36221	31502/ 36502	31643	31644	31821/ 36821	
5-244.01		Alveolarkammplastik und Vestibulumplastik: Alveolarkammplastik (Umschlagfalte): Mit Hauttransplantat	M3	31223/ 36223	31504/ 36504	31645	31646	31823/ 36823	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-244.02		Alveolarkammplastik und Vestibulumplastik: Alveolarkammplastik (Umschlagfalte): Mit Schleimhauttransplantat	M3	31223/ 36223	31504/ 36504	31645	31646	31823/ 36823	
5-244.10		Alveolarkammplastik und Vestibulumplastik: Mundbodensenkung: Ohne Transplantat	M3	31223/ 36223	31504/ 36504	31645	31646	31823/ 36823	
5-244.11		Alveolarkammplastik und Vestibulumplastik: Mundbodensenkung: Mit Hauttransplantat	M4	31224/ 36224	31504/ 36504	31647	31648	31824/ 36824	
5-244.12		Alveolarkammplastik und Vestibulumplastik: Mundbodensenkung: Mit Schleimhauttransplantat	M4	31224/ 36224	31504/ 36504	31647	31648	31824/ 36824	
5-244.20		Alveolarkammplastik und Vestibulumplastik: Vestibulumplastik: Ohne Transplantat	M2	31222/ 36222	31503/ 36503	31643	31644	31822/ 36822	
5-244.21		Alveolarkammplastik und Vestibulumplastik: Vestibulumplastik: Mit Hauttransplantat	M3	31223/ 36223	31504/ 36504	31645	31646	31823/ 36823	
5-244.22		Alveolarkammplastik und Vestibulumplastik: Vestibulumplastik: Mit Schleimhauttransplantat	M3	31223/ 36223	31504/ 36504	31645	31646	31823/ 36823	
5-244.30		Alveolarkammplastik und Vestibulumplastik: Mundbodensenkung mit Vestibulumplastik: Ohne Transplantat	M3	31223/ 36223	31504/ 36504	31645	31646	31823/ 36823	
5-244.31		Alveolarkammplastik und Vestibulumplastik: Mundbodensenkung mit Vestibulumplastik: Mit Hauttransplantat	M5	31225/ 36225	31505/ 36505	31647	31648	31825/ 36825	
5-244.32		Alveolarkammplastik und Vestibulumplastik: Mundbodensenkung mit Vestibulumplastik: Mit Schleimhauttransplantat	M5	31225/ 36225	31505/ 36505	31647	31648	31825/ 36825	
5-244.40		Alveolarkammplastik und Vestibulumplastik: Tuberplastik: Ohne Transplantat	M2	31222/ 36222	31503/ 36503	31643	31644	31822/ 36822	
5-244.41		Alveolarkammplastik und Vestibulumplastik: Tuberplastik: Mit Hauttransplantat	M3	31223/ 36223	31504/ 36504	31645	31646	31823/ 36823	
5-244.42		Alveolarkammplastik und Vestibulumplastik: Tuberplastik: Mit Schleimhauttransplantat	M3	31223/ 36223	31504/ 36504	31645	31646	31823/ 36823	
5-245.1		Zahnfreilegung: Mit Osteotomie	M1	31221/ 36221	31502/ 36502	31643	31644	31821/ 36821	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-251.00		Partielle Glossektomie: Transoral: Rekonstruktion mit gestieltem regionalen Lappen	M5	31225/ 36225	31505/ 36505	31647	31648	31825/ 36825	
5-251.10		Partielle Glossektomie: Durch temporäre Mandibulotomie: Rekonstruktion mit gestieltem regionalen Lappen	M5	31225/ 36225	31505/ 36505	31647	31648	31825/ 36825	
5-251.20		Partielle Glossektomie: Durch Pharyngotomie: Rekonstruktion mit gestieltem regionalen Lappen	M5	31225/ 36225	31505/ 36505	31647	31648	31825/ 36825	
5-259.2		Andere Operationen an der Zunge: Plastik des Frenulum linguae	M1	31221/ 36221	31502/ 36502	31643	31644	31821/ 36821	
5-260.20	↔	Inzision und Schlitzung einer Speicheldrüse und eines Speicheldrüsenausführungsganges: Entfernung eines Speichelsteines: Speicheldrüse	N1	31231/ 36231	31502/ 36502	31656	31657	31821/ 36821	
5-261.0	↔	Exzision von erkranktem Gewebe einer Speicheldrüse und eines Speicheldrüsenausführungsganges: Marsupialisation des Ductus parotideus [Stenon-Gang]	N1	31231/ 36231	31502/ 36502	31656	31657	31821/ 36821	
5-261.1	↔	Exzision von erkranktem Gewebe einer Speicheldrüse und eines Speicheldrüsenausführungsganges: Marsupialisation des Ductus submandibularis [Wharton-Gang]	N1	31231/ 36231	31502/ 36502	31656	31657	31821/ 36821	
5-261.2	↔	Exzision von erkranktem Gewebe einer Speicheldrüse und eines Speicheldrüsenausführungsganges: Marsupialisation an der Glandula sublingualis (Ranula)	N1	31231/ 36231	31502/ 36502	31656	31657	31821/ 36821	
5-261.3	↔	Exzision von erkranktem Gewebe einer Speicheldrüse und eines Speicheldrüsenausführungsganges: Exzision an der Glandula parotis	N2	31232/ 36232	31503/ 36503	31658	31659	31822/ 36822	
5-261.4	↔	Exzision von erkranktem Gewebe einer Speicheldrüse und eines Speicheldrüsenausführungsganges: Exzision an der Glandula submandibularis	N2	31232/ 36232	31503/ 36503	31658	31659	31822/ 36822	
5-261.5	↔	Exzision von erkranktem Gewebe einer Speicheldrüse und eines Speicheldrüsenausführungsganges: Exzision an der Glandula sublingualis (Ranula)	N1	31231/ 36231	31502/ 36502	31656	31657	31821/ 36821	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-262.02	↔	Resektion einer Speicheldrüse: Parotidektomie, partiell: Ohne intraoperatives Fazialismonitoring, ohne Entfernung von erkranktem Gewebe im oberen Parapharyngeal- und/oder Infratemporalraum	N4	31234/ 36234	31504/ 36504	31660	31661	31824/ 36824	
5-262.03	↔	Resektion einer Speicheldrüse: Parotidektomie, partiell: Ohne intraoperatives Fazialismonitoring, mit Entfernung von erkranktem Gewebe im oberen Parapharyngeal- und/oder Infratemporalraum	N5	31235/ 36235	31505/ 36505	31660	31661	31825/ 36825	
5-262.04	↔	Resektion einer Speicheldrüse: Parotidektomie, partiell: Mit intraoperativem Fazialismonitoring, ohne Entfernung von erkranktem Gewebe im oberen Parapharyngeal- und/oder Infratemporalraum	N5	31235/ 36235	31505/ 36505	31660	31661	31825/ 36825	
5-262.05	↔	Resektion einer Speicheldrüse: Parotidektomie, partiell: Mit intraoperativem Fazialismonitoring, mit Entfernung von erkranktem Gewebe im oberen Parapharyngeal- und/oder Infratemporalraum	N5	31235/ 36235	31505/ 36505	31660	31661	31825/ 36825	
5-262.12	↔	Resektion einer Speicheldrüse: Parotidektomie, komplett mit Erhalt des N. facialis: Ohne intraoperatives Fazialismonitoring, ohne Entfernung von erkranktem Gewebe im oberen Parapharyngeal- und/oder Infratemporalraum	N5	31235/ 36235	31505/ 36505	31660	31661	31825/ 36825	
5-262.13	↔	Resektion einer Speicheldrüse: Parotidektomie, komplett mit Erhalt des N. facialis: Ohne intraoperatives Fazialismonitoring, mit Entfernung von erkranktem Gewebe im oberen Parapharyngeal- und/oder Infratemporalraum	N6	31236/ 36236	31506/ 36506	31662	31663	31826/ 36826	
5-262.14	↔	Resektion einer Speicheldrüse: Parotidektomie, komplett mit Erhalt des N. facialis: Mit intraoperativem Fazialismonitoring, ohne Entfernung von erkranktem Gewebe im oberen Parapharyngeal- und/oder Infratemporalraum	N6	31236/ 36236	31506/ 36506	31662	31663	31826/ 36826	
5-262.15	↔	Resektion einer Speicheldrüse: Parotidektomie, komplett mit Erhalt des N. facialis: Mit intraoperativem Fazialismonitoring, mit Entfernung von erkranktem Gewebe im oberen Parapharyngeal- und/oder Infratemporalraum	N6	31236/ 36236	31506/ 36506	31662	31663	31826/ 36826	
5-262.22	↔	Resektion einer Speicheldrüse: Parotidektomie, komplett mit Resektion des N. facialis: Mit Teilresektion des N. facialis, ohne Entfernung	N6	31236/ 36236	31506/ 36506	31662	31663	31826/ 36826	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
		von erkranktem Gewebe im oberen Parapharyngeal- und/oder Infratemporalraum							
5-262.23	↔	Resektion einer Speicheldrüse: Parotidektomie, komplett mit Resektion des N. facialis: Mit Teilresektion des N. facialis, mit Entfernung von erkranktem Gewebe im oberen Parapharyngeal- und/oder Infratemporalraum	N7	31237/ 36237	31507/ 36507	31662	31663	31827/ 36827	
5-262.24	↔	Resektion einer Speicheldrüse: Parotidektomie, komplett mit Resektion des N. facialis: Mit Resektion des N. facialis, ohne Entfernung von erkranktem Gewebe im oberen Parapharyngeal- und/oder Infratemporalraum	N5	31235/ 36235	31505/ 36505	31660	31661	31825/ 36825	
5-262.25	↔	Resektion einer Speicheldrüse: Parotidektomie, komplett mit Resektion des N. facialis: Mit Resektion des N. facialis, mit Entfernung von erkranktem Gewebe im oberen Parapharyngeal- und/oder Infratemporalraum	N5	31235/ 36235	31505/ 36505	31660	31661	31825/ 36825	
5-262.3	↔	Resektion einer Speicheldrüse: Parotidektomie, komplett mit Resektion und Rekonstruktion des N. facialis	N6	31236/ 36236	31506/ 36506	31662	31663	31826/ 36826	
5-262.40	↔	Resektion einer Speicheldrüse: Glandula submandibularis: Ohne intraoperatives Monitoring des Ramus marginalis des N. facialis	N3	31233/ 36233	31504/ 36504	31658	31659	31823/ 36823	
5-262.41	↔	Resektion einer Speicheldrüse: Glandula submandibularis: Mit intraoperativem Monitoring des Ramus marginalis des N. facialis	N3	31233/ 36233	31504/ 36504	31658	31659	31823/ 36823	
5-262.5	↔	Resektion einer Speicheldrüse: Glandula sublingualis	N2	31232/ 36232	31503/ 36503	31658	31659	31822/ 36822	
5-263.10	↔	Rekonstruktion einer Speicheldrüse und eines Speicheldrüsenausführungsganges: Verschluss einer Fistel: Speicheldrüse	N2	31232/ 36232	31503/ 36503	31658	31659	31822/ 36822	
5-263.11	↔	Rekonstruktion einer Speicheldrüse und eines Speicheldrüsenausführungsganges: Verschluss einer Fistel: Ausführungsgang	N1	31231/ 36231	31502/ 36502	31656	31657	31821/ 36821	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-263.2	↔	Rekonstruktion einer Speicheldrüse und eines Speicheldrüsenausführungsganges: Verlagerung eines Speicheldrüsenausführungsganges	N2	31232/ 36232	31503/ 36503	31658	31659	31822/ 36822	
5-269.40	↔	Andere Operationen an Speicheldrüse und Speicheldrüsenausführungsgang: Entfernung von erkranktem Gewebe im oberen Parapharyngeal- und/oder Infratemporalraum mit Verlagerung der Glandula parotis: Ohne intraoperatives Fazialismonitoring	N4	31234/ 36234	31504/ 36504	31660	31661	31824/ 36824	
5-269.41	↔	Andere Operationen an Speicheldrüse und Speicheldrüsenausführungsgang: Entfernung von erkranktem Gewebe im oberen Parapharyngeal- und/oder Infratemporalraum mit Verlagerung der Glandula parotis: Mit intraoperativem Fazialismonitoring	N4	31234/ 36234	31504/ 36504	31660	31661	31824/ 36824	
5-272.0		Exzision und Destruktion des (erkrankten) harten und weichen Gaumens: Exzision, lokal	M1	31221/ 36221	31502/ 36502	31643	31644	31821/ 36821	
5-272.1		Exzision und Destruktion des (erkrankten) harten und weichen Gaumens: Exzision, partiell	M1	31221/ 36221	31502/ 36502	31643	31644	31821/ 36821	
5-272.2		Exzision und Destruktion des (erkrankten) harten und weichen Gaumens: Exstirpation, total, transoral	M5	31225/ 36225	31505/ 36505	31647	31648	31825/ 36825	
5-272.3		Exzision und Destruktion des (erkrankten) harten und weichen Gaumens: Exzision, radikal [En-bloc-Resektion], transmandibulär	M6	31226/ 36226	31506/ 36506	31649	31650	31826/ 36826	
5-272.4		Exzision und Destruktion des (erkrankten) harten und weichen Gaumens: Exzision, radikal [En-bloc-Resektion], transfazial	M6	31226/ 36226	31506/ 36506	31649	31650	31826/ 36826	
5-272.5		Exzision und Destruktion des (erkrankten) harten und weichen Gaumens: Uvulektomie	N1	31231/ 36231	31502/ 36502	31656	31657	31821/ 36821	
5-274.1		Mundbodenplastik: Plastische Rekonstruktion	M2	31222/ 36222	31503/ 36503	31643	31644	31822/ 36822	
5-274.2		Mundbodenplastik: Verschluss einer Fistel	M2	31222/ 36222	31503/ 36503	31643	31644	31822/ 36822	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-275.0		Palatoplastik: Naht (nach Verletzung)	M1	31221/ 36221	31502/ 36502	31643	31644	31821/ 36821	
5-275.1		Palatoplastik: Primäre Hartgaumenplastik ohne Knochentransplantat	M3	31223/ 36223	31504/ 36504	31645	31646	31823/ 36823	
5-275.2		Palatoplastik: Primäre Hartgaumenplastik mit Knochentransplantat	M5	31225/ 36225	31505/ 36505	31647	31648	31825/ 36825	
5-275.3		Palatoplastik: Sekundäre Hartgaumenplastik ohne Knochentransplantat	M3	31223/ 36223	31504/ 36504	31645	31646	31823/ 36823	
5-275.4		Palatoplastik: Sekundäre Hartgaumenplastik mit Knochentransplantat	M4	31224/ 36224	31504/ 36504	31647	31648	31824/ 36824	
5-275.7		Palatoplastik: Velopharyngolyse	M2	31222/ 36222	31503/ 36503	31643	31644	31822/ 36822	
5-275.8		Palatoplastik: Velopharyngoplastik	M3	31223/ 36223	31504/ 36504	31645	31646	31823/ 36823	
5-276.a	L	Plastische Rekonstruktion einer (angeborenen) Lippenspalte und Lippen-Kieferspalte: Lippenplastik	M3	31223/ 36223	31504/ 36504	31645	31646	31823/ 36823	
5-276.a	P	Plastische Rekonstruktion einer (angeborenen) Lippenspalte und Lippen-Kieferspalte: Lippenplastik	M5	31225/ 36225	31505/ 36505	31647	31648	31825/ 36825	
5-276.a	R	Plastische Rekonstruktion einer (angeborenen) Lippenspalte und Lippen-Kieferspalte: Lippenplastik	M3	31223/ 36223	31504/ 36504	31645	31646	31823/ 36823	
5-276.b	L	Plastische Rekonstruktion einer (angeborenen) Lippenspalte und Lippen-Kieferspalte: Kieferplastik	M5	31225/ 36225	31505/ 36505	31647	31648	31825/ 36825	
5-276.b	P	Plastische Rekonstruktion einer (angeborenen) Lippenspalte und Lippen-Kieferspalte: Kieferplastik	M6	31226/ 36226	31506/ 36506	31649	31650	31826/ 36826	
5-276.b	R	Plastische Rekonstruktion einer (angeborenen) Lippenspalte und Lippen-Kieferspalte: Kieferplastik	M5	31225/ 36225	31505/ 36505	31647	31648	31825/ 36825	
5-276.c	L	Plastische Rekonstruktion einer (angeborenen) Lippenspalte und Lippen-Kieferspalte: Kieferplastik, mit Osteoplastik	M5	31225/ 36225	31505/ 36505	31647	31648	31825/ 36825	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-276.c	P	Plastische Rekonstruktion einer (angeborenen) Lippenspalte und Lippen-Kieferspalte: Kieferplastik, mit Osteoplastik	M6	31226/ 36226	31506/ 36506	31649	31650	31826/ 36826	
5-276.c	R	Plastische Rekonstruktion einer (angeborenen) Lippenspalte und Lippen-Kieferspalte: Kieferplastik, mit Osteoplastik	M5	31225/ 36225	31505/ 36505	31647	31648	31825/ 36825	
5-276.7	↔	Plastische Rekonstruktion einer (angeborenen) Lippenspalte und Lippen-Kieferspalte: Sekundäroperation der Lippenspalte	M3	31223/ 36223	31504/ 36504	31645	31646	31823/ 36823	
5-276.8	↔	Plastische Rekonstruktion einer (angeborenen) Lippenspalte und Lippen-Kieferspalte: Operation bei Makrostomie	M5	31225/ 36225	31505/ 36505	31647	31648	31825/ 36825	
5-279.0		Andere Operationen am Mund: Operative Blutstillung	M1	31221/ 36221	31502/ 36502	31643	31644	31821/ 36821	
5-281.0		Tonsillektomie (ohne Adenotomie): Mit Dissektionstechnik	N2	31232/ 36232	31503/ 36503	31658	31659	31822/ 36822	
5-281.1		Tonsillektomie (ohne Adenotomie): Abszesstonsillektomie	N3	31233/ 36233	31504/ 36504	31658	31659	31823/ 36823	
5-281.2		Tonsillektomie (ohne Adenotomie): Radikal, transoral	N2	31232/ 36232	31503/ 36503	31658	31659	31822/ 36822	
5-281.3		Tonsillektomie (ohne Adenotomie): Radikal, durch Pharyngotomie	N3	31233/ 36233	31504/ 36504	31658	31659	31823/ 36823	
5-281.4		Tonsillektomie (ohne Adenotomie): Rest-Tonsillektomie	N1	31231/ 36231	31502/ 36502	31656	31657	31821/ 36821	
5-281.5		Tonsillektomie (ohne Adenotomie): Partiell, transoral	N2	31232/ 36232	31504/ 36504	31658	31659	31822/ 36822	
5-282.0		Tonsillektomie mit Adenotomie: Mit Dissektionstechnik	N3	31233/ 36233	31504/ 36504	31658	31659	31823/ 36823	
5-282.10		Tonsillektomie mit Adenotomie: Partiell, transoral: Mit primärer Adenotomie	N3	31233/ 36233	31504/ 36504	31658	31659	31823/ 36823	
5-282.11		Tonsillektomie mit Adenotomie: Partiell, transoral: Mit Readenotomie	N3	31233/ 36233	31504/ 36504	31658	31659	31823/ 36823	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-284.0		Exzision und Destruktion einer Zungengrundtonsille: Transoral	N2	31232/ 36232	31503/ 36503	31658	31659	31822/ 36822	
5-284.1		Exzision und Destruktion einer Zungengrundtonsille: Durch Pharyngotomie	N3	31233/ 36233	31504/ 36504	31658	31659	31823/ 36823	
5-285.0		Adenotomie (ohne Tonsillektomie): Primäreingriff	N1	31231/ 36231	31502/ 36502	31656	31657	31821/ 36821	
5-285.1		Adenotomie (ohne Tonsillektomie): Readenotomie	N1	31231/ 36231	31502/ 36502	31656	31657	31821/ 36821	
5-289.1		Andere Operationen an Gaumen- und Rachenmandeln: Operative Blutstillung nach Tonsillektomie	N2	31232/ 36232	31503/ 36503	31658	31659	31822/ 36822	
5-289.2		Andere Operationen an Gaumen- und Rachenmandeln: Operative Blutstillung nach Adenotomie	N1	31231/ 36231	31502/ 36502	31656	31657	31821/ 36821	

2.11 Operationen an Pharynx, Larynx und Trachea

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-290.0		Pharyngotomie: Median	N3	31233/ 36233	31504/ 36504	31658	31659	31823/ 36823	
5-290.1		Pharyngotomie: Median, translingual	N4	31234/ 36234	31504/ 36504	31660	31661	31824/ 36824	
5-290.2		Pharyngotomie: Median, transhyoidal	N5	31235/ 36235	31505/ 36505	31660	31661	31825/ 36825	
5-290.3		Pharyngotomie: Lateral	N5	31235/ 36235	31505/ 36505	31660	31661	31825/ 36825	
5-291.1		Operationen an Kiemengangsresten: Exzision einer lateralen Halszyste	N3	31233/ 36233	31504/ 36504	31658	31659	31823/ 36823	
5-291.2		Operationen an Kiemengangsresten: Exzision einer lateralen Halsfistel	N4	31234/ 36234	31504/ 36504	31660	31661	31824/ 36824	
5-294.4		Andere Rekonstruktionen des Pharynx: (Uvulo-)Palatopharyngoplastik	N3	31233/ 36233	31504/ 36504	31658	31659	31823/ 36823	
5-295.10		Partielle Resektion des Pharynx [Pharynxteilresektion]: Durch Pharyngotomie: Ohne Rekonstruktion	N5	31235/ 36235	31505/ 36505	31660	31661	31825/ 36825	
5-295.11		Partielle Resektion des Pharynx [Pharynxteilresektion]: Durch Pharyngotomie: Rekonstruktion mit lokaler Schleimhaut	N5	31235/ 36235	31505/ 36505	31660	31661	31825/ 36825	
5-295.12		Partielle Resektion des Pharynx [Pharynxteilresektion]: Durch Pharyngotomie: Rekonstruktion mit gestieltem regionalen Lappen	N6	31236/ 36236	31506/ 36506	31662	31663	31826/ 36826	
5-295.13		Partielle Resektion des Pharynx [Pharynxteilresektion]: Durch Pharyngotomie: Rekonstruktion mit nicht vaskularisiertem Transplantat	N6	31236/ 36236	31506/ 36506	31662	31663	31826/ 36826	
5-295.14		Partielle Resektion des Pharynx [Pharynxteilresektion]: Durch Pharyngotomie: Rekonstruktion mit freiem mikrovaskulär-anastomosierten Transplantat	N7	31237/ 36237	31507/ 36507	31662	31663	31827/ 36827	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-295.15		Partielle Resektion des Pharynx [Pharynxteilresektion]: Durch Pharyngotomie: Rekonstruktion mit gestieltem Fernlappen	N7	31237/ 36237	31507/ 36507	31662	31663	31827/ 36827	
5-299.00		Andere Operationen am Pharynx: Myotomie des M. constrictor pharyngis: Ohne Pharyngotomie	N2	31232/ 36232	31503/ 36503	31658	31659	31822/ 36822	
5-299.01		Andere Operationen am Pharynx: Myotomie des M. constrictor pharyngis: Mit Pharyngotomie	N3	31233/ 36233	31504/ 36504	31658	31659	31823/ 36823	
5-299.2		Andere Operationen am Pharynx: Schwellendurchtrennung eines Zenker-Divertikels, endoskopisch	N2	31232/ 36232	31503/ 36503	31658	31659	31822/ 36822	
5-300.0		Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Larynx: Exzision, endolaryngeal	N2	31232/ 36232	31503/ 36503	31658	31659	31822/ 36822	
5-300.1		Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Larynx: Exzision, laryngoskopisch	N2	31232/ 36232	31503/ 36503	31658	31659	31822/ 36822	
5-300.2		Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Larynx: Exzision, mikrolaryngoskopisch	N2	31232/ 36232	31503/ 36503	31658	31659	31822/ 36822	
5-300.4		Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Larynx: Dekortikation einer Stimmlippe, durch Thyreotomie	N4	31234/ 36234	31504/ 36504	31660	31661	31824/ 36824	
5-300.5		Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Larynx: Dekortikation einer Stimmlippe, mikrolaryngoskopisch	N2	31232/ 36232	31503/ 36503	31658	31659	31822/ 36822	
5-300.6		Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Larynx: Stripping einer Stimmlippe, durch Thyreotomie	N4	31234/ 36234	31504/ 36504	31660	31661	31824/ 36824	
5-300.7		Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Larynx: Stripping einer Stimmlippe, mikrolaryngoskopisch	N2	31232/ 36232	31503/ 36503	31658	31659	31822/ 36822	
5-301.0		Hemilaryngektomie: Horizontal, supraglottisch	N7	31237/ 36237	31507/ 36507	31662	31663	31827/ 36827	
5-301.1		Hemilaryngektomie: Horizontal, supraglottisch mit Zungengrundresektion	N7	31237/ 36237	31507/ 36507	31662	31663	31827/ 36827	
5-302.0		Andere partielle Laryngektomie: Epiglottektomie, endolaryngeal	N3	31233/ 36233	31504/ 36504	31658	31659	31823/ 36823	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-302.1		Andere partielle Laryngektomie: Chordektomie, endolaryngeal	N3	31233/ 36233	31504/ 36504	31658	31659	31823/ 36823	
5-302.2		Andere partielle Laryngektomie: Chordektomie durch Thyreotomie	N4	31234/ 36234	31504/ 36504	31660	31661	31824/ 36824	
5-302.3		Andere partielle Laryngektomie: Cricothyreoidektomie	N5	31235/ 36235	31505/ 36505	31660	31661	31825/ 36825	
5-302.6		Andere partielle Laryngektomie: Teilresektion, frontal (Huet)	N5	31235/ 36235	31505/ 36505	31660	31661	31825/ 36825	
5-302.7		Andere partielle Laryngektomie: Teilresektion, frontolateral (Leroux-Robert)	N5	31235/ 36235	31505/ 36505	31660	31661	31825/ 36825	
5-302.8		Andere partielle Laryngektomie: Arytaenoidektomie, laryngoskopisch	N3	31233/ 36233	31504/ 36504	31658	31659	31823/ 36823	
5-302.9		Andere partielle Laryngektomie: Arytaenoidektomie, mikrolaryngoskopisch	N3	31233/ 36233	31504/ 36504	31658	31659	31823/ 36823	
5-311.0		Temporäre Tracheostomie: Tracheotomie	N2	31232/ 36232	31503/ 36503	31658	31659	31822/ 36822	
5-311.1		Temporäre Tracheostomie: Punktionstracheotomie	N1	31231/ 36231	31502/ 36502	31656	31657	31821/ 36821	
5-311.2		Temporäre Tracheostomie: Minitracheotomie	N2	31232/ 36232	31503/ 36503	31658	31659	31822/ 36822	
5-314.12		Exzision, Resektion und Destruktion (von erkranktem Gewebe) der Trachea: Resektion: Mit Anlegen eines Tracheostomas	N4	31234/ 36234	31504/ 36504	31660	31661	31824/ 36824	
5-315.0		Rekonstruktion des Larynx: Naht (nach Verletzung)	N4	31234/ 36234	31504/ 36504	31660	31661	31824/ 36824	
5-315.1		Rekonstruktion des Larynx: Verschluss einer Fistel	N3	31233/ 36233	31504/ 36504	31658	31659	31823/ 36823	
5-315.2		Rekonstruktion des Larynx: Erweiterungsplastik der Glottis (endolaryngeal)	N3	31233/ 36233	31504/ 36504	31658	31659	31823/ 36823	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-315.9		Rekonstruktion des Larynx: Lateralfixation der Stimmlippen von außen	N2	31232/ 36232	31503/ 36503	31658	31659	31822/ 36822	
5-316.0		Rekonstruktion der Trachea: Naht (nach Verletzung)	N4	31234/ 36234	31504/ 36504	31660	31661	31824/ 36824	
5-316.1		Rekonstruktion der Trachea: Verschluss einer Fistel	N4	31234/ 36234	31504/ 36504	31660	31661	31824/ 36824	
5-316.2		Rekonstruktion der Trachea: Verschluss eines Tracheostomas	N2	31232/ 36232	31503/ 36503	31658	31659	31822/ 36822	
5-316.3		Rekonstruktion der Trachea: Erweiterungsplastik eines Tracheostomas	N3	31233/ 36233	31504/ 36504	31658	31659	31823/ 36823	

2.12 Operationen an Lunge und Bronchus

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-320.2	↔	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe eines Bronchus: Durch Thorakoskopie	J4	31194/ 36194		31610	31611	31824/ 36824	
5-321.0	↔	Andere Exzision und Resektion eines Bronchus (ohne Resektion des Lungenparenchyms): Keilexzision	J5	31195/ 36195		31610	31611	31825/ 36825	
5-322.ca	L	Atypische Lungenresektion: Enukleation, offen chirurgisch: 6 bis 9 Läsionen, ohne Lymphadenektomie	J4	31194/ 36194		31610	31611	31824/ 36824	
5-322.ca	P	Atypische Lungenresektion: Enukleation, offen chirurgisch: 6 bis 9 Läsionen, ohne Lymphadenektomie	J7	31197/ 36197		31612	31613	31827/ 36827	
5-322.ca	R	Atypische Lungenresektion: Enukleation, offen chirurgisch: 6 bis 9 Läsionen, ohne Lymphadenektomie	J4	31194/ 36194		31610	31611	31824/ 36824	
5-322.cb	L	Atypische Lungenresektion: Enukleation, offen chirurgisch: 6 bis 9 Läsionen, mit Entfernung einzelner Lymphknoten	J5	31195/ 36195		31610	31611	31825/ 36825	
5-322.cb	P	Atypische Lungenresektion: Enukleation, offen chirurgisch: 6 bis 9 Läsionen, mit Entfernung einzelner Lymphknoten	J7	31197/ 36197		31612	31613	31827/ 36827	
5-322.cb	R	Atypische Lungenresektion: Enukleation, offen chirurgisch: 6 bis 9 Läsionen, mit Entfernung einzelner Lymphknoten	J5	31195/ 36195		31610	31611	31825/ 36825	
5-322.cd	L	Atypische Lungenresektion: Enukleation, offen chirurgisch: 10 bis 19 Läsionen, ohne Lymphadenektomie	J5	31195/ 36195		31610	31611	31825/ 36825	
5-322.cd	P	Atypische Lungenresektion: Enukleation, offen chirurgisch: 10 bis 19 Läsionen, ohne Lymphadenektomie	J7	31197/ 36197		31612	31613	31827/ 36827	
5-322.cd	R	Atypische Lungenresektion: Enukleation, offen chirurgisch: 10 bis 19 Läsionen, ohne Lymphadenektomie	J5	31195/ 36195		31610	31611	31825/ 36825	
5-322.ce	L	Atypische Lungenresektion: Enukleation, offen chirurgisch: 10 bis 19 Läsionen, mit Entfernung einzelner Lymphknoten	J6	31196/ 36196		31612	31613	31826/ 36826	
5-322.ce	P	Atypische Lungenresektion: Enukleation, offen chirurgisch: 10 bis 19 Läsionen, mit Entfernung einzelner Lymphknoten	J7	31197/ 36197		31612	31613	31827/ 36827	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-322.ce	R	Atypische Lungenresektion: Enukleation, offen chirurgisch: 10 bis 19 Läsionen, mit Entfernung einzelner Lymphknoten	J6	31196/ 36196		31612	31613	31826/ 36826	
5-322.cg	L	Atypische Lungenresektion: Enukleation, offen chirurgisch: 20 oder mehr Läsionen, ohne Lymphadenektomie	J5	31195/ 36195		31610	31611	31825/ 36825	
5-322.cg	P	Atypische Lungenresektion: Enukleation, offen chirurgisch: 20 oder mehr Läsionen, ohne Lymphadenektomie	J7	31197/ 36197		31612	31613	31827/ 36827	
5-322.cg	R	Atypische Lungenresektion: Enukleation, offen chirurgisch: 20 oder mehr Läsionen, ohne Lymphadenektomie	J5	31195/ 36195		31610	31611	31825/ 36825	
5-322.ch	L	Atypische Lungenresektion: Enukleation, offen chirurgisch: 20 oder mehr Läsionen, mit Entfernung einzelner Lymphknoten	J6	31196/ 36196		31612	31613	31826/ 36826	
5-322.ch	P	Atypische Lungenresektion: Enukleation, offen chirurgisch: 20 oder mehr Läsionen, mit Entfernung einzelner Lymphknoten	J7	31197/ 36197		31612	31613	31827/ 36827	
5-322.ch	R	Atypische Lungenresektion: Enukleation, offen chirurgisch: 20 oder mehr Läsionen, mit Entfernung einzelner Lymphknoten	J6	31196/ 36196		31612	31613	31826/ 36826	
5-322.c4	L	Atypische Lungenresektion: Enukleation, offen chirurgisch: Eine Läsion, ohne Lymphadenektomie	J3	31193/ 36193		31608	31609	31823/ 36823	
5-322.c4	P	Atypische Lungenresektion: Enukleation, offen chirurgisch: Eine Läsion, ohne Lymphadenektomie	J6	31196/ 36196		31612	31613	31826/ 36826	
5-322.c4	R	Atypische Lungenresektion: Enukleation, offen chirurgisch: Eine Läsion, ohne Lymphadenektomie	J3	31193/ 36193		31608	31609	31823/ 36823	
5-322.c5	L	Atypische Lungenresektion: Enukleation, offen chirurgisch: Eine Läsion, mit Entfernung einzelner Lymphknoten	J5	31195/ 36195		31610	31611	31825/ 36825	
5-322.c5	P	Atypische Lungenresektion: Enukleation, offen chirurgisch: Eine Läsion, mit Entfernung einzelner Lymphknoten	J7	31197/ 36197		31612	31613	31827/ 36827	
5-322.c5	R	Atypische Lungenresektion: Enukleation, offen chirurgisch: Eine Läsion, mit Entfernung einzelner Lymphknoten	J5	31195/ 36195		31610	31611	31825/ 36825	
5-322.c7	L	Atypische Lungenresektion: Enukleation, offen chirurgisch: 2 bis 5 Läsionen, ohne Lymphadenektomie	J4	31194/ 36194		31610	31611	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-322.c7	P	Atypische Lungenresektion: Enukleation, offen chirurgisch: 2 bis 5 Läsionen, ohne Lymphadenektomie	J7	31197/ 36197		31612	31613	31827/ 36827	
5-322.c7	R	Atypische Lungenresektion: Enukleation, offen chirurgisch: 2 bis 5 Läsionen, ohne Lymphadenektomie	J4	31194/ 36194		31610	31611	31824/ 36824	
5-322.c8	L	Atypische Lungenresektion: Enukleation, offen chirurgisch: 2 bis 5 Läsionen, mit Entfernung einzelner Lymphknoten	J5	31195/ 36195		31610	31611	31825/ 36825	
5-322.c8	P	Atypische Lungenresektion: Enukleation, offen chirurgisch: 2 bis 5 Läsionen, mit Entfernung einzelner Lymphknoten	J7	31197/ 36197		31612	31613	31827/ 36827	
5-322.c8	R	Atypische Lungenresektion: Enukleation, offen chirurgisch: 2 bis 5 Läsionen, mit Entfernung einzelner Lymphknoten	J5	31195/ 36195		31610	31611	31825/ 36825	
5-322.d1	L	Atypische Lungenresektion: Keilresektion, einfach, offen chirurgisch: Ohne Lymphadenektomie	J5	31195/ 36195		31610	31611	31825/ 36825	
5-322.d1	R	Atypische Lungenresektion: Keilresektion, einfach, offen chirurgisch: Ohne Lymphadenektomie	J5	31195/ 36195		31610	31611	31825/ 36825	
5-322.d2	L	Atypische Lungenresektion: Keilresektion, einfach, offen chirurgisch: Mit Entfernung einzelner Lymphknoten	J5	31195/ 36195		31610	31611	31825/ 36825	
5-322.d2	P	Atypische Lungenresektion: Keilresektion, einfach, offen chirurgisch: Mit Entfernung einzelner Lymphknoten	J7	31197/ 36197		31612	31613	31827/ 36827	
5-322.d2	R	Atypische Lungenresektion: Keilresektion, einfach, offen chirurgisch: Mit Entfernung einzelner Lymphknoten	J5	31195/ 36195		31610	31611	31825/ 36825	
5-322.ea	↔	Atypische Lungenresektion: Keilresektion, mehrfach, offen chirurgisch: 10 bis 19 Keile, ohne Lymphadenektomie	J7	31197/ 36197		31612	31613	31827/ 36827	
5-322.ed	↔	Atypische Lungenresektion: Keilresektion, mehrfach, offen chirurgisch: 20 oder mehr Keile, ohne Lymphadenektomie	J7	31197/ 36197		31612	31613	31827/ 36827	
5-322.e4	↔	Atypische Lungenresektion: Keilresektion, mehrfach, offen chirurgisch: 2 bis 5 Keile, ohne Lymphadenektomie	J6	31196/ 36196		31612	31613	31826/ 36826	
5-322.e7	↔	Atypische Lungenresektion: Keilresektion, mehrfach, offen chirurgisch: 6 bis 9 Keile, ohne Lymphadenektomie	J7	31197/ 36197		31612	31613	31827/ 36827	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-322.fa	L	Atypische Lungenresektion: Enukleation, thorakoskopisch: 6 bis 9 Läsionen, ohne Lymphadenektomie	J4	31194/ 36194		31610	31611	31824/ 36824	
5-322.fa	P	Atypische Lungenresektion: Enukleation, thorakoskopisch: 6 bis 9 Läsionen, ohne Lymphadenektomie	J7	31197/ 36197		31612	31613	31827/ 36827	
5-322.fa	R	Atypische Lungenresektion: Enukleation, thorakoskopisch: 6 bis 9 Läsionen, ohne Lymphadenektomie	J4	31194/ 36194		31610	31611	31824/ 36824	
5-322.fb	L	Atypische Lungenresektion: Enukleation, thorakoskopisch: 6 bis 9 Läsionen, mit Entfernung einzelner Lymphknoten	J5	31195/ 36195		31610	31611	31825/ 36825	
5-322.fb	P	Atypische Lungenresektion: Enukleation, thorakoskopisch: 6 bis 9 Läsionen, mit Entfernung einzelner Lymphknoten	J7	31197/ 36197		31612	31613	31827/ 36827	
5-322.fb	R	Atypische Lungenresektion: Enukleation, thorakoskopisch: 6 bis 9 Läsionen, mit Entfernung einzelner Lymphknoten	J5	31195/ 36195		31610	31611	31825/ 36825	
5-322.fc	L	Atypische Lungenresektion: Enukleation, thorakoskopisch: 6 bis 9 Läsionen, mit radikaler Lymphadenektomie	J6	31196/ 36196		31612	31613	31826/ 36826	
5-322.fc	P	Atypische Lungenresektion: Enukleation, thorakoskopisch: 6 bis 9 Läsionen, mit radikaler Lymphadenektomie	J7	31197/ 36197		31612	31613	31827/ 36827	
5-322.fc	R	Atypische Lungenresektion: Enukleation, thorakoskopisch: 6 bis 9 Läsionen, mit radikaler Lymphadenektomie	J6	31196/ 36196		31612	31613	31826/ 36826	
5-322.fd	L	Atypische Lungenresektion: Enukleation, thorakoskopisch: 10 bis 19 Läsionen, ohne Lymphadenektomie	J5	31195/ 36195		31610	31611	31825/ 36825	
5-322.fd	P	Atypische Lungenresektion: Enukleation, thorakoskopisch: 10 bis 19 Läsionen, ohne Lymphadenektomie	J7	31197/ 36197		31612	31613	31827/ 36827	
5-322.fd	R	Atypische Lungenresektion: Enukleation, thorakoskopisch: 10 bis 19 Läsionen, ohne Lymphadenektomie	J5	31195/ 36195		31610	31611	31825/ 36825	
5-322.fe	L	Atypische Lungenresektion: Enukleation, thorakoskopisch: 10 bis 19 Läsionen, mit Entfernung einzelner Lymphknoten	J6	31196/ 36196		31612	31613	31826/ 36826	
5-322.fe	P	Atypische Lungenresektion: Enukleation, thorakoskopisch: 10 bis 19 Läsionen, mit Entfernung einzelner Lymphknoten	J7	31197/ 36197		31612	31613	31827/ 36827	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-322.fe	R	Atypische Lungenresektion: Enukleation, thorakoskopisch: 10 bis 19 Läsionen, mit Entfernung einzelner Lymphknoten	J6	31196/ 36196		31612	31613	31826/ 36826	
5-322.ff	L	Atypische Lungenresektion: Enukleation, thorakoskopisch: 10 bis 19 Läsionen, mit radikaler Lymphadenektomie	J6	31196/ 36196		31612	31613	31826/ 36826	
5-322.ff	P	Atypische Lungenresektion: Enukleation, thorakoskopisch: 10 bis 19 Läsionen, mit radikaler Lymphadenektomie	J7	31197/ 36197		31612	31613	31827/ 36827	
5-322.ff	R	Atypische Lungenresektion: Enukleation, thorakoskopisch: 10 bis 19 Läsionen, mit radikaler Lymphadenektomie	J6	31196/ 36196		31612	31613	31826/ 36826	
5-322.fg	L	Atypische Lungenresektion: Enukleation, thorakoskopisch: 20 oder mehr Läsionen, ohne Lymphadenektomie	J5	31195/ 36195		31610	31611	31825/ 36825	
5-322.fg	P	Atypische Lungenresektion: Enukleation, thorakoskopisch: 20 oder mehr Läsionen, ohne Lymphadenektomie	J7	31197/ 36197		31612	31613	31827/ 36827	
5-322.fg	R	Atypische Lungenresektion: Enukleation, thorakoskopisch: 20 oder mehr Läsionen, ohne Lymphadenektomie	J5	31195/ 36195		31610	31611	31825/ 36825	
5-322.fh	L	Atypische Lungenresektion: Enukleation, thorakoskopisch: 20 oder mehr Läsionen, mit Entfernung einzelner Lymphknoten	J5	31195/ 36195		31610	31611	31825/ 36825	
5-322.fh	P	Atypische Lungenresektion: Enukleation, thorakoskopisch: 20 oder mehr Läsionen, mit Entfernung einzelner Lymphknoten	J7	31197/ 36197		31612	31613	31827/ 36827	
5-322.fh	R	Atypische Lungenresektion: Enukleation, thorakoskopisch: 20 oder mehr Läsionen, mit Entfernung einzelner Lymphknoten	J5	31195/ 36195		31610	31611	31825/ 36825	
5-322.fj	L	Atypische Lungenresektion: Enukleation, thorakoskopisch: 20 oder mehr Läsionen, mit radikaler Lymphadenektomie	J7	31197/ 36197		31612	31613	31827/ 36827	
5-322.fj	P	Atypische Lungenresektion: Enukleation, thorakoskopisch: 20 oder mehr Läsionen, mit radikaler Lymphadenektomie	J7	31197/ 36197		31612	31613	31827/ 36827	
5-322.fj	R	Atypische Lungenresektion: Enukleation, thorakoskopisch: 20 oder mehr Läsionen, mit radikaler Lymphadenektomie	J7	31197/ 36197		31612	31613	31827/ 36827	
5-322.f4	L	Atypische Lungenresektion: Enukleation, thorakoskopisch: Eine Läsion, ohne Lymphadenektomie	J3	31193/ 36193		31608	31609	31823/ 36823	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-322.f4	P	Atypische Lungenresektion: Enukleation, thorakoskopisch: Eine Läsion, ohne Lymphadenektomie	J7	31197/ 36197		31612	31613	31827/ 36827	
5-322.f4	R	Atypische Lungenresektion: Enukleation, thorakoskopisch: Eine Läsion, ohne Lymphadenektomie	J3	31193/ 36193		31608	31609	31823/ 36823	
5-322.f5	L	Atypische Lungenresektion: Enukleation, thorakoskopisch: Eine Läsion, mit Entfernung einzelner Lymphknoten	J4	31194/ 36194		31610	31611	31824/ 36824	
5-322.f5	P	Atypische Lungenresektion: Enukleation, thorakoskopisch: Eine Läsion, mit Entfernung einzelner Lymphknoten	J7	31197/ 36197		31612	31613	31827/ 36827	
5-322.f5	R	Atypische Lungenresektion: Enukleation, thorakoskopisch: Eine Läsion, mit Entfernung einzelner Lymphknoten	J4	31194/ 36194		31610	31611	31824/ 36824	
5-322.f6	L	Atypische Lungenresektion: Enukleation, thorakoskopisch: Eine Läsion, mit radikaler Lymphadenektomie	J6	31196/ 36196		31612	31613	31826/ 36826	
5-322.f6	P	Atypische Lungenresektion: Enukleation, thorakoskopisch: Eine Läsion, mit radikaler Lymphadenektomie	J7	31197/ 36197		31612	31613	31827/ 36827	
5-322.f6	R	Atypische Lungenresektion: Enukleation, thorakoskopisch: Eine Läsion, mit radikaler Lymphadenektomie	J6	31196/ 36196		31612	31613	31826/ 36826	
5-322.f7	L	Atypische Lungenresektion: Enukleation, thorakoskopisch: 2 bis 5 Läsionen, ohne Lymphadenektomie	J4	31194/ 36194		31610	31611	31824/ 36824	
5-322.f7	P	Atypische Lungenresektion: Enukleation, thorakoskopisch: 2 bis 5 Läsionen, ohne Lymphadenektomie	J7	31197/ 36197		31612	31613	31827/ 36827	
5-322.f7	R	Atypische Lungenresektion: Enukleation, thorakoskopisch: 2 bis 5 Läsionen, ohne Lymphadenektomie	J4	31194/ 36194		31610	31611	31824/ 36824	
5-322.f8	L	Atypische Lungenresektion: Enukleation, thorakoskopisch: 2 bis 5 Läsionen, mit Entfernung einzelner Lymphknoten	J5	31195/ 36195		31610	31611	31825/ 36825	
5-322.f8	P	Atypische Lungenresektion: Enukleation, thorakoskopisch: 2 bis 5 Läsionen, mit Entfernung einzelner Lymphknoten	J7	31197/ 36197		31612	31613	31827/ 36827	
5-322.f8	R	Atypische Lungenresektion: Enukleation, thorakoskopisch: 2 bis 5 Läsionen, mit Entfernung einzelner Lymphknoten	J5	31195/ 36195		31610	31611	31825/ 36825	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-322.f9	L	Atypische Lungenresektion: Enukleation, thorakoskopisch: 2 bis 5 Läsionen, mit radikaler Lymphadenektomie	J6	31196/ 36196		31612	31613	31826/ 36826	
5-322.f9	P	Atypische Lungenresektion: Enukleation, thorakoskopisch: 2 bis 5 Läsionen, mit radikaler Lymphadenektomie	J7	31197/ 36197		31612	31613	31827/ 36827	
5-322.f9	R	Atypische Lungenresektion: Enukleation, thorakoskopisch: 2 bis 5 Läsionen, mit radikaler Lymphadenektomie	J6	31196/ 36196		31612	31613	31826/ 36826	
5-322.ha	L	Atypische Lungenresektion: Keilresektion, mehrfach, thorakoskopisch: 10 bis 19 Keile, ohne Lymphadenektomie	J5	31195/ 36195		31610	31611	31825/ 36825	
5-322.ha	P	Atypische Lungenresektion: Keilresektion, mehrfach, thorakoskopisch: 10 bis 19 Keile, ohne Lymphadenektomie	J6	31196/ 36196		31612	31613	31826/ 36826	
5-322.ha	R	Atypische Lungenresektion: Keilresektion, mehrfach, thorakoskopisch: 10 bis 19 Keile, ohne Lymphadenektomie	J5	31195/ 36195		31610	31611	31825/ 36825	
5-322.hb	L	Atypische Lungenresektion: Keilresektion, mehrfach, thorakoskopisch: 10 bis 19 Keile, mit Entfernung einzelner Lymphknoten	J7	31197/ 36197		31612	31613	31827/ 36827	
5-322.hb	P	Atypische Lungenresektion: Keilresektion, mehrfach, thorakoskopisch: 10 bis 19 Keile, mit Entfernung einzelner Lymphknoten	J7	31197/ 36197		31612	31613	31827/ 36827	
5-322.hb	R	Atypische Lungenresektion: Keilresektion, mehrfach, thorakoskopisch: 10 bis 19 Keile, mit Entfernung einzelner Lymphknoten	J7	31197/ 36197		31612	31613	31827/ 36827	
5-322.hc	L	Atypische Lungenresektion: Keilresektion, mehrfach, thorakoskopisch: 10 bis 19 Keile, mit radikaler Lymphadenektomie	J7	31197/ 36197		31612	31613	31827/ 36827	
5-322.hc	P	Atypische Lungenresektion: Keilresektion, mehrfach, thorakoskopisch: 10 bis 19 Keile, mit radikaler Lymphadenektomie	J7	31197/ 36197		31612	31613	31827/ 36827	
5-322.hc	R	Atypische Lungenresektion: Keilresektion, mehrfach, thorakoskopisch: 10 bis 19 Keile, mit radikaler Lymphadenektomie	J7	31197/ 36197		31612	31613	31827/ 36827	
5-322.hd	L	Atypische Lungenresektion: Keilresektion, mehrfach, thorakoskopisch: 20 oder mehr Keile, ohne Lymphadenektomie	J5	31195/ 36195		31610	31611	31825/ 36825	
5-322.hd	P	Atypische Lungenresektion: Keilresektion, mehrfach, thorakoskopisch: 20 oder mehr Keile, ohne Lymphadenektomie	J6	31196/ 36196		31612	31613	31826/ 36826	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-322.hd	R	Atypische Lungenresektion: Keilresektion, mehrfach, thorakoskopisch: 20 oder mehr Keile, ohne Lymphadenektomie	J5	31195/ 36195		31610	31611	31825/ 36825	
5-322.he	L	Atypische Lungenresektion: Keilresektion, mehrfach, thorakoskopisch: 20 oder mehr Keile, mit Entfernung einzelner Lymphknoten	J7	31197/ 36197		31612	31613	31827/ 36827	
5-322.he	P	Atypische Lungenresektion: Keilresektion, mehrfach, thorakoskopisch: 20 oder mehr Keile, mit Entfernung einzelner Lymphknoten	J7	31197/ 36197		31612	31613	31827/ 36827	
5-322.he	R	Atypische Lungenresektion: Keilresektion, mehrfach, thorakoskopisch: 20 oder mehr Keile, mit Entfernung einzelner Lymphknoten	J7	31197/ 36197		31612	31613	31827/ 36827	
5-322.hf	L	Atypische Lungenresektion: Keilresektion, mehrfach, thorakoskopisch: 20 oder mehr Keile, mit radikaler Lymphadenektomie	J7	31197/ 36197		31612	31613	31827/ 36827	
5-322.hf	P	Atypische Lungenresektion: Keilresektion, mehrfach, thorakoskopisch: 20 oder mehr Keile, mit radikaler Lymphadenektomie	J7	31197/ 36197		31612	31613	31827/ 36827	
5-322.hf	R	Atypische Lungenresektion: Keilresektion, mehrfach, thorakoskopisch: 20 oder mehr Keile, mit radikaler Lymphadenektomie	J7	31197/ 36197		31612	31613	31827/ 36827	
5-322.h4	L	Atypische Lungenresektion: Keilresektion, mehrfach, thorakoskopisch: 2 bis 5 Keile, ohne Lymphadenektomie	J4	31194/ 36194		31610	31611	31824/ 36824	
5-322.h4	P	Atypische Lungenresektion: Keilresektion, mehrfach, thorakoskopisch: 2 bis 5 Keile, ohne Lymphadenektomie	J5	31195/ 36195		31610	31611	31825/ 36825	
5-322.h4	R	Atypische Lungenresektion: Keilresektion, mehrfach, thorakoskopisch: 2 bis 5 Keile, ohne Lymphadenektomie	J4	31194/ 36194		31610	31611	31824/ 36824	
5-322.h5	L	Atypische Lungenresektion: Keilresektion, mehrfach, thorakoskopisch: 2 bis 5 Keile, mit Entfernung einzelner Lymphknoten	J5	31195/ 36195		31610	31611	31825/ 36825	
5-322.h5	P	Atypische Lungenresektion: Keilresektion, mehrfach, thorakoskopisch: 2 bis 5 Keile, mit Entfernung einzelner Lymphknoten	J6	31196/ 36196		31612	31613	31826/ 36826	
5-322.h5	R	Atypische Lungenresektion: Keilresektion, mehrfach, thorakoskopisch: 2 bis 5 Keile, mit Entfernung einzelner Lymphknoten	J5	31195/ 36195		31610	31611	31825/ 36825	
5-322.h6	L	Atypische Lungenresektion: Keilresektion, mehrfach, thorakoskopisch: 2 bis 5 Keile, mit radikaler Lymphadenektomie	J7	31197/ 36197		31612	31613	31827/ 36827	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-322.h6	P	Atypische Lungenresektion: Keilresektion, mehrfach, thorakoskopisch: 2 bis 5 Keile, mit radikaler Lymphadenektomie	J7	31197/ 36197		31612	31613	31827/ 36827	
5-322.h6	R	Atypische Lungenresektion: Keilresektion, mehrfach, thorakoskopisch: 2 bis 5 Keile, mit radikaler Lymphadenektomie	J7	31197/ 36197		31612	31613	31827/ 36827	
5-322.h7	L	Atypische Lungenresektion: Keilresektion, mehrfach, thorakoskopisch: 6 bis 9 Keile, ohne Lymphadenektomie	J4	31194/ 36194		31610	31611	31824/ 36824	
5-322.h7	P	Atypische Lungenresektion: Keilresektion, mehrfach, thorakoskopisch: 6 bis 9 Keile, ohne Lymphadenektomie	J6	31196/ 36196		31612	31613	31826/ 36826	
5-322.h7	R	Atypische Lungenresektion: Keilresektion, mehrfach, thorakoskopisch: 6 bis 9 Keile, ohne Lymphadenektomie	J4	31194/ 36194		31610	31611	31824/ 36824	
5-322.h8	L	Atypische Lungenresektion: Keilresektion, mehrfach, thorakoskopisch: 6 bis 9 Keile, mit Entfernung einzelner Lymphknoten	J6	31196/ 36196		31612	31613	31826/ 36826	
5-322.h8	P	Atypische Lungenresektion: Keilresektion, mehrfach, thorakoskopisch: 6 bis 9 Keile, mit Entfernung einzelner Lymphknoten	J7	31197/ 36197		31612	31613	31827/ 36827	
5-322.h8	R	Atypische Lungenresektion: Keilresektion, mehrfach, thorakoskopisch: 6 bis 9 Keile, mit Entfernung einzelner Lymphknoten	J6	31196/ 36196		31612	31613	31826/ 36826	
5-322.h9	L	Atypische Lungenresektion: Keilresektion, mehrfach, thorakoskopisch: 6 bis 9 Keile, mit radikaler Lymphadenektomie	J7	31197/ 36197		31612	31613	31827/ 36827	
5-322.h9	P	Atypische Lungenresektion: Keilresektion, mehrfach, thorakoskopisch: 6 bis 9 Keile, mit radikaler Lymphadenektomie	J7	31197/ 36197		31612	31613	31827/ 36827	
5-322.h9	R	Atypische Lungenresektion: Keilresektion, mehrfach, thorakoskopisch: 6 bis 9 Keile, mit radikaler Lymphadenektomie	J7	31197/ 36197		31612	31613	31827/ 36827	
5-330.0	↔	Inzision eines Bronchus: Ohne weitere Maßnahmen	J4	31194/ 36194		31610	31611	31824/ 36824	
5-330.1	↔	Inzision eines Bronchus: Entfernung eines Fremdkörpers	J4	31194/ 36194		31610	31611	31824/ 36824	
5-340.a	↔	Inzision von Brustwand und Pleura: Entfernung von erkranktem Gewebe aus der Pleurahöhle, offen chirurgisch	J6	31196/ 36196		31612	31613	31826/ 36826	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-340.c	↔	Inzision von Brustwand und Pleura: Thorakotomie zur Hämatomausräumung	J4	31194/ 36194		31610	31611	31824/ 36824	
5-340.d	↔	Inzision von Brustwand und Pleura: Thorakoskopie zur Hämatomausräumung	J4	31194/ 36194		31610	31611	31824/ 36824	
5-340.0	↔	Inzision von Brustwand und Pleura: Drainage der Brustwand oder Pleurahöhle, offen chirurgisch	J1	31191/ 36191	31504/ 36504	31601	31602	31821/ 36821	
5-340.1		Inzision von Brustwand und Pleura: Explorative Thorakotomie	J3	31193/ 36193		31608	31609	31823/ 36823	
5-340.2	↔	Inzision von Brustwand und Pleura: Thorakotomie zur Fremdkörperentfernung	J4	31194/ 36194		31610	31611	31824/ 36824	
5-340.8	↔	Inzision von Brustwand und Pleura: Osteotomie der Rippe mit Osteosynthese	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-340.9		Inzision von Brustwand und Pleura: Osteotomie des Sternums	J3	31193/ 36193		31608	31609	31823/ 36823	
5-341.21		Inzision des Mediastinums: Extrapleural, durch Sternotomie: Spülung	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-342.02		Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Mediastinums: Exzision: Durch Mediastinoskopie	J4	31194/ 36194		31610	31611	31824/ 36824	
5-342.11		Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Mediastinums: Resektion: Ohne Resektion an mediastinalen Organen	J4	31194/ 36194		31610	31611	31824/ 36824	
5-343.0		Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe der Brustwand: Exzision von Weichteilen	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-343.1		Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe der Brustwand: Destruktion von Weichteilen	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-343.2	↔	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe der Brustwand: Partielle Resektion am knöchernen Thorax, Rippe	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-343.3		Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe der Brustwand: Partielle Resektion am knöchernen Thorax, Sternum	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-343.4	↔	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe der Brustwand: Komplette Resektion am knöchernen Thorax, Rippe	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-343.5	↔	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe der Brustwand: Komplette Resektion einer Halsrippe	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-343.6		Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe der Brustwand: Komplette Resektion am knöchernen Thorax, Sternum	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-343.7		Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe der Brustwand: Brustwandteilresektion ohne plastische Deckung	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-344.40	↔	Pleurektomie: Pleurektomie, partiell, thorakoskopisch: Lokal	J3	31193/ 36193		31608	31609	31823/ 36823	
5-346.b		Plastische Rekonstruktion der Brustwand: Rekonstruktion der Brustwand mit Omentum	J7	31197/ 36197		31612	31613	31827/ 36827	
5-346.c0		Plastische Rekonstruktion der Brustwand: Stabilisierung der Thoraxwand, offen chirurgisch, einseitig: Mit Reposition und Osteosynthese, 1 Rippe	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-346.c1		Plastische Rekonstruktion der Brustwand: Stabilisierung der Thoraxwand, offen chirurgisch, einseitig: Mit Reposition und Osteosynthese, 2 Rippen	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-346.c2		Plastische Rekonstruktion der Brustwand: Stabilisierung der Thoraxwand, offen chirurgisch, einseitig: Mit Reposition und Osteosynthese, 3 bis 5 Rippen	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-346.d0		Plastische Rekonstruktion der Brustwand: Stabilisierung der Thoraxwand, offen chirurgisch, beidseitig: Mit Reposition und Osteosynthese, 2 Rippen	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-346.d1		Plastische Rekonstruktion der Brustwand: Stabilisierung der Thoraxwand, offen chirurgisch, beidseitig: Mit Reposition und Osteosynthese, 3 bis 4 Rippen	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-346.d2		Plastische Rekonstruktion der Brustwand: Stabilisierung der Thoraxwand, offen chirurgisch, beidseitig: Mit Reposition und Osteosynthese, 5 bis 8 Rippen	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-346.1		Plastische Rekonstruktion der Brustwand: Naht (nach Verletzung), thorakoskopisch	J3	31193/ 36193		31608	31609	31823/ 36823	
5-346.3		Plastische Rekonstruktion der Brustwand: Verschluss einer Fistel, thorakoskopisch	J3	31193/ 36193		31608	31609	31823/ 36823	
5-346.4		Plastische Rekonstruktion der Brustwand: Sekundärer Verschluss einer Thorakotomie	J3	31193/ 36193		31608	31609	31823/ 36823	
5-346.60	↔	Plastische Rekonstruktion der Brustwand: Resektion am knöchernen Thorax mit Rekonstruktion: Partielle Resektion, Rippe	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-346.61		Plastische Rekonstruktion der Brustwand: Resektion am knöchernen Thorax mit Rekonstruktion: Partielle Resektion, Sternum	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-346.62	↔	Plastische Rekonstruktion der Brustwand: Resektion am knöchernen Thorax mit Rekonstruktion: Komplette Resektion, Rippe	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-346.63		Plastische Rekonstruktion der Brustwand: Resektion am knöchernen Thorax mit Rekonstruktion: Komplette Resektion, Sternum	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-346.7		Plastische Rekonstruktion der Brustwand: Knochenplastik und/oder Knochentransplantation	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-346.80		Plastische Rekonstruktion der Brustwand: Brustwandteilresektion mit plastischer Deckung: Durch autogenes Material	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-346.81		Plastische Rekonstruktion der Brustwand: Brustwandteilresektion mit plastischer Deckung: Durch alloplastisches Material	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-347.2		Operationen am Zwerchfell: Naht (nach Verletzung), thorakoskopisch	J7	31197/ 36197		31612	31613	31827/ 36827	
5-349.0		Andere Operationen am Thorax: Offene Reposition einer Sternumfraktur	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-349.1		Andere Operationen am Thorax: Sequesterotomie an Rippe oder Sternum	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-349.2		Andere Operationen am Thorax: Sequesterotomie an Rippe oder Sternum mit Einlegen eines Medikamententrägers	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-349.3		Andere Operationen am Thorax: Entfernung von Osteosynthesematerial	D1	31131/ 36131	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-349.7		Andere Operationen am Thorax: Operative Entfernung eines Verweilsystems zur Drainage der Pleurahöhle	J1	31191/ 36191	31504/ 36504	31601	31602	31821/ 36821	

2.13 Operationen am Herzen

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-377.j0		Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Defibrillator mit extravasaler Elektrode: Mit subkutaner Elektrode	L4	31214/ 36214	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-377.1		Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Schrittmacher, Einkammersystem	L2	31212/ 36212	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-377.2		Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Schrittmacher, Zweikammersystem, mit einer Schrittmachersonde	L2	31212/ 36212	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-377.30		Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Schrittmacher, Zweikammersystem, mit zwei Schrittmachersonden: Ohne antitachykarde Stimulation	L4	31214/ 36214	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-377.31		Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Schrittmacher, Zweikammersystem, mit zwei Schrittmachersonden: Mit antitachykarder Stimulation	L4	31214/ 36214	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-377.40		Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Schrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem]: Ohne Vorhofelektrode	L5	31215/ 36215	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-377.41		Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Schrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem]: Mit Vorhofelektrode	L5	31215/ 36215	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-377.50		Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Defibrillator mit Einkammer-Stimulation: Ohne atriale Detektion	L3	31213/ 36213	31505/ 36505	31608	31609	31823/ 36823	
5-377.51		Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Defibrillator mit Einkammer-Stimulation: Mit atrialer Detektion	L4	31214/ 36214	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-377.6		Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation	L5	31215/ 36215	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-377.70		Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation: Ohne Vorhofelektrode	L5	31215/ 36215	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-377.71		Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation: Mit Vorhofelektrode	L5	31215/ 36215	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-378.ba		Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung Herzschrittmacher auf Herzschrittmacher, Defibrillator oder intrakardialen Impulsgenerator: Herzschrittmacher auf Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation	L5	31215/ 36215	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-378.bb		Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung Herzschrittmacher auf Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, ohne Vorhofelektrode	L5	31215/ 36215	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-378.bc		Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung Herzschrittmacher auf Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, mit Vorhofelektrode	L5	31215/ 36215	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-378.b0		Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung Herzschrittmacher, Einkammersystem auf Herzschrittmacher, Zweikammersystem	L5	31215/ 36215	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-378.b1		Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung Herzschrittmacher, Einkammersystem auf Herzschrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem], ohne Vorhofelektrode	L5	31215/ 36215	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-378.b2		Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung Herzschrittmacher, Einkammersystem auf Herzschrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem], mit Vorhofelektrode	L5	31215/ 36215	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-378.b3		Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung Herzschrittmacher, Zweikammersystem auf Herzschrittmacher, Einkammersystem	L4	31214/ 36214	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-378.b4		Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung Herzschrittmacher, Zweikammersystem auf Herzschrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem], ohne Vorhofelektrode	L6	31216/ 36216	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-378.b5		Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung Herzschrittmacher, Zweikammersystem auf Herzschrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem], mit Vorhofelektrode	L5	31215/ 36215	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-378.b6		Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung Herzschrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem] auf Herzschrittmacher, Einkammersystem	L4	31214/ 36214	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-378.b7		Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung Herzschrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem] auf Herzschrittmacher, Zweikammersystem	L4	31214/ 36214	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-378.b8		Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung Herzschrittmacher auf Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, ohne atriale Detektion	L5	31215/ 36215	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-378.b9		Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung Herzschrittmacher auf Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, mit atrialer Detektion	L5	31215/ 36215	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-378.ca		Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung Defibrillator auf Defibrillator, Herzschrittmacher oder intrakardialen Impulsgenerator: Defibrillator auf Herzschrittmacher, Einkammersystem	L5	31215/ 36215	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-378.cb		Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung Defibrillator auf Defibrillator, Herzschrittmacher oder intrakardialen Impulsgenerator: Defibrillator auf Herzschrittmacher, Zweikammersystem	L5	31215/ 36215	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-378.cc		Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung Defibrillator auf Herzschrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem], ohne Vorhofelektrode	L5	31215/ 36215	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-378.cd		Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung Defibrillator auf Herzschrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem], mit Vorhofelektrode	L5	31215/ 36215	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-378.cf		Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung Defibrillator mit subkutaner Elektrode auf Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, ohne atriale Detektion	L5	31215/ 36215	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-378.cg		Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung Defibrillator mit subkutaner Elektrode auf Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, mit atrialer Detektion	L5	31215/ 36215	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-378.ch		Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung Defibrillator mit subkutaner Elektrode auf Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation	L5	31215/ 36215	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-378.cj		Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung Defibrillator mit subkutaner Elektrode auf Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, ohne Vorhofelektrode	L5	31215/ 36215	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-378.ck		Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung Defibrillator mit subkutaner Elektrode auf Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, mit Vorhofelektrode	L5	31215/ 36215	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-378.cp		Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung Defibrillator mit substernaler Elektrode auf Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, ohne atriale Detektion	L5	31215/ 36215	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-378.cq		Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung Defibrillator mit substernaler Elektrode auf Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, mit atrialer Detektion	L5	31215/ 36215	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-378.cr		Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung Defibrillator mit substernaler Elektrode auf Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation	L5	31215/ 36215	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-378.cs		Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung Defibrillator mit substernaler Elektrode auf Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, ohne Vorhofelektrode	L5	31215/ 36215	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-378.ct		Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung Defibrillator mit substernaler Elektrode auf Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, mit Vorhofelektrode	L5	31215/ 36215	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-378.c0		Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung Defibrillator mit Einkammer-Stimulation auf Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation	L4	31214/ 36214	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-378.c1		Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung Defibrillator mit Einkammer-Stimulation auf Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, ohne Vorhofelektrode	L5	31215/ 36215	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-378.c2		Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung Defibrillator mit Einkammer-Stimulation auf Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, mit Vorhofelektrode	L5	31215/ 36215	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-378.c3		Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation auf Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, ohne atriale Detektion	L4	31214/ 36214	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-378.c4		Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation auf Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, mit atrialer Detektion	L4	31214/ 36214	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-378.c5		Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation auf Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, ohne Vorhofelektrode	L5	31215/ 36215	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-378.c6		Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung Defibrillator mit Zweikammer-	L5	31215/ 36215	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
		Stimulation auf Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, mit Vorhofelektrode							
5-378.c7		Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation auf Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, ohne atriale Detektion	L5	31215/ 36215	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-378.c8		Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation auf Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, mit atrialer Detektion	L5	31215/ 36215	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-378.c9		Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation auf Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation	L5	31215/ 36215	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-378.d0		Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung intrakardialer Impulsgenerator auf Herzschrittmacher oder Defibrillator: Intrakardialer Impulsgenerator auf Herzschrittmacher, Einkammersystem	L4	31214/ 36214	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-378.d1		Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung intrakardialer Impulsgenerator auf Herzschrittmacher oder Defibrillator: Intrakardialer Impulsgenerator auf Herzschrittmacher, Zweikammersystem	L5	31215/ 36215	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-378.d2		Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung intrakardialer Impulsgenerator auf Herzschrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem], ohne Vorhofelektrode	L5	31215/ 36215	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-378.d3		Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung intrakardialer Impulsgenerator auf Herzschrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem], mit Vorhofelektrode	L5	31215/ 36215	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-378.d4		Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung intrakardialer Impulsgenerator auf Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, ohne atriale Detektion	L5	31215/ 36215	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-378.d5		Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung intrakardialer Impulsgenerator auf Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, mit atrialer Detektion	L5	31215/ 36215	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-378.d6		Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung intrakardialer Impulsgenerator auf Herzschrittmacher oder Defibrillator: Intrakardialer Impulsgenerator auf Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation	L5	31215/ 36215	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-378.d7		Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung intrakardialer Impulsgenerator auf Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, ohne Vorhofelektrode	L5	31215/ 36215	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-378.d8		Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Systemumstellung intrakardialer Impulsgenerator auf Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, mit Vorhofelektrode	L5	31215/ 36215	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-378.0a		Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatentfernung: Schrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem], ohne Vorhofelektrode	L2	31212/ 36212	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-378.0b		Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatentfernung: Schrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem], mit Vorhofelektrode	L2	31212/ 36212	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-378.0c		Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatentfernung: Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, ohne atriale Detektion	L3	31213/ 36213	31505/ 36505	31608	31609	31823/ 36823	
5-378.0d		Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatentfernung: Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, mit atrialer Detektion	L3	31213/ 36213	31505/ 36505	31608	31609	31823/ 36823	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-378.0e		Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatentfernung: Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, ohne Vorhofelektrode	L3	31213/ 36213	31505/ 36505	31608	31609	31823/ 36823	
5-378.0f		Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatentfernung: Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, mit Vorhofelektrode	L3	31213/ 36213	31505/ 36505	31608	31609	31823/ 36823	
5-378.0k		Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatentfernung: Defibrillator mit substernaler Elektrode	L3	31213/ 36213	31505/ 36505	31608	31609	31823/ 36823	
5-378.01		Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatentfernung: Schrittmacher, Einkammersystem	L1	31211/ 36211	31503/ 36503	31601	31602	31821/ 36821	
5-378.02		Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatentfernung: Schrittmacher, Zweikammersystem	L1	31211/ 36211	31503/ 36503	31601	31602	31821/ 36821	
5-378.05		Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatentfernung: Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation	L3	31213/ 36213	31505/ 36505	31608	31609	31823/ 36823	
5-378.07		Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatentfernung: Ereignis-Rekorder	L1	31211/ 36211	31503/ 36503	31601	31602	31821/ 36821	
5-378.18		Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenentfernung: Schrittmacher	L2	31212/ 36212	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-378.19		Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenentfernung: Defibrillator	L3	31213/ 36213	31505/ 36505	31608	31609	31823/ 36823	
5-378.2a		Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregat- und Sondenentfernung: Schrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem], ohne Vorhofelektrode	L4	31214/ 36214	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-378.2b		Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregat- und Sondenentfernung: Schrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem], mit Vorhofelektrode	L4	31214/ 36214	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-378.2c		Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregat- und Sondenentfernung: Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, ohne atriale Detektion	L2	31212/ 36212	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-378.2d		Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregat- und Sondenentfernung: Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, mit atrialer Detektion	L2	31212/ 36212	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-378.2e		Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregat- und Sondenentfernung: Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, ohne Vorhofelektrode	L2	31212/ 36212	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-378.2f		Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregat- und Sondenentfernung: Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, mit Vorhofelektrode	L2	31212/ 36212	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-378.21		Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregat- und Sondenentfernung: Schrittmacher, Einkammersystem	L2	31212/ 36212	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-378.22		Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregat- und Sondenentfernung: Schrittmacher, Zweikammersystem	L2	31212/ 36212	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-378.25		Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregat- und Sondenentfernung: Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation	L4	31214/ 36214	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-378.3a		Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenkorrektur: Schrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem], ohne Vorhofelektrode	L3	31213/ 36213	31505/ 36505	31608	31609	31823/ 36823	
5-378.3b		Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenkorrektur: Schrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem], mit Vorhofelektrode	L3	31213/ 36213	31505/ 36505	31608	31609	31823/ 36823	
5-378.3c		Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenkorrektur: Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, ohne atriale Detektion	L2	31212/ 36212	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-378.3d		Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenkorrektur: Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, mit atrialer Detektion	L3	31213/ 36213	31505/ 36505	31608	31609	31823/ 36823	
5-378.3e		Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenkorrektur: Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, ohne Vorhofelektrode	L3	31213/ 36213	31505/ 36505	31608	31609	31823/ 36823	
5-378.3f		Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenkorrektur: Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, mit Vorhofelektrode	L3	31213/ 36213	31505/ 36505	31608	31609	31823/ 36823	
5-378.31		Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenkorrektur: Schrittmacher, Einkammersystem	L2	31212/ 36212	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-378.32		Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenkorrektur: Schrittmacher, Zweikammersystem	L3	31213/ 36213	31505/ 36505	31608	31609	31823/ 36823	
5-378.35		Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenkorrektur: Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation	L3	31213/ 36213	31505/ 36505	31608	31609	31823/ 36823	
5-378.4a		Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Lagekorrektur des Aggregats: Schrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem], ohne Vorhofelektrode	L2	31212/ 36212	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-378.4b		Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Lagekorrektur des Aggregats: Schrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem], mit Vorhofelektrode	L2	31212/ 36212	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-378.4c		Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Lagekorrektur des Aggregats: Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, ohne atriale Detektion	L2	31212/ 36212	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-378.4d		Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Lagekorrektur des Aggregats: Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, mit atrialer Detektion	L2	31212/ 36212	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-378.4e		Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Lagekorrektur des Aggregats: Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, ohne Vorhofelektrode	L2	31212/ 36212	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-378.4f		Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Lagekorrektur des Aggregats: Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, mit Vorhofelektrode	L2	31212/ 36212	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-378.4k		Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Lagekorrektur des Aggregats: Defibrillator mit substernaler Elektrode	L2	31212/ 36212	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-378.41		Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Lagekorrektur des Aggregats: Schrittmacher, Einkammersystem	L2	31212/ 36212	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-378.42		Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Lagekorrektur des Aggregats: Schrittmacher, Zweikammersystem	L2	31212/ 36212	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-378.45		Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Lagekorrektur des Aggregats: Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation	L2	31212/ 36212	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-378.5a		Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Schrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem], ohne Vorhofelektrode	L3	31213/ 36213	31505/ 36505	31608	31609	31823/ 36823	
5-378.5b		Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Schrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem], mit Vorhofelektrode	L3	31213/ 36213	31505/ 36505	31608	31609	31823/ 36823	
5-378.5c		Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, ohne atriale Detektion	L2	31212/ 36212	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-378.5d		Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, mit atrialer Detektion	L2	31212/ 36212	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-378.5e		Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, ohne Vorhofelektrode	L3	31213/ 36213	31505/ 36505	31608	31609	31823/ 36823	
5-378.5f		Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, mit Vorhofelektrode	L3	31213/ 36213	31505/ 36505	31608	31609	31823/ 36823	
5-378.5k		Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Defibrillator mit substernaler Elektrode	L2	31212/ 36212	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-378.51		Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Schrittmacher, Einkammersystem	L2	31212/ 36212	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-378.52		Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Schrittmacher, Zweikammersystem	L2	31212/ 36212	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-378.55		Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregatwechsel (ohne Änderung der Sonde): Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation	L2	31212/ 36212	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-378.6a		Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregat- und Sondenwechsel: Schrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem], ohne Vorhofelektrode	L5	31215/ 36215	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-378.6b		Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregat- und Sondenwechsel: Schrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem], mit Vorhofelektrode	L5	31215/ 36215	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-378.6c		Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregat- und Sondenwechsel: Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, ohne atriale Detektion	L5	31215/ 36215	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-378.6d		Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregat- und Sondenwechsel: Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, mit atrialer Detektion	L5	31215/ 36215	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-378.6e		Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregat- und Sondenwechsel: Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, ohne Vorhofelektrode	L5	31215/ 36215	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-378.6f		Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregat- und Sondenwechsel: Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, mit Vorhofelektrode	L5	31215/ 36215	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-378.61		Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregat- und Sondenwechsel: Schrittmacher, Einkammersystem	L4	31214/ 36214	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-378.62		Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregat- und Sondenwechsel: Schrittmacher, Zweikammersystem	L5	31215/ 36215	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-378.65		Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Aggregat- und Sondenwechsel: Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation	L5	31215/ 36215	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-378.7a		Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenwechsel: Schrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem], ohne Vorhofelektrode	L4	31214/ 36214	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-378.7b		Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenwechsel: Schrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem], mit Vorhofelektrode	L4	31214/ 36214	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-378.7c		Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenwechsel: Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, ohne atriale Detektion	L4	31214/ 36214	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-378.7d		Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenwechsel: Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, mit atrialer Detektion	L4	31214/ 36214	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-378.7e		Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenwechsel: Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, ohne Vorhofelektrode	L5	31215/ 36215	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-378.7f		Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenwechsel: Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, mit Vorhofelektrode	L5	31215/ 36215	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-378.71		Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenwechsel: Schrittmacher, Einkammersystem	L4	31214/ 36214	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-378.72		Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenwechsel: Schrittmacher, Zweikammersystem	L5	31215/ 36215	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-378.75		Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenwechsel: Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation	L5	31215/ 36215	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-378.8a		Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Kupplungskorrektur: Schrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem], ohne Vorhofelektrode	L1	31211/ 36211	31503/ 36503	31601	31602	31821/ 36821	
5-378.8b		Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Kupplungskorrektur: Schrittmacher, biventrikuläre Stimulation [Dreikammersystem], mit Vorhofelektrode	L1	31211/ 36211	31503/ 36503	31601	31602	31821/ 36821	
5-378.8c		Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Kupplungskorrektur: Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, ohne atriale Detektion	L1	31211/ 36211	31503/ 36503	31601	31602	31821/ 36821	
5-378.8d		Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Kupplungskorrektur: Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, mit atrialer Detektion	L1	31211/ 36211	31503/ 36503	31601	31602	31821/ 36821	
5-378.8e		Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Kupplungskorrektur: Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, ohne Vorhofelektrode	L1	31211/ 36211	31503/ 36503	31601	31602	31821/ 36821	
5-378.8f		Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Kupplungskorrektur: Defibrillator mit biventrikulärer Stimulation, mit Vorhofelektrode	L1	31211/ 36211	31503/ 36503	31601	31602	31821/ 36821	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-378.8k		Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Kupplungskorrektur: Defibrillator mit substernaler Elektrode	L1	31211/ 36211	31503/ 36503	31601	31602	31821/ 36821	
5-378.81		Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Kupplungskorrektur: Schrittmacher, Einkammersystem	L1	31211/ 36211	31503/ 36503	31601	31602	31821/ 36821	
5-378.82		Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Kupplungskorrektur: Schrittmacher, Zweikammersystem	L1	31211/ 36211	31503/ 36503	31601	31602	31821/ 36821	
5-378.85		Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Kupplungskorrektur: Defibrillator mit Zweikammer-Stimulation	L1	31211/ 36211	31503/ 36503	31601	31602	31821/ 36821	

2.14 Operationen an den Blutgefäßen

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-380.a7	↔	Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen: Oberflächliche Venen: Gefäßprothese	K3	31203/ 36203	31505/ 36505	31632	31633	31823/ 36823	
5-380.01	↔	Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis communis mit Sinus caroticus	K4	31204/ 36204	31505/ 36505	31634	31635	31824/ 36824	
5-380.02	↔	Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis interna extrakraniell	K4	31204/ 36204	31505/ 36505	31634	31635	31824/ 36824	
5-380.03	↔	Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis externa	K4	31204/ 36204	31505/ 36505	31634	31635	31824/ 36824	
5-380.04	↔	Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. vertebralis extrakraniell	K5	31205/ 36205	31506/ 36506	31634	31635	31825/ 36825	
5-380.05	↔	Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis, Stent	K4	31204/ 36204	31505/ 36505	31634	31635	31824/ 36824	
5-380.06	↔	Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: Gefäßprothese	K5	31205/ 36205	31506/ 36506	31634	31635	31825/ 36825	
5-380.11	↔	Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen: Arterien Schulter und Oberarm: A. axillaris	K3	31203/ 36203	31505/ 36505	31632	31633	31823/ 36823	
5-380.12	↔	Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen: Arterien Schulter und Oberarm: A. brachialis	K3	31203/ 36203	31505/ 36505	31632	31633	31823/ 36823	
5-380.13	↔	Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen: Arterien Schulter und Oberarm: Gefäßprothese	K4	31204/ 36204	31505/ 36505	31634	31635	31824/ 36824	
5-380.20	↔	Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen: Arterien Unterarm und Hand: A. ulnaris	K3	31203/ 36203	31505/ 36505	31632	31633	31823/ 36823	
5-380.21	↔	Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen: Arterien Unterarm und Hand: Arcus palmaris profundus	K3	31203/ 36203	31505/ 36505	31632	31633	31823/ 36823	
5-380.22	↔	Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen: Arterien Unterarm und Hand: Arcus palmaris superficialis	K3	31203/ 36203	31505/ 36505	31632	31633	31823/ 36823	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-380.23	↔	Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen: Arterien Unterarm und Hand: Aa. digitales palmares communes	K3	31203/ 36203	31505/ 36505	31632	31633	31823/ 36823	
5-380.24	↔	Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen: Arterien Unterarm und Hand: A. radialis	K3	31203/ 36203	31505/ 36505	31632	31633	31823/ 36823	
5-380.25	↔	Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen: Arterien Unterarm und Hand: R. carpalis palmaris	K3	31203/ 36203	31505/ 36505	31632	31633	31823/ 36823	
5-380.26	↔	Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen: Arterien Unterarm und Hand: R. carpalis dorsalis	K3	31203/ 36203	31505/ 36505	31632	31633	31823/ 36823	
5-380.27	↔	Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen: Arterien Unterarm und Hand: A. princeps pollicis	K3	31203/ 36203	31505/ 36505	31632	31633	31823/ 36823	
5-380.28	↔	Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen: Arterien Unterarm und Hand: Gefäßprothese	K4	31204/ 36204	31505/ 36505	31634	31635	31824/ 36824	
5-380.30		Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen: Aorta: Aorta ascendens	J7	31197/ 36197		31612	31613	31827/ 36827	
5-380.31		Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen: Aorta: Arcus aortae	J7	31197/ 36197		31612	31613	31827/ 36827	
5-380.32		Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen: Aorta: Aorta thoracica	J7	31197/ 36197		31612	31613	31827/ 36827	
5-380.33		Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen: Aorta: Aorta abdominalis	F7	31157/ 36157	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-380.34		Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen: Aorta: Aorta, Stent	F7	31157/ 36157	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-380.35		Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen: Aorta: Gefäßprothese	J6	31196/ 36196		31612	31613	31826/ 36826	
5-380.40	↔	Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen: Arterien thorakal: A. subclavia	J4	31194/ 36194		31610	31611	31824/ 36824	
5-380.41	↔	Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen: Arterien thorakal: Truncus brachiocephalicus	J5	31195/ 36195		31610	31611	31825/ 36825	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-380.42	↔	Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen: Arterien thorakal: A. pulmonalis	J7	31197/ 36197		31612	31613	31827/ 36827	
5-380.43	↔	Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen: Arterien thorakal: Gefäßprothese	J7	31197/ 36197		31612	31613	31827/ 36827	
5-380.51	↔	Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen: Arterien abdominal und pelvin: Aa. lumbales	F6	31156/ 36156	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-380.53	↔	Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen: Arterien abdominal und pelvin: A. iliaca communis	F6	31156/ 36156	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-380.54	↔	Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen: Arterien abdominal und pelvin: A. iliaca externa	F5	31155/ 36155	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-380.55	↔	Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen: Arterien abdominal und pelvin: A. iliaca interna	F6	31156/ 36156	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-380.56	↔	Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen: Arterien abdominal und pelvin: Gefäßprothese	K7	31207/ 36207	31507/ 36507	31636	31637	31827/ 36827	
5-380.67		Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen: Arterien viszeral: Gefäßprothese	F6	31156/ 36156	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-380.70	↔	Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen: Arterien Oberschenkel: A. femoralis	K3	31203/ 36203	31505/ 36505	31632	31633	31823/ 36823	
5-380.71	↔	Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen: Arterien Oberschenkel: A. profunda femoris	K3	31203/ 36203	31505/ 36505	31632	31633	31823/ 36823	
5-380.72	↔	Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen: Arterien Oberschenkel: A. poplitea	K3	31203/ 36203	31505/ 36505	31632	31633	31823/ 36823	
5-380.73	↔	Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen: Arterien Oberschenkel: Gefäßprothese	K4	31204/ 36204	31505/ 36505	31634	31635	31824/ 36824	
5-380.80	↔	Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen: Arterien Unterschenkel und Fuß: A. tibialis anterior	K3	31203/ 36203	31505/ 36505	31632	31633	31823/ 36823	
5-380.81	↔	Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen: Arterien Unterschenkel und Fuß: Aa. recurrentes	K3	31203/ 36203	31505/ 36505	31632	31633	31823/ 36823	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-380.82	↔	Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen: Arterien Unterschenkel und Fuß: A. dorsalis pedis	K2	31202/ 36202	31503/ 36503	31632	31633	31822/ 36822	
5-380.83	↔	Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen: Arterien Unterschenkel und Fuß: A. tibialis posterior	K3	31203/ 36203	31505/ 36505	31632	31633	31823/ 36823	
5-380.84	↔	Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen: Arterien Unterschenkel und Fuß: A. fibularis	K3	31203/ 36203	31505/ 36505	31632	31633	31823/ 36823	
5-380.85	↔	Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen: Arterien Unterschenkel und Fuß: A. plantaris medialis	K3	31203/ 36203	31505/ 36505	31632	31633	31823/ 36823	
5-380.86	↔	Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen: Arterien Unterschenkel und Fuß: A. plantaris lateralis	K3	31203/ 36203	31505/ 36505	31632	31633	31823/ 36823	
5-380.87	↔	Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen: Arterien Unterschenkel und Fuß: Gefäßprothese	K4	31204/ 36204	31505/ 36505	31634	31635	31824/ 36824	
5-380.9a	↔	Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen: Tiefe Venen: V. iliaca interna	F6	31156/ 36156	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-380.9b	↔	Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen: Tiefe Venen: V. femoralis	K3	31203/ 36203	31505/ 36505	31632	31633	31823/ 36823	
5-380.9c	↔	Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen: Tiefe Venen: V. poplitea	K3	31203/ 36203	31505/ 36505	31632	31633	31823/ 36823	
5-380.9m	↔	Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen: Tiefe Venen: Gefäßprothese	K4	31204/ 36204	31505/ 36505	31634	31635	31824/ 36824	
5-380.91	↔	Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen: Tiefe Venen: V. jugularis	K4	31204/ 36204	31505/ 36505	31634	31635	31824/ 36824	
5-380.92	↔	Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen: Tiefe Venen: V. pulmonalis	J7	31197/ 36197		31612	31613	31827/ 36827	
5-380.93	↔	Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen: Tiefe Venen: V. subclavia	K4	31204/ 36204	31505/ 36505	31634	31635	31824/ 36824	
5-380.94	↔	Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen: Tiefe Venen: V. axillaris	K3	31203/ 36203	31505/ 36505	31632	31633	31823/ 36823	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-380.95	↔	Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen: Tiefe Venen: V. brachiocephalica	K4	31204/ 36204	31505/ 36505	31634	31635	31824/ 36824	
5-380.98	↔	Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen: Tiefe Venen: V. iliaca communis	F6	31156/ 36156	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-380.99	↔	Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen: Tiefe Venen: V. iliaca externa	F5	31155/ 36155	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-381.01	↔	Endarteriektomie: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis communis mit Sinus caroticus	K4	31204/ 36204	31505/ 36505	31634	31635	31824/ 36824	
5-381.02	↔	Endarteriektomie: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis interna extrakraniell	K4	31204/ 36204	31505/ 36505	31634	31635	31824/ 36824	
5-381.03	↔	Endarteriektomie: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis externa	K4	31204/ 36204	31505/ 36505	31634	31635	31824/ 36824	
5-381.04	↔	Endarteriektomie: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. vertebralis extrakraniell	K5	31205/ 36205	31506/ 36506	31634	31635	31825/ 36825	
5-381.05	↔	Endarteriektomie: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis, Stent	K4	31204/ 36204	31505/ 36505	31634	31635	31824/ 36824	
5-381.06	↔	Endarteriektomie: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: Gefäßprothese	K4	31204/ 36204	31505/ 36505	31634	31635	31824/ 36824	
5-381.11	↔	Endarteriektomie: Arterien Schulter und Oberarm: A. axillaris	K3	31203/ 36203	31505/ 36505	31632	31633	31823/ 36823	
5-381.12	↔	Endarteriektomie: Arterien Schulter und Oberarm: A. brachialis	K3	31203/ 36203	31505/ 36505	31632	31633	31823/ 36823	
5-381.13	↔	Endarteriektomie: Arterien Schulter und Oberarm: Gefäßprothese	K3	31203/ 36203	31505/ 36505	31632	31633	31823/ 36823	
5-381.20	↔	Endarteriektomie: Arterien Unterarm und Hand: A. ulnaris	K3	31203/ 36203	31505/ 36505	31632	31633	31823/ 36823	
5-381.24	↔	Endarteriektomie: Arterien Unterarm und Hand: A. radialis	K3	31203/ 36203	31505/ 36505	31632	31633	31823/ 36823	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-381.28	↔	Endarteriektomie: Arterien Unterarm und Hand: Gefäßprothese	K3	31203/ 36203	31505/ 36505	31632	31633	31823/ 36823	
5-381.33		Endarteriektomie: Aorta: Aorta abdominalis	F7	31157/ 36157	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-381.35		Endarteriektomie: Aorta: Gefäßprothese	F7	31157/ 36157	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-381.40	↔	Endarteriektomie: Arterien thorakal: A. subclavia	J5	31195/ 36195		31610	31611	31825/ 36825	
5-381.41	↔	Endarteriektomie: Arterien thorakal: Truncus brachiocephalicus	J7	31197/ 36197		31612	31613	31827/ 36827	
5-381.43	↔	Endarteriektomie: Arterien thorakal: Gefäßprothese	J7	31197/ 36197		31612	31613	31827/ 36827	
5-381.51	↔	Endarteriektomie: Arterien abdominal und pelvin: Aa. lumbales	F6	31156/ 36156	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-381.53	↔	Endarteriektomie: Arterien abdominal und pelvin: A. iliaca communis	F6	31156/ 36156	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-381.54	↔	Endarteriektomie: Arterien abdominal und pelvin: A. iliaca externa	F5	31155/ 36155	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-381.55	↔	Endarteriektomie: Arterien abdominal und pelvin: A. iliaca interna	F6	31156/ 36156	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-381.56	↔	Endarteriektomie: Arterien abdominal und pelvin: Gefäßprothese	F6	31156/ 36156	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-381.67		Endarteriektomie: Arterien viszeral: Gefäßprothese	F6	31156/ 36156	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-381.70	↔	Endarteriektomie: Arterien Oberschenkel: A. femoralis	K3	31203/ 36203	31505/ 36505	31632	31633	31823/ 36823	
5-381.71	↔	Endarteriektomie: Arterien Oberschenkel: A. profunda femoris	K3	31203/ 36203	31505/ 36505	31632	31633	31823/ 36823	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-381.72	↔	Endarteriektomie: Arterien Oberschenkel: A. poplitea	K4	31204/ 36204	31505/ 36505	31634	31635	31824/ 36824	
5-381.73	↔	Endarteriektomie: Arterien Oberschenkel: Gefäßprothese	K4	31204/ 36204	31505/ 36505	31634	31635	31824/ 36824	
5-381.80	↔	Endarteriektomie: Arterien Unterschenkel und Fuß: A. tibialis anterior	K3	31203/ 36203	31505/ 36505	31632	31633	31823/ 36823	
5-381.82	↔	Endarteriektomie: Arterien Unterschenkel und Fuß: A. dorsalis pedis	K2	31202/ 36202	31503/ 36503	31632	31633	31822/ 36822	
5-381.83	↔	Endarteriektomie: Arterien Unterschenkel und Fuß: A. tibialis posterior	K3	31203/ 36203	31505/ 36505	31632	31633	31823/ 36823	
5-381.84	↔	Endarteriektomie: Arterien Unterschenkel und Fuß: A. fibularis	K3	31203/ 36203	31505/ 36505	31632	31633	31823/ 36823	
5-381.87	↔	Endarteriektomie: Arterien Unterschenkel und Fuß: Gefäßprothese	K4	31204/ 36204	31505/ 36505	31634	31635	31824/ 36824	
5-382.a5	↔	Resektion von Blutgefäßen mit Reanastomosierung: Oberflächliche Venen: Oberschenkel	K2	31202/ 36202	31503/ 36503	31632	31633	31822/ 36822	
5-382.a6	↔	Resektion von Blutgefäßen mit Reanastomosierung: Oberflächliche Venen: Unterschenkel und Fuß	K2	31202/ 36202	31503/ 36503	31632	31633	31822/ 36822	
5-382.01	↔	Resektion von Blutgefäßen mit Reanastomosierung: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis communis mit Sinus caroticus	K4	31204/ 36204	31505/ 36505	31634	31635	31824/ 36824	
5-382.02	↔	Resektion von Blutgefäßen mit Reanastomosierung: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis interna extrakraniell	K4	31204/ 36204	31505/ 36505	31634	31635	31824/ 36824	
5-382.03	↔	Resektion von Blutgefäßen mit Reanastomosierung: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis externa	K4	31204/ 36204	31505/ 36505	31634	31635	31824/ 36824	
5-382.04	↔	Resektion von Blutgefäßen mit Reanastomosierung: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. vertebralis extrakraniell	K5	31205/ 36205	31506/ 36506	31634	31635	31825/ 36825	
5-382.11	↔	Resektion von Blutgefäßen mit Reanastomosierung: Arterien Schulter und Oberarm: A. axillaris	K4	31204/ 36204	31505/ 36505	31634	31635	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-382.12	↔	Resektion von Blutgefäßen mit Reanastomosierung: Arterien Schulter und Oberarm: A. brachialis	K4	31204/ 36204	31505/ 36505	31634	31635	31824/ 36824	
5-382.20	↔	Resektion von Blutgefäßen mit Reanastomosierung: Arterien Unterarm und Hand: A. ulnaris	K3	31203/ 36203	31505/ 36505	31632	31633	31823/ 36823	
5-382.24	↔	Resektion von Blutgefäßen mit Reanastomosierung: Arterien Unterarm und Hand: A. radialis	K3	31203/ 36203	31505/ 36505	31632	31633	31823/ 36823	
5-382.33		Resektion von Blutgefäßen mit Reanastomosierung: Aorta: Aorta abdominalis	F7	31157/ 36157	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-382.40	↔	Resektion von Blutgefäßen mit Reanastomosierung: Arterien thorakal: A. subclavia	J5	31195/ 36195		31610	31611	31825/ 36825	
5-382.41	↔	Resektion von Blutgefäßen mit Reanastomosierung: Arterien thorakal: Truncus brachiocephalicus	J7	31197/ 36197		31612	31613	31827/ 36827	
5-382.42	↔	Resektion von Blutgefäßen mit Reanastomosierung: Arterien thorakal: A. pulmonalis	J7	31197/ 36197		31612	31613	31827/ 36827	
5-382.53	↔	Resektion von Blutgefäßen mit Reanastomosierung: Arterien abdominal und pelvin: A. iliaca communis	F6	31156/ 36156	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-382.54	↔	Resektion von Blutgefäßen mit Reanastomosierung: Arterien abdominal und pelvin: A. iliaca externa	F5	31155/ 36155	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-382.55	↔	Resektion von Blutgefäßen mit Reanastomosierung: Arterien abdominal und pelvin: A. iliaca interna	F6	31156/ 36156	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-382.70	↔	Resektion von Blutgefäßen mit Reanastomosierung: Arterien Oberschenkel: A. femoralis	K3	31203/ 36203	31505/ 36505	31632	31633	31823/ 36823	
5-382.71	↔	Resektion von Blutgefäßen mit Reanastomosierung: Arterien Oberschenkel: A. profunda femoris	K4	31204/ 36204	31505/ 36505	31634	31635	31824/ 36824	
5-382.72	↔	Resektion von Blutgefäßen mit Reanastomosierung: Arterien Oberschenkel: A. poplitea	K4	31204/ 36204	31505/ 36505	31634	31635	31824/ 36824	
5-382.80	↔	Resektion von Blutgefäßen mit Reanastomosierung: Arterien Unterschenkel und Fuß: A. tibialis anterior	K3	31203/ 36203	31505/ 36505	31632	31633	31823/ 36823	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-382.82	↔	Resektion von Blutgefäßen mit Reanastomosierung: Arterien Unterschenkel und Fuß: A. dorsalis pedis	K2	31202/ 36202	31503/ 36503	31632	31633	31822/ 36822	
5-382.83	↔	Resektion von Blutgefäßen mit Reanastomosierung: Arterien Unterschenkel und Fuß: A. tibialis posterior	K3	31203/ 36203	31505/ 36505	31632	31633	31823/ 36823	
5-382.84	↔	Resektion von Blutgefäßen mit Reanastomosierung: Arterien Unterschenkel und Fuß: A. fibularis	K3	31203/ 36203	31505/ 36505	31632	31633	31823/ 36823	
5-382.9a	↔	Resektion von Blutgefäßen mit Reanastomosierung: Tiefe Venen: V. iliaca interna	F6	31156/ 36156	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-382.9b	↔	Resektion von Blutgefäßen mit Reanastomosierung: Tiefe Venen: V. femoralis	K5	31205/ 36205	31506/ 36506	31634	31635	31825/ 36825	
5-382.9c	↔	Resektion von Blutgefäßen mit Reanastomosierung: Tiefe Venen: V. poplitea	K5	31205/ 36205	31506/ 36506	31634	31635	31825/ 36825	
5-382.91	↔	Resektion von Blutgefäßen mit Reanastomosierung: Tiefe Venen: V. jugularis	K4	31204/ 36204	31505/ 36505	31634	31635	31824/ 36824	
5-382.93	↔	Resektion von Blutgefäßen mit Reanastomosierung: Tiefe Venen: V. subclavia	K4	31204/ 36204	31505/ 36505	31634	31635	31824/ 36824	
5-382.94	↔	Resektion von Blutgefäßen mit Reanastomosierung: Tiefe Venen: V. axillaris	K4	31204/ 36204	31505/ 36505	31634	31635	31824/ 36824	
5-382.95	↔	Resektion von Blutgefäßen mit Reanastomosierung: Tiefe Venen: V. brachiocephalica	K5	31205/ 36205	31506/ 36506	31634	31635	31825/ 36825	
5-382.96		Resektion von Blutgefäßen mit Reanastomosierung: Tiefe Venen: V. cava superior	J7	31197/ 36197		31612	31613	31827/ 36827	
5-382.98	↔	Resektion von Blutgefäßen mit Reanastomosierung: Tiefe Venen: V. iliaca communis	F6	31156/ 36156	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-382.99	↔	Resektion von Blutgefäßen mit Reanastomosierung: Tiefe Venen: V. iliaca externa	F5	31155/ 36155	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-383.01	↔	Resektion und Ersatz (Interposition) von (Teilen von) Blutgefäßen: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis communis mit Sinus caroticus	K5	31205/ 36205	31506/ 36506	31634	31635	31825/ 36825	
5-383.02	↔	Resektion und Ersatz (Interposition) von (Teilen von) Blutgefäßen: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis interna extrakraniell	K5	31205/ 36205	31506/ 36506	31634	31635	31825/ 36825	
5-383.03	↔	Resektion und Ersatz (Interposition) von (Teilen von) Blutgefäßen: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis externa	K5	31205/ 36205	31506/ 36506	31634	31635	31825/ 36825	
5-383.11	↔	Resektion und Ersatz (Interposition) von (Teilen von) Blutgefäßen: Arterien Schulter und Oberarm: A. axillaris	K5	31205/ 36205	31506/ 36506	31634	31635	31825/ 36825	
5-383.12	↔	Resektion und Ersatz (Interposition) von (Teilen von) Blutgefäßen: Arterien Schulter und Oberarm: A. brachialis	K5	31205/ 36205	31506/ 36506	31634	31635	31825/ 36825	
5-383.20	↔	Resektion und Ersatz (Interposition) von (Teilen von) Blutgefäßen: Arterien Unterarm und Hand: A. ulnaris	K5	31205/ 36205	31506/ 36506	31634	31635	31825/ 36825	
5-383.24	↔	Resektion und Ersatz (Interposition) von (Teilen von) Blutgefäßen: Arterien Unterarm und Hand: A. radialis	K5	31205/ 36205	31506/ 36506	31634	31635	31825/ 36825	
5-383.40	↔	Resektion und Ersatz (Interposition) von (Teilen von) Blutgefäßen: Arterien thorakal: A. subclavia	J6	31196/ 36196		31612	31613	31826/ 36826	
5-383.41	↔	Resektion und Ersatz (Interposition) von (Teilen von) Blutgefäßen: Arterien thorakal: Truncus brachiocephalicus	J7	31197/ 36197		31612	31613	31827/ 36827	
5-383.53	↔	Resektion und Ersatz (Interposition) von (Teilen von) Blutgefäßen: Arterien abdominal und pelvin: A. iliaca communis	F6	31156/ 36156	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-383.54	↔	Resektion und Ersatz (Interposition) von (Teilen von) Blutgefäßen: Arterien abdominal und pelvin: A. iliaca externa	F6	31156/ 36156	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-383.55	↔	Resektion und Ersatz (Interposition) von (Teilen von) Blutgefäßen: Arterien abdominal und pelvin: A. iliaca interna	F6	31156/ 36156	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-383.70	↔	Resektion und Ersatz (Interposition) von (Teilen von) Blutgefäßen: Arterien Oberschenkel: A. femoralis	K5	31205/ 36205	31506/ 36506	31634	31635	31825/ 36825	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-383.71	↔	Resektion und Ersatz (Interposition) von (Teilen von) Blutgefäßen: Arterien Oberschenkel: A. profunda femoris	K6	31206/ 36206	31507/ 36507	31636	31637	31826/ 36826	
5-383.72	↔	Resektion und Ersatz (Interposition) von (Teilen von) Blutgefäßen: Arterien Oberschenkel: A. poplitea	K5	31205/ 36205	31506/ 36506	31634	31635	31825/ 36825	
5-383.80	↔	Resektion und Ersatz (Interposition) von (Teilen von) Blutgefäßen: Arterien Unterschenkel und Fuß: A. tibialis anterior	K5	31205/ 36205	31506/ 36506	31634	31635	31825/ 36825	
5-383.83	↔	Resektion und Ersatz (Interposition) von (Teilen von) Blutgefäßen: Arterien Unterschenkel und Fuß: A. tibialis posterior	K5	31205/ 36205	31506/ 36506	31634	31635	31825/ 36825	
5-383.84	↔	Resektion und Ersatz (Interposition) von (Teilen von) Blutgefäßen: Arterien Unterschenkel und Fuß: A. fibularis	K6	31206/ 36206	31507/ 36507	31636	31637	31826/ 36826	
5-383.9a	↔	Resektion und Ersatz (Interposition) von (Teilen von) Blutgefäßen: Tiefe Venen: V. iliaca interna	F6	31156/ 36156	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-383.9b	↔	Resektion und Ersatz (Interposition) von (Teilen von) Blutgefäßen: Tiefe Venen: V. femoralis	F5	31155/ 36155	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-383.9c	↔	Resektion und Ersatz (Interposition) von (Teilen von) Blutgefäßen: Tiefe Venen: V. poplitea	F5	31155/ 36155	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-383.91	↔	Resektion und Ersatz (Interposition) von (Teilen von) Blutgefäßen: Tiefe Venen: V. jugularis	K5	31205/ 36205	31506/ 36506	31634	31635	31825/ 36825	
5-383.93	↔	Resektion und Ersatz (Interposition) von (Teilen von) Blutgefäßen: Tiefe Venen: V. subclavia	K5	31205/ 36205	31506/ 36506	31634	31635	31825/ 36825	
5-383.94	↔	Resektion und Ersatz (Interposition) von (Teilen von) Blutgefäßen: Tiefe Venen: V. axillaris	K5	31205/ 36205	31506/ 36506	31634	31635	31825/ 36825	
5-383.95	↔	Resektion und Ersatz (Interposition) von (Teilen von) Blutgefäßen: Tiefe Venen: V. brachiocephalica	K5	31205/ 36205	31506/ 36506	31634	31635	31825/ 36825	
5-383.98	↔	Resektion und Ersatz (Interposition) von (Teilen von) Blutgefäßen: Tiefe Venen: V. iliaca communis	F6	31156/ 36156	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-383.99	↔	Resektion und Ersatz (Interposition) von (Teilen von) Blutgefäßen: Tiefe Venen: V. iliaca externa	F5	31155/ 36155	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-384.61		Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, suprarenal: Mit Rohrprothese	F7	31157/ 36157	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-384.62		Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, suprarenal: Mit Rohrprothese bei Aneurysma	F7	31157/ 36157	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-384.63		Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, suprarenal: Mit Bifurkationsprothese biiliakal	F7	31157/ 36157	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-384.64		Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, suprarenal: Mit Bifurkationsprothese biiliakal bei Aneurysma	F7	31157/ 36157	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-384.65		Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, suprarenal: Mit Bifurkationsprothese bifemoral	F7	31157/ 36157	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-384.66		Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, suprarenal: Mit Bifurkationsprothese bifemoral bei Aneurysma	F7	31157/ 36157	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-384.71		Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, infrarenal: Mit Rohrprothese	F7	31157/ 36157	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-384.72		Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, infrarenal: Mit Rohrprothese bei Aneurysma	F7	31157/ 36157	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-384.73		Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, infrarenal: Mit Bifurkationsprothese biiliakal	F7	31157/ 36157	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-384.74		Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, infrarenal: Mit Bifurkationsprothese biiliakal bei Aneurysma	F7	31157/ 36157	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-384.75		Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, infrarenal: Mit Bifurkationsprothese bifemoral	F7	31157/ 36157	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-384.76		Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, infrarenal: Mit Bifurkationsprothese bifemoral bei Aneurysma	F7	31157/ 36157	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-385.da	↔	Entfernung und Verschluss von Varizen: (Isolierte) Rezidivcrossektomie: V. saphena parva	K3	31203/ 36203	31505/ 36505	31632	31633	31823/ 36823	
5-385.db	↔	Entfernung und Verschluss von Varizen: (Isolierte) Rezidivcrossektomie: V(v). saphena(e) accessoria(e)	K4	31204/ 36204	31505/ 36505	31634	31635	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-385.d0	↔	Entfernung und Verschluss von Varizen: (Isolierte) Rezidivcrossektomie: V. saphena magna	K4	31204/ 36204	31505/ 36505	31634	31635	31824/ 36824	
5-385.d4	↔	Entfernung und Verschluss von Varizen: (Isolierte) Rezidivcrossektomie: Vv. saphenae magna et parva	K5	31205/ 36205	31506/ 36506	31634	31635	31825/ 36825	
5-385.d8	↔	Entfernung und Verschluss von Varizen: (Isolierte) Rezidivcrossektomie: Vv. saphenae magna et accessoria(e)	K4	31204/ 36204	31505/ 36505	31634	31635	31824/ 36824	
5-385.d9	↔	Entfernung und Verschluss von Varizen: (Isolierte) Rezidivcrossektomie: Vv. saphenae magna et accessoria(e) et parva	K5	31205/ 36205	31506/ 36506	31634	31635	31825/ 36825	
5-385.ka	↔	Entfernung und Verschluss von Varizen: Rezidivcrossektomie und Exhairese: V. saphena parva	K4	31204/ 36204	31505/ 36505	31634	31635	31824/ 36824	
5-385.kb	↔	Entfernung und Verschluss von Varizen: Rezidivcrossektomie und Exhairese: V(v). saphena(e) accessoria(e)	K5	31205/ 36205	31506/ 36506	31634	31635	31825/ 36825	
5-385.k0	↔	Entfernung und Verschluss von Varizen: Rezidivcrossektomie und Exhairese: V. saphena magna	K5	31205/ 36205	31506/ 36506	31634	31635	31825/ 36825	
5-385.k4	↔	Entfernung und Verschluss von Varizen: Rezidivcrossektomie und Exhairese: Vv. saphenae magna et parva	K5	31205/ 36205	31506/ 36506	31634	31635	31825/ 36825	
5-385.k8	↔	Entfernung und Verschluss von Varizen: Rezidivcrossektomie und Exhairese: Vv. saphenae magna et accessoria(e)	K5	31205/ 36205	31506/ 36506	31634	31635	31825/ 36825	
5-385.k9	↔	Entfernung und Verschluss von Varizen: Rezidivcrossektomie und Exhairese: Vv. saphenae magna et accessoria(e) et parva	K5	31205/ 36205	31506/ 36506	31634	31635	31825/ 36825	
5-385.4	↔	Entfernung und Verschluss von Varizen: Transkutaner Verschluss der Vv. perforantes (als selbständiger Eingriff)	K1	31201/ 36201	31503/ 36503	31630	31631	31821/ 36821	
5-385.5	↔	Entfernung und Verschluss von Varizen: Endoskopischer Verschluss der Vv. perforantes (als selbständiger Eingriff)	K2	31202/ 36202	31503/ 36503	31632	31633	31822/ 36822	
5-385.6	↔	Entfernung und Verschluss von Varizen: Endoskopischer Verschluss der Vv. perforantes mit Fasziotomie (als selbständiger Eingriff)	K3	31203/ 36203	31505/ 36505	31632	31633	31823/ 36823	
5-385.7a	↔	Entfernung und Verschluss von Varizen: Crossektomie und Exhairese: V. saphena parva	K3	31203/ 36203	31505/ 36505	31632	31633	31823/ 36823	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-385.7b	↔	Entfernung und Verschluss von Varizen: Crossektomie und Exhairese: V(v). saphena(e) accessoria(e)	K3	31203/ 36203	31505/ 36505	31632	31633	31823/ 36823	
5-385.70	↔	Entfernung und Verschluss von Varizen: Crossektomie und Exhairese: V. saphena magna	K4	31204/ 36204	31505/ 36505	31634	31635	31824/ 36824	
5-385.74	↔	Entfernung und Verschluss von Varizen: Crossektomie und Exhairese: Vv. saphenae magna et parva	K5	31205/ 36205	31506/ 36506	31634	31635	31825/ 36825	
5-385.78	↔	Entfernung und Verschluss von Varizen: Crossektomie und Exhairese: Vv. saphenae magna et accessoria(e)	K5	31205/ 36205	31506/ 36506	31634	31635	31825/ 36825	
5-385.79	↔	Entfernung und Verschluss von Varizen: Crossektomie und Exhairese: Vv. saphenae magna et accessoria(e) et parva	K6	31206/ 36206	31507/ 36507	31636	31637	31826/ 36826	
5-385.8a	↔	Entfernung und Verschluss von Varizen: (Isolierte) Crossektomie: V. saphena parva	K2	31202/ 36202	31503/ 36503	31632	31633	31822/ 36822	
5-385.8b	↔	Entfernung und Verschluss von Varizen: (Isolierte) Crossektomie: V(v). saphena(e) accessoria(e)	K2	31202/ 36202	31503/ 36503	31632	31633	31822/ 36822	
5-385.80	↔	Entfernung und Verschluss von Varizen: (Isolierte) Crossektomie: V. saphena magna	K2	31202/ 36202	31503/ 36503	31632	31633	31822/ 36822	
5-385.84	↔	Entfernung und Verschluss von Varizen: (Isolierte) Crossektomie: Vv. saphenae magna et parva	K4	31204/ 36204	31505/ 36505	31634	31635	31824/ 36824	
5-385.88	↔	Entfernung und Verschluss von Varizen: (Isolierte) Crossektomie: Vv. saphenae magna et accessoria(e)	K3	31203/ 36203	31505/ 36505	31632	31633	31823/ 36823	
5-385.89	↔	Entfernung und Verschluss von Varizen: (Isolierte) Crossektomie: Vv. saphenae magna et accessoria(e) et parva	K4	31204/ 36204	31505/ 36505	31634	31635	31824/ 36824	
5-385.9a	↔	Entfernung und Verschluss von Varizen: Exhairese (als selbständiger Eingriff): V. saphena parva	K2	31202/ 36202	31503/ 36503	31632	31633	31822/ 36822	
5-385.9b	↔	Entfernung und Verschluss von Varizen: Exhairese (als selbständiger Eingriff): V(v). saphena(e) accessoria(e)	K2	31202/ 36202	31503/ 36503	31632	31633	31822/ 36822	
5-385.9c	↔	Entfernung und Verschluss von Varizen: Exhairese (als selbständiger Eingriff): Vv. perforantes	K1	31201/ 36201	31503/ 36503	31630	31631	31821/ 36821	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-385.9d	↔	Entfernung und Verschluss von Varizen: Exhairese (als selbständiger Eingriff): Seitenastvene	K1	31201/ 36201	31503/ 36503	31630	31631	31821/ 36821	
5-385.90	↔	Entfernung und Verschluss von Varizen: Exhairese (als selbständiger Eingriff): V. saphena magna	K2	31202/ 36202	31503/ 36503	31632	31633	31822/ 36822	
5-385.94	↔	Entfernung und Verschluss von Varizen: Exhairese (als selbständiger Eingriff): Vv. saphenae magna et parva	K4	31204/ 36204	31505/ 36505	31634	31635	31824/ 36824	
5-385.98	↔	Entfernung und Verschluss von Varizen: Exhairese (als selbständiger Eingriff): Vv. saphenae magna et accessoria(e)	K3	31203/ 36203	31505/ 36505	31632	31633	31823/ 36823	
5-385.99	↔	Entfernung und Verschluss von Varizen: Exhairese (als selbständiger Eingriff): Vv. saphenae magna et accessoria(e) et parva	K4	31204/ 36204	31505/ 36505	31634	31635	31824/ 36824	
5-386.42	↔	Andere Exzision von (erkrankten) Blutgefäßen und Transplantatentnahme: Arterien thorakal: A. pulmonalis	J7	31197/ 36197		31612	31613	31827/ 36827	
5-386.51	↔	Andere Exzision von (erkrankten) Blutgefäßen und Transplantatentnahme: Arterien abdominal und pelvin: Aa. lumbales	F6	31156/ 36156	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-386.53	↔	Andere Exzision von (erkrankten) Blutgefäßen und Transplantatentnahme: Arterien abdominal und pelvin: A. iliaca communis	F6	31156/ 36156	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-386.54	↔	Andere Exzision von (erkrankten) Blutgefäßen und Transplantatentnahme: Arterien abdominal und pelvin: A. iliaca externa	F5	31155/ 36155	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-386.55	↔	Andere Exzision von (erkrankten) Blutgefäßen und Transplantatentnahme: Arterien abdominal und pelvin: A. iliaca interna	F6	31156/ 36156	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-387.0		Ligatur und Teilverschluss der Vena cava: Ligatur	F5	31155/ 36155	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-387.1		Ligatur und Teilverschluss der Vena cava: Clippen	F5	31155/ 36155	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-387.2		Ligatur und Teilverschluss der Vena cava: Einführung eines Antiembolie-Schirmes, offen chirurgisch	F6	31156/ 36156	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-388.01	↔	Naht von Blutgefäßen: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis communis mit Sinus caroticus	K4	31204/ 36204	31505/ 36505	31634	31635	31824/ 36824	
5-388.02	↔	Naht von Blutgefäßen: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis interna extrakraniell	K4	31204/ 36204	31505/ 36505	31634	31635	31824/ 36824	
5-388.03	↔	Naht von Blutgefäßen: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis externa	K4	31204/ 36204	31505/ 36505	31634	31635	31824/ 36824	
5-388.04	↔	Naht von Blutgefäßen: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. vertebralis extrakraniell	K5	31205/ 36205	31506/ 36506	31634	31635	31825/ 36825	
5-388.05	↔	Naht von Blutgefäßen: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis, Stent	K4	31204/ 36204	31505/ 36505	31634	31635	31824/ 36824	
5-388.11	↔	Naht von Blutgefäßen: Arterien Schulter und Oberarm: A. axillaris	K3	31203/ 36203	31505/ 36505	31632	31633	31823/ 36823	
5-388.12	↔	Naht von Blutgefäßen: Arterien Schulter und Oberarm: A. brachialis	K3	31203/ 36203	31505/ 36505	31632	31633	31823/ 36823	
5-388.20	↔	Naht von Blutgefäßen: Arterien Unterarm und Hand: A. ulnaris	K3	31203/ 36203	31505/ 36505	31632	31633	31823/ 36823	
5-388.21	↔	Naht von Blutgefäßen: Arterien Unterarm und Hand: Arcus palmaris profundus	K3	31203/ 36203	31505/ 36505	31632	31633	31823/ 36823	
5-388.22	↔	Naht von Blutgefäßen: Arterien Unterarm und Hand: Arcus palmaris superficialis	K3	31203/ 36203	31505/ 36505	31632	31633	31823/ 36823	
5-388.23	↔	Naht von Blutgefäßen: Arterien Unterarm und Hand: Aa. digitales palmares communes	K3	31203/ 36203	31505/ 36505	31632	31633	31823/ 36823	
5-388.24	↔	Naht von Blutgefäßen: Arterien Unterarm und Hand: A. radialis	K3	31203/ 36203	31505/ 36505	31632	31633	31823/ 36823	
5-388.30		Naht von Blutgefäßen: Aorta: Aorta ascendens	J7	31197/ 36197		31612	31613	31827/ 36827	
5-388.31		Naht von Blutgefäßen: Aorta: Arcus aortae	J7	31197/ 36197		31612	31613	31827/ 36827	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-388.32		Naht von Blutgefäßen: Aorta: Aorta thoracica	J7	31197/ 36197		31612	31613	31827/ 36827	
5-388.33		Naht von Blutgefäßen: Aorta: Aorta abdominalis	F5	31155/ 36155	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-388.40	↔	Naht von Blutgefäßen: Arterien thorakal: A. subclavia	J4	31194/ 36194		31610	31611	31824/ 36824	
5-388.41	↔	Naht von Blutgefäßen: Arterien thorakal: Truncus brachiocephalicus	J7	31197/ 36197		31612	31613	31827/ 36827	
5-388.51	↔	Naht von Blutgefäßen: Arterien abdominal und pelvin: Aa. lumbales	F5	31155/ 36155	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-388.53	↔	Naht von Blutgefäßen: Arterien abdominal und pelvin: A. iliaca communis	F5	31155/ 36155	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-388.54	↔	Naht von Blutgefäßen: Arterien abdominal und pelvin: A. iliaca externa	F4	31154/ 36154	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-388.55	↔	Naht von Blutgefäßen: Arterien abdominal und pelvin: A. iliaca interna	F5	31155/ 36155	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-388.60		Naht von Blutgefäßen: Arterien viszeral: Truncus coeliacus	F5	31155/ 36155	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-388.61		Naht von Blutgefäßen: Arterien viszeral: A. hepatica	F5	31155/ 36155	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-388.62		Naht von Blutgefäßen: Arterien viszeral: A. gastrica	F5	31155/ 36155	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-388.63		Naht von Blutgefäßen: Arterien viszeral: A. lienalis	F5	31155/ 36155	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-388.64	↔	Naht von Blutgefäßen: Arterien viszeral: A. renalis	F5	31155/ 36155	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-388.65		Naht von Blutgefäßen: Arterien viszeral: A. mesenterica superior	F5	31155/ 36155	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-388.66		Naht von Blutgefäßen: Arterien viszeral: A. mesenterica inferior	F5	31155/ 36155	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-388.70	↔	Naht von Blutgefäßen: Arterien Oberschenkel: A. femoralis	K3	31203/ 36203	31505/ 36505	31632	31633	31823/ 36823	
5-388.71	↔	Naht von Blutgefäßen: Arterien Oberschenkel: A. profunda femoris	K3	31203/ 36203	31505/ 36505	31632	31633	31823/ 36823	
5-388.72	↔	Naht von Blutgefäßen: Arterien Oberschenkel: A. poplitea	K3	31203/ 36203	31505/ 36505	31632	31633	31823/ 36823	
5-388.80	↔	Naht von Blutgefäßen: Arterien Unterschenkel und Fuß: A. tibialis anterior	K3	31203/ 36203	31505/ 36505	31632	31633	31823/ 36823	
5-388.82	↔	Naht von Blutgefäßen: Arterien Unterschenkel und Fuß: A. dorsalis pedis	K3	31203/ 36203	31505/ 36505	31632	31633	31823/ 36823	
5-388.83	↔	Naht von Blutgefäßen: Arterien Unterschenkel und Fuß: A. tibialis posterior	K3	31203/ 36203	31505/ 36505	31632	31633	31823/ 36823	
5-388.84	↔	Naht von Blutgefäßen: Arterien Unterschenkel und Fuß: A. fibularis	K4	31204/ 36204	31505/ 36505	31634	31635	31824/ 36824	
5-388.9a	↔	Naht von Blutgefäßen: Tiefe Venen: V. iliaca interna	F5	31155/ 36155	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-388.9b	↔	Naht von Blutgefäßen: Tiefe Venen: V. femoralis	K3	31203/ 36203	31505/ 36505	31632	31633	31823/ 36823	
5-388.9c	↔	Naht von Blutgefäßen: Tiefe Venen: V. poplitea	K3	31203/ 36203	31505/ 36505	31632	31633	31823/ 36823	
5-388.9e	↔	Naht von Blutgefäßen: Tiefe Venen: V. gastrica	F5	31155/ 36155	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-388.9f		Naht von Blutgefäßen: Tiefe Venen: V. lienalis	F5	31155/ 36155	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-388.9g		Naht von Blutgefäßen: Tiefe Venen: V. mesenterica superior	F5	31155/ 36155	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-388.9h		Naht von Blutgefäßen: Tiefe Venen: V. mesenterica inferior	F5	31155/ 36155	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-388.9j		Naht von Blutgefäßen: Tiefe Venen: Vv. hepaticae	F5	31155/ 36155	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-388.9k	↔	Naht von Blutgefäßen: Tiefe Venen: V. renalis	F5	31155/ 36155	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-388.91	↔	Naht von Blutgefäßen: Tiefe Venen: V. jugularis	K3	31203/ 36203	31505/ 36505	31632	31633	31823/ 36823	
5-388.92	↔	Naht von Blutgefäßen: Tiefe Venen: V. pulmonalis	J7	31197/ 36197		31612	31613	31827/ 36827	
5-388.93	↔	Naht von Blutgefäßen: Tiefe Venen: V. subclavia	K3	31203/ 36203	31505/ 36505	31632	31633	31823/ 36823	
5-388.94	↔	Naht von Blutgefäßen: Tiefe Venen: V. axillaris	K3	31203/ 36203	31505/ 36505	31632	31633	31823/ 36823	
5-388.95	↔	Naht von Blutgefäßen: Tiefe Venen: V. brachiocephalica	K5	31205/ 36205	31506/ 36506	31634	31635	31825/ 36825	
5-388.96		Naht von Blutgefäßen: Tiefe Venen: V. cava superior	J6	31196/ 36196		31612	31613	31826/ 36826	
5-388.97		Naht von Blutgefäßen: Tiefe Venen: V. cava inferior	F5	31155/ 36155	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-388.98	↔	Naht von Blutgefäßen: Tiefe Venen: V. iliaca communis	F5	31155/ 36155	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-388.99	↔	Naht von Blutgefäßen: Tiefe Venen: V. iliaca externa	F4	31154/ 36154	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-389.02	↔	Anderer operativer Verschluss an Blutgefäßen: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis interna extrakraniell	K2	31202/ 36202	31503/ 36503	31632	31633	31822/ 36822	
5-389.03	↔	Anderer operativer Verschluss an Blutgefäßen: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis externa	K2	31202/ 36202	31503/ 36503	31632	31633	31822/ 36822	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-389.04	↔	Anderer operativer Verschluss an Blutgefäßen: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. vertebralis extrakraniell	K2	31202/ 36202	31503/ 36503	31632	31633	31822/ 36822	
5-389.05	↔	Anderer operativer Verschluss an Blutgefäßen: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis, Stent	K2	31202/ 36202	31503/ 36503	31632	31633	31822/ 36822	
5-389.11	↔	Anderer operativer Verschluss an Blutgefäßen: Arterien Schulter und Oberarm: A. axillaris	K2	31202/ 36202	31503/ 36503	31632	31633	31822/ 36822	
5-389.12	↔	Anderer operativer Verschluss an Blutgefäßen: Arterien Schulter und Oberarm: A. brachialis	K2	31202/ 36202	31503/ 36503	31632	31633	31822/ 36822	
5-389.20	↔	Anderer operativer Verschluss an Blutgefäßen: Arterien Unterarm und Hand: A. ulnaris	K1	31201/ 36201	31503/ 36503	31630	31631	31821/ 36821	
5-389.21	↔	Anderer operativer Verschluss an Blutgefäßen: Arterien Unterarm und Hand: Arcus palmaris profundus	K1	31201/ 36201	31503/ 36503	31630	31631	31821/ 36821	
5-389.22	↔	Anderer operativer Verschluss an Blutgefäßen: Arterien Unterarm und Hand: Arcus palmaris superficialis	K1	31201/ 36201	31503/ 36503	31630	31631	31821/ 36821	
5-389.23	↔	Anderer operativer Verschluss an Blutgefäßen: Arterien Unterarm und Hand: Aa. digitales palmares communes	K1	31201/ 36201	31503/ 36503	31630	31631	31821/ 36821	
5-389.24	↔	Anderer operativer Verschluss an Blutgefäßen: Arterien Unterarm und Hand: A. radialis	K1	31201/ 36201	31503/ 36503	31630	31631	31821/ 36821	
5-389.25	↔	Anderer operativer Verschluss an Blutgefäßen: Arterien Unterarm und Hand: R. carpalis palmaris	K1	31201/ 36201	31503/ 36503	31630	31631	31821/ 36821	
5-389.26	↔	Anderer operativer Verschluss an Blutgefäßen: Arterien Unterarm und Hand: R. carpalis dorsalis	K1	31201/ 36201	31503/ 36503	31630	31631	31821/ 36821	
5-389.27	↔	Anderer operativer Verschluss an Blutgefäßen: Arterien Unterarm und Hand: A. princeps pollicis	K1	31201/ 36201	31503/ 36503	31630	31631	31821/ 36821	
5-389.30		Anderer operativer Verschluss an Blutgefäßen: Aorta: Aorta ascendens	J7	31197/ 36197		31612	31613	31827/ 36827	
5-389.31		Anderer operativer Verschluss an Blutgefäßen: Aorta: Arcus aortae	J7	31197/ 36197		31612	31613	31827/ 36827	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-389.32		Anderer operativer Verschluss an Blutgefäßen: Aorta: Aorta thoracica	J7	31197/ 36197		31612	31613	31827/ 36827	
5-389.33		Anderer operativer Verschluss an Blutgefäßen: Aorta: Aorta abdominalis	F5	31155/ 36155	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-389.34		Anderer operativer Verschluss an Blutgefäßen: Aorta: Aorta, Stent	F5	31155/ 36155	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-389.40	↔	Anderer operativer Verschluss an Blutgefäßen: Arterien thorakal: A. subclavia	K3	31203/ 36203	31505/ 36505	31632	31633	31823/ 36823	
5-389.41	↔	Anderer operativer Verschluss an Blutgefäßen: Arterien thorakal: Truncus brachiocephalicus	J7	31197/ 36197		31612	31613	31827/ 36827	
5-389.42	↔	Anderer operativer Verschluss an Blutgefäßen: Arterien thorakal: A. pulmonalis	J7	31197/ 36197		31612	31613	31827/ 36827	
5-389.51	↔	Anderer operativer Verschluss an Blutgefäßen: Arterien abdominal und pelvin: Aa. lumbales	F5	31155/ 36155	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-389.53	↔	Anderer operativer Verschluss an Blutgefäßen: Arterien abdominal und pelvin: A. iliaca communis	F5	31155/ 36155	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-389.54	↔	Anderer operativer Verschluss an Blutgefäßen: Arterien abdominal und pelvin: A. iliaca externa	F4	31154/ 36154	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-389.55	↔	Anderer operativer Verschluss an Blutgefäßen: Arterien abdominal und pelvin: A. iliaca interna	F5	31155/ 36155	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-389.60		Anderer operativer Verschluss an Blutgefäßen: Arterien viszeral: Truncus coeliacus	F5	31155/ 36155	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-389.61		Anderer operativer Verschluss an Blutgefäßen: Arterien viszeral: A. hepatica	F5	31155/ 36155	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-389.62		Anderer operativer Verschluss an Blutgefäßen: Arterien viszeral: A. gastrica	F5	31155/ 36155	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-389.63		Anderer operativer Verschluss an Blutgefäßen: Arterien viszeral: A. lienalis	F5	31155/ 36155	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-389.64	↔	Anderer operativer Verschluss an Blutgefäßen: Arterien viszeral: A. renalis	F5	31155/ 36155	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-389.65		Anderer operativer Verschluss an Blutgefäßen: Arterien viszeral: A. mesenterica superior	F5	31155/ 36155	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-389.66		Anderer operativer Verschluss an Blutgefäßen: Arterien viszeral: A. mesenterica inferior	F5	31155/ 36155	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-389.70	↔	Anderer operativer Verschluss an Blutgefäßen: Arterien Oberschenkel: A. femoralis	K2	31202/ 36202	31503/ 36503	31632	31633	31822/ 36822	
5-389.71	↔	Anderer operativer Verschluss an Blutgefäßen: Arterien Oberschenkel: A. profunda femoris	K2	31202/ 36202	31503/ 36503	31632	31633	31822/ 36822	
5-389.72	↔	Anderer operativer Verschluss an Blutgefäßen: Arterien Oberschenkel: A. poplitea	K2	31202/ 36202	31503/ 36503	31632	31633	31822/ 36822	
5-389.80	↔	Anderer operativer Verschluss an Blutgefäßen: Arterien Unterschenkel und Fuß: A. tibialis anterior	K1	31201/ 36201	31503/ 36503	31630	31631	31821/ 36821	
5-389.81	↔	Anderer operativer Verschluss an Blutgefäßen: Arterien Unterschenkel und Fuß: Aa. recurrentes	K1	31201/ 36201	31503/ 36503	31630	31631	31821/ 36821	
5-389.82	↔	Anderer operativer Verschluss an Blutgefäßen: Arterien Unterschenkel und Fuß: A. dorsalis pedis	K1	31201/ 36201	31503/ 36503	31630	31631	31821/ 36821	
5-389.83	↔	Anderer operativer Verschluss an Blutgefäßen: Arterien Unterschenkel und Fuß: A. tibialis posterior	K1	31201/ 36201	31503/ 36503	31630	31631	31821/ 36821	
5-389.84	↔	Anderer operativer Verschluss an Blutgefäßen: Arterien Unterschenkel und Fuß: A. fibularis	K1	31201/ 36201	31503/ 36503	31630	31631	31821/ 36821	
5-389.85	↔	Anderer operativer Verschluss an Blutgefäßen: Arterien Unterschenkel und Fuß: A. plantaris medialis	K1	31201/ 36201	31503/ 36503	31630	31631	31821/ 36821	
5-389.86	↔	Anderer operativer Verschluss an Blutgefäßen: Arterien Unterschenkel und Fuß: A. plantaris lateralis	K1	31201/ 36201	31503/ 36503	31630	31631	31821/ 36821	
5-389.9a	↔	Anderer operativer Verschluss an Blutgefäßen: Tiefe Venen: V. iliaca interna	F5	31155/ 36155	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-389.9b	↔	Anderer operativer Verschluss an Blutgefäßen: Tiefe Venen: V. femoralis	K2	31202/ 36202	31503/ 36503	31632	31633	31822/ 36822	
5-389.9c	↔	Anderer operativer Verschluss an Blutgefäßen: Tiefe Venen: V. poplitea	K1	31201/ 36201	31503/ 36503	31630	31631	31821/ 36821	
5-389.9e	↔	Anderer operativer Verschluss an Blutgefäßen: Tiefe Venen: V. gastrica	F5	31155/ 36155	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-389.9f		Anderer operativer Verschluss an Blutgefäßen: Tiefe Venen: V. lienalis	F5	31155/ 36155	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-389.9g		Anderer operativer Verschluss an Blutgefäßen: Tiefe Venen: V. mesenterica superior	F5	31155/ 36155	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-389.9h		Anderer operativer Verschluss an Blutgefäßen: Tiefe Venen: V. mesenterica inferior	F5	31155/ 36155	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-389.9j		Anderer operativer Verschluss an Blutgefäßen: Tiefe Venen: Vv. hepaticae	F5	31155/ 36155	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-389.9k	↔	Anderer operativer Verschluss an Blutgefäßen: Tiefe Venen: V. renalis	F5	31155/ 36155	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-389.91	↔	Anderer operativer Verschluss an Blutgefäßen: Tiefe Venen: V. jugularis	K1	31201/ 36201	31503/ 36503	31630	31631	31821/ 36821	
5-389.92	↔	Anderer operativer Verschluss an Blutgefäßen: Tiefe Venen: V. pulmonalis	J7	31197/ 36197		31612	31613	31827/ 36827	
5-389.93	↔	Anderer operativer Verschluss an Blutgefäßen: Tiefe Venen: V. subclavia	K3	31203/ 36203	31505/ 36505	31632	31633	31823/ 36823	
5-389.94	↔	Anderer operativer Verschluss an Blutgefäßen: Tiefe Venen: V. axillaris	K2	31202/ 36202	31503/ 36503	31632	31633	31822/ 36822	
5-389.95	↔	Anderer operativer Verschluss an Blutgefäßen: Tiefe Venen: V. brachiocephalica	K3	31203/ 36203	31505/ 36505	31632	31633	31823/ 36823	
5-389.96		Anderer operativer Verschluss an Blutgefäßen: Tiefe Venen: V. cava superior	J6	31196/ 36196		31612	31613	31826/ 36826	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-389.97		Anderer operativer Verschluss an Blutgefäßen: Tiefe Venen: V. cava inferior	F5	31155/ 36155	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-389.98	↔	Anderer operativer Verschluss an Blutgefäßen: Tiefe Venen: V. iliaca communis	F5	31155/ 36155	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-389.99	↔	Anderer operativer Verschluss an Blutgefäßen: Tiefe Venen: V. iliaca externa	F5	31155/ 36155	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-392.0		Anlegen eines arteriovenösen Shunts: Äußerer AV-Shunt	K3	31203/ 36203	31505/ 36505	31632	31633	31823/ 36823	
5-392.10		Anlegen eines arteriovenösen Shunts: Innere AV-Fistel (Cimino-Fistel): Ohne Vorverlagerung der Vena basilica	K2	31202/ 36202	31503/ 36503	31632	31633	31822/ 36822	
5-392.11		Anlegen eines arteriovenösen Shunts: Innere AV-Fistel (Cimino-Fistel): Mit Vorverlagerung der Vena basilica	K2	31202/ 36202	31503/ 36503	31632	31633	31822/ 36822	
5-392.2		Anlegen eines arteriovenösen Shunts: Innere AV-Fistel mit allogenem Material	K3	31203/ 36203	31505/ 36505	31632	31633	31823/ 36823	
5-392.30		Anlegen eines arteriovenösen Shunts: Innere AV-Fistel mit alloplastischem Material: Mit Implantat ohne Abstrom in den rechten Vorhof	K3	31203/ 36203	31505/ 36505	31632	31633	31823/ 36823	
5-392.31		Anlegen eines arteriovenösen Shunts: Innere AV-Fistel mit alloplastischem Material: Mit Implantat mit Abstrom in den rechten Vorhof	K4	31204/ 36204	31505/ 36505	31634	31635	31824/ 36824	
5-392.5		Anlegen eines arteriovenösen Shunts: Innere AV-Fistel mit autogenem Material (autogene Vene)	K2	31202/ 36202	31503/ 36503	31632	31633	31822/ 36822	
5-392.70		Anlegen eines arteriovenösen Shunts: Vorverlagerung einer Vene als selbständiger Eingriff: Vena basilica	K1	31201/ 36201	31503/ 36503	31630	31631	31821/ 36821	
5-392.71		Anlegen eines arteriovenösen Shunts: Vorverlagerung einer Vene als selbständiger Eingriff: Vena cephalica	K1	31201/ 36201	31503/ 36503	31630	31631	31821/ 36821	
5-393.00	↔	Anlegen eines anderen Shunts und Bypasses an Blutgefäßen: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis	K5	31205/ 36205	31506/ 36506	31634	31635	31825/ 36825	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-393.01		Anlegen eines anderen Shunts und Bypasses an Blutgefäßen: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis - A. carotis	K5	31205/ 36205	31506/ 36506	31634	31635	31825/ 36825	
5-393.02	↔	Anlegen eines anderen Shunts und Bypasses an Blutgefäßen: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis - A. subclavia	K5	31205/ 36205	31506/ 36506	31634	31635	31825/ 36825	
5-393.03	↔	Anlegen eines anderen Shunts und Bypasses an Blutgefäßen: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis - A. vertebralis	K5	31205/ 36205	31506/ 36506	31634	31635	31825/ 36825	
5-393.11	↔	Anlegen eines anderen Shunts und Bypasses an Blutgefäßen: Arterien Schulter: A. subclavia	K5	31205/ 36205	31506/ 36506	31634	31635	31825/ 36825	
5-393.12	↔	Anlegen eines anderen Shunts und Bypasses an Blutgefäßen: Arterien Schulter: A. subclavia - A. subclavia, extraanatomisch	K5	31205/ 36205	31506/ 36506	31634	31635	31825/ 36825	
5-393.13	↔	Anlegen eines anderen Shunts und Bypasses an Blutgefäßen: Arterien Schulter: Subclaviafemoral	K5	31205/ 36205	31506/ 36506	31634	31635	31825/ 36825	
5-393.14	↔	Anlegen eines anderen Shunts und Bypasses an Blutgefäßen: Arterien Schulter: Subclaviabifemoral	K6	31206/ 36206	31507/ 36507	31636	31637	31826/ 36826	
5-393.15	↔	Anlegen eines anderen Shunts und Bypasses an Blutgefäßen: Arterien Schulter: A. axillaris	K5	31205/ 36205	31506/ 36506	31634	31635	31825/ 36825	
5-393.16	↔	Anlegen eines anderen Shunts und Bypasses an Blutgefäßen: Arterien Schulter: Axilloaxillär, extraanatomisch	K5	31205/ 36205	31506/ 36506	31634	31635	31825/ 36825	
5-393.17	↔	Anlegen eines anderen Shunts und Bypasses an Blutgefäßen: Arterien Schulter: Axillofemoral, extraanatomisch	K5	31205/ 36205	31506/ 36506	31634	31635	31825/ 36825	
5-393.18	↔	Anlegen eines anderen Shunts und Bypasses an Blutgefäßen: Arterien Schulter: Axillobifemoral, extraanatomisch	K6	31206/ 36206	31507/ 36507	31636	31637	31826/ 36826	
5-393.2	↔	Anlegen eines anderen Shunts und Bypasses an Blutgefäßen: Arterien obere Extremität	K4	31204/ 36204	31505/ 36505	31634	31635	31824/ 36824	
5-393.30	↔	Anlegen eines anderen Shunts und Bypasses an Blutgefäßen: Aorta: Aorta - A. carotis	F7	31157/ 36157	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-393.31	↔	Anlegen eines anderen Shunts und Bypasses an Blutgefäßen: Aorta: Aorta - A. subclavia	F7	31157/ 36157	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-393.33	↔	Anlegen eines anderen Shunts und Bypasses an Blutgefäßen: Aorta: Aortoiliakal	F6	31156/ 36156	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-393.35		Anlegen eines anderen Shunts und Bypasses an Blutgefäßen: Aorta: Aortoiliofemoral	F6	31156/ 36156	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-393.36	↔	Anlegen eines anderen Shunts und Bypasses an Blutgefäßen: Aorta: Aortofemoral	F6	31156/ 36156	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-393.38	↔	Anlegen eines anderen Shunts und Bypasses an Blutgefäßen: Aorta: Aortopopliteal	F7	31157/ 36157	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-393.41	↔	Anlegen eines anderen Shunts und Bypasses an Blutgefäßen: A. iliaca und viszerale Arterien: Ilioiliakal	K6	31206/ 36206	31507/ 36507	31636	31637	31826/ 36826	
5-393.42	↔	Anlegen eines anderen Shunts und Bypasses an Blutgefäßen: A. iliaca und viszerale Arterien: Iliofemoral	K6	31206/ 36206	31507/ 36507	31636	31637	31826/ 36826	
5-393.44	↔	Anlegen eines anderen Shunts und Bypasses an Blutgefäßen: A. iliaca und viszerale Arterien: Iliopopliteal, oberhalb des Kniegelenkes	K6	31206/ 36206	31507/ 36507	31636	31637	31826/ 36826	
5-393.45	↔	Anlegen eines anderen Shunts und Bypasses an Blutgefäßen: A. iliaca und viszerale Arterien: Iliopopliteal, unterhalb des Kniegelenkes	K6	31206/ 36206	31507/ 36507	31636	31637	31826/ 36826	
5-393.46	↔	Anlegen eines anderen Shunts und Bypasses an Blutgefäßen: A. iliaca und viszerale Arterien: Iliocrural	K6	31206/ 36206	31507/ 36507	31636	31637	31826/ 36826	
5-393.47	↔	Anlegen eines anderen Shunts und Bypasses an Blutgefäßen: A. iliaca und viszerale Arterien: Obturator-Bypass, extraanatomisch	K6	31206/ 36206	31507/ 36507	31636	31637	31826/ 36826	
5-393.51	↔	Anlegen eines anderen Shunts und Bypasses an Blutgefäßen: A. femoralis: Femorofemoral	K5	31205/ 36205	31506/ 36506	31634	31635	31825/ 36825	
5-393.53	↔	Anlegen eines anderen Shunts und Bypasses an Blutgefäßen: A. femoralis: Femoropopliteal, oberhalb des Kniegelenkes	K5	31205/ 36205	31506/ 36506	31634	31635	31825/ 36825	
5-393.54	↔	Anlegen eines anderen Shunts und Bypasses an Blutgefäßen: A. femoralis: Femoropopliteal, unterhalb des Kniegelenkes	K5	31205/ 36205	31506/ 36506	31634	31635	31825/ 36825	
5-393.55	↔	Anlegen eines anderen Shunts und Bypasses an Blutgefäßen: A. femoralis: Femorocrural	K5	31205/ 36205	31506/ 36506	31634	31635	31825/ 36825	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-393.56	↔	Anlegen eines anderen Shunts und Bypasses an Blutgefäßen: A. femoralis: Femoropedal	K5	31205/ 36205	31506/ 36506	31634	31635	31825/ 36825	
5-393.57	↔	Anlegen eines anderen Shunts und Bypasses an Blutgefäßen: A. femoralis: Femorofemoral, extraanatomisch	K5	31205/ 36205	31506/ 36506	31634	31635	31825/ 36825	
5-393.61	↔	Anlegen eines anderen Shunts und Bypasses an Blutgefäßen: A. poplitea: Popliteocrural	K5	31205/ 36205	31506/ 36506	31634	31635	31825/ 36825	
5-393.62	↔	Anlegen eines anderen Shunts und Bypasses an Blutgefäßen: A. poplitea: Popliteopedal	K5	31205/ 36205	31506/ 36506	31634	31635	31825/ 36825	
5-393.63	↔	Anlegen eines anderen Shunts und Bypasses an Blutgefäßen: A. poplitea: Popliteopopliteal	K5	31205/ 36205	31506/ 36506	31634	31635	31825/ 36825	
5-393.7	↔	Anlegen eines anderen Shunts und Bypasses an Blutgefäßen: Arterien Unterschenkel	K5	31205/ 36205	31506/ 36506	31634	31635	31825/ 36825	
5-393.8		Anlegen eines anderen Shunts und Bypasses an Blutgefäßen: Venös	K4	31204/ 36204	31505/ 36505	31634	31635	31824/ 36824	
5-394.b		Revision einer Blutgefäßoperation: Revision einer Naht	K3	31203/ 36203	31505/ 36505	31632	31633	31823/ 36823	
5-394.0		Revision einer Blutgefäßoperation: Operative Behandlung einer Blutung nach Gefäßoperation	K3	31203/ 36203	31505/ 36505	31632	31633	31823/ 36823	
5-394.13		Revision einer Blutgefäßoperation: Revision einer Anastomose: Gefäßanastomose ohne Interponat	K3	31203/ 36203	31505/ 36505	31632	31633	31823/ 36823	
5-394.2		Revision einer Blutgefäßoperation: Revision eines vaskulären Implantates	K3	31203/ 36203	31505/ 36505	31632	31633	31823/ 36823	
5-394.4		Revision einer Blutgefäßoperation: Entfernung eines vaskulären Implantates	K3	31203/ 36203	31505/ 36505	31632	31633	31823/ 36823	
5-394.5		Revision einer Blutgefäßoperation: Revision eines arteriovenösen Shunts	K3	31203/ 36203	31505/ 36505	31632	31633	31823/ 36823	
5-394.6		Revision einer Blutgefäßoperation: Verschluss eines arteriovenösen Shunts	K3	31203/ 36203	31505/ 36505	31632	31633	31823/ 36823	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-395.01	↔	Patchplastik an Blutgefäßen: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis communis mit Sinus caroticus	K4	31204/ 36204	31505/ 36505	31634	31635	31824/ 36824	
5-395.02	↔	Patchplastik an Blutgefäßen: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis interna extrakraniell	K4	31204/ 36204	31505/ 36505	31634	31635	31824/ 36824	
5-395.03	↔	Patchplastik an Blutgefäßen: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. carotis externa	K4	31204/ 36204	31505/ 36505	31634	31635	31824/ 36824	
5-395.04	↔	Patchplastik an Blutgefäßen: Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals: A. vertebralis extrakraniell	K5	31205/ 36205	31506/ 36506	31634	31635	31825/ 36825	
5-395.11	↔	Patchplastik an Blutgefäßen: Arterien Schulter und Oberarm: A. axillaris	K3	31203/ 36203	31505/ 36505	31632	31633	31823/ 36823	
5-395.12	↔	Patchplastik an Blutgefäßen: Arterien Schulter und Oberarm: A. brachialis	K3	31203/ 36203	31505/ 36505	31632	31633	31823/ 36823	
5-395.20	↔	Patchplastik an Blutgefäßen: Arterien Unterarm und Hand: A. ulnaris	K3	31203/ 36203	31505/ 36505	31632	31633	31823/ 36823	
5-395.24	↔	Patchplastik an Blutgefäßen: Arterien Unterarm und Hand: A. radialis	K3	31203/ 36203	31505/ 36505	31632	31633	31823/ 36823	
5-395.33		Patchplastik an Blutgefäßen: Aorta: Aorta abdominalis	F6	31156/ 36156	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-395.40	↔	Patchplastik an Blutgefäßen: Arterien thorakal: A. subclavia	K4	31204/ 36204	31505/ 36505	31634	31635	31824/ 36824	
5-395.41	↔	Patchplastik an Blutgefäßen: Arterien thorakal: Truncus brachiocephalicus	J7	31197/ 36197		31612	31613	31827/ 36827	
5-395.42	↔	Patchplastik an Blutgefäßen: Arterien thorakal: A. pulmonalis	J7	31197/ 36197		31612	31613	31827/ 36827	
5-395.53	↔	Patchplastik an Blutgefäßen: Arterien abdominal und pelvin: A. iliaca communis	F6	31156/ 36156	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-395.54	↔	Patchplastik an Blutgefäßen: Arterien abdominal und pelvin: A. iliaca externa	F5	31155/ 36155	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-395.55	↔	Patchplastik an Blutgefäßen: Arterien abdominal und pelvin: A. iliaca interna	F6	31156/ 36156	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-395.56	↔	Patchplastik an Blutgefäßen: Arterien abdominal und pelvin: Gefäßprothese	F6	31156/ 36156	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-395.70	↔	Patchplastik an Blutgefäßen: Arterien Oberschenkel: A. femoralis	K3	31203/ 36203	31505/ 36505	31632	31633	31823/ 36823	
5-395.71	↔	Patchplastik an Blutgefäßen: Arterien Oberschenkel: A. profunda femoris	K4	31204/ 36204	31505/ 36505	31634	31635	31824/ 36824	
5-395.72	↔	Patchplastik an Blutgefäßen: Arterien Oberschenkel: A. poplitea	K3	31203/ 36203	31505/ 36505	31632	31633	31823/ 36823	
5-395.73	↔	Patchplastik an Blutgefäßen: Arterien Oberschenkel: Gefäßprothese	K3	31203/ 36203	31505/ 36505	31632	31633	31823/ 36823	
5-395.80	↔	Patchplastik an Blutgefäßen: Arterien Unterschenkel und Fuß: A. tibialis anterior	K3	31203/ 36203	31505/ 36505	31632	31633	31823/ 36823	
5-395.82	↔	Patchplastik an Blutgefäßen: Arterien Unterschenkel und Fuß: A. dorsalis pedis	K3	31203/ 36203	31505/ 36505	31632	31633	31823/ 36823	
5-395.83	↔	Patchplastik an Blutgefäßen: Arterien Unterschenkel und Fuß: A. tibialis posterior	K3	31203/ 36203	31505/ 36505	31632	31633	31823/ 36823	
5-395.84	↔	Patchplastik an Blutgefäßen: Arterien Unterschenkel und Fuß: A. fibularis	K3	31203/ 36203	31505/ 36505	31632	31633	31823/ 36823	
5-395.87	↔	Patchplastik an Blutgefäßen: Arterien Unterschenkel und Fuß: Gefäßprothese	K3	31203/ 36203	31505/ 36505	31632	31633	31823/ 36823	
5-395.9a	↔	Patchplastik an Blutgefäßen: Tiefe Venen: V. iliaca interna	F5	31155/ 36155	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-395.9b	↔	Patchplastik an Blutgefäßen: Tiefe Venen: V. femoralis	K3	31203/ 36203	31505/ 36505	31632	31633	31823/ 36823	
5-395.9c	↔	Patchplastik an Blutgefäßen: Tiefe Venen: V. poplitea	K3	31203/ 36203	31505/ 36505	31632	31633	31823/ 36823	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-395.91	↔	Patchplastik an Blutgefäßen: Tiefe Venen: V. jugularis	K3	31203/ 36203	31505/ 36505	31632	31633	31823/ 36823	
5-395.93	↔	Patchplastik an Blutgefäßen: Tiefe Venen: V. subclavia	K4	31204/ 36204	31505/ 36505	31634	31635	31824/ 36824	
5-395.94	↔	Patchplastik an Blutgefäßen: Tiefe Venen: V. axillaris	K3	31203/ 36203	31505/ 36505	31632	31633	31823/ 36823	
5-395.95	↔	Patchplastik an Blutgefäßen: Tiefe Venen: V. brachiocephalica	J7	31197/ 36197		31612	31613	31827/ 36827	
5-395.96		Patchplastik an Blutgefäßen: Tiefe Venen: V. cava superior	J7	31197/ 36197		31612	31613	31827/ 36827	
5-395.98	↔	Patchplastik an Blutgefäßen: Tiefe Venen: V. iliaca communis	F5	31155/ 36155	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-395.99	↔	Patchplastik an Blutgefäßen: Tiefe Venen: V. iliaca externa	F5	31155/ 36155	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-397.33		Andere plastische Rekonstruktion von Blutgefäßen: Aorta: Aorta abdominalis	F6	31156/ 36156	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-397.34		Andere plastische Rekonstruktion von Blutgefäßen: Aorta: Aorta, Stent	F6	31156/ 36156	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-397.51	↔	Andere plastische Rekonstruktion von Blutgefäßen: Arterien abdominal und pelvin: Aa. lumbales	F6	31156/ 36156	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-397.53	↔	Andere plastische Rekonstruktion von Blutgefäßen: Arterien abdominal und pelvin: A. iliaca communis	F6	31156/ 36156	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-397.54	↔	Andere plastische Rekonstruktion von Blutgefäßen: Arterien abdominal und pelvin: A. iliaca externa	F5	31155/ 36155	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-397.55	↔	Andere plastische Rekonstruktion von Blutgefäßen: Arterien abdominal und pelvin: A. iliaca interna	F6	31156/ 36156	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-397.9a	↔	Andere plastische Rekonstruktion von Blutgefäßen: Tiefe Venen: V. iliaca interna	F6	31156/ 36156	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-397.98	↔	Andere plastische Rekonstruktion von Blutgefäßen: Tiefe Venen: V. iliaca communis	F6	31156/ 36156	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-397.99	↔	Andere plastische Rekonstruktion von Blutgefäßen: Tiefe Venen: V. iliaca externa	F5	31155/ 36155	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-399.b0		Andere Operationen an Blutgefäßen: Implantation oder Wechsel einer implantierbaren Medikamentenpumpe (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie): Medikamentenpumpe mit konstanter Flussrate	L2	31212/ 36212	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	31453
5-399.b1		Andere Operationen an Blutgefäßen: Implantation oder Wechsel einer implantierbaren Medikamentenpumpe (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie): Programmierbare Medikamentenpumpe mit kontinuierlicher Abgabe bei variablem Tagesprofil	L2	31212/ 36212	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	31453
5-399.b2		Andere Operationen an Blutgefäßen: Implantation oder Wechsel einer implantierbaren Medikamentenpumpe (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie): Medikamentenpumpe mit integrierter elektronischer Okklusionsüberwachung	L2	31212/ 36212	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	31453
5-399.c		Andere Operationen an Blutgefäßen: Revision einer implantierbaren Medikamentenpumpe (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	L2	31212/ 36212	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	31453
5-399.d		Andere Operationen an Blutgefäßen: Entfernung einer implantierbaren Medikamentenpumpe (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	L1	31211/ 36211	31503/ 36503	31601	31602	31821/ 36821	31452
5-399.1		Andere Operationen an Blutgefäßen: Verschluss einer arteriovenösen Fistel	K2	31202/ 36202	31503/ 36503	31632	31633	31822/ 36822	
5-399.5		Andere Operationen an Blutgefäßen: Implantation oder Wechsel von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	L2	31212/ 36212	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	31453
5-399.6		Andere Operationen an Blutgefäßen: Revision von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	L2	31212/ 36212	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	31453

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-399.7		Andere Operationen an Blutgefäßen: Entfernung von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)	L1	31211/ 36211	31503/ 36503	31601	31602	31821/ 36821	31452

2.15 Operationen am hämatopoetischen und Lymphgefäßsystem

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-401.b		Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße: Mehrere abdominale Lymphknotenstationen mit Leberbiopsie, laparoskopisch [Staging-Laparoskopie]	G4	31164/ 36164	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-401.c		Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße: Lymphangiom oder Hygroma cysticum	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-401.g0	↔	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße: Parasternal, offen chirurgisch: Ohne Markierung	J4	31194/ 36194		31610	31611	31824/ 36824	
5-401.g1	↔	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße: Parasternal, offen chirurgisch: Mit Radionuklidmarkierung (Sentinel-Lymphonodektomie)	J5	31195/ 36195		31610	31611	31825/ 36825	
5-401.g2	↔	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße: Parasternal, offen chirurgisch: Mit Farbmarkierung (Sentinel-Lymphonodektomie)	J5	31195/ 36195		31610	31611	31825/ 36825	
5-401.g3	↔	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße: Parasternal, offen chirurgisch: Mit Radionuklid- und Farbmarkierung, kombiniert (Sentinel-Lymphonodektomie)	J5	31195/ 36195		31610	31611	31825/ 36825	
5-401.h		Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße: Abdominal, offen chirurgisch	F4	31154/ 36154	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-401.j		Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße: Abdominal, laparoskopisch	G4	31164/ 36164	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-401.00	↔	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße: Zervikal: Ohne Markierung	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-401.01	↔	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße: Zervikal: Mit Radionuklidmarkierung (Sentinel-Lymphonodektomie)	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-401.02	↔	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße: Zervikal: Mit Farbmarkierung (Sentinel-Lymphonodektomie)	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-401.03	↔	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße: Zervikal: Mit Radionuklid- und Farbmarkierung, kombiniert (Sentinel-Lymphonodektomie)	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-401.10	↔	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße: Axillär: Ohne Markierung	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-401.11	↔	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße: Axillär: Mit Radionuklidmarkierung (Sentinel-Lymphonodektomie)	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-401.12	↔	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße: Axillär: Mit Farbmarkierung (Sentinel-Lymphonodektomie)	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-401.13	↔	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße: Axillär: Mit Radionuklid- und Farbmarkierung, kombiniert (Sentinel-Lymphonodektomie)	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-401.30		Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße: Paraaortal, offen chirurgisch: Ohne Markierung	F4	31154/ 36154	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-401.31		Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße: Paraaortal, offen chirurgisch: Mit Radionuklidmarkierung (Sentinel-Lymphonodektomie)	F5	31155/ 36155	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-401.32		Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße: Paraaortal, offen chirurgisch: Mit Farbmarkierung (Sentinel-Lymphonodektomie)	F5	31155/ 36155	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-401.33		Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße: Paraaortal, offen chirurgisch: Mit Radionuklid- und Farbmarkierung, kombiniert (Sentinel-Lymphonodektomie)	F5	31155/ 36155	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-401.40	↔	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße: Iliakal, offen chirurgisch: Ohne Markierung	F4	31154/ 36154	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-401.41	↔	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße: Iliakal, offen chirurgisch: Mit Radionuklidmarkierung (Sentinel-Lymphonodektomie)	F5	31155/ 36155	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-401.42	↔	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße: Iliakal, offen chirurgisch: Mit Farbmarkierung (Sentinel-Lymphonodektomie)	F5	31155/ 36155	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-401.43	↔	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße: Iliakal, offen chirurgisch: Mit Radionuklid- und Farbmarkierung, kombiniert (Sentinel-Lymphonodektomie)	F5	31155/ 36155	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-401.50	↔	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße: Inguinal, offen chirurgisch: Ohne Markierung	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-401.51	↔	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße: Inguinal, offen chirurgisch: Mit Radionuklidmarkierung (Sentinel-Lymphonodektomie)	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-401.52	↔	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße: Inguinal, offen chirurgisch: Mit Farbmarkierung (Sentinel-Lymphonodektomie)	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-401.53	↔	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße: Inguinal, offen chirurgisch: Mit Radionuklid- und Farbmarkierung, kombiniert (Sentinel-Lymphonodektomie)	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-401.6		Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße: Mehrere abdominale Lymphknotenstationen mit Leberbiopsie, offen chirurgisch [Staging-Laparotomie]	F5	31155/ 36155	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-401.70		Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße: Mediastinal, thorakoskopisch: Ohne Markierung	J4	31194/ 36194		31610	31611	31824/ 36824	
5-401.71		Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße: Mediastinal, thorakoskopisch: Mit Radionuklidmarkierung (Sentinel-Lymphonodektomie)	J5	31195/ 36195		31610	31611	31825/ 36825	
5-401.72		Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße: Mediastinal, thorakoskopisch: Mit Farbmarkierung (Sentinel-Lymphonodektomie)	J5	31195/ 36195		31610	31611	31825/ 36825	
5-401.73		Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße: Mediastinal, thorakoskopisch: Mit Radionuklid- und Farbmarkierung, kombiniert (Sentinel-Lymphonodektomie)	J5	31195/ 36195		31610	31611	31825/ 36825	
5-401.80		Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße: Paraaortal, laparoskopisch: Ohne Markierung	G4	31164/ 36164	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-401.81		Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße: Paraaortal, laparoskopisch: Mit Radionuklidmarkierung (Sentinel-Lymphonodektomie)	G5	31165/ 36165	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-401.82		Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße: Paraaortal, laparoskopisch: Mit Farbmarkierung (Sentinel-Lymphonodektomie)	G5	31165/ 36165	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-401.83		Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße: Paraaortal, laparoskopisch: Mit Radionuklid- und Farbmarkierung, kombiniert (Sentinel-Lymphonodektomie)	G5	31165/ 36165	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-401.90	↔	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße: Iliakal, laparoskopisch: Ohne Markierung	G3	31163/ 36163	31505/ 36505	31608	31609	31823/ 36823	
5-401.91	↔	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße: Iliakal, laparoskopisch: Mit Radionuklidmarkierung (Sentinel-Lymphonodektomie)	G4	31164/ 36164	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-401.92	↔	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße: Iliakal, laparoskopisch: Mit Farbmarkierung (Sentinel-Lymphonodektomie)	G4	31164/ 36164	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-401.93	↔	Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße: Iliakal, laparoskopisch: Mit Radionuklid- und Farbmarkierung, kombiniert (Sentinel-Lymphonodektomie)	G4	31164/ 36164	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-402.a	↔	Regionale Lymphadenektomie (Ausräumung mehrerer Lymphknoten einer Region) als selbständiger Eingriff: Pelvin, laparoskopisch	G4	31164/ 36164	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-402.g		Regionale Lymphadenektomie (Ausräumung mehrerer Lymphknoten einer Region) als selbständiger Eingriff: Abdominal, offen chirurgisch	F5	31155/ 36155	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-402.h		Regionale Lymphadenektomie (Ausräumung mehrerer Lymphknoten einer Region) als selbständiger Eingriff: Abdominal, laparoskopisch	G5	31165/ 36165	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-402.0	↔	Regionale Lymphadenektomie (Ausräumung mehrerer Lymphknoten einer Region) als selbständiger Eingriff: Zervikal	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-402.10	↔	Regionale Lymphadenektomie (Ausräumung mehrerer Lymphknoten einer Region) als selbständiger Eingriff: Axillär: Ohne Zuordnung eines Levels	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-402.11	↔	Regionale Lymphadenektomie (Ausräumung mehrerer Lymphknoten einer Region) als selbständiger Eingriff: Axillär: Level 1	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-402.12	↔	Regionale Lymphadenektomie (Ausräumung mehrerer Lymphknoten einer Region) als selbständiger Eingriff: Axillär: Level 1 und 2	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-402.13	↔	Regionale Lymphadenektomie (Ausräumung mehrerer Lymphknoten einer Region) als selbständiger Eingriff: Axillär: Level 1, 2 und 3	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-402.2		Regionale Lymphadenektomie (Ausräumung mehrerer Lymphknoten einer Region) als selbständiger Eingriff: Paraaortal, offen chirurgisch	F5	31155/ 36155	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-402.3	↔	Regionale Lymphadenektomie (Ausräumung mehrerer Lymphknoten einer Region) als selbständiger Eingriff: Iliakal, offen chirurgisch	F5	31155/ 36155	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-402.4	↔	Regionale Lymphadenektomie (Ausräumung mehrerer Lymphknoten einer Region) als selbständiger Eingriff: Inguinal, offen chirurgisch	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-402.5	↔	Regionale Lymphadenektomie (Ausräumung mehrerer Lymphknoten einer Region) als selbständiger Eingriff: Pelvin, offen chirurgisch	F5	31155/ 36155	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-402.6	↔	Regionale Lymphadenektomie (Ausräumung mehrerer Lymphknoten einer Region) als selbständiger Eingriff: Obturatorisch, offen chirurgisch	F5	31155/ 36155	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-402.7		Regionale Lymphadenektomie (Ausräumung mehrerer Lymphknoten einer Region) als selbständiger Eingriff: Paraaortal, laparoskopisch	G4	31164/ 36164	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-402.8	↔	Regionale Lymphadenektomie (Ausräumung mehrerer Lymphknoten einer Region) als selbständiger Eingriff: Iliakal, laparoskopisch	G3	31163/ 36163	31505/ 36505	31608	31609	31823/ 36823	
5-403.01	↔	Radikale zervikale Lymphadenektomie [Neck dissection]: Selektiv (funktionell): 2 Regionen	N3	31233/ 36233	31504/ 36504	31658	31659	31823/ 36823	
5-403.02	↔	Radikale zervikale Lymphadenektomie [Neck dissection]: Selektiv (funktionell): 3 Regionen	N3	31233/ 36233	31504/ 36504	31658	31659	31823/ 36823	
5-403.03	↔	Radikale zervikale Lymphadenektomie [Neck dissection]: Selektiv (funktionell): 4 Regionen	N5	31235/ 36235	31505/ 36505	31660	31661	31825/ 36825	
5-403.04	↔	Radikale zervikale Lymphadenektomie [Neck dissection]: Selektiv (funktionell): 5 Regionen	N5	31235/ 36235	31505/ 36505	31660	31661	31825/ 36825	
5-403.05	↔	Radikale zervikale Lymphadenektomie [Neck dissection]: Selektiv (funktionell): 6 Regionen	N5	31235/ 36235	31505/ 36505	31660	31661	31825/ 36825	
5-403.10	↔	Radikale zervikale Lymphadenektomie [Neck dissection]: Radikal: 4 Regionen	N4	31234/ 36234	31504/ 36504	31660	31661	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-403.11	↔	Radikale zervikale Lymphadenektomie [Neck dissection]: Radikal: 5 Regionen	N4	31234/ 36234	31504/ 36504	31660	31661	31824/ 36824	
5-403.12	↔	Radikale zervikale Lymphadenektomie [Neck dissection]: Radikal: 6 Regionen	N5	31235/ 36235	31505/ 36505	31660	31661	31825/ 36825	
5-403.20	↔	Radikale zervikale Lymphadenektomie [Neck dissection]: Radikal, modifiziert: 4 Regionen	N4	31234/ 36234	31504/ 36504	31660	31661	31824/ 36824	
5-403.21	↔	Radikale zervikale Lymphadenektomie [Neck dissection]: Radikal, modifiziert: 5 Regionen	N4	31234/ 36234	31504/ 36504	31660	31661	31824/ 36824	
5-403.22	↔	Radikale zervikale Lymphadenektomie [Neck dissection]: Radikal, modifiziert: 6 Regionen	N4	31234/ 36234	31504/ 36504	31660	31661	31824/ 36824	
5-403.30	↔	Radikale zervikale Lymphadenektomie [Neck dissection]: Radikal, erweitert: 4 Regionen	N4	31234/ 36234	31504/ 36504	31660	31661	31824/ 36824	
5-403.31	↔	Radikale zervikale Lymphadenektomie [Neck dissection]: Radikal, erweitert: 5 Regionen	N4	31234/ 36234	31504/ 36504	31660	31661	31824/ 36824	
5-403.32	↔	Radikale zervikale Lymphadenektomie [Neck dissection]: Radikal, erweitert: 6 Regionen	N4	31234/ 36234	31504/ 36504	31660	31661	31824/ 36824	
5-404.d	L	Radikale (systematische) Lymphadenektomie als selbständiger Eingriff: Retroperitoneal (iliakal, paraaortal, parakaval), offen chirurgisch	F6	31156/ 36156	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-404.d	P	Radikale (systematische) Lymphadenektomie als selbständiger Eingriff: Retroperitoneal (iliakal, paraaortal, parakaval), offen chirurgisch	Q7	31277/ 36277	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-404.d	R	Radikale (systematische) Lymphadenektomie als selbständiger Eingriff: Retroperitoneal (iliakal, paraaortal, parakaval), offen chirurgisch	F6	31156/ 36156	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-404.e	L	Radikale (systematische) Lymphadenektomie als selbständiger Eingriff: Retroperitoneal (iliakal, paraaortal), laparoskopisch	G5	31165/ 36165	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-404.e	P	Radikale (systematische) Lymphadenektomie als selbständiger Eingriff: Retroperitoneal (iliakal, paraaortal), laparoskopisch	R7	31287/ 36287	31507/ 36507	31688	31689	31827/ 36827	
5-404.e	R	Radikale (systematische) Lymphadenektomie als selbständiger Eingriff: Retroperitoneal (iliakal, paraaortal), laparoskopisch	G5	31165/ 36165	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-404.f	L	Radikale (systematische) Lymphadenektomie als selbständiger Eingriff: Pelvin, offen chirurgisch	F5	31155/ 36155	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-404.f	P	Radikale (systematische) Lymphadenektomie als selbständiger Eingriff: Pelvin, offen chirurgisch	Q5	31275/ 36275	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-404.f	R	Radikale (systematische) Lymphadenektomie als selbständiger Eingriff: Pelvin, offen chirurgisch	F5	31155/ 36155	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-404.g	L	Radikale (systematische) Lymphadenektomie als selbständiger Eingriff: Pelvin, laparoskopisch	G4	31164/ 36164	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-404.g	P	Radikale (systematische) Lymphadenektomie als selbständiger Eingriff: Pelvin, laparoskopisch	R4	31284/ 36284	31505/ 36505	31686	31687	31824/ 36824	
5-404.g	R	Radikale (systematische) Lymphadenektomie als selbständiger Eingriff: Pelvin, laparoskopisch	G4	31164/ 36164	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-404.h	L	Radikale (systematische) Lymphadenektomie als selbständiger Eingriff: Inguinal	F4	31154/ 36154	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-404.h	P	Radikale (systematische) Lymphadenektomie als selbständiger Eingriff: Inguinal	F5	31155/ 36155	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-404.h	R	Radikale (systematische) Lymphadenektomie als selbständiger Eingriff: Inguinal	F4	31154/ 36154	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-404.m		Radikale (systematische) Lymphadenektomie als selbständiger Eingriff: Abdominal, offen chirurgisch	F6	31156/ 36156	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-404.n		Radikale (systematische) Lymphadenektomie als selbständiger Eingriff: Abdominal, laparoskopisch	G6	31166/ 36166	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-404.00	↔	Radikale (systematische) Lymphadenektomie als selbständiger Eingriff: Axillär: Ohne Zuordnung eines Levels	B4	31114/ 36114	31504/ 36504	31610	31611	31824/ 36824	
5-404.01	↔	Radikale (systematische) Lymphadenektomie als selbständiger Eingriff: Axillär: Level 1	B4	31114/ 36114	31504/ 36504	31610	31611	31824/ 36824	
5-404.02	↔	Radikale (systematische) Lymphadenektomie als selbständiger Eingriff: Axillär: Level 1 und 2	B4	31114/ 36114	31504/ 36504	31610	31611	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-404.03	↔	Radikale (systematische) Lymphadenektomie als selbständiger Eingriff: Axillär: Level 1, 2 und 3	B4	31114/ 36114	31504/ 36504	31610	31611	31824/ 36824	
5-406.a		Regionale Lymphadenektomie (Ausräumung mehrerer Lymphknoten einer Region) im Rahmen einer anderen Operation: Abdominal, offen chirurgisch	F5	31155/ 36155	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-406.b		Regionale Lymphadenektomie (Ausräumung mehrerer Lymphknoten einer Region) im Rahmen einer anderen Operation: Abdominal, laparoskopisch	G5	31165/ 36165	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-406.10	↔	Regionale Lymphadenektomie (Ausräumung mehrerer Lymphknoten einer Region) im Rahmen einer anderen Operation: Axillär: Ohne Zuordnung eines Levels	B2	31112/ 36112	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-406.11	↔	Regionale Lymphadenektomie (Ausräumung mehrerer Lymphknoten einer Region) im Rahmen einer anderen Operation: Axillär: Level 1	B2	31112/ 36112	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-406.12	↔	Regionale Lymphadenektomie (Ausräumung mehrerer Lymphknoten einer Region) im Rahmen einer anderen Operation: Axillär: Level 1 und 2	B2	31112/ 36112	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-406.13	↔	Regionale Lymphadenektomie (Ausräumung mehrerer Lymphknoten einer Region) im Rahmen einer anderen Operation: Axillär: Level 1, 2 und 3	B3	31113/ 36113	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-407.00	↔	Radikale (systematische) Lymphadenektomie im Rahmen einer anderen Operation: Axillär: Ohne Zuordnung eines Levels	B2	31112/ 36112	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-407.01	↔	Radikale (systematische) Lymphadenektomie im Rahmen einer anderen Operation: Axillär: Level 1	B2	31112/ 36112	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-407.02	↔	Radikale (systematische) Lymphadenektomie im Rahmen einer anderen Operation: Axillär: Level 1 und 2	B2	31112/ 36112	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-407.03	↔	Radikale (systematische) Lymphadenektomie im Rahmen einer anderen Operation: Axillär: Level 1, 2 und 3	B3	31113/ 36113	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-407.6		Radikale (systematische) Lymphadenektomie im Rahmen einer anderen Operation: Abdominal, offen chirurgisch	F6	31156/ 36156	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-407.7		Radikale (systematische) Lymphadenektomie im Rahmen einer anderen Operation: Abdominal, laparoskopisch	G6	31166/ 36166	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-408.1		Andere Operationen am Lymphgefäßsystem: Inzision einer Lymphozele	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-408.20		Andere Operationen am Lymphgefäßsystem: Drainage einer Lymphozele: Offen chirurgisch	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-408.21		Andere Operationen am Lymphgefäßsystem: Drainage einer Lymphozele: Laparoskopisch	G2	31162/ 36162	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-408.3		Andere Operationen am Lymphgefäßsystem: Drainage eines Lymphödems, offen chirurgisch	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-408.70	↔	Andere Operationen am Lymphgefäßsystem: Revision nach einer Lymphadenektomie mit Entfernung von erkranktem Gewebe: Zervikal	N2	31232/ 36232	31503/ 36503	31658	31659	31822/ 36822	
5-408.71	↔	Andere Operationen am Lymphgefäßsystem: Revision nach einer Lymphadenektomie mit Entfernung von erkranktem Gewebe: Axillär	B3	31113/ 36113	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-408.72	↔	Andere Operationen am Lymphgefäßsystem: Revision nach einer Lymphadenektomie mit Entfernung von erkranktem Gewebe: Inguinal	F2	31152/ 36152	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-408.80		Andere Operationen am Lymphgefäßsystem: (Teil-)Resektion einer Lymphozele: Offen chirurgisch	F3	31153/ 36153	31505/ 36505	31608	31609	31823/ 36823	
5-408.81		Andere Operationen am Lymphgefäßsystem: (Teil-)Resektion einer Lymphozele: Laparoskopisch	G4	31164/ 36164	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-413.00		Splenektomie: Partiell: Offen chirurgisch	F7	31157/ 36157	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-413.01		Splenektomie: Partiell: Laparoskopisch	G7	31167/ 36167	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-413.02		Splenektomie: Partiell: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch	F7	31157/ 36157	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-413.10		Splenektomie: Total: Offen chirurgisch	F6	31156/ 36156	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-413.11		Splenektomie: Total: Laparoskopisch	G7	31167/ 36167	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-413.12		Splenektomie: Total: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch	F7	31157/ 36157	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	

2.16 Operationen am Verdauungstrakt

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-430.0		Gastrotomie: Ohne weitere Maßnahmen	F4	31154/ 36154	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-430.1		Gastrotomie: Mit Einlegen eines Ösophagustubus	F4	31154/ 36154	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-431.0		Gastrostomie: Offen chirurgisch	F4	31154/ 36154	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-431.30		Gastrostomie: Freilegung und Entfernung einer eingewachsenen PEG-Halteplatte: Offen chirurgisch	F4	31154/ 36154	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-432.00		Operationen am Pylorus: Pyloromyotomie: Offen chirurgisch	F4	31154/ 36154	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-432.01		Operationen am Pylorus: Pyloromyotomie: Laparoskopisch	G4	31164/ 36164	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-432.02		Operationen am Pylorus: Pyloromyotomie: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch	G4	31164/ 36164	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-432.1		Operationen am Pylorus: Pyloroplastik	F4	31154/ 36154	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-432.2		Operationen am Pylorus: Pylorusresektion mit Gastroduodenostomie (z.B. bei Pylorusatresie)	F6	31156/ 36156	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-433.1		Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Magens: Exzision, laparoskopisch	G4	31164/ 36164	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-434.0		Atypische partielle Magenresektion: Segmentresektion	F7	31157/ 36157	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-434.1		Atypische partielle Magenresektion: Kardiaresektion mit Hochzug des Restmagens	F7	31157/ 36157	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-434.2		Atypische partielle Magenresektion: Antrektomie	F7	31157/ 36157	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-435.0		Partielle Magenresektion (2/3-Resektion): Mit Gastroduodenostomie [Billroth I]	F6	31156/ 36156	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-435.1		Partielle Magenresektion (2/3-Resektion): Mit Gastrojejunostomie [Billroth II]	F6	31156/ 36156	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-435.2		Partielle Magenresektion (2/3-Resektion): Mit Gastrojejunostomie durch Roux-Y-Anastomose	F6	31156/ 36156	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-436.01		Subtotale Magenresektion (4/5-Resektion): Mit Gastrojejunostomie analog Billroth II: Ohne Lymphadenektomie	F6	31156/ 36156	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-436.02		Subtotale Magenresektion (4/5-Resektion): Mit Gastrojejunostomie analog Billroth II: Exzision einzelner Lymphknoten des Kompartimentes II oder III	F7	31157/ 36157	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-436.03		Subtotale Magenresektion (4/5-Resektion): Mit Gastrojejunostomie analog Billroth II: Systematische Lymphadenektomie Kompartiment II	F7	31157/ 36157	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-436.04		Subtotale Magenresektion (4/5-Resektion): Mit Gastrojejunostomie analog Billroth II: Systematische Lymphadenektomie Kompartiment II und partiell III	F7	31157/ 36157	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-436.05		Subtotale Magenresektion (4/5-Resektion): Mit Gastrojejunostomie analog Billroth II: Systematische Lymphadenektomie Kompartiment II und III	F7	31157/ 36157	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-436.11		Subtotale Magenresektion (4/5-Resektion): Mit Gastrojejunostomie durch Roux-Y-Anastomose: Ohne Lymphadenektomie	F6	31156/ 36156	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-436.12		Subtotale Magenresektion (4/5-Resektion): Mit Gastrojejunostomie durch Roux-Y-Anastomose: Exzision einzelner Lymphknoten des Kompartimentes II oder III	F7	31157/ 36157	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-436.13		Subtotale Magenresektion (4/5-Resektion): Mit Gastrojejunostomie durch Roux-Y-Anastomose: Systematische Lymphadenektomie Kompartiment II	F7	31157/ 36157	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-436.14		Subtotale Magenresektion (4/5-Resektion): Mit Gastrojejunostomie durch Roux-Y-Anastomose: Systematische Lymphadenektomie Kompartiment II und partiell III	F7	31157/ 36157	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-436.15		Subtotale Magenresektion (4/5-Resektion): Mit Gastrojejunostomie durch Roux-Y-Anastomose: Systematische Lymphadenektomie Kompartiment II und III	F7	31157/ 36157	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-444.0		Vagotomie: Trunkulär	F5	31155/ 36155	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-444.11		Vagotomie: Selektiv, gastrisch: Ohne Pyloroplastik	F5	31155/ 36155	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-444.12		Vagotomie: Selektiv, gastrisch: Mit Pyloroplastik	F6	31156/ 36156	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-444.21		Vagotomie: Selektiv, proximal: Ohne Pyloroplastik	F5	31155/ 36155	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-444.22		Vagotomie: Selektiv, proximal: Mit Pyloroplastik	F6	31156/ 36156	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-444.3		Vagotomie: Magenstumpf-Vagotomie (im Rahmen von Rezidivoperationen am Magen)	F7	31157/ 36157	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-444.4		Vagotomie: Laparoskopisch (alle Verfahren)	F5	31155/ 36155	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-444.5		Vagotomie: Thorakoskopisch (alle Verfahren)	F4	31154/ 36154	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-445.00		Gastroenterostomie ohne Magenresektion [Bypassverfahren]: Gastroduodenostomie (z.B. nach Jaboulay): Offen chirurgisch	F5	31155/ 36155	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-445.01		Gastroenterostomie ohne Magenresektion [Bypassverfahren]: Gastroduodenostomie (z.B. nach Jaboulay): Laparoskopisch	F5	31155/ 36155	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-445.02		Gastroenterostomie ohne Magenresektion [Bypassverfahren]: Gastroduodenostomie (z.B. nach Jaboulay): Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch	F6	31156/ 36156	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-445.10		Gastroenterostomie ohne Magenresektion [Bypassverfahren]: Gastroenterostomie, vordere: Offen chirurgisch	F5	31155/ 36155	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-445.11		Gastroenterostomie ohne Magenresektion [Bypassverfahren]: Gastroenterostomie, vordere: Laparoskopisch	F5	31155/ 36155	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-445.12		Gastroenterostomie ohne Magenresektion [Bypassverfahren]: Gastroenterostomie, vordere: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch	F6	31156/ 36156	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-445.20		Gastroenterostomie ohne Magenresektion [Bypassverfahren]: Gastroenterostomie, hintere: Offen chirurgisch	F5	31155/ 36155	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-445.21		Gastroenterostomie ohne Magenresektion [Bypassverfahren]: Gastroenterostomie, hintere: Laparoskopisch	F6	31156/ 36156	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-445.22		Gastroenterostomie ohne Magenresektion [Bypassverfahren]: Gastroenterostomie, hintere: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch	F6	31156/ 36156	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-447.e0		Revision nach Magenresektion: Verkleinerung einer Anastomose: Offen chirurgisch	F7	31157/ 36157	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-447.e1		Revision nach Magenresektion: Verkleinerung einer Anastomose: Laparoskopisch	G7	31167/ 36167	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-447.e2		Revision nach Magenresektion: Verkleinerung einer Anastomose: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch	G7	31167/ 36167	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-447.0		Revision nach Magenresektion: Nachresektion nach Billroth-I-Resektion	F7	31157/ 36157	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-447.1		Revision nach Magenresektion: Umwandlung einer Billroth-I-Resektion in eine Billroth-II-Rekonstruktion	F7	31157/ 36157	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-447.2		Revision nach Magenresektion: Umwandlung einer Billroth-I-Resektion in eine Roux-Y-Anastomose	F7	31157/ 36157	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-447.3		Revision nach Magenresektion: Nachresektion nach Billroth-II-Resektion	F7	31157/ 36157	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-447.4		Revision nach Magenresektion: Umwandlung einer Billroth-II-Resektion in eine Billroth-I-Rekonstruktion	F7	31157/ 36157	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-447.5		Revision nach Magenresektion: Umwandlung einer Billroth-II-Resektion in eine Roux-Y-Anastomose	F7	31157/ 36157	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-447.7		Revision nach Magenresektion: Revision eines Dünndarm-Interponates oder einer Roux-Y-Anastomose	F7	31157/ 36157	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-448.00		Andere Rekonstruktion am Magen: Naht (nach Verletzung): Offen chirurgisch abdominal	F4	31154/ 36154	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-448.01		Andere Rekonstruktion am Magen: Naht (nach Verletzung): Offen chirurgisch thorakal	F5	31155/ 36155	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-448.02		Andere Rekonstruktion am Magen: Naht (nach Verletzung): Laparoskopisch	G3	31163/ 36163	31505/ 36505	31608	31609	31823/ 36823	
5-448.03		Andere Rekonstruktion am Magen: Naht (nach Verletzung): Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch	F5	31155/ 36155	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-448.10		Andere Rekonstruktion am Magen: Verschluss einer Gastrostomie oder (Ernährungs-)Fistel: Offen chirurgisch abdominal	F5	31155/ 36155	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-448.12		Andere Rekonstruktion am Magen: Verschluss einer Gastrostomie oder (Ernährungs-)Fistel: Laparoskopisch	G2	31162/ 36162	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-448.20		Andere Rekonstruktion am Magen: Gastropexie: Offen chirurgisch abdominal	F5	31155/ 36155	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-448.22		Andere Rekonstruktion am Magen: Gastropexie: Laparoskopisch	G5	31165/ 36165	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-448.23		Andere Rekonstruktion am Magen: Gastropexie: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch	F6	31156/ 36156	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-448.40		Andere Rekonstruktion am Magen: Fundoplikatio: Offen chirurgisch abdominal	F5	31155/ 36155	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-448.42		Andere Rekonstruktion am Magen: Fundoplikatio: Laparoskopisch	G6	31166/ 36166	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-448.43		Andere Rekonstruktion am Magen: Fundoplikatio: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch	F6	31156/ 36156	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-448.50		Andere Rekonstruktion am Magen: Hemifundoplikatio: Offen chirurgisch abdominal	F6	31156/ 36156	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-448.52		Andere Rekonstruktion am Magen: Hemifundoplikatio: Laparoskopisch	G6	31166/ 36166	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-448.60		Andere Rekonstruktion am Magen: Hemifundoplikatio mit Hiatusnaht: Offen chirurgisch abdominal	F7	31157/ 36157	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-448.62		Andere Rekonstruktion am Magen: Hemifundoplikatio mit Hiatusnaht: Laparoskopisch	G6	31166/ 36166	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-448.63		Andere Rekonstruktion am Magen: Hemifundoplikatio mit Hiatusnaht: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch	F6	31156/ 36156	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-449.00		Andere Operationen am Magen: Sklerosierung von Fundusvarizen: Offen chirurgisch	F5	31155/ 36155	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-449.10		Andere Operationen am Magen: Umstechung von Fundusvarizen: Offen chirurgisch	F5	31155/ 36155	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-449.30		Andere Operationen am Magen: Beseitigung eines Magenvolvulus: Offen chirurgisch	F5	31155/ 36155	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-449.31		Andere Operationen am Magen: Beseitigung eines Magenvolvulus: Laparoskopisch	G5	31165/ 36165	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-449.32		Andere Operationen am Magen: Beseitigung eines Magenvolvulus: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch	F6	31156/ 36156	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-449.40		Andere Operationen am Magen: Verschluss einer Kolon-Magen-Fistel: Offen chirurgisch	F5	31155/ 36155	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-449.41		Andere Operationen am Magen: Verschluss einer Kolon-Magen-Fistel: Laparoskopisch	G5	31165/ 36165	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-449.42		Andere Operationen am Magen: Verschluss einer Kolon-Magen-Fistel: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch	F6	31156/ 36156	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-449.50		Andere Operationen am Magen: Umstechung oder Übernähung eines Ulcus ventriculi: Offen chirurgisch	F4	31154/ 36154	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-449.51		Andere Operationen am Magen: Umstechung oder Übernähung eines Ulcus ventriculi: Laparoskopisch	G4	31164/ 36164	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-449.52		Andere Operationen am Magen: Umstechung oder Übernähung eines Ulcus ventriculi: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch	F5	31155/ 36155	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-451.1		Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dünndarmes: Sonstige Exzision, offen chirurgisch	F3	31153/ 36153	31505/ 36505	31608	31609	31823/ 36823	
5-451.2		Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dünndarmes: Exzision, laparoskopisch	G3	31163/ 36163	31505/ 36505	31608	31609	31823/ 36823	
5-452.1		Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes: Exzision, laparoskopisch	G3	31163/ 36163	31505/ 36505	31608	31609	31823/ 36823	
5-453.0		Ausschaltung eines Darmsegmentes als selbständiger Eingriff (z.B. bei zweizeitigen plastischen Operationen): Duodenum	F5	31155/ 36155	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-453.1		Ausschaltung eines Darmsegmentes als selbständiger Eingriff (z.B. bei zweizeitigen plastischen Operationen): Jejunum oder Ileum	F5	31155/ 36155	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-453.2		Ausschaltung eines Darmsegmentes als selbständiger Eingriff (z.B. bei zweizeitigen plastischen Operationen): Kolon	F5	31155/ 36155	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-454.50		Resektion des Dünndarmes: (Teil-)Resektion des Jejunums: Offen chirurgisch	F5	31155/ 36155	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-454.51		Resektion des Dünndarmes: (Teil-)Resektion des Jejunums: Laparoskopisch	G5	31165/ 36165	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-454.52		Resektion des Dünndarmes: (Teil-)Resektion des Jejunums: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch	F6	31156/ 36156	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-454.60		Resektion des Dünndarmes: (Teil-)Resektion des Ileums: Offen chirurgisch	F5	31155/ 36155	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-454.61		Resektion des Dünndarmes: (Teil-)Resektion des Ileums: Laparoskopisch	G5	31165/ 36165	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-454.62		Resektion des Dünndarmes: (Teil-)Resektion des Ileums: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch	F6	31156/ 36156	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-455.aa		Partielle Resektion des Dickdarmes: Resektion des Colon descendens mit linker Flexur und Colon transversum [Hemikolektomie links mit Transversumresektion]: Laparoskopisch mit zwei Enterostomata	G7	31167/ 36167	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-455.ab		Partielle Resektion des Dickdarmes: Resektion des Colon descendens mit linker Flexur und Colon transversum [Hemikolektomie links mit Transversumresektion]: Laparoskopisch mit temporärem Blindverschluss beider Schenkel	G7	31167/ 36167	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-455.ac		Partielle Resektion des Dickdarmes: Resektion des Colon descendens mit linker Flexur und Colon transversum [Hemikolektomie links mit Transversumresektion]: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch mit Anastomose	G7	31167/ 36167	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-455.ad		Partielle Resektion des Dickdarmes: Resektion des Colon descendens mit linker Flexur und Colon transversum [Hemikolektomie links mit Transversumresektion]: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch mit Enterostoma und Blindverschluss	G7	31167/ 36167	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-455.ae		Partielle Resektion des Dickdarmes: Resektion des Colon descendens mit linker Flexur und Colon transversum [Hemikolektomie links mit Transversumresektion]: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch mit zwei Enterostomata	G7	31167/ 36167	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-455.af		Partielle Resektion des Dickdarmes: Resektion des Colon descendens mit linker Flexur und Colon transversum [Hemikolektomie links mit Transversumresektion]: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch mit Anastomosen-Anus praeter	G7	31167/ 36167	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-455.ag		Partielle Resektion des Dickdarmes: Resektion des Colon descendens mit linker Flexur und Colon transversum [Hemikolektomie links mit Transversumresektion]: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch mit temporärem Blindverschluss beider Schenkel	G7	31167/ 36167	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-455.a1		Partielle Resektion des Dickdarmes: Resektion des Colon descendens mit linker Flexur und Colon transversum [Hemikolektomie links mit Transversumresektion]: Offen chirurgisch mit Anastomose	F7	31157/ 36157	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-455.a2		Partielle Resektion des Dickdarmes: Resektion des Colon descendens mit linker Flexur und Colon transversum [Hemikolektomie links mit Transversumresektion]: Offen chirurgisch mit Enterostoma und Blindverschluss	F7	31157/ 36157	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-455.a3		Partielle Resektion des Dickdarmes: Resektion des Colon descendens mit linker Flexur und Colon transversum [Hemikolektomie links mit Transversumresektion]: Offen chirurgisch mit zwei Enterostomata	F7	31157/ 36157	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-455.a4		Partielle Resektion des Dickdarmes: Resektion des Colon descendens mit linker Flexur und Colon transversum [Hemikolektomie links mit Transversumresektion]: Offen chirurgisch mit Anastomosen-Anus praeter	F7	31157/ 36157	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-455.a5		Partielle Resektion des Dickdarmes: Resektion des Colon descendens mit linker Flexur und Colon transversum [Hemikolektomie links mit Transversumresektion]: Laparoskopisch mit Anastomose	G7	31167/ 36167	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-455.a8		Partielle Resektion des Dickdarmes: Resektion des Colon descendens mit linker Flexur und Colon transversum [Hemikolektomie links mit Transversumresektion]: Offen chirurgisch mit temporärem Blindverschluss beider Schenkel	F7	31157/ 36157	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-455.a9		Partielle Resektion des Dickdarmes: Resektion des Colon descendens mit linker Flexur und Colon transversum [Hemikolektomie links mit Transversumresektion]: Laparoskopisch mit Enterostoma und Blindverschluss	G7	31167/ 36167	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-455.ba		Partielle Resektion des Dickdarmes: Resektion des Colon descendens und Colon sigmoideum: Laparoskopisch mit zwei Enterostomata	G7	31167/ 36167	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-455.bb		Partielle Resektion des Dickdarmes: Resektion des Colon descendens und Colon sigmoideum: Laparoskopisch mit temporärem Blindverschluss beider Schenkel	G7	31167/ 36167	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-455.bc		Partielle Resektion des Dickdarmes: Resektion des Colon descendens und Colon sigmoideum: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch mit Anastomose	G7	31167/ 36167	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-455.bd		Partielle Resektion des Dickdarmes: Resektion des Colon descendens und Colon sigmoideum: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch mit Enterostoma und Blindverschluss	G7	31167/ 36167	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-455.be		Partielle Resektion des Dickdarmes: Resektion des Colon descendens und Colon sigmoideum: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch mit zwei Enterostomata	G7	31167/ 36167	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-455.bf		Partielle Resektion des Dickdarmes: Resektion des Colon descendens und Colon sigmoideum: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch mit Anastomosen-Anus praeter	G7	31167/ 36167	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-455.bg		Partielle Resektion des Dickdarmes: Resektion des Colon descendens und Colon sigmoideum: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch mit temporärem Blindverschluss beider Schenkel	G7	31167/ 36167	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-455.b1		Partielle Resektion des Dickdarmes: Resektion des Colon descendens und Colon sigmoideum: Offen chirurgisch mit Anastomose	F7	31157/ 36157	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-455.b2		Partielle Resektion des Dickdarmes: Resektion des Colon descendens und Colon sigmoideum: Offen chirurgisch mit Enterostoma und Blindverschluss	F7	31157/ 36157	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-455.b3		Partielle Resektion des Dickdarmes: Resektion des Colon descendens und Colon sigmoideum: Offen chirurgisch mit zwei Enterostomata	F7	31157/ 36157	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-455.b4		Partielle Resektion des Dickdarmes: Resektion des Colon descendens und Colon sigmoideum: Offen chirurgisch mit Anastomosen-Anus praeter	F7	31157/ 36157	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-455.b5		Partielle Resektion des Dickdarmes: Resektion des Colon descendens und Colon sigmoideum: Laparoskopisch mit Anastomose	G7	31167/ 36167	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-455.b8		Partielle Resektion des Dickdarmes: Resektion des Colon descendens und Colon sigmoideum: Offen chirurgisch mit temporärem Blindverschluss beider Schenkel	F7	31157/ 36157	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-455.b9		Partielle Resektion des Dickdarmes: Resektion des Colon descendens und Colon sigmoideum: Laparoskopisch mit Enterostoma und Blindverschluss	G7	31167/ 36167	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-455.ca		Partielle Resektion des Dickdarmes: Resektion des Colon ascendens, transversum und descendens mit Coecum und rechter und linker Flexur [Hemikolektomie rechts und links mit Transversumresektion]: Laparoskopisch mit zwei Enterostomata	G7	31167/ 36167	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-455.cb		Resektion des Colon ascendens, transversum und descendens mit Coecum und rechter und linker Flexur [Hemikolektomie rechts und links mit Transversumresektion]: Laparoskopisch mit temporärem Blindverschluss beider Schenkel	G7	31167/ 36167	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-455.cc		Partielle Resektion des Dickdarmes: Resektion des Colon ascendens, transversum und descendens mit Coecum und rechter und linker Flexur [Hemikolektomie rechts und links mit Transversumresektion]: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch mit Anastomose	G7	31167/ 36167	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-455.cd		Resektion des Colon ascendens, transversum und descendens mit Coecum und rechter und linker Flexur [Hemikolektomie rechts und links mit Transversumresektion]: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch mit Enterostoma und Blindverschluss	G7	31167/ 36167	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-455.ce		Resektion des Colon ascendens, transversum und descendens mit Coecum und rechter und linker Flexur [Hemikolektomie rechts und links mit Transversumresektion]: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch mit zwei Enterostomata	G7	31167/ 36167	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-455.cf		Resektion des Colon ascendens, transversum und descendens mit Coecum und rechter und linker Flexur [Hemikolektomie rechts und links mit Transversumresektion]: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch mit Anastomosen-Anus praeter	G7	31167/ 36167	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-455.cg		Resektion des Colon ascendens, transversum und descendens mit Coecum und rechter und linker Flexur [Hemikolektomie rechts und links mit Transversumresektion]: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch mit temporärem Blindverschluss beider Schenkel	G7	31167/ 36167	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-455.c1		Partielle Resektion des Dickdarmes: Resektion des Colon ascendens, transversum und descendens mit Coecum und rechter und linker Flexur [Hemikolektomie rechts und links mit Transversumresektion]: Offen chirurgisch mit Anastomose	F7	31157/ 36157	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-455.c2		Partielle Resektion des Dickdarmes: Resektion des Colon ascendens, transversum und descendens mit Coecum und rechter und linker Flexur [Hemikolektomie rechts und links mit Transversumresektion]: Offen chirurgisch mit Enterostoma und Blindverschluss	F7	31157/ 36157	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-455.c3		Partielle Resektion des Dickdarmes: Resektion des Colon ascendens, transversum und descendens mit Coecum und rechter und linker Flexur [Hemikolektomie rechts und links mit Transversumresektion]: Offen chirurgisch mit zwei Enterostomata	F7	31157/ 36157	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-455.c4		Partielle Resektion des Dickdarmes: Resektion des Colon ascendens, transversum und descendens mit Coecum und rechter und linker Flexur [Hemikolektomie rechts und links mit Transversumresektion]: Offen chirurgisch mit Anastomosen-Anus praeter	F7	31157/ 36157	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-455.c5		Partielle Resektion des Dickdarmes: Resektion des Colon ascendens, transversum und descendens mit Coecum und rechter und linker Flexur [Hemikolektomie rechts und links mit Transversumresektion]: Laparoskopisch mit Anastomose	G7	31167/ 36167	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-455.c8		Resektion des Colon ascendens, transversum und descendens mit Coecum und rechter und linker Flexur [Hemikolektomie rechts und links mit Transversumresektion]: Offen chirurgisch mit temporärem Blindverschluss beider Schenkel	F7	31157/ 36157	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-455.c9		Partielle Resektion des Dickdarmes: Resektion des Colon ascendens, transversum und descendens mit Coecum und rechter und linker Flexur [Hemikolektomie rechts und links mit Transversumresektion]: Laparoskopisch mit Enterostoma und Blindverschluss	G7	31167/ 36167	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-455.da		Partielle Resektion des Dickdarmes: Resektion des Colon transversum, Colon descendens mit linker Flexur und Colon sigmoideum	G7	31167/ 36167	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
		[Hemikolektomie links mit Transversumresektion und Sigmaresektion]: Laparoskopisch mit zwei Enterostomata							
5-455.db		Resektion des Colon transversum, Colon descendens mit linker Flexur und Colon sigmoideum [Hemikolektomie links mit Transversumresektion und Sigmaresektion]: Laparoskopisch mit temporärem Blindverschluss beider Schenkel	G7	31167/ 36167	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-455.dc		Partielle Resektion des Dickdarmes: Resektion des Colon transversum, Colon descendens mit linker Flexur und Colon sigmoideum [Hemikolektomie links mit Transversumresektion und Sigmaresektion]: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch mit Anastomose	G7	31167/ 36167	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-455.dd		Resektion des Colon transversum, Colon descendens mit linker Flexur und Colon sigmoideum [Hemikolektomie links mit Transversumresektion und Sigmaresektion]: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch mit Enterostoma und Blindverschluss	G7	31167/ 36167	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-455.de		Resektion des Colon transversum, Colon descendens mit linker Flexur und Colon sigmoideum [Hemikolektomie links mit Transversumresektion und Sigmaresektion]: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch mit zwei Enterostomata	G7	31167/ 36167	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-455.df		Resektion des Colon transversum, Colon descendens mit linker Flexur und Colon sigmoideum [Hemikolektomie links mit Transversumresektion und Sigmaresektion]: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch mit Anastomosen-Anus praeter	G7	31167/ 36167	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-455.dg		Resektion des Colon transversum, Colon descendens mit linker Flexur und Colon sigmoideum [Hemikolektomie links mit Transversumresektion und Sigmaresektion]: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch mit temporärem Blindverschluss beider Schenkel	G7	31167/ 36167	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-455.d1		Partielle Resektion des Dickdarmes: Resektion des Colon transversum, Colon descendens mit linker Flexur und Colon sigmoideum [Hemikolektomie links mit Transversumresektion und Sigmaresektion]: Offen chirurgisch mit Anastomose	F7	31157/ 36157	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-455.d2		Partielle Resektion des Dickdarmes: Resektion des Colon transversum, Colon descendens mit linker Flexur und Colon sigmoideum [Hemikolektomie links mit Transversumresektion und Sigmaresektion]: Offen chirurgisch mit Enterostoma und Blindverschluss	F7	31157/ 36157	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-455.d3		Partielle Resektion des Dickdarmes: Resektion des Colon transversum, Colon descendens mit linker Flexur und Colon sigmoideum [Hemikolektomie links mit Transversumresektion und Sigmaresektion]: Offen chirurgisch mit zwei Enterostomata	F7	31157/ 36157	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-455.d4		Partielle Resektion des Dickdarmes: Resektion des Colon transversum, Colon descendens mit linker Flexur und Colon sigmoideum [Hemikolektomie links mit Transversumresektion und Sigmaresektion]: Offen chirurgisch mit Anastomosen-Anus praeter	F7	31157/ 36157	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-455.d5		Partielle Resektion des Dickdarmes: Resektion des Colon transversum, Colon descendens mit linker Flexur und Colon sigmoideum [Hemikolektomie links mit Transversumresektion und Sigmaresektion]: Laparoskopisch mit Anastomose	G7	31167/ 36167	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-455.d8		Resektion des Colon transversum, Colon descendens mit linker Flexur und Colon sigmoideum [Hemikolektomie links mit Transversumresektion und Sigmaresektion]: Offen chirurgisch mit temporärem Blindverschluss beider Schenkel	F7	31157/ 36157	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-455.d9		Partielle Resektion des Dickdarmes: Resektion des Colon transversum, Colon descendens mit linker Flexur und Colon sigmoideum [Hemikolektomie links mit Transversumresektion und Sigmaresektion]: Laparoskopisch mit Enterostoma und Blindverschluss	G7	31167/ 36167	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-455.0a		Partielle Resektion des Dickdarmes: Segmentresektion: Laparoskopisch mit zwei Enterostomata	G6	31166/ 36166	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-455.0b		Partielle Resektion des Dickdarmes: Segmentresektion: Laparoskopisch mit temporärem Blindverschluss beider Schenkel	G6	31166/ 36166	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-455.0c		Partielle Resektion des Dickdarmes: Segmentresektion: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch mit Anastomose	G6	31166/ 36166	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-455.0d		Partielle Resektion des Dickdarmes: Segmentresektion: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch mit Enterostoma und Blindverschluss	G6	31166/ 36166	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-455.0e		Partielle Resektion des Dickdarmes: Segmentresektion: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch mit zwei Enterostomata	G6	31166/ 36166	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-455.0f		Partielle Resektion des Dickdarmes: Segmentresektion: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch mit Anastomosen-Anus praeter	G6	31166/ 36166	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-455.0g		Partielle Resektion des Dickdarmes: Segmentresektion: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch mit temporärem Blindverschluss beider Schenkel	G6	31166/ 36166	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-455.01		Partielle Resektion des Dickdarmes: Segmentresektion: Offen chirurgisch mit Anastomose	F6	31156/ 36156	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-455.02		Partielle Resektion des Dickdarmes: Segmentresektion: Offen chirurgisch mit Enterostoma und Blindverschluss	F6	31156/ 36156	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-455.03		Partielle Resektion des Dickdarmes: Segmentresektion: Offen chirurgisch mit zwei Enterostomata	F6	31156/ 36156	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-455.04		Partielle Resektion des Dickdarmes: Segmentresektion: Offen chirurgisch mit Anastomosen-Anus praeter	F6	31156/ 36156	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-455.05		Partielle Resektion des Dickdarmes: Segmentresektion: Laparoskopisch mit Anastomose	G6	31166/ 36166	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-455.08		Partielle Resektion des Dickdarmes: Segmentresektion: Offen chirurgisch mit temporärem Blindverschluss beider Schenkel	F6	31156/ 36156	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-455.09		Partielle Resektion des Dickdarmes: Segmentresektion: Laparoskopisch mit Enterostoma und Blindverschluss	G6	31166/ 36166	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-455.1a		Partielle Resektion des Dickdarmes: Multiple Segmentresektionen: Laparoskopisch mit zwei Enterostomata	G7	31167/ 36167	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-455.1b		Partielle Resektion des Dickdarmes: Multiple Segmentresektionen: Laparoskopisch mit temporärem Blindverschluss beider Schenkel	G7	31167/ 36167	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-455.1c		Partielle Resektion des Dickdarmes: Multiple Segmentresektionen: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch mit Anastomose	G7	31167/ 36167	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-455.1d		Partielle Resektion des Dickdarmes: Multiple Segmentresektionen: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch mit Enterostoma und Blindverschluss	G7	31167/ 36167	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-455.1e		Partielle Resektion des Dickdarmes: Multiple Segmentresektionen: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch mit zwei Enterostomata	G7	31167/ 36167	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-455.1f		Partielle Resektion des Dickdarmes: Multiple Segmentresektionen: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch mit Anastomosen-Anus praeter	G7	31167/ 36167	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-455.1g		Partielle Resektion des Dickdarmes: Multiple Segmentresektionen: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch mit temporärem Blindverschluss beider Schenkel	G7	31167/ 36167	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-455.11		Partielle Resektion des Dickdarmes: Multiple Segmentresektionen: Offen chirurgisch mit Anastomose	F7	31157/ 36157	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-455.12		Partielle Resektion des Dickdarmes: Multiple Segmentresektionen: Offen chirurgisch mit Enterostoma und Blindverschluss	F7	31157/ 36157	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-455.13		Partielle Resektion des Dickdarmes: Multiple Segmentresektionen: Offen chirurgisch mit zwei Enterostomata	F7	31157/ 36157	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-455.14		Partielle Resektion des Dickdarmes: Multiple Segmentresektionen: Offen chirurgisch mit Anastomosen-Anus praeter	F7	31157/ 36157	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-455.15		Partielle Resektion des Dickdarmes: Multiple Segmentresektionen: Laparoskopisch mit Anastomose	G7	31167/ 36167	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-455.18		Partielle Resektion des Dickdarmes: Multiple Segmentresektionen: Offen chirurgisch mit temporärem Blindverschluss beider Schenkel	F7	31157/ 36157	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-455.19		Partielle Resektion des Dickdarmes: Multiple Segmentresektionen: Laparoskopisch mit Enterostoma und Blindverschluss	G7	31167/ 36167	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-455.2a		Partielle Resektion des Dickdarmes: Ileozäkalresektion: Laparoskopisch mit zwei Enterostomata	G6	31166/ 36166	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-455.2b		Partielle Resektion des Dickdarmes: Ileozäkalresektion: Laparoskopisch mit temporärem Blindverschluss beider Schenkel	G6	31166/ 36166	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-455.2c		Partielle Resektion des Dickdarmes: Ileozäkalresektion: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch mit Anastomose	G6	31166/ 36166	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-455.2d		Partielle Resektion des Dickdarmes: Ileozäkalresektion: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch mit Enterostoma und Blindverschluss	G6	31166/ 36166	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-455.2e		Partielle Resektion des Dickdarmes: Ileozäkalresektion: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch mit zwei Enterostomata	G6	31166/ 36166	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-455.2f		Partielle Resektion des Dickdarmes: Ileozäkalresektion: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch mit Anastomosen-Anus praeter	G6	31166/ 36166	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-455.2g		Partielle Resektion des Dickdarmes: Ileozäkalresektion: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch mit temporärem Blindverschluss beider Schenkel	G6	31166/ 36166	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-455.21		Partielle Resektion des Dickdarmes: Ileozäkalresektion: Offen chirurgisch mit Anastomose	F6	31156/ 36156	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-455.22		Partielle Resektion des Dickdarmes: Ileozäkalresektion: Offen chirurgisch mit Enterostoma und Blindverschluss	F6	31156/ 36156	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-455.23		Partielle Resektion des Dickdarmes: Ileozäkalresektion: Offen chirurgisch mit zwei Enterostomata	F6	31156/ 36156	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-455.24		Partielle Resektion des Dickdarmes: Ileozäkalresektion: Offen chirurgisch mit Anastomosen-Anus praeter	F6	31156/ 36156	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-455.25		Partielle Resektion des Dickdarmes: Ileozäkalresektion: Laparoskopisch mit Anastomose	G6	31166/ 36166	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-455.28		Partielle Resektion des Dickdarmes: Ileozäkalresektion: Offen chirurgisch mit temporärem Blindverschluss beider Schenkel	F6	31156/ 36156	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-455.29		Partielle Resektion des Dickdarmes: Ileozäkalresektion: Laparoskopisch mit Enterostoma und Blindverschluss	G6	31166/ 36166	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-455.31		Partielle Resektion des Dickdarmes: Zäkumresektion: Offen chirurgisch	F6	31156/ 36156	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-455.35		Partielle Resektion des Dickdarmes: Zäkumresektion: Laparoskopisch	G6	31166/ 36166	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-455.37		Partielle Resektion des Dickdarmes: Zäkumresektion: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch	G6	31166/ 36166	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-455.4a		Partielle Resektion des Dickdarmes: Resektion des Colon ascendens mit Coecum und rechter Flexur [Hemikolektomie rechts]: Laparoskopisch mit zwei Enterostomata	G6	31166/ 36166	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-455.4b		Partielle Resektion des Dickdarmes: Resektion des Colon ascendens mit Coecum und rechter Flexur [Hemikolektomie rechts]: Laparoskopisch mit temporärem Blindverschluss beider Schenkel	G6	31166/ 36166	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-455.4c		Partielle Resektion des Dickdarmes: Resektion des Colon ascendens mit Coecum und rechter Flexur [Hemikolektomie rechts]: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch mit Anastomose	G6	31166/ 36166	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-455.4d		Partielle Resektion des Dickdarmes: Resektion des Colon ascendens mit Coecum und rechter Flexur [Hemikolektomie rechts]: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch mit Enterostoma und Blindverschluss	G6	31166/ 36166	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-455.4e		Partielle Resektion des Dickdarmes: Resektion des Colon ascendens mit Coecum und rechter Flexur [Hemikolektomie rechts]: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch mit zwei Enterostomata	G6	31166/ 36166	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-455.4f		Partielle Resektion des Dickdarmes: Resektion des Colon ascendens mit Coecum und rechter Flexur [Hemikolektomie rechts]: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch mit Anastomosen-Anus praeter	G6	31166/ 36166	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-455.4g		Partielle Resektion des Dickdarmes: Resektion des Colon ascendens mit Coecum und rechter Flexur [Hemikolektomie rechts]: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch mit temporärem Blindverschluss beider Schenkel	G6	31166/ 36166	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-455.41		Partielle Resektion des Dickdarmes: Resektion des Colon ascendens mit Coecum und rechter Flexur [Hemikolektomie rechts]: Offen chirurgisch mit Anastomose	F6	31156/ 36156	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-455.42		Partielle Resektion des Dickdarmes: Resektion des Colon ascendens mit Coecum und rechter Flexur [Hemikolektomie rechts]: Offen chirurgisch mit Enterostoma und Blindverschluss	F6	31156/ 36156	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-455.43		Partielle Resektion des Dickdarmes: Resektion des Colon ascendens mit Coecum und rechter Flexur [Hemikolektomie rechts]: Offen chirurgisch mit zwei Enterostomata	F6	31156/ 36156	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-455.44		Partielle Resektion des Dickdarmes: Resektion des Colon ascendens mit Coecum und rechter Flexur [Hemikolektomie rechts]: Offen chirurgisch mit Anastomosen-Anus praeter	F6	31156/ 36156	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-455.45		Partielle Resektion des Dickdarmes: Resektion des Colon ascendens mit Coecum und rechter Flexur [Hemikolektomie rechts]: Laparoskopisch mit Anastomose	G6	31166/ 36166	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-455.48		Partielle Resektion des Dickdarmes: Resektion des Colon ascendens mit Coecum und rechter Flexur [Hemikolektomie rechts]: Offen chirurgisch mit temporärem Blindverschluss beider Schenkel	F6	31156/ 36156	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-455.49		Partielle Resektion des Dickdarmes: Resektion des Colon ascendens mit Coecum und rechter Flexur [Hemikolektomie rechts]: Laparoskopisch mit Enterostoma und Blindverschluss	G6	31166/ 36166	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-455.5a		Partielle Resektion des Dickdarmes: Resektion des Colon transversum: Laparoskopisch mit zwei Enterostomata	G7	31167/ 36167	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-455.5b		Partielle Resektion des Dickdarmes: Resektion des Colon transversum: Laparoskopisch mit temporärem Blindverschluss beider Schenkel	G7	31167/ 36167	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-455.5c		Partielle Resektion des Dickdarmes: Resektion des Colon transversum: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch mit Anastomose	G7	31167/ 36167	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-455.5d		Partielle Resektion des Dickdarmes: Resektion des Colon transversum: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch mit Enterostoma und Blindverschluss	G7	31167/ 36167	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-455.5e		Partielle Resektion des Dickdarmes: Resektion des Colon transversum: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch mit zwei Enterostomata	G7	31167/ 36167	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-455.5f		Partielle Resektion des Dickdarmes: Resektion des Colon transversum: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch mit Anastomosen-Anus praeter	G7	31167/ 36167	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-455.5g		Partielle Resektion des Dickdarmes: Resektion des Colon transversum: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch mit temporärem Blindverschluss beider Schenkel	G7	31167/ 36167	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-455.51		Partielle Resektion des Dickdarmes: Resektion des Colon transversum: Offen chirurgisch mit Anastomose	F6	31156/ 36156	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-455.52		Partielle Resektion des Dickdarmes: Resektion des Colon transversum: Offen chirurgisch mit Enterostoma und Blindverschluss	F6	31156/ 36156	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-455.53		Partielle Resektion des Dickdarmes: Resektion des Colon transversum: Offen chirurgisch mit zwei Enterostomata	F6	31156/ 36156	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-455.54		Partielle Resektion des Dickdarmes: Resektion des Colon transversum: Offen chirurgisch mit Anastomosen-Anus praeter	F6	31156/ 36156	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-455.55		Partielle Resektion des Dickdarmes: Resektion des Colon transversum: Laparoskopisch mit Anastomose	G7	31167/ 36167	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-455.58		Partielle Resektion des Dickdarmes: Resektion des Colon transversum: Offen chirurgisch mit temporärem Blindverschluss beider Schenkel	F7	31157/ 36157	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-455.59		Partielle Resektion des Dickdarmes: Resektion des Colon transversum: Laparoskopisch mit Enterostoma und Blindverschluss	G7	31167/ 36167	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-455.6a		Partielle Resektion des Dickdarmes: Resektion des Colon descendens mit linker Flexur [Hemikolektomie links]: Laparoskopisch mit zwei Enterostomata	G7	31167/ 36167	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-455.6b		Partielle Resektion des Dickdarmes: Resektion des Colon descendens mit linker Flexur [Hemikolektomie links]: Laparoskopisch mit temporärem Blindverschluss beider Schenkel	G7	31167/ 36167	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-455.6c		Partielle Resektion des Dickdarmes: Resektion des Colon descendens mit linker Flexur [Hemikolektomie links]: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch mit Anastomose	G7	31167/ 36167	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-455.6d		Partielle Resektion des Dickdarmes: Resektion des Colon descendens mit linker Flexur [Hemikolektomie links]: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch mit Enterostoma und Blindverschluss	G7	31167/ 36167	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-455.6e		Partielle Resektion des Dickdarmes: Resektion des Colon descendens mit linker Flexur [Hemikolektomie links]: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch mit zwei Enterostomata	G7	31167/ 36167	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-455.6f		Partielle Resektion des Dickdarmes: Resektion des Colon descendens mit linker Flexur [Hemikolektomie links]: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch mit Anastomosen-Anus praeter	G7	31167/ 36167	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-455.6g		Partielle Resektion des Dickdarmes: Resektion des Colon descendens mit linker Flexur [Hemikolektomie links]: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch mit temporärem Blindverschluss beider Schenkel	G7	31167/ 36167	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-455.61		Partielle Resektion des Dickdarmes: Resektion des Colon descendens mit linker Flexur [Hemikolektomie links]: Offen chirurgisch mit Anastomose	F6	31156/ 36156	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-455.62		Partielle Resektion des Dickdarmes: Resektion des Colon descendens mit linker Flexur [Hemikolektomie links]: Offen chirurgisch mit Enterostoma und Blindverschluss	F6	31156/ 36156	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-455.63		Partielle Resektion des Dickdarmes: Resektion des Colon descendens mit linker Flexur [Hemikolektomie links]: Offen chirurgisch mit zwei Enterostomata	F6	31156/ 36156	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-455.64		Partielle Resektion des Dickdarmes: Resektion des Colon descendens mit linker Flexur [Hemikolektomie links]: Offen chirurgisch mit Anastomosen-Anus praeter	F6	31156/ 36156	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-455.65		Partielle Resektion des Dickdarmes: Resektion des Colon descendens mit linker Flexur [Hemikolektomie links]: Laparoskopisch mit Anastomose	G7	31167/ 36167	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-455.68		Partielle Resektion des Dickdarmes: Resektion des Colon descendens mit linker Flexur [Hemikolektomie links]: Offen chirurgisch mit temporärem Blindverschluss beider Schenkel	F6	31156/ 36156	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-455.69		Partielle Resektion des Dickdarmes: Resektion des Colon descendens mit linker Flexur [Hemikolektomie links]: Laparoskopisch mit Enterostoma und Blindverschluss	G7	31167/ 36167	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-455.7a		Partielle Resektion des Dickdarmes: Sigmaresektion: Laparoskopisch mit zwei Enterostomata	G7	31167/ 36167	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-455.7b		Partielle Resektion des Dickdarmes: Sigmaresektion: Laparoskopisch mit temporärem Blindverschluss beider Schenkel	G7	31167/ 36167	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-455.7c		Partielle Resektion des Dickdarmes: Sigmaresektion: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch mit Anastomose	G7	31167/ 36167	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-455.7d		Partielle Resektion des Dickdarmes: Sigmaresektion: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch mit Enterostoma und Blindverschluss	G7	31167/ 36167	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-455.7e		Partielle Resektion des Dickdarmes: Sigmaresektion: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch mit zwei Enterostomata	G7	31167/ 36167	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-455.7f		Partielle Resektion des Dickdarmes: Sigmaresektion: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch mit Anastomosen-Anus praeter	G7	31167/ 36167	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-455.7g		Partielle Resektion des Dickdarmes: Sigmaresektion: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch mit temporärem Blindverschluss beider Schenkel	G7	31167/ 36167	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-455.71		Partielle Resektion des Dickdarmes: Sigmaresektion: Offen chirurgisch mit Anastomose	F6	31156/ 36156	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-455.72		Partielle Resektion des Dickdarmes: Sigmaresektion: Offen chirurgisch mit Enterostoma und Blindverschluss	F6	31156/ 36156	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-455.73		Partielle Resektion des Dickdarmes: Sigmaresektion: Offen chirurgisch mit zwei Enterostomata	F6	31156/ 36156	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-455.74		Partielle Resektion des Dickdarmes: Sigmaresektion: Offen chirurgisch mit Anastomosen-Anus praeter	F6	31156/ 36156	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-455.75		Partielle Resektion des Dickdarmes: Sigmaresektion: Laparoskopisch mit Anastomose	G7	31167/ 36167	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-455.78		Partielle Resektion des Dickdarmes: Sigmaresektion: Offen chirurgisch mit temporärem Blindverschluss beider Schenkel	F6	31156/ 36156	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-455.79		Partielle Resektion des Dickdarmes: Sigmaresektion: Laparoskopisch mit Enterostoma und Blindverschluss	G7	31167/ 36167	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-455.9a		Partielle Resektion des Dickdarmes: Resektion des Colon ascendens mit Coecum und rechter Flexur und Colon transversum [Hemikolektomie rechts mit Transversumresektion]: Laparoskopisch mit zwei Enterostomata	G7	31167/ 36167	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-455.9b		Resektion des Colon ascendens mit Coecum und rechter Flexur und Colon transversum [Hemikolektomie rechts mit Transversumresektion]: Laparoskopisch mit temporärem Blindverschluss beider Schenkel	G7	31167/ 36167	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-455.9c		Partielle Resektion des Dickdarmes: Resektion des Colon ascendens mit Coecum und rechter Flexur und Colon transversum [Hemikolektomie rechts mit Transversumresektion]: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch mit Anastomose	G7	31167/ 36167	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-455.9d		Resektion des Colon ascendens mit Coecum und rechter Flexur und Colon transversum [Hemikolektomie rechts mit Transversumresektion]: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch mit Enterostoma und Blindverschluss	G7	31167/ 36167	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-455.9e		Resektion des Colon ascendens mit Coecum und rechter Flexur und Colon transversum [Hemikolektomie rechts mit Transversumresektion]: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch mit zwei Enterostomata	G7	31167/ 36167	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-455.9f		Resektion des Colon ascendens mit Coecum und rechter Flexur und Colon transversum [Hemikolektomie rechts mit Transversumresektion]: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch mit Anastomosen-Anus praeter	G7	31167/ 36167	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-455.9g		Resektion des Colon ascendens mit Coecum und rechter Flexur und Colon transversum [Hemikolektomie rechts mit Transversumresektion]:	G7	31167/ 36167	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
		Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch mit temporärem Blindverschluss beider Schenkel							
5-455.91		Partielle Resektion des Dickdarmes: Resektion des Colon ascendens mit Coecum und rechter Flexur und Colon transversum [Hemikolektomie rechts mit Transversumresektion]: Offen chirurgisch mit Anastomose	F7	31157/ 36157	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-455.92		Partielle Resektion des Dickdarmes: Resektion des Colon ascendens mit Coecum und rechter Flexur und Colon transversum [Hemikolektomie rechts mit Transversumresektion]: Offen chirurgisch mit Enterostoma und Blindverschluss	F7	31157/ 36157	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-455.93		Partielle Resektion des Dickdarmes: Resektion des Colon ascendens mit Coecum und rechter Flexur und Colon transversum [Hemikolektomie rechts mit Transversumresektion]: Offen chirurgisch mit zwei Enterostomata	F7	31157/ 36157	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-455.94		Partielle Resektion des Dickdarmes: Resektion des Colon ascendens mit Coecum und rechter Flexur und Colon transversum [Hemikolektomie rechts mit Transversumresektion]: Offen chirurgisch mit Anastomosen-Anus praeter	F7	31157/ 36157	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-455.95		Partielle Resektion des Dickdarmes: Resektion des Colon ascendens mit Coecum und rechter Flexur und Colon transversum [Hemikolektomie rechts mit Transversumresektion]: Laparoskopisch mit Anastomose	G7	31167/ 36167	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-455.98		Resektion des Colon ascendens mit Coecum und rechter Flexur und Colon transversum [Hemikolektomie rechts mit Transversumresektion]: Offen chirurgisch mit temporärem Blindverschluss beider Schenkel	F7	31157/ 36157	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-455.99		Partielle Resektion des Dickdarmes: Resektion des Colon ascendens mit Coecum und rechter Flexur und Colon transversum [Hemikolektomie rechts mit Transversumresektion]: Laparoskopisch mit Enterostoma und Blindverschluss	G7	31167/ 36167	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-456.00		(Totale) Kolektomie und Proktokolektomie: Kolektomie: Offen chirurgisch mit Ileostoma	F7	31157/ 36157	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-456.01		(Totale) Kolektomie und Proktokolektomie: Kolektomie: Offen chirurgisch mit ileorektaler Anastomose mit Reservoir (Pouch)	F7	31157/ 36157	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-456.02		(Totale) Kolektomie und Proktokolektomie: Kolektomie: Offen chirurgisch mit ileorektaler Anastomose ohne Reservoir (Pouch)	F7	31157/ 36157	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-456.03		(Totale) Kolektomie und Proktokolektomie: Kolektomie: Offen chirurgisch mit ileoanaler Anastomose mit Reservoir (Pouch)	F7	31157/ 36157	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-456.04		(Totale) Kolektomie und Proktokolektomie: Kolektomie: Offen chirurgisch mit ileoanaler Anastomose ohne Reservoir (Pouch)	F7	31157/ 36157	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-456.05		(Totale) Kolektomie und Proktokolektomie: Kolektomie: Laparoskopisch mit Anastomose mit Reservoir (Pouch)	G7	31167/ 36167	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-456.06		(Totale) Kolektomie und Proktokolektomie: Kolektomie: Laparoskopisch mit Anastomose ohne Reservoir (Pouch)	G7	31167/ 36167	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-456.07		(Totale) Kolektomie und Proktokolektomie: Kolektomie: Laparoskopisch mit Ileostoma	G7	31167/ 36167	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-456.08		(Totale) Kolektomie und Proktokolektomie: Kolektomie: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch	G7	31167/ 36167	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-456.10		(Totale) Kolektomie und Proktokolektomie: Proktokolektomie: Offen chirurgisch mit Ileostoma	F7	31157/ 36157	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-456.11		(Totale) Kolektomie und Proktokolektomie: Proktokolektomie: Offen chirurgisch mit ileorektaler Anastomose mit Reservoir (Pouch)	F7	31157/ 36157	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-456.12		(Totale) Kolektomie und Proktokolektomie: Proktokolektomie: Offen chirurgisch mit ileorektaler Anastomose ohne Reservoir (Pouch)	F7	31157/ 36157	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-456.13		(Totale) Kolektomie und Proktokolektomie: Proktokolektomie: Offen chirurgisch mit ileoanaler Anastomose mit Reservoir (Pouch)	F7	31157/ 36157	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-456.14		(Totale) Kolektomie und Proktokolektomie: Proktokolektomie: Offen chirurgisch mit ileoanaler Anastomose ohne Reservoir (Pouch)	F7	31157/ 36157	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-456.15		(Totale) Kolektomie und Proktokolektomie: Proktokolektomie: Laparoskopisch mit Anastomose mit Reservoir (Pouch)	G7	31167/ 36167	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-456.16		(Totale) Kolektomie und Proktokolektomie: Proktokolektomie: Laparoskopisch mit Anastomose ohne Reservoir (Pouch)	G7	31167/ 36167	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-456.17		(Totale) Kolektomie und Proktokolektomie: Proktokolektomie: Laparoskopisch mit Ileostoma	G7	31167/ 36167	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-456.18		(Totale) Kolektomie und Proktokolektomie: Proktokolektomie: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch	G7	31167/ 36167	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-456.20		(Totale) Kolektomie und Proktokolektomie: Kolektomie mit Proktomukosektomie: Offen chirurgisch mit Ileostoma	F7	31157/ 36157	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-456.21		(Totale) Kolektomie und Proktokolektomie: Kolektomie mit Proktomukosektomie: Offen chirurgisch mit ileorektaler Anastomose mit Reservoir (Pouch)	F7	31157/ 36157	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-456.22		(Totale) Kolektomie und Proktokolektomie: Kolektomie mit Proktomukosektomie: Offen chirurgisch mit ileorektaler Anastomose ohne Reservoir (Pouch)	F7	31157/ 36157	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-456.23		(Totale) Kolektomie und Proktokolektomie: Kolektomie mit Proktomukosektomie: Offen chirurgisch mit ileoanaler Anastomose mit Reservoir (Pouch)	F7	31157/ 36157	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-456.24		(Totale) Kolektomie und Proktokolektomie: Kolektomie mit Proktomukosektomie: Offen chirurgisch mit ileoanaler Anastomose ohne Reservoir (Pouch)	F7	31157/ 36157	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-456.25		(Totale) Kolektomie und Proktokolektomie: Kolektomie mit Proktomukosektomie: Laparoskopisch mit Anastomose mit Reservoir (Pouch)	G7	31167/ 36167	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-456.26		(Totale) Kolektomie und Proktokolektomie: Kolektomie mit Proktomukosektomie: Laparoskopisch mit Anastomose ohne Reservoir (Pouch)	G7	31167/ 36167	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-456.27		(Totale) Kolektomie und Proktokolektomie: Kolektomie mit Proktomukosektomie: Laparoskopisch mit Ileostoma	G7	31167/ 36167	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-456.28		(Totale) Kolektomie und Proktokolektomie: Kolektomie mit Proktomukosektomie: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch	G7	31167/ 36167	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-459.0		Bypass-Anastomose des Darmes: Dünndarm zu Dünndarm	F4	31154/ 36154	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-459.2		Bypass-Anastomose des Darmes: Dünndarm zu Dickdarm	F5	31155/ 36155	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-459.3		Bypass-Anastomose des Darmes: Dickdarm zu Dickdarm	F5	31155/ 36155	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-459.4		Bypass-Anastomose des Darmes: Mehrfache Anastomosen	F5	31155/ 36155	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-460.00		Anlegen eines Enterostomas, doppelläufig, als selbständiger Eingriff: Jejunostoma: Offen chirurgisch	F4	31154/ 36154	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-460.01		Anlegen eines Enterostomas, doppelläufig, als selbständiger Eingriff: Jejunostoma: Laparoskopisch	G4	31164/ 36164	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-460.02		Anlegen eines Enterostomas, doppelläufig, als selbständiger Eingriff: Jejunostoma: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch	F5	31155/ 36155	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-460.10		Anlegen eines Enterostomas, doppelläufig, als selbständiger Eingriff: Ileostoma: Offen chirurgisch	F4	31154/ 36154	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-460.11		Anlegen eines Enterostomas, doppelläufig, als selbständiger Eingriff: Ileostoma: Laparoskopisch	G4	31164/ 36164	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-460.12		Anlegen eines Enterostomas, doppelläufig, als selbständiger Eingriff: Ileostoma: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch	F5	31155/ 36155	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-460.20		Anlegen eines Enterostomas, doppelläufig, als selbständiger Eingriff: Aszendostoma: Offen chirurgisch	F4	31154/ 36154	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-460.21		Anlegen eines Enterostomas, doppelläufig, als selbständiger Eingriff: Aszendostoma: Laparoskopisch	G4	31164/ 36164	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-460.22		Anlegen eines Enterostomas, doppelläufig, als selbständiger Eingriff: Aszendostoma: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch	F5	31155/ 36155	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-460.30		Anlegen eines Enterostomas, doppelläufig, als selbständiger Eingriff: Transversostoma: Offen chirurgisch	F4	31154/ 36154	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-460.31		Anlegen eines Enterostomas, doppelläufig, als selbständiger Eingriff: Transversostoma: Laparoskopisch	G4	31164/ 36164	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-460.32		Anlegen eines Enterostomas, doppelläufig, als selbständiger Eingriff: Transversostoma: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch	F5	31155/ 36155	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-460.40		Anlegen eines Enterostomas, doppelläufig, als selbständiger Eingriff: Deszendostoma: Offen chirurgisch	F4	31154/ 36154	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-460.41		Anlegen eines Enterostomas, doppelläufig, als selbständiger Eingriff: Deszendostoma: Laparoskopisch	G4	31164/ 36164	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-460.42		Anlegen eines Enterostomas, doppelläufig, als selbständiger Eingriff: Deszendostoma: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch	F5	31155/ 36155	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-460.50		Anlegen eines Enterostomas, doppelläufig, als selbständiger Eingriff: Sigmoideostoma: Offen chirurgisch	F4	31154/ 36154	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-460.51		Anlegen eines Enterostomas, doppelläufig, als selbständiger Eingriff: Sigmoideostoma: Laparoskopisch	G4	31164/ 36164	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-460.52		Anlegen eines Enterostomas, doppelläufig, als selbständiger Eingriff: Sigmoideostoma: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch	F5	31155/ 36155	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-461.00		Anlegen eines Enterostomas, endständig, als selbständiger Eingriff: Zäkostoma: Offen chirurgisch	F4	31154/ 36154	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-461.01		Anlegen eines Enterostomas, endständig, als selbständiger Eingriff: Zäkostoma: Laparoskopisch	G5	31165/ 36165	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-461.02		Anlegen eines Enterostomas, endständig, als selbständiger Eingriff: Zäkostoma: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch	G5	31165/ 36165	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-461.10		Anlegen eines Enterostomas, endständig, als selbständiger Eingriff: Aszendostoma: Offen chirurgisch	F4	31154/ 36154	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-461.11		Anlegen eines Enterostomas, endständig, als selbständiger Eingriff: Aszendostoma: Laparoskopisch	G5	31165/ 36165	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-461.12		Anlegen eines Enterostomas, endständig, als selbständiger Eingriff: Aszendostoma: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch	G5	31165/ 36165	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-461.20		Anlegen eines Enterostomas, endständig, als selbständiger Eingriff: Transversostoma: Offen chirurgisch	F4	31154/ 36154	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-461.21		Anlegen eines Enterostomas, endständig, als selbständiger Eingriff: Transversostoma: Laparoskopisch	G5	31165/ 36165	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-461.22		Anlegen eines Enterostomas, endständig, als selbständiger Eingriff: Transversostoma: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch	G5	31165/ 36165	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-461.30		Anlegen eines Enterostomas, endständig, als selbständiger Eingriff: Deszendostoma: Offen chirurgisch	F4	31154/ 36154	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-461.31		Anlegen eines Enterostomas, endständig, als selbständiger Eingriff: Deszendostoma: Laparoskopisch	G5	31165/ 36165	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-461.32		Anlegen eines Enterostomas, endständig, als selbständiger Eingriff: Deszendostoma: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch	G5	31165/ 36165	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-461.40		Anlegen eines Enterostomas, endständig, als selbständiger Eingriff: Sigmoideostoma: Offen chirurgisch	F4	31154/ 36154	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-461.41		Anlegen eines Enterostomas, endständig, als selbständiger Eingriff: Sigmoideostoma: Laparoskopisch	G5	31165/ 36165	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-461.42		Anlegen eines Enterostomas, endständig, als selbständiger Eingriff: Sigmoideostoma: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch	G5	31165/ 36165	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-461.50		Anlegen eines Enterostomas, endständig, als selbständiger Eingriff: Ileostoma: Offen chirurgisch	F4	31154/ 36154	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-461.51		Anlegen eines Enterostomas, endständig, als selbständiger Eingriff: Ileostoma: Laparoskopisch	G5	31165/ 36165	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-461.52		Anlegen eines Enterostomas, endständig, als selbständiger Eingriff: Ileostoma: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch	F4	31154/ 36154	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-463.00		Anlegen anderer Enterostomata: Duodenostomie (Anlegen einer Ernährungsfistel): Offen chirurgisch	F4	31154/ 36154	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-463.01		Anlegen anderer Enterostomata: Duodenostomie (Anlegen einer Ernährungsfistel): Laparoskopisch	G4	31164/ 36164	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-463.02		Anlegen anderer Enterostomata: Duodenostomie (Anlegen einer Ernährungsfistel): Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch	G4	31164/ 36164	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-463.10		Anlegen anderer Enterostomata: Jejunostomie (Anlegen einer Ernährungsfistel): Offen chirurgisch	F4	31154/ 36154	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-463.11		Anlegen anderer Enterostomata: Jejunostomie (Anlegen einer Ernährungsfistel): Laparoskopisch	G4	31164/ 36164	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-463.12		Anlegen anderer Enterostomata: Jejunostomie (Anlegen einer Ernährungsfistel): Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch	G4	31164/ 36164	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-464.20		Revision und andere Eingriffe an einem Enterostoma: Neueinpflanzung: Duodenum	F4	31154/ 36154	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-464.21		Revision und andere Eingriffe an einem Enterostoma: Neueinpflanzung: Jejunum	F4	31154/ 36154	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-464.22		Revision und andere Eingriffe an einem Enterostoma: Neueinpflanzung: Ileum	F4	31154/ 36154	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-464.23		Revision und andere Eingriffe an einem Enterostoma: Neueinpflanzung: Kolon	F4	31154/ 36154	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-464.30		Revision und andere Eingriffe an einem Enterostoma: Abtragung des vorverlagerten Teils: Duodenum	F2	31152/ 36152	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-464.31		Revision und andere Eingriffe an einem Enterostoma: Abtragung des vorverlagerten Teils: Jejunum	F2	31152/ 36152	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-464.32		Revision und andere Eingriffe an einem Enterostoma: Abtragung des vorverlagerten Teils: Ileum	F2	31152/ 36152	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-464.33		Revision und andere Eingriffe an einem Enterostoma: Abtragung des vorverlagerten Teils: Kolon	F2	31152/ 36152	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-464.50		Revision und andere Eingriffe an einem Enterostoma: Korrektur einer parastomalen Hernie: Duodenum	F4	31154/ 36154	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-464.51		Revision und andere Eingriffe an einem Enterostoma: Korrektur einer parastomalen Hernie: Jejunum	F4	31154/ 36154	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-464.52		Revision und andere Eingriffe an einem Enterostoma: Korrektur einer parastomalen Hernie: Ileum	F4	31154/ 36154	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-464.53		Revision und andere Eingriffe an einem Enterostoma: Korrektur einer parastomalen Hernie: Kolon	F4	31154/ 36154	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-465.0		Rückverlagerung eines doppelläufigen Enterostomas: Jejunostoma	F4	31154/ 36154	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-465.1		Rückverlagerung eines doppelläufigen Enterostomas: Ileostoma	F4	31154/ 36154	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-465.2		Rückverlagerung eines doppelläufigen Enterostomas: Kolostoma	F4	31154/ 36154	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-466.0		Wiederherstellung der Kontinuität des Darmes bei endständigen Enterostomata: Jejunostoma	F4	31154/ 36154	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-466.1		Wiederherstellung der Kontinuität des Darmes bei endständigen Enterostomata: Ileostoma	F4	31154/ 36154	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-466.2		Wiederherstellung der Kontinuität des Darmes bei endständigen Enterostomata: Kolostoma	F4	31154/ 36154	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-467.ba		Andere Rekonstruktion des Darmes: Entfernung eines Reservoirs: Laparoskopisch mit Blindverschluss und endständigem Kolostoma	G7	31167/ 36167	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-467.bb		Andere Rekonstruktion des Darmes: Entfernung eines Reservoirs: Kombiniert offen chirurgisch - laparoskopisch mit Exstirpation des Anus und endständigem Jejunostoma oder Ileostoma	G7	31167/ 36167	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-467.bc		Andere Rekonstruktion des Darmes: Entfernung eines Reservoirs: Kombiniert offen chirurgisch - laparoskopisch mit Exstirpation des Anus und endständigem Kolostoma	G7	31167/ 36167	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-467.bd		Andere Rekonstruktion des Darmes: Entfernung eines Reservoirs: Laparoskopisch mit Neuanlage eines Reservoirs	G7	31167/ 36167	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-467.b0		Andere Rekonstruktion des Darmes: Entfernung eines Reservoirs: Offen chirurgisch mit jejunoanaler oder ileoanaler Anastomose	H7	31177/ 36177	31507/ 36507	31628	31629	31827/ 36827	
5-467.b1		Andere Rekonstruktion des Darmes: Entfernung eines Reservoirs: Offen chirurgisch mit koloanaler Anastomose	H7	31177/ 36177	31507/ 36507	31628	31629	31827/ 36827	
5-467.b2		Andere Rekonstruktion des Darmes: Entfernung eines Reservoirs: Offen chirurgisch mit Blindverschluss und endständigem Jejunostoma oder Ileostoma	H7	31177/ 36177	31507/ 36507	31628	31629	31827/ 36827	
5-467.b3		Andere Rekonstruktion des Darmes: Entfernung eines Reservoirs: Offen chirurgisch mit Blindverschluss und endständigem Kolostoma	H7	31177/ 36177	31507/ 36507	31628	31629	31827/ 36827	
5-467.b4		Andere Rekonstruktion des Darmes: Entfernung eines Reservoirs: Offen chirurgisch mit Exstirpation des Anus und endständigem Jejunostoma oder Ileostoma	H7	31177/ 36177	31507/ 36507	31628	31629	31827/ 36827	
5-467.b5		Andere Rekonstruktion des Darmes: Entfernung eines Reservoirs: Offen chirurgisch mit Exstirpation des Anus und endständigem Kolostoma	H7	31177/ 36177	31507/ 36507	31628	31629	31827/ 36827	
5-467.b6		Andere Rekonstruktion des Darmes: Entfernung eines Reservoirs: Offen chirurgisch mit Neuanlage eines Reservoirs	H7	31177/ 36177	31507/ 36507	31628	31629	31827/ 36827	
5-467.b7		Andere Rekonstruktion des Darmes: Entfernung eines Reservoirs: Laparoskopisch mit jejunoanaler oder ileoanaler Anastomose	G7	31167/ 36167	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-467.b8		Andere Rekonstruktion des Darmes: Entfernung eines Reservoirs: Laparoskopisch mit koloanaler Anastomose	G7	31167/ 36167	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-467.b9		Andere Rekonstruktion des Darmes: Entfernung eines Reservoirs: Laparoskopisch mit Blindverschluss und endständigem Jejunostoma oder Ileostoma	G7	31167/ 36167	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-467.00		Andere Rekonstruktion des Darmes: Naht (nach Verletzung): Duodenum	F3	31153/ 36153	31505/ 36505	31608	31609	31823/ 36823	
5-467.01		Andere Rekonstruktion des Darmes: Naht (nach Verletzung): Jejunum	F3	31153/ 36153	31505/ 36505	31608	31609	31823/ 36823	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-467.02		Andere Rekonstruktion des Darmes: Naht (nach Verletzung): Ileum	F3	31153/ 36153	31505/ 36505	31608	31609	31823/ 36823	
5-467.03		Andere Rekonstruktion des Darmes: Naht (nach Verletzung): Kolon	F3	31153/ 36153	31505/ 36505	31608	31609	31823/ 36823	
5-468.00		Intraabdominale Manipulation am Darm: Desinvagination (z.B. nach Hutchinson): Duodenum	F4	31154/ 36154	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-468.01		Intraabdominale Manipulation am Darm: Desinvagination (z.B. nach Hutchinson): Jejunum	F4	31154/ 36154	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-468.02		Intraabdominale Manipulation am Darm: Desinvagination (z.B. nach Hutchinson): Ileum	F4	31154/ 36154	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-468.03		Intraabdominale Manipulation am Darm: Desinvagination (z.B. nach Hutchinson): Kolon	F4	31154/ 36154	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-468.10		Intraabdominale Manipulation am Darm: Detorsion eines Volvulus: Duodenum	F4	31154/ 36154	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-468.11		Intraabdominale Manipulation am Darm: Detorsion eines Volvulus: Jejunum	F4	31154/ 36154	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-468.12		Intraabdominale Manipulation am Darm: Detorsion eines Volvulus: Ileum	F4	31154/ 36154	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-468.13		Intraabdominale Manipulation am Darm: Detorsion eines Volvulus: Kolon	F4	31154/ 36154	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-469.10		Andere Operationen am Darm: Bridenlösung: Offen chirurgisch	F3	31153/ 36153	31505/ 36505	31608	31609	31823/ 36823	
5-469.11		Andere Operationen am Darm: Bridenlösung: Laparoskopisch	G3	31163/ 36163	31505/ 36505	31608	31609	31823/ 36823	
5-469.12		Andere Operationen am Darm: Bridenlösung: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch	F3	31153/ 36153	31505/ 36505	31608	31609	31823/ 36823	
5-469.20		Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Offen chirurgisch	F4	31154/ 36154	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-469.21		Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Laparoskopisch	G3	31163/ 36163	31505/ 36505	31608	31609	31823/ 36823	
5-469.22		Andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch	F4	31154/ 36154	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-469.30		Andere Operationen am Darm: Dünndarmfaltung (Jejunoplikatio nach Noble) (OP nach Philipps-Child): Offen chirurgisch	F7	31157/ 36157	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-469.31		Andere Operationen am Darm: Dünndarmfaltung (Jejunoplikatio nach Noble) (OP nach Philipps-Child): Laparoskopisch	G5	31165/ 36165	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-469.32		Andere Operationen am Darm: Dünndarmfaltung (Jejunoplikatio nach Noble) (OP nach Philipps-Child): Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch	F7	31157/ 36157	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-469.50		Andere Operationen am Darm: Fixation des Dünndarmes an der rechten Bauchwandseite und des Dickdarmes an der linken Bauchwandseite: Offen chirurgisch	F7	31157/ 36157	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-469.52		Andere Operationen am Darm: Fixation des Dünndarmes an der rechten Bauchwandseite und des Dickdarmes an der linken Bauchwandseite: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch	F7	31157/ 36157	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-469.61		Andere Operationen am Darm: Durchtrennung der Laddschen Bänder: Laparoskopisch	G5	31165/ 36165	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-469.70		Andere Operationen am Darm: Übernähung eines Ulkus: Offen chirurgisch	F3	31153/ 36153	31505/ 36505	31608	31609	31823/ 36823	
5-469.71		Andere Operationen am Darm: Übernähung eines Ulkus: Laparoskopisch	G4	31164/ 36164	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-469.72		Andere Operationen am Darm: Übernähung eines Ulkus: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch	F3	31153/ 36153	31505/ 36505	31608	31609	31823/ 36823	
5-469.80		Andere Operationen am Darm: Umstechung eines Ulkus: Offen chirurgisch	F3	31153/ 36153	31505/ 36505	31608	31609	31823/ 36823	
5-469.81		Andere Operationen am Darm: Umstechung eines Ulkus: Laparoskopisch	G4	31164/ 36164	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-469.82		Andere Operationen am Darm: Umstechung eines Ulkus: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch	F3	31153/ 36153	31505/ 36505	31608	31609	31823/ 36823	
5-470.0		Appendektomie: Offen chirurgisch	F3	31153/ 36153	31505/ 36505	31608	31609	31823/ 36823	
5-470.10		Appendektomie: Laparoskopisch: Absetzung durch (Schlingen)ligatur	G3	31163/ 36163	31505/ 36505	31608	31609	31823/ 36823	
5-470.11		Appendektomie: Laparoskopisch: Absetzung durch Klammern (Stapler)	G3	31163/ 36163	31505/ 36505	31608	31609	31823/ 36823	
5-470.2		Appendektomie: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch	F4	31154/ 36154	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-479.0		Andere Operationen an der Appendix: Inzision und Drainage eines perityphlitischen Abszesses	F3	31153/ 36153	31505/ 36505	31608	31609	31823/ 36823	
5-479.1		Andere Operationen an der Appendix: Sekundäre Appendektomie (nach Drainage eines perityphlitischen Abszesses)	F4	31154/ 36154	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-482.10		Peranale lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Rektums: Submukosale Exzision: Peranal	H5	31175/ 36175	31506/ 36506	31626	31627	31825/ 36825	
5-482.80		Peranale lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Rektums: Vollwandexzision, lokal: Peranal	H6	31176/ 36176	31507/ 36507	31628	31629	31826/ 36826	
5-482.90		Peranale lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Rektums: Vollwandexzision, zirkulär [Manschettenresektion]: Peranal	H7	31177/ 36177	31507/ 36507	31628	31629	31827/ 36827	
5-484.01		Rektumresektion unter Sphinktererhaltung: Anteriore Manschettenresektion: Offen chirurgisch mit Anastomose	H7	31177/ 36177	31507/ 36507	31628	31629	31827/ 36827	
5-484.02		Rektumresektion unter Sphinktererhaltung: Anteriore Manschettenresektion: Offen chirurgisch mit Enterostoma und Blindverschluss	H7	31177/ 36177	31507/ 36507	31628	31629	31827/ 36827	
5-484.05		Rektumresektion unter Sphinktererhaltung: Anteriore Manschettenresektion: Laparoskopisch mit Anastomose	G7	31167/ 36167	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-484.06		Rektumresektion unter Sphinktererhaltung: Anteriore Manschettenresektion: Laparoskopisch mit Enterostoma und Blindverschluss	G7	31167/ 36167	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-484.08		Rektumresektion unter Sphinktererhaltung: Anteriore Manschettenresektion: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch mit Anastomose	G7	31167/ 36167	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-484.09		Rektumresektion unter Sphinktererhaltung: Anteriore Manschettenresektion: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch mit Enterostoma und Blindverschluss	G7	31167/ 36167	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-484.11		Rektumresektion unter Sphinktererhaltung: Posteriore Manschettenresektion [Rectotomia posterior]: Offen chirurgisch mit Anastomose	H7	31177/ 36177	31507/ 36507	31628	31629	31827/ 36827	
5-484.12		Rektumresektion unter Sphinktererhaltung: Posteriore Manschettenresektion [Rectotomia posterior]: Offen chirurgisch mit Enterostoma und Blindverschluss	H7	31177/ 36177	31507/ 36507	31628	31629	31827/ 36827	
5-484.18		Rektumresektion unter Sphinktererhaltung: Posteriore Manschettenresektion [Rectotomia posterior]: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch mit Anastomose	G7	31167/ 36167	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-484.19		Rektumresektion unter Sphinktererhaltung: Posteriore Manschettenresektion [Rectotomia posterior]: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch mit Enterostoma und Blindverschluss	G7	31167/ 36167	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-484.21		Rektumresektion unter Sphinktererhaltung: Tubuläre Resektion unter Belassen des Paraproktiums: Offen chirurgisch mit Anastomose	H7	31177/ 36177	31507/ 36507	31628	31629	31827/ 36827	
5-484.22		Rektumresektion unter Sphinktererhaltung: Tubuläre Resektion unter Belassen des Paraproktiums: Offen chirurgisch mit Enterostoma und Blindverschluss	H7	31177/ 36177	31507/ 36507	31628	31629	31827/ 36827	
5-484.27		Rektumresektion unter Sphinktererhaltung: Tubuläre Resektion unter Belassen des Paraproktiums: Peranal	H7	31177/ 36177	31507/ 36507	31628	31629	31827/ 36827	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-484.28		Rektumresektion unter Sphinktererhaltung: Tubuläre Resektion unter Belassen des Paraproktiums: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch mit Anastomose	G7	31167/ 36167	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-484.29		Rektumresektion unter Sphinktererhaltung: Tubuläre Resektion unter Belassen des Paraproktiums: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch mit Enterostoma und Blindverschluss	G7	31167/ 36167	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-484.31		Rektumresektion unter Sphinktererhaltung: Anteriore Resektion: Offen chirurgisch mit Anastomose	H7	31177/ 36177	31507/ 36507	31628	31629	31827/ 36827	
5-484.32		Rektumresektion unter Sphinktererhaltung: Anteriore Resektion: Offen chirurgisch mit Enterostoma und Blindverschluss	H7	31177/ 36177	31507/ 36507	31628	31629	31827/ 36827	
5-484.35		Rektumresektion unter Sphinktererhaltung: Anteriore Resektion: Laparoskopisch mit Anastomose	G7	31167/ 36167	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-484.36		Rektumresektion unter Sphinktererhaltung: Anteriore Resektion: Laparoskopisch mit Enterostoma und Blindverschluss	G7	31167/ 36167	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-484.38		Rektumresektion unter Sphinktererhaltung: Anteriore Resektion: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch mit Anastomose	G7	31167/ 36167	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-484.39		Rektumresektion unter Sphinktererhaltung: Anteriore Resektion: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch mit Enterostoma und Blindverschluss	G7	31167/ 36167	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-484.51		Rektumresektion unter Sphinktererhaltung: Tiefe anteriore Resektion: Offen chirurgisch mit Anastomose	H7	31177/ 36177	31507/ 36507	31628	31629	31827/ 36827	
5-484.52		Rektumresektion unter Sphinktererhaltung: Tiefe anteriore Resektion: Offen chirurgisch mit Enterostoma und Blindverschluss	H7	31177/ 36177	31507/ 36507	31628	31629	31827/ 36827	
5-484.55		Rektumresektion unter Sphinktererhaltung: Tiefe anteriore Resektion: Laparoskopisch mit Anastomose	G7	31167/ 36167	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-484.56		Rektumresektion unter Sphinktererhaltung: Tiefe anteriore Resektion: Laparoskopisch mit Enterostoma und Blindverschluss	G7	31167/ 36167	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-484.58		Rektumresektion unter Sphinktererhaltung: Tiefe anteriore Resektion: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch mit Anastomose	G7	31167/ 36167	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-484.59		Rektumresektion unter Sphinktererhaltung: Tiefe anteriore Resektion: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch mit Enterostoma und Blindverschluss	G7	31167/ 36167	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-484.61		Rektumresektion unter Sphinktererhaltung: Tiefe anteriore Resektion mit peranaler Anastomose: Offen chirurgisch mit Anastomose	H7	31177/ 36177	31507/ 36507	31628	31629	31827/ 36827	
5-484.65		Rektumresektion unter Sphinktererhaltung: Tiefe anteriore Resektion mit peranaler Anastomose: Laparoskopisch mit Anastomose	G7	31167/ 36167	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-484.68		Rektumresektion unter Sphinktererhaltung: Tiefe anteriore Resektion mit peranaler Anastomose: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch mit Anastomose	G7	31167/ 36167	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-485.01		Rektumresektion ohne Sphinktererhaltung: Abdominoperineal: Offen chirurgisch	H7	31177/ 36177	31507/ 36507	31628	31629	31827/ 36827	
5-485.1		Rektumresektion ohne Sphinktererhaltung: Abdominoperineal mit Entfernung von Nachbarorganen	H7	31177/ 36177	31507/ 36507	31628	31629	31827/ 36827	
5-485.21		Rektumresektion ohne Sphinktererhaltung: Abdominosakral: Offen chirurgisch	H7	31177/ 36177	31507/ 36507	31628	31629	31827/ 36827	
5-485.22		Rektumresektion ohne Sphinktererhaltung: Abdominosakral: Kombiniert offen chirurgisch-laparoskopisch	H7	31177/ 36177	31507/ 36507	31628	31629	31827/ 36827	
5-485.3		Rektumresektion ohne Sphinktererhaltung: Abdominosakral mit Entfernung von Nachbarorganen	H7	31177/ 36177	31507/ 36507	31628	31629	31827/ 36827	
5-485.4		Rektumresektion ohne Sphinktererhaltung: Sakroperineal	H7	31177/ 36177	31507/ 36507	31628	31629	31827/ 36827	
5-485.5		Rektumresektion ohne Sphinktererhaltung: Perineal	H7	31177/ 36177	31507/ 36507	31628	31629	31827/ 36827	
5-486.0		Rekonstruktion des Rektums: Naht (nach Verletzung)	H4	31174/ 36174	31505/ 36505	31626	31627	31824/ 36824	
5-486.1		Rekonstruktion des Rektums: Plastische Rekonstruktion	H5	31175/ 36175	31506/ 36506	31626	31627	31825/ 36825	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-486.3		Rekonstruktion des Rektums: Abdominale Rektopexie, offen chirurgisch	H7	31177/ 36177	31507/ 36507	31628	31629	31827/ 36827	
5-486.4		Rekonstruktion des Rektums: Abdominale Rektopexie, laparoskopisch	G7	31167/ 36167	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-486.5		Rekonstruktion des Rektums: Rektopexie durch Rectotomia posterior	H7	31177/ 36177	31507/ 36507	31628	31629	31827/ 36827	
5-486.6		Rekonstruktion des Rektums: Extraanale Mukosaresektion (Rehn-Delorme)	H7	31177/ 36177	31507/ 36507	31628	31629	31827/ 36827	
5-490.1		Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion: Exzision	H2	31172/ 36172	31503/ 36503	31624	31625	31822/ 36822	
5-491.10		Operative Behandlung von Analfisteln: Exzision: Subkutan	H1	31171/ 36171	31503/ 36503	31622	31623	31821/ 36821	
5-491.11		Operative Behandlung von Analfisteln: Exzision: Intersphinktär	H2	31172/ 36172	31503/ 36503	31624	31625	31822/ 36822	
5-491.12		Operative Behandlung von Analfisteln: Exzision: Transsphinktär	H3	31173/ 36173	31505/ 36505	31624	31625	31823/ 36823	
5-491.13		Operative Behandlung von Analfisteln: Exzision: Suprasphinktär	H3	31173/ 36173	31505/ 36505	31624	31625	31823/ 36823	
5-491.14		Operative Behandlung von Analfisteln: Exzision: Extrasphinktär	H4	31174/ 36174	31505/ 36505	31626	31627	31824/ 36824	
5-491.16		Operative Behandlung von Analfisteln: Exzision: Subanodermal	H1	31171/ 36171	31503/ 36503	31622	31623	31821/ 36821	
5-491.4		Operative Behandlung von Analfisteln: Exzision einer inter- oder transsphinktären Analfistel mit Verschluss durch Schleimhautlappen	H3	31173/ 36173	31505/ 36505	31624	31625	31823/ 36823	
5-491.5		Operative Behandlung von Analfisteln: Exzision einer Analfistel mit Verschluss durch Muskel-Schleimhaut-Lappen	H5	31175/ 36175	31506/ 36506	31626	31627	31825/ 36825	
5-492.00		Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Analkanals: Exzision: Lokal	H1	31171/ 36171	31503/ 36503	31622	31623	31821/ 36821	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-492.01		Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Analkanals: Exzision: Tief	H2	31172/ 36172	31503/ 36503	31624	31625	31822/ 36822	
5-492.02		Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Analkanals: Exzision: Tief, mit Teilresektion des Muskels	H4	31174/ 36174	31505/ 36505	31626	31627	31824/ 36824	
5-493.01		Operative Behandlung von Hämorrhoiden: Ligatur: 2 Hämorrhoiden	H1	31171/ 36171	31503/ 36503	31622	31623	31821/ 36821	
5-493.02		Operative Behandlung von Hämorrhoiden: Ligatur: 3 oder mehr Hämorrhoiden	H1	31171/ 36171	31503/ 36503	31622	31623	31821/ 36821	
5-493.20		Operative Behandlung von Hämorrhoiden: Exzision (z.B. nach Milligan-Morgan): 1 Segment	H2	31172/ 36172	31503/ 36503	31624	31625	31822/ 36822	31453
5-493.21		Operative Behandlung von Hämorrhoiden: Exzision (z.B. nach Milligan-Morgan): 2 Segmente	H2	31172/ 36172	31503/ 36503	31624	31625	31822/ 36822	31453
5-493.22		Operative Behandlung von Hämorrhoiden: Exzision (z.B. nach Milligan-Morgan): 3 oder mehr Segmente	H3	31173/ 36173	31505/ 36505	31624	31625	31823/ 36823	31453
5-493.5		Operative Behandlung von Hämorrhoiden: Mit Stapler	H2	31172/ 36172	31503/ 36503	31624	31625	31822/ 36822	31453
5-493.60		Operative Behandlung von Hämorrhoiden: Exzision mit plastischer Rekonstruktion (z.B. nach Fansler, Arnold, Parks): 1 Segment	H2	31172/ 36172	31503/ 36503	31624	31625	31822/ 36822	31453
5-493.61		Operative Behandlung von Hämorrhoiden: Exzision mit plastischer Rekonstruktion (z.B. nach Fansler, Arnold, Parks): 2 Segmente	H3	31173/ 36173	31505/ 36505	31624	31625	31823/ 36823	31453
5-493.62		Operative Behandlung von Hämorrhoiden: Exzision mit plastischer Rekonstruktion (z.B. nach Fansler, Arnold, Parks): 3 oder mehr Segmente	H4	31174/ 36174	31505/ 36505	31626	31627	31824/ 36824	31453
5-493.70		Operative Behandlung von Hämorrhoiden: Ligatur einer A. haemorrhoidalis: Ohne rektoanale Rekonstruktion [Recto-anal-repair]	H2	31172/ 36172	31503/ 36503	31624	31625	31822/ 36822	31453
5-493.71		Operative Behandlung von Hämorrhoiden: Ligatur einer A. haemorrhoidalis: Mit rektoanaler Rekonstruktion [Recto-anal-repair]	H3	31173/ 36173	31505/ 36505	31624	31625	31823/ 36823	31453

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-494.1		Durchtrennung des Sphincter ani [Sphinkterotomie]: Lateral	H2	31172/ 36172	31503/ 36503	31624	31625	31822/ 36822	
5-501.01		Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Leber (atypische Leberresektion): Exzision, lokal, 1 Läsion: Laparoskopisch	G3	31163/ 36163	31505/ 36505	31608	31609	31823/ 36823	
5-511.01		Cholezystektomie: Einfach, offen chirurgisch: Ohne operative Revision der Gallengänge	F4	31154/ 36154	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-511.02		Cholezystektomie: Einfach, offen chirurgisch: Mit operativer Revision der Gallengänge	F5	31155/ 36155	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-511.11		Cholezystektomie: Einfach, laparoskopisch: Ohne laparoskopische Revision der Gallengänge	G4	31164/ 36164	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-511.12		Cholezystektomie: Einfach, laparoskopisch: Mit laparoskopischer Revision der Gallengänge	G5	31165/ 36165	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-511.21		Cholezystektomie: Einfach, Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch: Ohne operative Revision der Gallengänge	G5	31165/ 36165	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-511.22		Cholezystektomie: Einfach, Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch: Mit operativer Revision der Gallengänge	G6	31166/ 36166	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-512.00		Biliodigestive Anastomose (von Ductus hepaticus, Ductus choledochus und Leberparenchym): Zum Magen: Offen chirurgisch	F6	31156/ 36156	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-512.01		Biliodigestive Anastomose (von Ductus hepaticus, Ductus choledochus und Leberparenchym): Zum Magen: Laparoskopisch	G6	31166/ 36166	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-512.02		Biliodigestive Anastomose (von Ductus hepaticus, Ductus choledochus und Leberparenchym): Zum Magen: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch	G7	31167/ 36167	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-512.10		Biliodigestive Anastomose (von Ductus hepaticus, Ductus choledochus und Leberparenchym): Zum Duodenum: Offen chirurgisch	F6	31156/ 36156	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-512.11		Biliodigestive Anastomose (von Ductus hepaticus, Ductus choledochus und Leberparenchym): Zum Duodenum: Laparoskopisch	G6	31166/ 36166	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-512.12		Biliodigestive Anastomose (von Ductus hepaticus, Ductus choledochus und Leberparenchym): Zum Duodenum: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch	G7	31167/ 36167	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-512.20		Biliodigestive Anastomose (von Ductus hepaticus, Ductus choledochus und Leberparenchym): Zum Jejunum: Offen chirurgisch	F6	31156/ 36156	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-512.21		Biliodigestive Anastomose (von Ductus hepaticus, Ductus choledochus und Leberparenchym): Zum Jejunum: Laparoskopisch	G6	31166/ 36166	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-512.22		Biliodigestive Anastomose (von Ductus hepaticus, Ductus choledochus und Leberparenchym): Zum Jejunum: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch	G7	31167/ 36167	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-512.30		Biliodigestive Anastomose (von Ductus hepaticus, Ductus choledochus und Leberparenchym): Zum Jejunum, mit Interposition einer Darmschlinge: Offen chirurgisch	F6	31156/ 36156	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-512.31		Biliodigestive Anastomose (von Ductus hepaticus, Ductus choledochus und Leberparenchym): Zum Jejunum, mit Interposition einer Darmschlinge: Laparoskopisch	G6	31166/ 36166	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-512.32		Biliodigestive Anastomose (von Ductus hepaticus, Ductus choledochus und Leberparenchym): Zum Jejunum, mit Interposition einer Darmschlinge: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch	G7	31167/ 36167	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-512.40		Biliodigestive Anastomose (von Ductus hepaticus, Ductus choledochus und Leberparenchym): Zum Jejunum, mit Roux-Y-Anastomose: Offen chirurgisch	F6	31156/ 36156	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-512.41		Biliodigestive Anastomose (von Ductus hepaticus, Ductus choledochus und Leberparenchym): Zum Jejunum, mit Roux-Y-Anastomose: Laparoskopisch	G6	31166/ 36166	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-512.42		Biliodigestive Anastomose (von Ductus hepaticus, Ductus choledochus und Leberparenchym): Zum Jejunum, mit Roux-Y-Anastomose: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch	G7	31167/ 36167	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-514.p0		Andere Operationen an den Gallengängen: Wechsel einer Drainage: Offen chirurgisch	F4	31154/ 36154	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-514.p1		Andere Operationen an den Gallengängen: Wechsel einer Drainage: Laparoskopisch	G4	31164/ 36164	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-514.p2		Andere Operationen an den Gallengängen: Wechsel einer Drainage: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch	G5	31165/ 36165	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-514.20		Andere Operationen an den Gallengängen: Steinentfernung: Offen chirurgisch	F5	31155/ 36155	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-514.21		Andere Operationen an den Gallengängen: Steinentfernung: Laparoskopisch	G6	31166/ 36166	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-514.22		Andere Operationen an den Gallengängen: Steinentfernung: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch	G6	31166/ 36166	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-515.0		Exzision und Resektion von erkranktem Gewebe der Gallengänge: Exzision eines Reststumpfes des Ductus cysticus	F5	31155/ 36155	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-515.2		Exzision und Resektion von erkranktem Gewebe der Gallengänge: Resektion, mit biliodigestiver Anastomose	F6	31156/ 36156	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-521.0		Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Pankreas: Exzision	F4	31154/ 36154	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-524.00		Partielle Resektion des Pankreas: Linksseitige Resektion (ohne Anastomose): Offen chirurgisch	F6	31156/ 36156	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-524.01		Partielle Resektion des Pankreas: Linksseitige Resektion (ohne Anastomose): Laparoskopisch	G6	31166/ 36166	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-524.02		Partielle Resektion des Pankreas: Linksseitige Resektion (ohne Anastomose): Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch	F7	31157/ 36157	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-529.r0		Andere Operationen am Pankreas und am Pankreasgang: Transduodenale Drainage einer Pankreaszyste: Offen chirurgisch	F6	31156/ 36156	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-530.00	↔	Verschluss einer Hernia inguinalis: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss: Mit hoher Bruchsackunterbindung und Teilresektion	F3	31153/ 36153	31505/ 36505	31608	31609	31823/ 36823	31454

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-530.01	↔	Verschluss einer Hernia inguinalis: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss: Mit Hydrozelenwandresektion	F3	31153/ 36153	31505/ 36505	31608	31609	31823/ 36823	31454
5-530.02	↔	Verschluss einer Hernia inguinalis: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss: Mit Funikulolyse und Hodenverlagerung	F4	31154/ 36154	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	31455
5-530.03	↔	Verschluss einer Hernia inguinalis: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss: Ohne weitere Maßnahmen	F3	31153/ 36153	31505/ 36505	31608	31609	31823/ 36823	31454
5-530.1	↔	Verschluss einer Hernia inguinalis: Offen chirurgisch, mit plastischem Bruchpfortenverschluss	F4	31154/ 36154	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	31455
5-530.31	↔	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Laparoskopisch transperitoneal [TAPP]	G3	31163/ 36163	31505/ 36505	31608	31609	31823/ 36823	31455
5-530.32	↔	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Endoskopisch total extraperitoneal [TEP]	G3	31163/ 36163	31505/ 36505	31608	31609	31823/ 36823	31455
5-530.33	↔	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, epifaszial (anterior)	F3	31153/ 36153	31505/ 36505	31608	31609	31823/ 36823	31454
5-530.34	↔	Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, präperitoneal/retromuskulär (posterior)	F4	31154/ 36154	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	31455
5-530.4	↔	Verschluss einer Hernia inguinalis: Offen chirurgisch, mit Darmresektion, ohne zusätzliche Laparotomie	F6	31156/ 36156	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-530.5	↔	Verschluss einer Hernia inguinalis: Bei Rezidiv, offen chirurgisch, mit plastischem Bruchpfortenverschluss	F5	31155/ 36155	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-530.71	↔	Verschluss einer Hernia inguinalis: Bei Rezidiv, mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Laparoskopisch transperitoneal [TAPP]	G4	31164/ 36164	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-530.72	↔	Verschluss einer Hernia inguinalis: Bei Rezidiv, mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Endoskopisch total extraperitoneal [TEP]	G4	31164/ 36164	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-530.73	↔	Verschluss einer Hernia inguinalis: Bei Rezidiv, mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, epifaszial (anterior)	F5	31155/ 36155	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	31456
5-530.74	↔	Verschluss einer Hernia inguinalis: Bei Rezidiv, mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, präperitoneal/ retromuskulär (posterior)	F5	31155/ 36155	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	31456
5-530.8	↔	Verschluss einer Hernia inguinalis: Bei Rezidiv, offen chirurgisch, mit Darmresektion, ohne zusätzliche Laparotomie	F6	31156/ 36156	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-530.90	↔	Verschluss einer Hernia inguinalis: Laparoskopisch, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss: Mit hoher Bruchsackunterbindung und Teilresektion	G3	31163/ 36163	31505/ 36505	31608	31609	31823/ 36823	31455
5-530.91	↔	Verschluss einer Hernia inguinalis: Laparoskopisch, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss: Ohne weitere Maßnahmen	G3	31163/ 36163	31505/ 36505	31608	31609	31823/ 36823	31455
5-531.0	↔	Verschluss einer Hernia femoralis: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss	F3	31153/ 36153	31505/ 36505	31608	31609	31823/ 36823	31454
5-531.1	↔	Verschluss einer Hernia femoralis: Offen chirurgisch, mit plastischem Bruchpfortenverschluss	F3	31153/ 36153	31505/ 36505	31608	31609	31823/ 36823	31454
5-531.31	↔	Verschluss einer Hernia femoralis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Laparoskopisch transperitoneal [TAPP]	G3	31163/ 36163	31505/ 36505	31608	31609	31823/ 36823	31455
5-531.32	↔	Verschluss einer Hernia femoralis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Endoskopisch total extraperitoneal [TEP]	G3	31163/ 36163	31505/ 36505	31608	31609	31823/ 36823	31455
5-531.33	↔	Verschluss einer Hernia femoralis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, epifaszial (anterior)	F3	31153/ 36153	31505/ 36505	31608	31609	31823/ 36823	31454
5-531.34	↔	Verschluss einer Hernia femoralis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, präperitoneal/retromuskulär (posterior)	F4	31154/ 36154	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	31455
5-531.4	↔	Verschluss einer Hernia femoralis: Offen chirurgisch, mit Darmresektion, ohne zusätzliche Laparotomie	F6	31156/ 36156	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-531.5	↔	Verschluss einer Hernia femoralis: Bei Rezidiv, offen chirurgisch, mit plastischem Bruchpfortenverschluss	F4	31154/ 36154	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-531.71	↔	Verschluss einer Hernia femoralis: Bei Rezidiv, mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Laparoskopisch transperitoneal [TAPP]	G4	31164/ 36164	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-531.72	↔	Verschluss einer Hernia femoralis: Bei Rezidiv, mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Endoskopisch total extraperitoneal [TEP]	G4	31164/ 36164	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-531.73	↔	Verschluss einer Hernia femoralis: Bei Rezidiv, mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, epifaszial (anterior)	F4	31154/ 36154	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-531.74	↔	Verschluss einer Hernia femoralis: Bei Rezidiv, mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, präperitoneal/ retromuskulär (posterior)	F5	31155/ 36155	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-531.8	↔	Verschluss einer Hernia femoralis: Bei Rezidiv, offen chirurgisch, mit Darmresektion, ohne zusätzliche Laparotomie	F6	31156/ 36156	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-534.01		Verschluss einer Hernia umbilicalis: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss: Mit Exstirpation einer Nabelzyste	F2	31152/ 36152	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	31453
5-534.02		Verschluss einer Hernia umbilicalis: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss: Mit Abtragung des Urachus	F2	31152/ 36152	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	31453
5-534.03		Verschluss einer Hernia umbilicalis: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss: Ohne weitere Maßnahmen	F2	31152/ 36152	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	31453
5-534.1		Verschluss einer Hernia umbilicalis: Offen chirurgisch, mit plastischem Bruchpfortenverschluss	F2	31152/ 36152	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	31453
5-534.33		Verschluss einer Hernia umbilicalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, mit intraperitonealem Onlay-Mesh [IPOM]	F4	31154/ 36154	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	31455
5-534.34		Verschluss einer Hernia umbilicalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, mit Onlay-Technik	F2	31152/ 36152	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	31453

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-534.35		Verschluss einer Hernia umbilicalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, mit Sublay-Technik	F3	31153/ 36153	31505/ 36505	31608	31609	31823/ 36823	31454
5-534.36		Verschluss einer Hernia umbilicalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Laparoskopisch transperitoneal, mit intraperitonealem Onlay-Mesh [IPOM]	G2	31162/ 36162	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-534.37		Verschluss einer Hernia umbilicalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Laparoskopisch transperitoneal, mit Sublay-Technik	G3	31163/ 36163	31505/ 36505	31608	31609	31823/ 36823	
5-535.0		Verschluss einer Hernia epigastrica: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss	F3	31153/ 36153	31505/ 36505	31608	31609	31823/ 36823	31453
5-535.1		Verschluss einer Hernia epigastrica: Offen chirurgisch, mit plastischem Bruchpfortenverschluss	F4	31154/ 36154	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	31455
5-535.33		Verschluss einer Hernia epigastrica: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, mit intraperitonealem Onlay-Mesh [IPOM]	F4	31154/ 36154	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	31455
5-535.34		Verschluss einer Hernia epigastrica: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, mit Onlay-Technik	F3	31153/ 36153	31505/ 36505	31608	31609	31823/ 36823	31453
5-535.35		Verschluss einer Hernia epigastrica: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, mit Sublay-Technik	F4	31154/ 36154	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	31455
5-535.36		Verschluss einer Hernia epigastrica: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Laparoskopisch transperitoneal, mit intraperitonealem Onlay-Mesh [IPOM]	G3	31163/ 36163	31505/ 36505	31608	31609	31823/ 36823	
5-535.37		Verschluss einer Hernia epigastrica: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Laparoskopisch transperitoneal, mit Sublay-Technik	G4	31164/ 36164	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-536.0		Verschluss einer Narbenhernie: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss	F2	31152/ 36152	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	31453

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-536.10		Verschluss einer Narbenhernie: Offen chirurgisch, mit plastischem Bruchpfortenverschluss: Ohne alloplastisches, allogenes oder xenogenes Material	F3	31153/ 36153	31505/ 36505	31608	31609	31823/ 36823	31454
5-536.11		Verschluss einer Narbenhernie: Offen chirurgisch, mit plastischem Bruchpfortenverschluss: Mit Komponentenseparation, ohne alloplastisches, allogenes oder xenogenes Material	F5	31155/ 36155	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-536.4a		Verschluss einer Narbenhernie: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Laparoskopisch transperitoneal, mit Sublay-Technik, bei einer horizontalen Defektbreite von weniger als 10 cm	G4	31164/ 36164	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-536.4e		Verschluss einer Narbenhernie: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch als Bauchwandverstärkung, mit intraperitonealem Onlay-Mesh [IPOM], bei einer horizontalen Defektbreite von 10 cm oder mehr	F7	31157/ 36157	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-536.4f		Verschluss einer Narbenhernie: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch als Bauchwandverstärkung, mit Onlay-Technik, bei einer horizontalen Defektbreite von 10 cm oder mehr	F7	31157/ 36157	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-536.4g		Verschluss einer Narbenhernie: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch als Bauchwandverstärkung, mit Sublay-Technik, bei einer horizontalen Defektbreite von 10 cm oder mehr	F7	31157/ 36157	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-536.4h		Verschluss einer Narbenhernie: Offen chirurgisch, mit Komponentenseparation, mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material, bei einer horizontalen Defektbreite von 10 cm oder mehr	F7	31157/ 36157	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-536.45		Verschluss einer Narbenhernie: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch als Bauchwandverstärkung, mit intraperitonealem Onlay-Mesh [IPOM], bei einer horizontalen Defektbreite von weniger als 10 cm	F4	31154/ 36154	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-536.46		Verschluss einer Narbenhernie: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch als Bauchwandverstärkung, mit	F4	31154/ 36154	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
		Onlay-Technik, bei einer horizontalen Defektbreite von weniger als 10 cm							
5-536.47		Verschluss einer Narbenhernie: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch als Bauchwandverstärkung, mit Sublay-Technik, bei einer horizontalen Defektbreite von weniger als 10 cm	F4	31154/ 36154	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-536.48		Verschluss einer Narbenhernie: Offen chirurgisch, mit Komponentenseparation, mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material, bei einer horizontalen Defektbreite von weniger als 10 cm	F4	31154/ 36154	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-536.49		Verschluss einer Narbenhernie: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Laparoskopisch transperitoneal, mit intraperitonealem Onlay-Mesh [IPOM], bei einer horizontalen Defektbreite von weniger als 10 cm	G4	31164/ 36164	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-538.0a		Verschluss einer Hernia diaphragmatica: Ohne plastischen Bruchpfortenverschluss: Offen chirurgisch abdominal, mit Reposition eines Thoraxmagens	F6	31156/ 36156	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-538.0b		Verschluss einer Hernia diaphragmatica: Ohne plastischen Bruchpfortenverschluss: Offen chirurgisch transthorakal, mit Reposition eines Thoraxmagens	J6	31196/ 36196		31612	31613	31826/ 36826	
5-538.0c		Verschluss einer Hernia diaphragmatica: Ohne plastischen Bruchpfortenverschluss: Offen chirurgisch thorakoabdominal, mit Reposition eines Thoraxmagens	J6	31196/ 36196		31612	31613	31826/ 36826	
5-538.00		Verschluss einer Hernia diaphragmatica: Ohne plastischen Bruchpfortenverschluss: Offen chirurgisch abdominal	F5	31155/ 36155	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-538.01		Verschluss einer Hernia diaphragmatica: Ohne plastischen Bruchpfortenverschluss: Laparoskopisch	G5	31165/ 36165	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-538.03		Verschluss einer Hernia diaphragmatica: Ohne plastischen Bruchpfortenverschluss: Offen chirurgisch transthorakal	J6	31196/ 36196		31612	31613	31826/ 36826	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-538.04		Verschluss einer Hernia diaphragmatica: Ohne plastischen Bruchpfortenverschluss: Offen chirurgisch thorakoabdominal	J6	31196/ 36196		31612	31613	31826/ 36826	
5-538.05		Verschluss einer Hernia diaphragmatica: Ohne plastischen Bruchpfortenverschluss: Thorakoskopisch	J5	31195/ 36195		31610	31611	31825/ 36825	
5-538.06		Verschluss einer Hernia diaphragmatica: Ohne plastischen Bruchpfortenverschluss: Thorakoskopisch, mit Reposition eines Thoraxmagens	J6	31196/ 36196		31612	31613	31826/ 36826	
5-538.07		Verschluss einer Hernia diaphragmatica: Ohne plastischen Bruchpfortenverschluss: Laparoskopisch, mit Reposition eines Thoraxmagens	G6	31166/ 36166	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-538.08		Verschluss einer Hernia diaphragmatica: Ohne plastischen Bruchpfortenverschluss: Laparoskopisch-thorakoskopisch kombiniert	J6	31196/ 36196		31612	31613	31826/ 36826	
5-538.09		Verschluss einer Hernia diaphragmatica: Ohne plastischen Bruchpfortenverschluss: Laparoskopisch-thorakoskopisch kombiniert, mit Reposition eines Thoraxmagens	J6	31196/ 36196		31612	31613	31826/ 36826	
5-538.1a		Verschluss einer Hernia diaphragmatica: Mit plastischem Bruchpfortenverschluss: Offen chirurgisch abdominal, mit Reposition eines Thoraxmagens	F6	31156/ 36156	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-538.1b		Verschluss einer Hernia diaphragmatica: Mit plastischem Bruchpfortenverschluss: Offen chirurgisch transthorakal, mit Reposition eines Thoraxmagens	J6	31196/ 36196		31612	31613	31826/ 36826	
5-538.1c		Verschluss einer Hernia diaphragmatica: Mit plastischem Bruchpfortenverschluss: Offen chirurgisch thorakoabdominal, mit Reposition eines Thoraxmagens	J6	31196/ 36196		31612	31613	31826/ 36826	
5-538.10		Verschluss einer Hernia diaphragmatica: Mit plastischem Bruchpfortenverschluss: Offen chirurgisch abdominal	F5	31155/ 36155	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-538.11		Verschluss einer Hernia diaphragmatica: Mit plastischem Bruchpfortenverschluss: Laparoskopisch	G5	31165/ 36165	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-538.13		Verschluss einer Hernia diaphragmatica: Mit plastischem Bruchpfortenverschluss: Offen chirurgisch transthorakal	J6	31196/ 36196		31612	31613	31826/ 36826	
5-538.14		Verschluss einer Hernia diaphragmatica: Mit plastischem Bruchpfortenverschluss: Offen chirurgisch thorakoabdominal	J6	31196/ 36196		31612	31613	31826/ 36826	
5-538.15		Verschluss einer Hernia diaphragmatica: Mit plastischem Bruchpfortenverschluss: Thorakoskopisch	J5	31195/ 36195		31610	31611	31825/ 36825	
5-538.16		Verschluss einer Hernia diaphragmatica: Mit plastischem Bruchpfortenverschluss: Thorakoskopisch, mit Reposition eines Thoraxmagens	J6	31196/ 36196		31612	31613	31826/ 36826	
5-538.17		Verschluss einer Hernia diaphragmatica: Mit plastischem Bruchpfortenverschluss: Laparoskopisch, mit Reposition eines Thoraxmagens	G6	31166/ 36166	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-538.18		Verschluss einer Hernia diaphragmatica: Mit plastischem Bruchpfortenverschluss: Laparoskopisch-thorakoskopisch kombiniert	J6	31196/ 36196		31612	31613	31826/ 36826	
5-538.19		Verschluss einer Hernia diaphragmatica: Mit plastischem Bruchpfortenverschluss: Laparoskopisch-thorakoskopisch kombiniert, mit Reposition eines Thoraxmagens	J6	31196/ 36196		31612	31613	31826/ 36826	
5-538.3a		Verschluss einer Hernia diaphragmatica: Mit allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch abdominal, mit Reposition eines Thoraxmagens	F6	31156/ 36156	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-538.3b		Verschluss einer Hernia diaphragmatica: Mit allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch transthorakal, mit Reposition eines Thoraxmagens	J6	31196/ 36196		31612	31613	31826/ 36826	
5-538.3c		Verschluss einer Hernia diaphragmatica: Mit allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch thorakoabdominal, mit Reposition eines Thoraxmagens	J6	31196/ 36196		31612	31613	31826/ 36826	
5-538.30		Verschluss einer Hernia diaphragmatica: Mit allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch abdominal	F5	31155/ 36155	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-538.31		Verschluss einer Hernia diaphragmatica: Mit allogenem oder xenogenem Material: Laparoskopisch	G5	31165/ 36165	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-538.33		Verschluss einer Hernia diaphragmatica: Mit allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch transthorakal	J6	31196/ 36196		31612	31613	31826/ 36826	
5-538.34		Verschluss einer Hernia diaphragmatica: Mit allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch thorakoabdominal	J6	31196/ 36196		31612	31613	31826/ 36826	
5-538.35		Verschluss einer Hernia diaphragmatica: Mit allogenem oder xenogenem Material: Thorakoskopisch	J5	31195/ 36195		31610	31611	31825/ 36825	
5-538.36		Verschluss einer Hernia diaphragmatica: Mit allogenem oder xenogenem Material: Thorakoskopisch, mit Reposition eines Thoraxmagens	J6	31196/ 36196		31612	31613	31826/ 36826	
5-538.37		Verschluss einer Hernia diaphragmatica: Mit allogenem oder xenogenem Material: Laparoskopisch, mit Reposition eines Thoraxmagens	G6	31166/ 36166	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-538.38		Verschluss einer Hernia diaphragmatica: Mit allogenem oder xenogenem Material: Laparoskopisch-thorakoskopisch kombiniert	J6	31196/ 36196		31612	31613	31826/ 36826	
5-538.39		Verschluss einer Hernia diaphragmatica: Mit allogenem oder xenogenem Material: Laparoskopisch-thorakoskopisch kombiniert, mit Reposition eines Thoraxmagens	J6	31196/ 36196		31612	31613	31826/ 36826	
5-538.4a		Verschluss einer Hernia diaphragmatica: Mit alloplastischem Material: Offen chirurgisch abdominal, mit Reposition eines Thoraxmagens	F6	31156/ 36156	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-538.4b		Verschluss einer Hernia diaphragmatica: Mit alloplastischem Material: Offen chirurgisch transthorakal, mit Reposition eines Thoraxmagens	J6	31196/ 36196		31612	31613	31826/ 36826	
5-538.4c		Verschluss einer Hernia diaphragmatica: Mit alloplastischem Material: Offen chirurgisch thorakoabdominal, mit Reposition eines Thoraxmagens	J6	31196/ 36196		31612	31613	31826/ 36826	
5-538.40		Verschluss einer Hernia diaphragmatica: Mit alloplastischem Material: Offen chirurgisch abdominal	F5	31155/ 36155	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-538.41		Verschluss einer Hernia diaphragmatica: Mit alloplastischem Material: Laparoskopisch	G5	31165/ 36165	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-538.43		Verschluss einer Hernia diaphragmatica: Mit alloplastischem Material: Offen chirurgisch transthorakal	J7	31197/ 36197		31612	31613	31827/ 36827	
5-538.44		Verschluss einer Hernia diaphragmatica: Mit alloplastischem Material: Offen chirurgisch thorakoabdominal	J7	31197/ 36197		31612	31613	31827/ 36827	
5-538.45		Verschluss einer Hernia diaphragmatica: Mit alloplastischem Material: Thorakoskopisch	J5	31195/ 36195		31610	31611	31825/ 36825	
5-538.46		Verschluss einer Hernia diaphragmatica: Mit alloplastischem Material: Thorakoskopisch, mit Reposition eines Thoraxmagens	J6	31196/ 36196		31612	31613	31826/ 36826	
5-538.47		Verschluss einer Hernia diaphragmatica: Mit alloplastischem Material: Laparoskopisch, mit Reposition eines Thoraxmagens	G6	31166/ 36166	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-538.48		Verschluss einer Hernia diaphragmatica: Mit alloplastischem Material: Laparoskopisch-thorakoskopisch kombiniert	J6	31196/ 36196		31612	31613	31826/ 36826	
5-538.49		Verschluss einer Hernia diaphragmatica: Mit alloplastischem Material: Laparoskopisch-thorakoskopisch kombiniert, mit Reposition eines Thoraxmagens	J6	31196/ 36196		31612	31613	31826/ 36826	
5-538.5a		Verschluss einer Hernia diaphragmatica: Bei Rezidiv, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss: Offen chirurgisch abdominal, mit Reposition eines Thoraxmagens	F7	31157/ 36157	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-538.5b		Verschluss einer Hernia diaphragmatica: Bei Rezidiv, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss: Offen chirurgisch transthorakal, mit Reposition eines Thoraxmagens	J7	31197/ 36197		31612	31613	31827/ 36827	
5-538.5c		Verschluss einer Hernia diaphragmatica: Bei Rezidiv, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss: Offen chirurgisch thorakoabdominal, mit Reposition eines Thoraxmagens	J7	31197/ 36197		31612	31613	31827/ 36827	
5-538.50		Verschluss einer Hernia diaphragmatica: Bei Rezidiv, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss: Offen chirurgisch abdominal	F7	31157/ 36157	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-538.51		Verschluss einer Hernia diaphragmatica: Bei Rezidiv, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss: Laparoskopisch	G7	31167/ 36167	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-538.53		Verschluss einer Hernia diaphragmatica: Bei Rezidiv, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss: Offen chirurgisch transthorakal	J7	31197/ 36197		31612	31613	31827/ 36827	
5-538.54		Verschluss einer Hernia diaphragmatica: Bei Rezidiv, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss: Offen chirurgisch thorakoabdominal	J7	31197/ 36197		31612	31613	31827/ 36827	
5-538.55		Verschluss einer Hernia diaphragmatica: Bei Rezidiv, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss: Thorakoskopisch	J7	31197/ 36197		31612	31613	31827/ 36827	
5-538.56		Verschluss einer Hernia diaphragmatica: Bei Rezidiv, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss: Thorakoskopisch, mit Reposition eines Thoraxmagens	J7	31197/ 36197		31612	31613	31827/ 36827	
5-538.57		Verschluss einer Hernia diaphragmatica: Bei Rezidiv, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss: Laparoskopisch, mit Reposition eines Thoraxmagens	G7	31167/ 36167	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-538.58		Verschluss einer Hernia diaphragmatica: Bei Rezidiv, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss: Laparoskopisch-thorakoskopisch kombiniert	J7	31197/ 36197		31612	31613	31827/ 36827	
5-538.59		Verschluss einer Hernia diaphragmatica: Bei Rezidiv, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss: Laparoskopisch-thorakoskopisch kombiniert, mit Reposition eines Thoraxmagens	J7	31197/ 36197		31612	31613	31827/ 36827	
5-538.6a		Verschluss einer Hernia diaphragmatica: Bei Rezidiv, mit plastischem Bruchpfortenverschluss: Offen chirurgisch abdominal, mit Reposition eines Thoraxmagens	F7	31157/ 36157	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-538.6b		Verschluss einer Hernia diaphragmatica: Bei Rezidiv, mit plastischem Bruchpfortenverschluss: Offen chirurgisch transthorakal, mit Reposition eines Thoraxmagens	J7	31197/ 36197		31612	31613	31827/ 36827	
5-538.6c		Verschluss einer Hernia diaphragmatica: Bei Rezidiv, mit plastischem Bruchpfortenverschluss: Offen chirurgisch thorakoabdominal, mit Reposition eines Thoraxmagens	J7	31197/ 36197		31612	31613	31827/ 36827	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-538.60		Verschluss einer Hernia diaphragmatica: Bei Rezidiv, mit plastischem Bruchpfortenverschluss: Offen chirurgisch abdominal	F7	31157/ 36157	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-538.61		Verschluss einer Hernia diaphragmatica: Bei Rezidiv, mit plastischem Bruchpfortenverschluss: Laparoskopisch	G7	31167/ 36167	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-538.63		Verschluss einer Hernia diaphragmatica: Bei Rezidiv, mit plastischem Bruchpfortenverschluss: Offen chirurgisch transthorakal	J7	31197/ 36197		31612	31613	31827/ 36827	
5-538.64		Verschluss einer Hernia diaphragmatica: Bei Rezidiv, mit plastischem Bruchpfortenverschluss: Offen chirurgisch thorakoabdominal	J7	31197/ 36197		31612	31613	31827/ 36827	
5-538.65		Verschluss einer Hernia diaphragmatica: Bei Rezidiv, mit plastischem Bruchpfortenverschluss: Thorakoskopisch	J7	31197/ 36197		31612	31613	31827/ 36827	
5-538.66		Verschluss einer Hernia diaphragmatica: Bei Rezidiv, mit plastischem Bruchpfortenverschluss: Thorakoskopisch, mit Reposition eines Thoraxmagens	J7	31197/ 36197		31612	31613	31827/ 36827	
5-538.67		Verschluss einer Hernia diaphragmatica: Bei Rezidiv, mit plastischem Bruchpfortenverschluss: Laparoskopisch, mit Reposition eines Thoraxmagens	G7	31167/ 36167	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-538.68		Verschluss einer Hernia diaphragmatica: Bei Rezidiv, mit plastischem Bruchpfortenverschluss: Laparoskopisch-thorakoskopisch kombiniert	J7	31197/ 36197		31612	31613	31827/ 36827	
5-538.69		Verschluss einer Hernia diaphragmatica: Bei Rezidiv, mit plastischem Bruchpfortenverschluss: Laparoskopisch-thorakoskopisch kombiniert, mit Reposition eines Thoraxmagens	J7	31197/ 36197		31612	31613	31827/ 36827	
5-538.8a		Verschluss einer Hernia diaphragmatica: Bei Rezidiv, mit allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch abdominal, mit Reposition eines Thoraxmagens	F7	31157/ 36157	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-538.8b		Verschluss einer Hernia diaphragmatica: Bei Rezidiv, mit allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch transthorakal, mit Reposition eines Thoraxmagens	J7	31197/ 36197		31612	31613	31827/ 36827	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-538.8c		Verschluss einer Hernia diaphragmatica: Bei Rezidiv, mit allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch thorakoabdominal, mit Reposition eines Thoraxmagens	J7	31197/ 36197		31612	31613	31827/ 36827	
5-538.80		Verschluss einer Hernia diaphragmatica: Bei Rezidiv, mit allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch abdominal	F7	31157/ 36157	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-538.81		Verschluss einer Hernia diaphragmatica: Bei Rezidiv, mit allogenem oder xenogenem Material: Laparoskopisch	G7	31167/ 36167	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-538.83		Verschluss einer Hernia diaphragmatica: Bei Rezidiv, mit allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch transthorakal	J7	31197/ 36197		31612	31613	31827/ 36827	
5-538.84		Verschluss einer Hernia diaphragmatica: Bei Rezidiv, mit allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch thorakoabdominal	J7	31197/ 36197		31612	31613	31827/ 36827	
5-538.85		Verschluss einer Hernia diaphragmatica: Bei Rezidiv, mit allogenem oder xenogenem Material: Thorakoskopisch	J7	31197/ 36197		31612	31613	31827/ 36827	
5-538.86		Verschluss einer Hernia diaphragmatica: Bei Rezidiv, mit allogenem oder xenogenem Material: Thorakoskopisch, mit Reposition eines Thoraxmagens	J7	31197/ 36197		31612	31613	31827/ 36827	
5-538.87		Verschluss einer Hernia diaphragmatica: Bei Rezidiv, mit allogenem oder xenogenem Material: Laparoskopisch, mit Reposition eines Thoraxmagens	G7	31167/ 36167	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-538.88		Verschluss einer Hernia diaphragmatica: Bei Rezidiv, mit allogenem oder xenogenem Material: Laparoskopisch-thorakoskopisch kombiniert	J7	31197/ 36197		31612	31613	31827/ 36827	
5-538.89		Verschluss einer Hernia diaphragmatica: Bei Rezidiv, mit allogenem oder xenogenem Material: Laparoskopisch-thorakoskopisch kombiniert, mit Reposition eines Thoraxmagens	J7	31197/ 36197		31612	31613	31827/ 36827	
5-538.9a		Verschluss einer Hernia diaphragmatica: Bei Rezidiv, mit alloplastischem Material: Offen chirurgisch abdominal, mit Reposition eines Thoraxmagens	F7	31157/ 36157	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-538.9b		Verschluss einer Hernia diaphragmatica: Bei Rezidiv, mit alloplastischem Material: Offen chirurgisch transthorakal, mit Reposition eines Thoraxmagens	J7	31197/ 36197		31612	31613	31827/ 36827	
5-538.9c		Verschluss einer Hernia diaphragmatica: Bei Rezidiv, mit alloplastischem Material: Offen chirurgisch thorakoabdominal, mit Reposition eines Thoraxmagens	J7	31197/ 36197		31612	31613	31827/ 36827	
5-538.90		Verschluss einer Hernia diaphragmatica: Bei Rezidiv, mit alloplastischem Material: Offen chirurgisch abdominal	F7	31157/ 36157	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-538.91		Verschluss einer Hernia diaphragmatica: Bei Rezidiv, mit alloplastischem Material: Laparoskopisch	G5	31165/ 36165	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-538.93		Verschluss einer Hernia diaphragmatica: Bei Rezidiv, mit alloplastischem Material: Offen chirurgisch transthorakal	J7	31197/ 36197		31612	31613	31827/ 36827	
5-538.94		Verschluss einer Hernia diaphragmatica: Bei Rezidiv, mit alloplastischem Material: Offen chirurgisch thorakoabdominal	J7	31197/ 36197		31612	31613	31827/ 36827	
5-538.95		Verschluss einer Hernia diaphragmatica: Bei Rezidiv, mit alloplastischem Material: Thorakoskopisch	J7	31197/ 36197		31612	31613	31827/ 36827	
5-538.96		Verschluss einer Hernia diaphragmatica: Bei Rezidiv, mit alloplastischem Material: Thorakoskopisch, mit Reposition eines Thoraxmagens	J7	31197/ 36197		31612	31613	31827/ 36827	
5-538.97		Verschluss einer Hernia diaphragmatica: Bei Rezidiv, mit alloplastischem Material: Laparoskopisch, mit Reposition eines Thoraxmagens	G7	31167/ 36167	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-538.98		Verschluss einer Hernia diaphragmatica: Bei Rezidiv, mit alloplastischem Material: Laparoskopisch-thorakoskopisch kombiniert	J7	31197/ 36197		31612	31613	31827/ 36827	
5-538.99		Verschluss einer Hernia diaphragmatica: Bei Rezidiv, mit alloplastischem Material: Laparoskopisch-thorakoskopisch kombiniert, mit Reposition eines Thoraxmagens	J7	31197/ 36197		31612	31613	31827/ 36827	
5-539.0		Verschluss anderer abdominaler Hernien: Offen chirurgisch, ohne plastischen Bruchpfortenverschluss	F3	31153/ 36153	31505/ 36505	31608	31609	31823/ 36823	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-539.1		Verschluss anderer abdominaler Hernien: Offen chirurgisch, mit plastischem Bruchpfortenverschluss	F3	31153/ 36153	31505/ 36505	31608	31609	31823/ 36823	
5-539.30		Verschluss anderer abdominaler Hernien: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch	F3	31153/ 36153	31505/ 36505	31608	31609	31823/ 36823	
5-539.31		Verschluss anderer abdominaler Hernien: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Laparoskopisch transperitoneal [TAPP]	G3	31163/ 36163	31505/ 36505	31608	31609	31823/ 36823	
5-539.32		Verschluss anderer abdominaler Hernien: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Endoskopisch total extraperitoneal [TEP]	G3	31163/ 36163	31505/ 36505	31608	31609	31823/ 36823	
5-539.4		Verschluss anderer abdominaler Hernien: Laparoskopisch, ohne alloplastisches, allogenes oder xenogenes Material	G3	31163/ 36163	31505/ 36505	31608	31609	31823/ 36823	
5-541.0		Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums: Explorative Laparotomie	F3	31153/ 36153	31505/ 36505	31608	31609	31823/ 36823	
5-541.1		Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums: Laparotomie mit Drainage	F3	31153/ 36153	31505/ 36505	31608	31609	31823/ 36823	
5-541.2		Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums: Relaparotomie	F3	31153/ 36153	31505/ 36505	31608	31609	31823/ 36823	
5-541.3		Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums: Second-look-Laparotomie (programmierte Relaparotomie)	F3	31153/ 36153	31505/ 36505	31608	31609	31823/ 36823	
5-543.0		Exzision und Destruktion von peritonealem Gewebe: Exzision einer Appendix epiploica	F3	31153/ 36153	31505/ 36505	31608	31609	31823/ 36823	
5-545.0		Verschluss von Bauchwand und Peritoneum: Sekundärer Verschluss der Bauchwand (bei postoperativer Wunddehiszenz)	F2	31152/ 36152	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-545.1		Verschluss von Bauchwand und Peritoneum: Definitiver Verschluss eines temporären Bauchdeckenverschlusses	F2	31152/ 36152	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-546.0		Plastische Rekonstruktion von Bauchwand und Peritoneum: Naht der Bauchwand (nach Verletzung)	F2	31152/ 36152	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-546.1		Plastische Rekonstruktion von Bauchwand und Peritoneum: Naht von Mesenterium, Omentum majus oder minus (nach Verletzung)	F3	31153/ 36153	31505/ 36505	31608	31609	31823/ 36823	
5-546.20		Plastische Rekonstruktion von Bauchwand und Peritoneum: Plastische Rekonstruktion der Bauchwand: Ohne Implantation von alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material	F4	31154/ 36154	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-546.21		Plastische Rekonstruktion von Bauchwand und Peritoneum: Plastische Rekonstruktion der Bauchwand: Mit Implantation von alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material in Onlay-Technik	F4	31154/ 36154	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-546.22		Plastische Rekonstruktion von Bauchwand und Peritoneum: Plastische Rekonstruktion der Bauchwand: Mit Implantation von alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material in Sublay-Technik	F4	31154/ 36154	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-549.20		Andere Bauchoperationen: Implantation eines Katheterverweilsystems in den Bauchraum, subkutan getunnelt: Zur Peritonealdialyse	F2	31152/ 36152	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-549.21		Andere Bauchoperationen: Implantation eines Katheterverweilsystems in den Bauchraum, subkutan getunnelt: Zur Aszitesdrainage	F2	31152/ 36152	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-549.7		Andere Bauchoperationen: Drainage, präsakral nach Rektumexstirpation	F2	31152/ 36152	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	

2.17 Operationen an den Harnorganen

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-550.0	↔	Perkutan-transrenale Nephrotomie, Nephrostomie, Steinentfernung, Pyeloplastik und ureterorenoskopische Steinentfernung: Nephrotomie	RR4	31294/ 36294	31505/ 36505	31686	31687	31824/ 36824	
5-550.1	↔	Perkutan-transrenale Nephrotomie, Nephrostomie, Steinentfernung, Pyeloplastik und ureterorenoskopische Steinentfernung: Nephrostomie	RR4	31294/ 36294	31505/ 36505	31686	31687	31824/ 36824	
5-550.20	↔	Perkutan-transrenale Nephrotomie, Nephrostomie, Steinentfernung, Pyeloplastik und ureterorenoskopische Steinentfernung: Entfernung eines Steines: Perkutan-transrenal	RR4	31294/ 36294	31505/ 36505	31686	31687	31824/ 36824	
5-550.21	↔	Perkutan-transrenale Nephrotomie, Nephrostomie, Steinentfernung, Pyeloplastik und ureterorenoskopische Steinentfernung: Entfernung eines Steines: Ureterorenoskopisch	RR4	31294/ 36294	31505/ 36505	31686	31687	31824/ 36824	
5-550.30	↔	Perkutan-transrenale Nephrotomie, Nephrostomie, Steinentfernung, Pyeloplastik und ureterorenoskopische Steinentfernung: Entfernung eines Steines mit Desintegration (Lithotripsie): Perkutan-transrenal	RR5	31295/ 36295	31506/ 36506	31686	31687	31825/ 36825	
5-550.31	↔	Perkutan-transrenale Nephrotomie, Nephrostomie, Steinentfernung, Pyeloplastik und ureterorenoskopische Steinentfernung: Entfernung eines Steines mit Desintegration (Lithotripsie): Ureterorenoskopisch	RR5	31295/ 36295	31506/ 36506	31686	31687	31825/ 36825	
5-550.4	↔	Perkutan-transrenale Nephrotomie, Nephrostomie, Steinentfernung, Pyeloplastik und ureterorenoskopische Steinentfernung: Erweiterung des pyeloureteralen Überganges	RR4	31294/ 36294	31505/ 36505	31686	31687	31824/ 36824	
5-550.6	↔	Perkutan-transrenale Nephrotomie, Nephrostomie, Steinentfernung, Pyeloplastik und ureterorenoskopische Steinentfernung: Operative Dilatation eines Nephrostomiekanals mit Einlegen eines dicklumigen Nephrostomiekatheters	RR2	31292/ 36292	31503/ 36503	31684	31685	31822/ 36822	
5-551.0	↔	Offen chirurgische Nephrotomie, Nephrostomie, Pyelotomie und Pyelostomie: Nephrotomie	Q4	31274/ 36274	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-551.1	↔	Offen chirurgische Nephrotomie, Nephrostomie, Pyelotomie und Pyelostomie: Nephrostomie	Q5	31275/ 36275	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-551.2	↔	Offen chirurgische Nephrotomie, Nephrostomie, Pyelotomie und Pyelostomie: Pyelotomie	Q4	31274/ 36274	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-551.3	↔	Offen chirurgische Nephrotomie, Nephrostomie, Pyelotomie und Pyelostomie: Pyelostomie	Q4	31274/ 36274	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-551.4	↔	Offen chirurgische Nephrotomie, Nephrostomie, Pyelotomie und Pyelostomie: Pyelokalikotomie	Q5	31275/ 36275	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-551.5	↔	Offen chirurgische Nephrotomie, Nephrostomie, Pyelotomie und Pyelostomie: Nephropyelokalikotomie	Q5	31275/ 36275	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-552.0	↔	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe der Niere: Exzision, offen chirurgisch	Q4	31274/ 36274	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-552.1	↔	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe der Niere: Exzision, perkutan-transrenal	RR4	31294/ 36294	31505/ 36505	31686	31687	31824/ 36824	
5-552.2	↔	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe der Niere: Exzision, ureterorenoskopisch	RR4	31294/ 36294	31505/ 36505	31686	31687	31824/ 36824	
5-552.3	↔	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe der Niere: Exzision, laparoskopisch oder retroperitoneoskopisch	R5	31285/ 36285	31506/ 36506	31686	31687	31825/ 36825	
5-552.50	↔	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe der Niere: Destruktion, perkutan-transrenal: Durch Thermoablation	RR4	31294/ 36294	31505/ 36505	31686	31687	31824/ 36824	
5-552.52	↔	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe der Niere: Destruktion, perkutan-transrenal: Durch Kryoablation	RR4	31294/ 36294	31505/ 36505	31686	31687	31824/ 36824	
5-552.53	↔	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe der Niere: Destruktion, perkutan-transrenal: Durch Ultraschallablation	RR4	31294/ 36294	31505/ 36505	31686	31687	31824/ 36824	
5-552.6	↔	Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe der Niere: Destruktion, ureterorenoskopisch	RR4	31294/ 36294	31505/ 36505	31686	31687	31824/ 36824	
5-553.00	↔	Partielle Resektion der Niere: Teilresektion: Offen chirurgisch lumbal	Q7	31277/ 36277	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-553.01	↔	Partielle Resektion der Niere: Teilresektion: Offen chirurgisch abdominal	Q7	31277/ 36277	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-553.02	↔	Partielle Resektion der Niere: Teilresektion: Thorakoabdominal	Q7	31277/ 36277	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-553.03	↔	Partielle Resektion der Niere: Teilresektion: Laparoskopisch oder retroperitoneoskopisch	R7	31287/ 36287	31507/ 36507	31688	31689	31827/ 36827	
5-553.10	↔	Partielle Resektion der Niere: Teilresektion mit Ureterektomie: Offen chirurgisch lumbal	Q7	31277/ 36277	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-553.11	↔	Partielle Resektion der Niere: Teilresektion mit Ureterektomie: Offen chirurgisch abdominal	Q7	31277/ 36277	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-553.12	↔	Partielle Resektion der Niere: Teilresektion mit Ureterektomie: Thorakoabdominal	Q7	31277/ 36277	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-553.13	↔	Partielle Resektion der Niere: Teilresektion mit Ureterektomie: Laparoskopisch oder retroperitoneoskopisch	R7	31287/ 36287	31507/ 36507	31688	31689	31827/ 36827	
5-553.20	↔	Partielle Resektion der Niere: Teilresektion mit Kaltperfusion: Offen chirurgisch lumbal	Q7	31277/ 36277	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-553.21	↔	Partielle Resektion der Niere: Teilresektion mit Kaltperfusion: Offen chirurgisch abdominal	Q7	31277/ 36277	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-553.22	↔	Partielle Resektion der Niere: Teilresektion mit Kaltperfusion: Thorakoabdominal	Q7	31277/ 36277	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-553.23	↔	Partielle Resektion der Niere: Teilresektion mit Kaltperfusion: Laparoskopisch oder retroperitoneoskopisch	R7	31287/ 36287	31507/ 36507	31688	31689	31827/ 36827	
5-554.a0	L	Nephrektomie: Nephrektomie ohne weitere Maßnahmen: Offen chirurgisch lumbal	Q5	31275/ 36275	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-554.a0	P	Nephrektomie: Nephrektomie ohne weitere Maßnahmen: Offen chirurgisch lumbal	Q7	31277/ 36277	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-554.a0	R	Nephrektomie: Nephrektomie ohne weitere Maßnahmen: Offen chirurgisch lumbal	Q5	31275/ 36275	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-554.a1	L	Nephrektomie: Nephrektomie ohne weitere Maßnahmen: Offen chirurgisch abdominal	Q5	31275/ 36275	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-554.a1	P	Nephrektomie: Nephrektomie ohne weitere Maßnahmen: Offen chirurgisch abdominal	Q7	31277/ 36277	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-554.a1	R	Nephrektomie: Nephrektomie ohne weitere Maßnahmen: Offen chirurgisch abdominal	Q5	31275/ 36275	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-554.a2	L	Nephrektomie: Nephrektomie ohne weitere Maßnahmen: Thorakoabdominal	Q6	31276/ 36276	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-554.a2	P	Nephrektomie: Nephrektomie ohne weitere Maßnahmen: Thorakoabdominal	Q7	31277/ 36277	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-554.a2	R	Nephrektomie: Nephrektomie ohne weitere Maßnahmen: Thorakoabdominal	Q6	31276/ 36276	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-554.a3	L	Nephrektomie: Nephrektomie ohne weitere Maßnahmen: Laparoskopisch oder retroperitoneoskopisch	R7	31287/ 36287	31507/ 36507	31688	31689	31827/ 36827	
5-554.a3	P	Nephrektomie: Nephrektomie ohne weitere Maßnahmen: Laparoskopisch oder retroperitoneoskopisch	R7	31287/ 36287	31507/ 36507	31688	31689	31827/ 36827	
5-554.a3	R	Nephrektomie: Nephrektomie ohne weitere Maßnahmen: Laparoskopisch oder retroperitoneoskopisch	R7	31287/ 36287	31507/ 36507	31688	31689	31827/ 36827	
5-554.b0	L	Nephrektomie: Nephrektomie, mit Ureterektomie: Offen chirurgisch lumbal	Q6	31276/ 36276	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-554.b0	P	Nephrektomie: Nephrektomie, mit Ureterektomie: Offen chirurgisch lumbal	Q7	31277/ 36277	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-554.b0	R	Nephrektomie: Nephrektomie, mit Ureterektomie: Offen chirurgisch lumbal	Q6	31276/ 36276	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-554.b1	L	Nephrektomie: Nephrektomie, mit Ureterektomie: Offen chirurgisch abdominal	Q6	31276/ 36276	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-554.b1	P	Nephrektomie: Nephrektomie, mit Ureterektomie: Offen chirurgisch abdominal	Q7	31277/ 36277	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-554.b1	R	Nephrektomie: Nephrektomie, mit Ureterektomie: Offen chirurgisch abdominal	Q6	31276/ 36276	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-554.b2	L	Nephrektomie: Nephrektomie, mit Ureterektomie: Thorakoabdominal	Q7	31277/ 36277	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-554.b2	P	Nephrektomie: Nephrektomie, mit Ureterektomie: Thorakoabdominal	Q7	31277/ 36277	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-554.b2	R	Nephrektomie: Nephrektomie, mit Ureterektomie: Thorakoabdominal	Q7	31277/ 36277	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-554.b3	L	Nephrektomie: Nephrektomie, mit Ureterektomie: Laparoskopisch oder retroperitoneoskopisch	R7	31287/ 36287	31507/ 36507	31688	31689	31827/ 36827	
5-554.b3	P	Nephrektomie: Nephrektomie, mit Ureterektomie: Laparoskopisch oder retroperitoneoskopisch	R7	31287/ 36287	31507/ 36507	31688	31689	31827/ 36827	
5-554.b3	R	Nephrektomie: Nephrektomie, mit Ureterektomie: Laparoskopisch oder retroperitoneoskopisch	R7	31287/ 36287	31507/ 36507	31688	31689	31827/ 36827	
5-554.40	↔	Nephrektomie: Nephrektomie, radikal: Offen chirurgisch lumbal	Q7	31277/ 36277	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-554.41	↔	Nephrektomie: Nephrektomie, radikal: Offen chirurgisch abdominal	Q7	31277/ 36277	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-554.42	↔	Nephrektomie: Nephrektomie, radikal: Thorakoabdominal	Q7	31277/ 36277	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-554.43	↔	Nephrektomie: Nephrektomie, radikal: Laparoskopisch oder retroperitoneoskopisch	R7	31287/ 36287	31507/ 36507	31688	31689	31827/ 36827	
5-554.50	↔	Nephrektomie: Nephrektomie, radikal, mit Ureterektomie: Offen chirurgisch lumbal	Q7	31277/ 36277	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-554.51	↔	Nephrektomie: Nephrektomie, radikal, mit Ureterektomie: Offen chirurgisch abdominal	Q7	31277/ 36277	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-554.52	↔	Nephrektomie: Nephrektomie, radikal, mit Ureterektomie: Thorakoabdominal	Q7	31277/ 36277	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-554.53	↔	Nephrektomie: Nephrektomie, radikal, mit Ureterektomie: Laparoskopisch oder retroperitoneoskopisch	R7	31287/ 36287	31507/ 36507	31688	31689	31827/ 36827	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-554.60	↔	Nephrektomie: Nephrektomie, radikal, mit endoskopischer Ureterexhairese: Offen chirurgisch lumbal	R7	31287/ 36287	31507/ 36507	31688	31689	31827/ 36827	
5-554.61	↔	Nephrektomie: Nephrektomie, radikal, mit endoskopischer Ureterexhairese: Offen chirurgisch abdominal	R7	31287/ 36287	31507/ 36507	31688	31689	31827/ 36827	
5-554.62	↔	Nephrektomie: Nephrektomie, radikal, mit endoskopischer Ureterexhairese: Thorakoabdominal	R7	31287/ 36287	31507/ 36507	31688	31689	31827/ 36827	
5-554.63	↔	Nephrektomie: Nephrektomie, radikal, mit endoskopischer Ureterexhairese: Laparoskopisch oder retroperitoneoskopisch	R7	31287/ 36287	31507/ 36507	31688	31689	31827/ 36827	
5-554.70		Nephrektomie: Nephrektomie einer transplantierten Niere: Offen chirurgisch lumbal	Q7	31277/ 36277	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-554.71		Nephrektomie: Nephrektomie einer transplantierten Niere: Offen chirurgisch abdominal	Q5	31275/ 36275	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-554.73		Nephrektomie: Nephrektomie einer transplantierten Niere: Laparoskopisch oder retroperitoneoskopisch	R7	31287/ 36287	31507/ 36507	31688	31689	31827/ 36827	
5-554.83		Nephrektomie: Nephrektomie zur Transplantation, Lebendspender: Laparoskopisch oder retroperitoneoskopisch	R7	31287/ 36287	31507/ 36507	31688	31689	31827/ 36827	
5-557.a0	↔	Rekonstruktion der Niere: Dilatation eines rekonstruktiven Nephrostomas: Offen chirurgisch lumbal	Q3	31273/ 36273	31505/ 36505	31608	31609	31823/ 36823	
5-557.00	↔	Rekonstruktion der Niere: Naht (nach Verletzung): Offen chirurgisch lumbal	Q5	31275/ 36275	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-557.01	↔	Rekonstruktion der Niere: Naht (nach Verletzung): Offen chirurgisch abdominal	Q6	31276/ 36276	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-557.02	↔	Rekonstruktion der Niere: Naht (nach Verletzung): Thorakoabdominal	Q7	31277/ 36277	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-557.03	↔	Rekonstruktion der Niere: Naht (nach Verletzung): Laparoskopisch oder retroperitoneoskopisch	Q6	31276/ 36276	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-557.10	↔	Rekonstruktion der Niere: Plastische Rekonstruktion: Offen chirurgisch lumbal	Q6	31276/ 36276	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-557.11	↔	Rekonstruktion der Niere: Plastische Rekonstruktion: Offen chirurgisch abdominal	Q6	31276/ 36276	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-557.12	↔	Rekonstruktion der Niere: Plastische Rekonstruktion: Thorakoabdominal	Q7	31277/ 36277	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-557.20	↔	Rekonstruktion der Niere: Verschluss einer Fistel: Offen chirurgisch lumbal	Q4	31274/ 36274	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-557.21	↔	Rekonstruktion der Niere: Verschluss einer Fistel: Offen chirurgisch abdominal	Q5	31275/ 36275	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-557.22	↔	Rekonstruktion der Niere: Verschluss einer Fistel: Thorakoabdominal	Q5	31275/ 36275	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-557.23	↔	Rekonstruktion der Niere: Verschluss einer Fistel: Laparoskopisch oder retroperitoneoskopisch	Q5	31275/ 36275	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-557.40	↔	Rekonstruktion der Niere: Nierenbeckenplastik: Offen chirurgisch lumbal	Q7	31277/ 36277	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-557.41	↔	Rekonstruktion der Niere: Nierenbeckenplastik: Offen chirurgisch abdominal	Q7	31277/ 36277	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-557.42	↔	Rekonstruktion der Niere: Nierenbeckenplastik: Thorakoabdominal	Q7	31277/ 36277	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-557.43	↔	Rekonstruktion der Niere: Nierenbeckenplastik: Laparoskopisch oder retroperitoneoskopisch	R7	31287/ 36287	31507/ 36507	31688	31689	31827/ 36827	
5-557.90	↔	Rekonstruktion der Niere: Verschluss eines Nephrostomas: Offen chirurgisch lumbal	Q3	31273/ 36273	31505/ 36505	31608	31609	31823/ 36823	
5-557.92	↔	Rekonstruktion der Niere: Verschluss eines Nephrostomas: Thorakoabdominal	Q5	31275/ 36275	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-557.93	↔	Rekonstruktion der Niere: Verschluss eines Nephrostomas: Laparoskopisch oder retroperitoneoskopisch	Q5	31275/ 36275	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-559.00	↔	Andere Operationen an der Niere: Freilegung der Niere (zur Exploration): Offen chirurgisch lumbal	Q3	31273/ 36273	31505/ 36505	31608	31609	31823/ 36823	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-559.01	↔	Andere Operationen an der Niere: Freilegung der Niere (zur Exploration): Offen chirurgisch abdominal	Q4	31274/ 36274	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-559.02	↔	Andere Operationen an der Niere: Freilegung der Niere (zur Exploration): Thorakoabdominal	Q5	31275/ 36275	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-559.03	↔	Andere Operationen an der Niere: Freilegung der Niere (zur Exploration): Laparoskopisch oder retroperitoneoskopisch	R5	31285/ 36285	31506/ 36506	31686	31687	31825/ 36825	
5-559.10	↔	Andere Operationen an der Niere: Dekapsulation: Offen chirurgisch lumbal	Q4	31274/ 36274	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-559.11	↔	Andere Operationen an der Niere: Dekapsulation: Offen chirurgisch abdominal	Q5	31275/ 36275	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-559.12	↔	Andere Operationen an der Niere: Dekapsulation: Thorakoabdominal	Q5	31275/ 36275	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-559.13	↔	Andere Operationen an der Niere: Dekapsulation: Laparoskopisch oder retroperitoneoskopisch	R6	31286/ 36286	31507/ 36507	31688	31689	31826/ 36826	
5-559.20	↔	Andere Operationen an der Niere: Nephropexie: Offen chirurgisch lumbal	Q4	31274/ 36274	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-559.21	↔	Andere Operationen an der Niere: Nephropexie: Offen chirurgisch abdominal	Q4	31274/ 36274	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-559.22	↔	Andere Operationen an der Niere: Nephropexie: Thorakoabdominal	Q5	31275/ 36275	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-559.23	↔	Andere Operationen an der Niere: Nephropexie: Laparoskopisch oder retroperitoneoskopisch	R4	31284/ 36284	31505/ 36505	31686	31687	31824/ 36824	
5-560.0	↔	Transurethrale und perkutan-transrenale Erweiterung des Ureters: Inzision, ureterorenoskopisch	RR3	31293/ 36293	31505/ 36505	31684	31685	31823/ 36823	
5-560.1	↔	Transurethrale und perkutan-transrenale Erweiterung des Ureters: Ballondilatation, transurethral	RR3	31293/ 36293	31505/ 36505	31684	31685	31823/ 36823	
5-560.2	↔	Transurethrale und perkutan-transrenale Erweiterung des Ureters: Bougierung, transurethral	RR3	31293/ 36293	31505/ 36505	31684	31685	31823/ 36823	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-560.3x	↔	Transurethrale und perkutan-transrenale Erweiterung des Ureters: Einlegen eines Stents, transurethral: Einlegen eines permanenten sonstigen Stents	RR3	31293/ 36293	31505/ 36505	31684	31685	31823/ 36823	
5-560.30	↔	Transurethrale und perkutan-transrenale Erweiterung des Ureters: Einlegen eines Stents, transurethral: Einlegen eines permanenten Metallstents	RR3	31293/ 36293	31505/ 36505	31684	31685	31823/ 36823	
5-560.4	↔	Transurethrale und perkutan-transrenale Erweiterung des Ureters: Inzision, perkutan-transrenal	RR4	31294/ 36294	31505/ 36505	31686	31687	31824/ 36824	
5-560.5	↔	Transurethrale und perkutan-transrenale Erweiterung des Ureters: Ballondilatation, perkutan-transrenal	RR4	31294/ 36294	31505/ 36505	31686	31687	31824/ 36824	
5-560.6	↔	Transurethrale und perkutan-transrenale Erweiterung des Ureters: Bougierung, perkutan-transrenal	RR4	31294/ 36294	31505/ 36505	31686	31687	31824/ 36824	
5-560.7x	↔	Transurethrale und perkutan-transrenale Erweiterung des Ureters: Einlegen eines Stents, perkutan-transrenal: Einlegen eines permanenten sonstigen Stents	RR4	31294/ 36294	31505/ 36505	31686	31687	31824/ 36824	
5-560.70	↔	Transurethrale und perkutan-transrenale Erweiterung des Ureters: Einlegen eines Stents, perkutan-transrenal: Einlegen eines permanenten Metallstents	RR4	31294/ 36294	31505/ 36505	31686	31687	31824/ 36824	
5-560.8	↔	Transurethrale und perkutan-transrenale Erweiterung des Ureters: Entfernung eines Stents, transurethral	R3	31283/ 36283	31505/ 36505	31684	31685	31823/ 36823	
5-561.3	↔	Inzision, Resektion und (andere) Erweiterung des Ureterostiums: Resektion, offen chirurgisch	Q4	31274/ 36274	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-561.5	↔	Inzision, Resektion und (andere) Erweiterung des Ureterostiums: Resektion, transurethral	R2	31282/ 36282	31503/ 36503	31684	31685	31822/ 36822	
5-562.0	↔	Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung: Ureterotomie, offen chirurgisch	Q4	31274/ 36274	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-562.1	↔	Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung: Ureterotomie, laparoskopisch oder retroperitoneoskopisch	R4	31284/ 36284	31505/ 36505	31686	31687	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-562.2	↔	Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung: Schlingenextraktion	RR2	31292/ 36292	31503/ 36503	31684	31685	31822/ 36822	
5-562.3	↔	Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung: Einlegen einer Verweilschlinge	RR2	31292/ 36292	31503/ 36503	31684	31685	31822/ 36822	
5-562.4	↔	Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung: Entfernung eines Steines, ureterorenoskopisch	RR4	31294/ 36294	31505/ 36505	31686	31687	31824/ 36824	
5-562.5	↔	Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung: Entfernung eines Steines, ureterorenoskopisch, mit Desintegration (Lithotripsie)	RR4	31294/ 36294	31505/ 36505	31686	31687	31824/ 36824	
5-562.6	↔	Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung: Entfernung eines Steines, perkutan-transrenal	RR4	31294/ 36294	31505/ 36505	31686	31687	31824/ 36824	
5-562.7	↔	Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung: Entfernung eines Steines, perkutan-transrenal, mit Desintegration (Lithotripsie)	RR5	31295/ 36295	31506/ 36506	31686	31687	31825/ 36825	
5-562.8	↔	Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung: Extraktion mit Dormia-Körbchen	RR2	31292/ 36292	31503/ 36503	31684	31685	31822/ 36822	
5-562.9	↔	Ureterotomie, perkutan-transrenale und transurethrale Steinbehandlung: Steinreposition	RR2	31292/ 36292	31503/ 36503	31684	31685	31822/ 36822	
5-563.00	↔	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Ureters, Ureterresektion und Ureterektomie: Ureterresektion, partiell: Offen chirurgisch lumbal	Q5	31275/ 36275	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-563.01	↔	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Ureters, Ureterresektion und Ureterektomie: Ureterresektion, partiell: Offen chirurgisch abdominal	Q5	31275/ 36275	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-563.02	↔	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Ureters, Ureterresektion und Ureterektomie: Ureterresektion, partiell: Laparoskopisch	R6	31286/ 36286	31507/ 36507	31688	31689	31826/ 36826	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-563.10	↔	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Ureters, Ureterresektion und Ureterektomie: Ureterektomie: Offen chirurgisch lumbal	Q5	31275/ 36275	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-563.11	↔	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Ureters, Ureterresektion und Ureterektomie: Ureterektomie: Offen chirurgisch abdominal	Q5	31275/ 36275	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-563.12	↔	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Ureters, Ureterresektion und Ureterektomie: Ureterektomie: Laparoskopisch	R6	31286/ 36286	31507/ 36507	31688	31689	31826/ 36826	
5-563.20	↔	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Ureters, Ureterresektion und Ureterektomie: Resektion eines Ureterstumpfes: Offen chirurgisch lumbal	Q4	31274/ 36274	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-563.21	↔	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Ureters, Ureterresektion und Ureterektomie: Resektion eines Ureterstumpfes: Offen chirurgisch abdominal	Q5	31275/ 36275	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-563.22	↔	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Ureters, Ureterresektion und Ureterektomie: Resektion eines Ureterstumpfes: Laparoskopisch	R5	31285/ 36285	31506/ 36506	31686	31687	31825/ 36825	
5-563.3	↔	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Ureters, Ureterresektion und Ureterektomie: Exzision von erkranktem Gewebe des Ureters, ureterorenoskopisch	RR4	31294/ 36294	31505/ 36505	31686	31687	31824/ 36824	
5-563.4	↔	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Ureters, Ureterresektion und Ureterektomie: Destruktion von erkranktem Gewebe des Ureters, ureterorenoskopisch	RR4	31294/ 36294	31505/ 36505	31686	31687	31824/ 36824	
5-565.00	↔	Kutane Harnableitung mit Darminterponat [Conduit] (nicht kontinentes Stoma): Ureteroileokutaneostomie [Ileum-Conduit]: Offen chirurgisch	Q7	31277/ 36277	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-565.10	↔	Kutane Harnableitung mit Darminterponat [Conduit] (nicht kontinentes Stoma): Ureterokolokutaneostomie [Kolon-/Sigma-Conduit]: Offen chirurgisch	Q7	31277/ 36277	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-566.b0	↔	Kutane Harnableitung mit Darmreservoir (kontinentes Stoma): Kontinente Harnableitung über ein Appendikostoma: Offen chirurgisch	Q7	31277/ 36277	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-566.c0	↔	Kutane Harnableitung mit Darmreservoir (kontinentes Stoma): Kontinente Harnableitung über ein tubuliertes Dünndarmsegment: Offen chirurgisch	Q7	31277/ 36277	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-566.00		Kutane Harnableitung mit Darmreservoir (kontinentes Stoma): Anlegen eines Ileumreservoirs: Offen chirurgisch	Q7	31277/ 36277	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-566.10		Kutane Harnableitung mit Darmreservoir (kontinentes Stoma): Anlegen eines Ileozäkalreservoirs: Offen chirurgisch	Q7	31277/ 36277	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-566.20		Kutane Harnableitung mit Darmreservoir (kontinentes Stoma): Anlegen eines Kolonreservoirs: Offen chirurgisch	Q7	31277/ 36277	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-568.d0	↔	Rekonstruktion des Ureters: Ureterozystoneostomie: Offen chirurgisch	Q7	36277	36507			36827	
5-568.g0	↔	Rekonstruktion des Ureters: Ureterersatz, partiell oder total, mit Verwendung von Darmsegmenten: Offen chirurgisch	Q7	31277/ 36277	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-568.00	↔	Rekonstruktion des Ureters: Naht (nach Verletzung): Offen chirurgisch	Q4	31274/ 36274	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-568.01	↔	Rekonstruktion des Ureters: Naht (nach Verletzung): Laparoskopisch	R6	31286/ 36286	31507/ 36507	31688	31689	31826/ 36826	
5-568.10	↔	Rekonstruktion des Ureters: Reanastomose: Offen chirurgisch	Q4	31274/ 36274	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-568.11	↔	Rekonstruktion des Ureters: Reanastomose: Laparoskopisch	R7	31287/ 36287	31507/ 36507	31688	31689	31827/ 36827	
5-568.20	↔	Rekonstruktion des Ureters: Verschluss einer ureterokutanen Fistel: Offen chirurgisch	Q4	31274/ 36274	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-568.90	↔	Rekonstruktion des Ureters: Isolierte Antirefluxplastik (z.B. nach Lich-Gregoir): Offen chirurgisch	Q5	31275/ 36275	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-568.91	↔	Rekonstruktion des Ureters: Isolierte Antirefluxplastik (z.B. nach Lich-Gregoir): Laparoskopisch	R5	31285/ 36285	31506/ 36506	31686	31687	31825/ 36825	
5-569.00	↔	Andere Operationen am Ureter: Freilegung des Ureters (zur Exploration): Offen chirurgisch	Q4	31274/ 36274	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-569.01	↔	Andere Operationen am Ureter: Freilegung des Ureters (zur Exploration): Laparoskopisch	R6	31286/ 36286	31507/ 36507	31688	31689	31826/ 36826	
5-569.10	↔	Andere Operationen am Ureter: Ligatur des Ureters: Offen chirurgisch	Q3	31273/ 36273	31505/ 36505	31608	31609	31823/ 36823	
5-569.11	↔	Andere Operationen am Ureter: Ligatur des Ureters: Laparoskopisch	R6	31286/ 36286	31507/ 36507	31688	31689	31826/ 36826	
5-569.20	↔	Andere Operationen am Ureter: Verschluss des Ureters: Offen chirurgisch	Q3	31273/ 36273	31505/ 36505	31608	31609	31823/ 36823	
5-569.21	↔	Andere Operationen am Ureter: Verschluss des Ureters: Laparoskopisch	R6	31286/ 36286	31507/ 36507	31688	31689	31826/ 36826	
5-569.30	↔	Andere Operationen am Ureter: Ureterolyse (ohne intraperitoneale Verlagerung): Offen chirurgisch	Q5	31275/ 36275	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-569.31	↔	Andere Operationen am Ureter: Ureterolyse (ohne intraperitoneale Verlagerung): Laparoskopisch	R6	31286/ 36286	31507/ 36507	31688	31689	31826/ 36826	
5-569.40	↔	Andere Operationen am Ureter: Ureterolyse mit intraperitonealer Verlagerung: Offen chirurgisch	Q7	31277/ 36277	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-569.41	↔	Andere Operationen am Ureter: Ureterolyse mit intraperitonealer Verlagerung: Laparoskopisch	R7	31287/ 36287	31507/ 36507	31688	31689	31827/ 36827	
5-569.50	↔	Andere Operationen am Ureter: Ureterolyse mit Umscheidung mit Omentum: Offen chirurgisch	Q7	31277/ 36277	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-569.51	↔	Andere Operationen am Ureter: Ureterolyse mit Umscheidung mit Omentum: Laparoskopisch	R7	31287/ 36287	31507/ 36507	31688	31689	31827/ 36827	
5-569.62	↔	Andere Operationen am Ureter: Injektion bei Ostiuminsuffizienz: Transurethral	R2	31282/ 36282	31503/ 36503	31684	31685	31822/ 36822	
5-570.0		Endoskopische Entfernung von Steinen, Fremdkörpern und Tamponaden der Harnblase: Entfernung eines Steines, transurethral, mit Desintegration (Lithotripsie)	R4	31284/ 36284	31505/ 36505	31686	31687	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-570.1		Endoskopische Entfernung von Steinen, Fremdkörpern und Tamponaden der Harnblase: Entfernung eines Steines, perkutan-transvesikal	R3	31283/ 36283	31505/ 36505	31684	31685	31823/ 36823	
5-570.2		Endoskopische Entfernung von Steinen, Fremdkörpern und Tamponaden der Harnblase: Entfernung eines Steines, perkutan-transvesikal, mit Desintegration (Lithotripsie)	R4	31284/ 36284	31505/ 36505	31686	31687	31824/ 36824	
5-570.3		Endoskopische Entfernung von Steinen, Fremdkörpern und Tamponaden der Harnblase: Entfernung eines Fremdkörpers, perkutan-transvesikal	R3	31283/ 36283	31505/ 36505	31684	31685	31823/ 36823	
5-571.0		Zystotomie [Sectio alta]: Ohne weitere Maßnahmen	Q3	31273/ 36273	31505/ 36505	31608	31609	31823/ 36823	
5-571.1		Zystotomie [Sectio alta]: Entfernung eines Steines	Q3	31273/ 36273	31505/ 36505	31608	31609	31823/ 36823	
5-571.2		Zystotomie [Sectio alta]: Entfernung eines Fremdkörpers	Q3	31273/ 36273	31505/ 36505	31608	31609	31823/ 36823	
5-571.3		Zystotomie [Sectio alta]: Operative Ausräumung einer Harnblasentamponade	Q3	31273/ 36273	31505/ 36505	31608	31609	31823/ 36823	
5-572.0		Zystostomie: Offen chirurgisch	Q3	31273/ 36273	31505/ 36505	31608	31609	31823/ 36823	
5-572.2		Zystostomie: Vesikokutaneostomie mit nicht kontinentem Stoma	Q4	31274/ 36274	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-573.1		Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase: Inzision des Harnblasenhalses	R2	31282/ 36282	31503/ 36503	31684	31685	31822/ 36822	
5-573.20		Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase: Exzision: Nicht fluoreszenzgestützt	R3	31283/ 36283	31505/ 36505	31684	31685	31823/ 36823	
5-573.21		Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase: Exzision: Fluoreszenzgestützt mit Hexaminolävulinsäure	R3	31283/ 36283	31505/ 36505	31684	31685	31823/ 36823	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-573.32		Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase: Destruktion: Durch Elektrokoagulation	R3	31283/ 36283	31505/ 36505	31684	31685	31823/ 36823	
5-573.40		Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase: Resektion: Nicht fluoreszenzgestützt	R3	31283/ 36283	31505/ 36505	31684	31685	31823/ 36823	
5-573.41		Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase: Resektion: Fluoreszenzgestützt mit Hexaminolävulinsäure	R3	31283/ 36283	31505/ 36505	31684	31685	31823/ 36823	
5-575.00		Partielle Harnblasenresektion: Teilresektion ohne Ureterneoimplantation: Offen chirurgisch	Q4	36274	36505			36824	
5-575.01		Partielle Harnblasenresektion: Teilresektion ohne Ureterneoimplantation: Laparoskopisch	R4	36284	36505			36824	
5-575.02		Partielle Harnblasenresektion: Teilresektion ohne Ureterneoimplantation: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch	Q4	36274	36505			36824	
5-576.00		Zystektomie: Einfach, beim Mann: Offen chirurgisch	Q7	31277/ 36277	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-576.01		Zystektomie: Einfach, beim Mann: Laparoskopisch	R7	31287/ 36287	31507/ 36507	31688	31689	31827/ 36827	
5-576.02		Zystektomie: Einfach, beim Mann: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch	Q7	31277/ 36277	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-576.10		Zystektomie: Einfach, bei der Frau: Offen chirurgisch	Q7	31277/ 36277	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-576.11		Zystektomie: Einfach, bei der Frau: Laparoskopisch	R7	31287/ 36287	31507/ 36507	31688	31689	31827/ 36827	
5-576.12		Zystektomie: Einfach, bei der Frau: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch	Q7	31277/ 36277	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-577.00		Ersatz der Harnblase: Rekonstruktion mit Ileum: Offen chirurgisch	Q7	31277/ 36277	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-577.01		Ersatz der Harnblase: Rekonstruktion mit Ileum: Laparoskopisch	R7	31287/ 36287	31507/ 36507	31688	31689	31827/ 36827	
5-577.02		Ersatz der Harnblase: Rekonstruktion mit Ileum: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch	Q7	31277/ 36277	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-578.10		Andere plastische Rekonstruktion der Harnblase: Verschluss einer Zystostomie: Offen chirurgisch	Q3	31273/ 36273	31505/ 36505	31608	31609	31823/ 36823	
5-579.04		Andere Operationen an der Harnblase: Entfernung eines Steines aus einer Ersatzharnblase: Über ein Stoma	R3	31283/ 36283	31505/ 36505	31684	31685	31823/ 36823	
5-579.14		Andere Operationen an der Harnblase: Entfernung eines Fremdkörpers aus einer Ersatzharnblase: Über ein Stoma	R2	31282/ 36282	31503/ 36503	31684	31685	31822/ 36822	
5-579.34		Andere Operationen an der Harnblase: Exzision von erkranktem Gewebe aus einer Ersatzharnblase: Über ein Stoma	R3	31283/ 36283	31505/ 36505	31684	31685	31823/ 36823	
5-579.40		Andere Operationen an der Harnblase: Operative Blutstillung: Offen chirurgisch	Q5	31275/ 36275	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-579.41		Andere Operationen an der Harnblase: Operative Blutstillung: Laparoskopisch	R5	31285/ 36285	31506/ 36506	31686	31687	31825/ 36825	
5-579.43		Andere Operationen an der Harnblase: Operative Blutstillung: Perkutan	R5	31285/ 36285	31506/ 36506	31686	31687	31825/ 36825	
5-579.44		Andere Operationen an der Harnblase: Operative Blutstillung: Über ein Stoma	R2	31282/ 36282	31503/ 36503	31684	31685	31822/ 36822	
5-579.45		Andere Operationen an der Harnblase: Operative Blutstillung: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch	Q5	31275/ 36275	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-580.0		Offen chirurgische Urethrotomie und Urethrostomie: Urethrotomie	Q3	31273/ 36273	31505/ 36505	31608	31609	31823/ 36823	
5-580.1		Offen chirurgische Urethrotomie und Urethrostomie: Urethrostomie	Q4	31274/ 36274	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-582.0		Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Urethra: Exzision, offen chirurgisch	Q4	31274/ 36274	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-582.1		Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Urethra: Resektion, transurethral	R2	31282/ 36282	31503/ 36503	31684	31685	31822/ 36822	
5-582.3		Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Urethra: Destruktion, transurethral	R2	31282/ 36282	31503/ 36503	31684	31685	31822/ 36822	
5-583.0		Urethrektomie als selbständiger Eingriff: Einfach, beim Mann	Q5	31275/ 36275	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-583.1		Urethrektomie als selbständiger Eingriff: Einfach, bei der Frau	Q5	31275/ 36275	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-583.2		Urethrektomie als selbständiger Eingriff: Radikal, beim Mann	Q6	31276/ 36276	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-583.3		Urethrektomie als selbständiger Eingriff: Radikal, bei der Frau	Q5	31275/ 36275	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-584.a		Rekonstruktion der Urethra: Plastische (Re-)Konstruktion bei weiblicher Hypospadie	Q7	31277/ 36277	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-584.0		Rekonstruktion der Urethra: Rekonstruktion der Pars prostatica oder der Pars membranacea (nach Verletzung)	Q7	31277/ 36277	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-584.1		Rekonstruktion der Urethra: Rekonstruktion des distalen Teils (nach Verletzung)	Q5	31275/ 36275	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-584.2		Rekonstruktion der Urethra: Verschluss einer Urethrostomie	Q4	31274/ 36274	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-584.3		Rekonstruktion der Urethra: Verschluss einer urethrokutanen Fistel	Q4	31274/ 36274	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-584.4		Rekonstruktion der Urethra: Verschluss einer urethrorektalen Fistel	Q7	31277/ 36277	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-584.5		Rekonstruktion der Urethra: (Re-)Anastomose nach Verletzung	Q4	31274/ 36274	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-584.6		Rekonstruktion der Urethra: (Re-)Anastomose mit Strikturresektion	Q5	31275/ 36275	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-584.70		Rekonstruktion der Urethra: Plastische Rekonstruktion, einzeitig: Mit Präputialhaut	Q7	31277/ 36277	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-584.71		Rekonstruktion der Urethra: Plastische Rekonstruktion, einzeitig: Mit Penishaut	Q7	31277/ 36277	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-584.72		Rekonstruktion der Urethra: Plastische Rekonstruktion, einzeitig: Transplantation von Mundschleimhaut	Q7	31277/ 36277	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-584.73		Rekonstruktion der Urethra: Plastische Rekonstruktion, einzeitig: Transplantation von Harnblasenschleimhaut	Q7	31277/ 36277	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-584.80		Rekonstruktion der Urethra: Plastische Rekonstruktion, zweizeitig, erste Sitzung: Mit Präputialhaut	Q7	31277/ 36277	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-584.81		Rekonstruktion der Urethra: Plastische Rekonstruktion, zweizeitig, erste Sitzung: Mit Penishaut	Q7	31277/ 36277	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-584.82		Rekonstruktion der Urethra: Plastische Rekonstruktion, zweizeitig, erste Sitzung: Transplantation von Mundschleimhaut	Q7	31277/ 36277	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-584.83		Rekonstruktion der Urethra: Plastische Rekonstruktion, zweizeitig, erste Sitzung: Transplantation von Harnblasenschleimhaut	Q7	31277/ 36277	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-584.9		Rekonstruktion der Urethra: Plastische (Re-)Konstruktion bei weiblicher Epispadie	Q7	31277/ 36277	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-585.1		Transurethrale Inzision von (erkranktem) Gewebe der Urethra: Urethrotomia interna, unter Sicht	R1	31281/ 36281	31502/ 36502	31682	31683	31821/ 36821	
5-585.2		Transurethrale Inzision von (erkranktem) Gewebe der Urethra: Urethrotomia interna, mit Laser	R1	31281/ 36281	31502/ 36502	31682	31683	31821/ 36821	
5-585.3		Transurethrale Inzision von (erkranktem) Gewebe der Urethra: Inzision des Sphincter urethrae externus	R1	31281/ 36281	31502/ 36502	31682	31683	31821/ 36821	
5-589.0		Andere Operationen an Urethra und periurethralem Gewebe: Einlegen eines Stents	R2	31282/ 36282	31503/ 36503	31684	31685	31822/ 36822	
5-589.1		Andere Operationen an Urethra und periurethralem Gewebe: Entfernung eines Stents	R2	31282/ 36282	31503/ 36503	31684	31685	31822/ 36822	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-590.00		Inzision und Exzision von retroperitonealem Gewebe: Inzision, perirenal: Offen chirurgisch lumbal	Q4	31274/ 36274	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-590.01		Inzision und Exzision von retroperitonealem Gewebe: Inzision, perirenal: Offen chirurgisch abdominal	Q4	31274/ 36274	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-590.02		Inzision und Exzision von retroperitonealem Gewebe: Inzision, perirenal: Thorakoabdominal	Q5	31275/ 36275	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-590.03		Inzision und Exzision von retroperitonealem Gewebe: Inzision, perirenal: Laparoskopisch	R3	31283/ 36283	31505/ 36505	31684	31685	31823/ 36823	
5-590.05		Inzision und Exzision von retroperitonealem Gewebe: Inzision, perirenal: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch	Q4	31274/ 36274	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-590.10		Inzision und Exzision von retroperitonealem Gewebe: Drainage, perirenal: Offen chirurgisch lumbal	Q4	31274/ 36274	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-590.11		Inzision und Exzision von retroperitonealem Gewebe: Drainage, perirenal: Offen chirurgisch abdominal	Q4	31274/ 36274	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-590.12		Inzision und Exzision von retroperitonealem Gewebe: Drainage, perirenal: Thorakoabdominal	Q5	31275/ 36275	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-590.20		Inzision und Exzision von retroperitonealem Gewebe: Drainage, retroperitoneal: Offen chirurgisch lumbal	Q4	31274/ 36274	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-590.21		Inzision und Exzision von retroperitonealem Gewebe: Drainage, retroperitoneal: Offen chirurgisch abdominal	Q4	31274/ 36274	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-590.22		Inzision und Exzision von retroperitonealem Gewebe: Drainage, retroperitoneal: Thorakoabdominal	Q5	31275/ 36275	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-590.23		Inzision und Exzision von retroperitonealem Gewebe: Drainage, retroperitoneal: Laparoskopisch	R6	31286/ 36286	31507/ 36507	31688	31689	31826/ 36826	
5-590.25		Inzision und Exzision von retroperitonealem Gewebe: Drainage, retroperitoneal: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch	Q4	31274/ 36274	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-590.31		Inzision und Exzision von retroperitonealem Gewebe: Drainage, pelvin: Offen chirurgisch abdominal	Q4	31274/ 36274	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-590.40		Inzision und Exzision von retroperitonealem Gewebe: Exzision von perirenalem Gewebe: Offen chirurgisch lumbal	Q4	31274/ 36274	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-590.41		Inzision und Exzision von retroperitonealem Gewebe: Exzision von perirenalem Gewebe: Offen chirurgisch abdominal	Q4	31274/ 36274	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-590.42		Inzision und Exzision von retroperitonealem Gewebe: Exzision von perirenalem Gewebe: Thorakoabdominal	Q5	31275/ 36275	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-590.43		Inzision und Exzision von retroperitonealem Gewebe: Exzision von perirenalem Gewebe: Laparoskopisch	R7	31287/ 36287	31507/ 36507	31688	31689	31827/ 36827	
5-590.45		Inzision und Exzision von retroperitonealem Gewebe: Exzision von perirenalem Gewebe: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch	Q4	31274/ 36274	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-590.50		Inzision und Exzision von retroperitonealem Gewebe: Exzision von retroperitonealem Gewebe: Offen chirurgisch lumbal	Q4	31274/ 36274	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-590.51		Inzision und Exzision von retroperitonealem Gewebe: Exzision von retroperitonealem Gewebe: Offen chirurgisch abdominal	Q4	31274/ 36274	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-590.52		Inzision und Exzision von retroperitonealem Gewebe: Exzision von retroperitonealem Gewebe: Thorakoabdominal	Q5	31275/ 36275	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-591.1		Inzision und Exzision von perivesikalem Gewebe: Exzision	Q3	31273/ 36273	31505/ 36505	31608	31609	31823/ 36823	
5-592		Raffung des urethrovesikalen Überganges	Q4	31274/ 36274	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-593.00		Transvaginale Suspensionsoperation [Zügeloperation]: Mit autogenem Material: Levatorplastik	Q6	31276/ 36276	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-593.01		Transvaginale Suspensionsoperation [Zügeloperation]: Mit autogenem Material: Pubokokzygeusplastik	Q6	31276/ 36276	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-593.02		Transvaginale Suspensionsoperation [Zügeloperation]: Mit autogenem Material: Faszienzügelplastik	Q6	31276/ 36276	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-593.10		Transvaginale Suspensionsoperation [Zügeloperation]: Mit allogenem Material: Dura	Q3	31273/ 36273	31505/ 36505	31608	31609	31823/ 36823	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-593.11		Transvaginale Suspensionsoperation [Zügeloperation]: Mit allogenem Material: Faszie	Q3	31273/ 36273	31505/ 36505	31608	31609	31823/ 36823	
5-593.20		Transvaginale Suspensionsoperation [Zügeloperation]: Mit alloplastischem Material: Spannungsfreies vaginales Band (TVT) oder transobturatorisches Band (TOT, TVT-O)	Q2	31272/ 36272	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-594.0		Suprapubische (urethrovesikale) Zügeloperation [Schlingenoperation]: Mit Faszie	Q4	31274/ 36274	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-594.1		Suprapubische (urethrovesikale) Zügeloperation [Schlingenoperation]: Mit Muskulatur	Q5	31275/ 36275	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-594.2		Suprapubische (urethrovesikale) Zügeloperation [Schlingenoperation]: Mit Dura	Q4	31274/ 36274	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-594.30		Suprapubische (urethrovesikale) Zügeloperation [Schlingenoperation]: Mit alloplastischem Material: Nicht adjustierbar	Q4	31274/ 36274	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-594.31		Suprapubische (urethrovesikale) Zügeloperation [Schlingenoperation]: Mit alloplastischem Material: Adjustierbar	Q4	31274/ 36274	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-595.0		Abdominale retropubische und paraurethrale Suspensionsoperation: Urethropubopexie (z.B. nach Marshall-Marchetti-Krantz)	Q6	31276/ 36276	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-595.10		Abdominale retropubische und paraurethrale Suspensionsoperation: Urethrokolposuspension (z.B. nach Burch): Offen chirurgisch (abdominal)	Q6	31276/ 36276	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-595.11		Abdominale retropubische und paraurethrale Suspensionsoperation: Urethrokolposuspension (z.B. nach Burch): Laparoskopisch	T6	31316/ 36316	31507/ 36507	31701	31702	31826/ 36826	
5-595.20		Abdominale retropubische und paraurethrale Suspensionsoperation: Urethrokolposuspension mit lateraler Fixation der Scheide: Offen chirurgisch (abdominal), ohne alloplastisches Material	Q6	31276/ 36276	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-595.21		Abdominale retropubische und paraurethrale Suspensionsoperation: Urethrokolposuspension mit lateraler Fixation der Scheide: Offen chirurgisch (abdominal), mit alloplastischem Material	Q6	31276/ 36276	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-595.22		Abdominale retropubische und paraurethrale Suspensionsoperation: Urethrokolposuspension mit lateraler Fixation der Scheide: Laparoskopisch, ohne alloplastisches Material	T6	31316/ 36316	31507/ 36507	31701	31702	31826/ 36826	
5-595.23		Abdominale retropubische und paraurethrale Suspensionsoperation: Urethrokolposuspension mit lateraler Fixation der Scheide: Laparoskopisch, mit alloplastischem Material	T6	31316/ 36316	31507/ 36507	31701	31702	31826/ 36826	
5-595.24		Abdominale retropubische und paraurethrale Suspensionsoperation: Urethrokolposuspension mit lateraler Fixation der Scheide: Vaginal, ohne alloplastisches Material	Q3	31273/ 36273	31505/ 36505	31608	31609	31823/ 36823	
5-595.25		Abdominale retropubische und paraurethrale Suspensionsoperation: Urethrokolposuspension mit lateraler Fixation der Scheide: Vaginal, mit alloplastischem Material	Q3	31273/ 36273	31505/ 36505	31608	31609	31823/ 36823	
5-595.3		Abdominale retropubische und paraurethrale Suspensionsoperation: Paraurethrale Nadelsuspension (z.B. nach Stamey-Pereyra, nach Raz)	Q4	31274/ 36274	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-596.0x		Andere Harninkontinenzoperationen: Paraurethrale Injektionsbehandlung: Mit sonstigen Substanzen	R2	31282/ 36282	31503/ 36503	31684	31685	31822/ 36822	
5-596.1		Andere Harninkontinenzoperationen: Konstruktion einer Neourethra, einzeitig	Q7	31277/ 36277	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-596.2		Andere Harninkontinenzoperationen: Konstruktion einer Neourethra, zweizeitig, erste Sitzung	Q7	31277/ 36277	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-596.3		Andere Harninkontinenzoperationen: Durchzug einer Neourethra, zweizeitig, zweite Sitzung	Q5	31275/ 36275	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-596.5		Andere Harninkontinenzoperationen: Interpositionsoperation	Q7	31277/ 36277	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-596.6		Andere Harninkontinenzoperationen: Urethro(zysto)lyse bei der Frau	Q7	31277/ 36277	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-598.0		Suspensionsoperation [Zügeloperation] bei Harninkontinenz des Mannes: Mit alloplastischem Material	Q4	31274/ 36274	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-599.00		Andere Operationen am Harntrakt: (Teil-)Resektion oder Durchtrennung eines alloplastischen Bandes oder Netzes als Revision nach Operationen wegen Harninkontinenz oder Prolaps: Vaginal	Q2	31272/ 36272	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-599.01		Andere Operationen am Harntrakt: (Teil-)Resektion oder Durchtrennung eines alloplastischen Bandes oder Netzes als Revision nach Operationen wegen Harninkontinenz oder Prolaps: Perineal	Q2	31272/ 36272	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-599.02		Andere Operationen am Harntrakt: (Teil-)Resektion oder Durchtrennung eines alloplastischen Bandes oder Netzes als Revision nach Operationen wegen Harninkontinenz oder Prolaps: Abdominal	Q3	31273/ 36273	31505/ 36505	31608	31609	31823/ 36823	
5-599.03		Andere Operationen am Harntrakt: (Teil-)Resektion oder Durchtrennung eines alloplastischen Bandes oder Netzes als Revision nach Operationen wegen Harninkontinenz oder Prolaps: Kombiniert abdominal und vaginal	Q4	31274/ 36274	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-599.04		Andere Operationen am Harntrakt: (Teil-)Resektion oder Durchtrennung eines alloplastischen Bandes oder Netzes als Revision nach Operationen wegen Harninkontinenz oder Prolaps: Kombiniert abdominal und perineal	Q4	31274/ 36274	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	

2.18 Operationen an den männlichen Genitalorganen

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-600.0		Inzision der Prostata: Transurethral	R2	31282/ 36282	31503/ 36503	31684	31685	31822/ 36822	
5-601.0		Transurethrale Exzision und Destruktion von Prostatagewebe: Elektroresektion	R3	31283/ 36283	31505/ 36505	31684	31685	31823/ 36823	
5-601.1		Transurethrale Exzision und Destruktion von Prostatagewebe: Elektroresektion mit Trokarzystostomie	R3	31283/ 36283	31505/ 36505	31684	31685	31823/ 36823	
5-601.42		Transurethrale Exzision und Destruktion von Prostatagewebe: Laserdestruktion: Laservaporisation	RW3	36289	36505			36823	
5-601.70		Transurethrale Exzision und Destruktion von Prostatagewebe: Exzision durch Laser: Holmium-Laser-Enukleation	RW3	36289	36505			36823	
5-601.71		Transurethrale Exzision und Destruktion von Prostatagewebe: Exzision durch Laser: Holmium-Laser-Resektion	RW3	36289	36505			36823	
5-601.72		Transurethrale Exzision und Destruktion von Prostatagewebe: Exzision durch Laser: Thulium-Laser-Enukleation	RW3	36289	36505			36823	
5-601.73		Transurethrale Exzision und Destruktion von Prostatagewebe: Exzision durch Laser: Thulium-Laser-Resektion	RW3	36289	36505			36823	
5-603.00		Exzision und Destruktion von Prostatagewebe: Suprapubisch-transvesikal: Offen chirurgisch	Q5	31275/ 36275	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-603.01		Exzision und Destruktion von Prostatagewebe: Suprapubisch-transvesikal: Endoskopisch extraperitoneal	R5	31285/ 36285	31506/ 36506	31686	31687	31825/ 36825	
5-603.10		Exzision und Destruktion von Prostatagewebe: Retropubisch: Offen chirurgisch	Q5	31275/ 36275	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-603.11		Exzision und Destruktion von Prostatagewebe: Retropubisch: Laparoskopisch	R5	31285/ 36285	31506/ 36506	31686	31687	31825/ 36825	
5-603.12		Exzision und Destruktion von Prostatagewebe: Retropubisch: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch	Q5	31275/ 36275	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-603.2		Exzision und Destruktion von Prostatagewebe: Offen chirurgisch, perineal	Q5	31275/ 36275	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-604.01		Radikale Prostatovesikulektomie: Retropubisch: Ohne regionale Lymphadenektomie	Q6	31276/ 36276	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-604.02		Radikale Prostatovesikulektomie: Retropubisch: Mit regionaler Lymphadenektomie	Q7	31277/ 36277	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-604.11		Radikale Prostatovesikulektomie: Retropubisch, gefäß- und nervenerhaltend: Ohne regionale Lymphadenektomie	Q7	31277/ 36277	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-604.12		Radikale Prostatovesikulektomie: Retropubisch, gefäß- und nervenerhaltend: Mit regionaler Lymphadenektomie	Q7	31277/ 36277	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-604.21		Radikale Prostatovesikulektomie: Perineal: Ohne regionale Lymphadenektomie	Q7	31277/ 36277	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-604.22		Radikale Prostatovesikulektomie: Perineal: Mit laparoskopischer regionaler Lymphadenektomie	R7	31287/ 36287	31507/ 36507	31688	31689	31827/ 36827	
5-604.31		Radikale Prostatovesikulektomie: Perineal, gefäß- und nervenerhaltend: Ohne regionale Lymphadenektomie	Q7	31277/ 36277	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-604.32		Radikale Prostatovesikulektomie: Perineal, gefäß- und nervenerhaltend: Mit laparoskopischer regionaler Lymphadenektomie	R7	31287/ 36287	31507/ 36507	31688	31689	31827/ 36827	
5-604.41		Radikale Prostatovesikulektomie: Laparoskopisch: Ohne regionale Lymphadenektomie	R7	31287/ 36287	31507/ 36507	31688	31689	31827/ 36827	
5-604.42		Radikale Prostatovesikulektomie: Laparoskopisch: Mit regionaler Lymphadenektomie	R7	31287/ 36287	31507/ 36507	31688	31689	31827/ 36827	
5-604.51		Radikale Prostatovesikulektomie: Laparoskopisch, gefäß- und nervenerhaltend: Ohne regionale Lymphadenektomie	Q7	31277/ 36277	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-604.52		Radikale Prostatovesikulektomie: Laparoskopisch, gefäß- und nervenerhaltend: Mit regionaler Lymphadenektomie	Q7	31277/ 36277	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-606.2	↔	Operationen an den Vesiculae seminales: Exstirpation	Q6	31276/ 36276	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-607.1		Inzision und Exzision von periprostatischem Gewebe: Inzision und Drainage	Q2	31272/ 36272	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-607.2		Inzision und Exzision von periprostatischem Gewebe: Exzision	Q2	31272/ 36272	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-609.0		Andere Operationen an der Prostata: Behandlung einer Prostatablutung, transurethral	R2	31282/ 36282	31503/ 36503	31684	31685	31822/ 36822	
5-609.1		Andere Operationen an der Prostata: Behandlung einer Prostatablutung, offen chirurgisch	Q4	31274/ 36274	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-609.4		Andere Operationen an der Prostata: Einlegen eines Stents in die prostatische Harnröhre	R2	31282/ 36282	31503/ 36503	31684	31685	31822/ 36822	
5-609.5		Andere Operationen an der Prostata: Wechsel eines Stents in der prostatischen Harnröhre	R3	31283/ 36283	31505/ 36505	31684	31685	31823/ 36823	
5-609.6		Andere Operationen an der Prostata: Entfernung eines Stents aus der prostatischen Harnröhre	R2	31282/ 36282	31503/ 36503	31684	31685	31822/ 36822	
5-610.0		Inzision an Skrotum und Tunica vaginalis testis: Ohne weitere Maßnahmen	Q1	31271/ 36271	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-610.1		Inzision an Skrotum und Tunica vaginalis testis: Drainage	Q2	31272/ 36272	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-611	↔	Operation einer Hydrocele testis	Q2	31272/ 36272	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-612.0		Exzision und Destruktion von erkranktem Skrotumgewebe: Exzision einer Fistel	Q2	31272/ 36272	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-612.1		Exzision und Destruktion von erkranktem Skrotumgewebe: Partielle Resektion	Q2	31272/ 36272	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-612.2		Exzision und Destruktion von erkranktem Skrotumgewebe: Totale Resektion	Q4	31274/ 36274	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-612.3		Exzision und Destruktion von erkranktem Skrotumgewebe: Radikale Resektion	Q4	31274/ 36274	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-613.0		Plastische Rekonstruktion von Skrotum und Tunica vaginalis testis: Naht (nach Verletzung)	Q1	31271/ 36271	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-620	↔	Inzision des Hodens	Q2	31272/ 36272	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-621	↔	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Hodens	Q2	31272/ 36272	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-622.0	L	Orchidektomie: Skrotal, ohne Epididymektomie	Q3	31273/ 36273	31505/ 36505	31608	31609	31823/ 36823	
5-622.0	P	Orchidektomie: Skrotal, ohne Epididymektomie	Q4	31274/ 36274	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-622.0	R	Orchidektomie: Skrotal, ohne Epididymektomie	Q3	31273/ 36273	31505/ 36505	31608	31609	31823/ 36823	
5-622.1	L	Orchidektomie: Skrotal, mit Epididymektomie	Q2	31272/ 36272	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-622.1	P	Orchidektomie: Skrotal, mit Epididymektomie	Q3	31273/ 36273	31505/ 36505	31608	31609	31823/ 36823	
5-622.1	R	Orchidektomie: Skrotal, mit Epididymektomie	Q2	31272/ 36272	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-622.2	L	Orchidektomie: Inguinalhoden, ohne Epididymektomie	Q3	31273/ 36273	31505/ 36505	31608	31609	31823/ 36823	
5-622.2	P	Orchidektomie: Inguinalhoden, ohne Epididymektomie	Q5	31275/ 36275	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-622.2	R	Orchidektomie: Inguinalhoden, ohne Epididymektomie	Q3	31273/ 36273	31505/ 36505	31608	31609	31823/ 36823	
5-622.3	L	Orchidektomie: Abdominalhoden, offen chirurgisch	Q4	31274/ 36274	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-622.3	R	Orchidektomie: Abdominalhoden, offen chirurgisch	Q4	31274/ 36274	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-622.4	L	Orchidektomie: Abdominalhoden, laparoskopisch	R6	31286/ 36286	31507/ 36507	31688	31689	31826/ 36826	
5-622.4	R	Orchidektomie: Abdominalhoden, laparoskopisch	R6	31286/ 36286	31507/ 36507	31688	31689	31826/ 36826	
5-622.5	L	Orchidektomie: Radikale (inguinale) Orchidektomie (mit Epididymektomie und Resektion des Samenstranges)	Q3	31273/ 36273	31505/ 36505	31608	31609	31823/ 36823	
5-622.5	R	Orchidektomie: Radikale (inguinale) Orchidektomie (mit Epididymektomie und Resektion des Samenstranges)	Q3	31273/ 36273	31505/ 36505	31608	31609	31823/ 36823	
5-622.6	L	Orchidektomie: Inguinalhoden, mit Epididymektomie	Q2	31272/ 36272	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-622.6	P	Orchidektomie: Inguinalhoden, mit Epididymektomie	Q4	31274/ 36274	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-622.6	R	Orchidektomie: Inguinalhoden, mit Epididymektomie	Q2	31272/ 36272	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-622.7	L	Orchidektomie: Inguinalhoden, Entfernung eines Resthodens	Q2	31272/ 36272	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-622.7	P	Orchidektomie: Inguinalhoden, Entfernung eines Resthodens	Q4	31274/ 36274	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-622.7	R	Orchidektomie: Inguinalhoden, Entfernung eines Resthodens	Q2	31272/ 36272	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-622.8	L	Orchidektomie: Skrotalhoden, Entfernung eines Resthodens	Q1	31271/ 36271	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-622.8	P	Orchidektomie: Skrotalhoden, Entfernung eines Resthodens	Q3	31273/ 36273	31505/ 36505	31608	31609	31823/ 36823	
5-622.8	R	Orchidektomie: Skrotalhoden, Entfernung eines Resthodens	Q1	31271/ 36271	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-624.4	L	Orchidopexie: Mit Funikulolyse	Q4	31274/ 36274	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	31456

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-624.4	P	Orchidopexie: Mit Funikulolyse	Q5	31275/ 36275	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	31456
5-624.4	R	Orchidopexie: Mit Funikulolyse	Q4	31274/ 36274	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	31456
5-624.5	L	Orchidopexie: Skrotal	Q1	31271/ 36271	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	31453
5-624.5	P	Orchidopexie: Skrotal	Q2	31272/ 36272	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	31453
5-624.5	R	Orchidopexie: Skrotal	Q1	31271/ 36271	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	31453
5-625.4	↔	Exploration bei Kryptorchismus: Inguinal	Q3	31273/ 36273	31505/ 36505	31608	31609	31823/ 36823	
5-625.5	L	Exploration bei Kryptorchismus: Abdominal, offen chirurgisch	Q4	31274/ 36274	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-625.5	P	Exploration bei Kryptorchismus: Abdominal, offen chirurgisch	Q5	31275/ 36275	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-625.5	R	Exploration bei Kryptorchismus: Abdominal, offen chirurgisch	Q4	31274/ 36274	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-625.6	L	Exploration bei Kryptorchismus: Abdominal, laparoskopisch	R5	31285/ 36285	31506/ 36506	31686	31687	31825/ 36825	
5-625.6	P	Exploration bei Kryptorchismus: Abdominal, laparoskopisch	R5	31285/ 36285	31506/ 36506	31686	31687	31825/ 36825	
5-625.6	R	Exploration bei Kryptorchismus: Abdominal, laparoskopisch	R5	31285/ 36285	31506/ 36506	31686	31687	31825/ 36825	
5-626.0	↔	Operative Verlagerung eines Abdominalhodens: Ohne mikrovaskuläre Anastomose, offen chirurgisch	Q5	31275/ 36275	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-626.1	↔	Operative Verlagerung eines Abdominalhodens: Mit mikrovaskulärer Anastomose, offen chirurgisch	Q7	31277/ 36277	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-626.2	↔	Operative Verlagerung eines Abdominalhodens: Ohne mikrovaskuläre Anastomose, laparoskopisch	R6	31286/ 36286	31507/ 36507	31688	31689	31826/ 36826	
5-626.3	↔	Operative Verlagerung eines Abdominalhodens: Mit mikrovaskulärer Anastomose, laparoskopisch	R7	31287/ 36287	31507/ 36507	31688	31689	31827/ 36827	
5-627.2	L	Rekonstruktion des Hodens: Naht (nach Verletzung)	Q2	31272/ 36272	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-627.2	P	Rekonstruktion des Hodens: Naht (nach Verletzung)	Q3	31273/ 36273	31505/ 36505	31608	31609	31823/ 36823	
5-627.2	R	Rekonstruktion des Hodens: Naht (nach Verletzung)	Q2	31272/ 36272	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-629.0	↔	Andere Operationen am Hoden: Entnahme von Hodengewebe zur Aufbereitung für die künstliche Insemination	Q2	31272/ 36272	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-630.0	↔	Operative Behandlung einer Varikozele und einer Hydrocele funiculi spermatici: Sklerosierung der V. spermatica, skrotal	Q2	31272/ 36272	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-630.1	↔	Operative Behandlung einer Varikozele und einer Hydrocele funiculi spermatici: Resektion der V. spermatica (und A. spermatica) [Varikozelenoperation], inguinal	Q3	31273/ 36273	31505/ 36505	31608	31609	31823/ 36823	
5-630.2	↔	Operative Behandlung einer Varikozele und einer Hydrocele funiculi spermatici: Resektion der V. spermatica (und A. spermatica) [Varikozelenoperation], lumbal	Q3	31273/ 36273	31505/ 36505	31608	31609	31823/ 36823	
5-630.3	↔	Operative Behandlung einer Varikozele und einer Hydrocele funiculi spermatici: Resektion der V. spermatica (und A. spermatica) [Varikozelenoperation], abdominal, offen chirurgisch	Q3	31273/ 36273	31505/ 36505	31608	31609	31823/ 36823	
5-630.4	↔	Operative Behandlung einer Varikozele und einer Hydrocele funiculi spermatici: Resektion der V. spermatica (und A. spermatica) [Varikozelenoperation], abdominal, laparoskopisch	R4	31284/ 36284	31505/ 36505	31686	31687	31824/ 36824	
5-630.5	↔	Operative Behandlung einer Varikozele und einer Hydrocele funiculi spermatici: Operation einer Hydrocele funiculi spermatici	Q2	31272/ 36272	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-631.0	↔	Exzision im Bereich der Epididymis: Zyste	Q2	31272/ 36272	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	31453
5-631.1	↔	Exzision im Bereich der Epididymis: Spermatozele	Q2	31272/ 36272	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	31453
5-631.2	↔	Exzision im Bereich der Epididymis: Morgagni-Hydatide	Q2	31272/ 36272	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	31453
5-633.0	↔	Epididymektomie: Partiell	Q2	31272/ 36272	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-633.1	↔	Epididymektomie: Total	Q3	31273/ 36273	31505/ 36505	31608	31609	31823/ 36823	
5-634.0	↔	Rekonstruktion des Funiculus spermaticus: Naht (nach Verletzung)	Q3	31273/ 36273	31505/ 36505	31608	31609	31823/ 36823	
5-634.1	↔	Rekonstruktion des Funiculus spermaticus: Plastische Rekonstruktion	Q3	31273/ 36273	31505/ 36505	31608	31609	31823/ 36823	
5-634.2	↔	Rekonstruktion des Funiculus spermaticus: Rücklagerung bei Torsion	Q2	31272/ 36272	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-635	↔	Vasotomie des Ductus deferens	Q1	31271/ 36271	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-636.0	L	Destruktion, Ligatur und Resektion des Ductus deferens: Sklerosierung	Q1	31271/ 36271	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-636.0	P	Destruktion, Ligatur und Resektion des Ductus deferens: Sklerosierung	Q2	31272/ 36272	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-636.0	R	Destruktion, Ligatur und Resektion des Ductus deferens: Sklerosierung	Q1	31271/ 36271	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-636.1	L	Destruktion, Ligatur und Resektion des Ductus deferens: Ligatur	Q1	31271/ 36271	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-636.1	P	Destruktion, Ligatur und Resektion des Ductus deferens: Ligatur	Q2	31272/ 36272	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-636.1	R	Destruktion, Ligatur und Resektion des Ductus deferens: Ligatur	Q1	31271/ 36271	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-636.2	L	Destruktion, Ligatur und Resektion des Ductus deferens: Resektion [Vasoresektion]	Q1	31271/ 36271	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-636.2	P	Destruktion, Ligatur und Resektion des Ductus deferens: Resektion [Vasoresektion]	Q2	31272/ 36272	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-636.2	R	Destruktion, Ligatur und Resektion des Ductus deferens: Resektion [Vasoresektion]	Q1	31271/ 36271	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-637.0	L	Rekonstruktion von Ductus deferens und Epididymis: Naht (nach Verletzung)	Q3	31273/ 36273	31505/ 36505	31608	31609	31823/ 36823	
5-637.0	P	Rekonstruktion von Ductus deferens und Epididymis: Naht (nach Verletzung)	Q5	31275/ 36275	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-637.0	R	Rekonstruktion von Ductus deferens und Epididymis: Naht (nach Verletzung)	Q3	31273/ 36273	31505/ 36505	31608	31609	31823/ 36823	
5-637.1	L	Rekonstruktion von Ductus deferens und Epididymis: Vasovasostomie	Q4	31274/ 36274	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-637.1	R	Rekonstruktion von Ductus deferens und Epididymis: Vasovasostomie	Q4	31274/ 36274	31505/ 36505	31610	31611	31824/ 36824	
5-639.0	↔	Andere Operationen an Funiculus spermaticus, Epididymis und Ductus deferens: Epididymotomie	Q1	31271/ 36271	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-639.1	↔	Andere Operationen an Funiculus spermaticus, Epididymis und Ductus deferens: Inzision des Funiculus spermaticus	Q2	31272/ 36272	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-639.2	↔	Andere Operationen an Funiculus spermaticus, Epididymis und Ductus deferens: Adhäsiolyse des Funiculus spermaticus	Q2	31272/ 36272	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-639.3	↔	Andere Operationen an Funiculus spermaticus, Epididymis und Ductus deferens: Entnahme von Nebenhodengewebe zur Aufbereitung für die künstliche Insemination	Q2	31272/ 36272	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-640.2		Operationen am Präputium: Zirkumzision	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-640.3		Operationen am Präputium: Frenulum- und Präputiumplastik	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-642.0		Amputation des Penis: Partiell	Q3	31273/ 36273	31505/ 36505	31608	31609	31823/ 36823	
5-642.1		Amputation des Penis: Total	Q5	31275/ 36275	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-642.2		Amputation des Penis: Emaskulation	Q7	31277/ 36277	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-643.1		Plastische Rekonstruktion des Penis: Streckung des Penisschaftes	Q2	31272/ 36272	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-645.0		Plastische Rekonstruktion bei männlicher Hypospadie: Meatoglanduloplastik (bei Hypospadia coronaria)	Q6	31276/ 36276	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-645.1		Plastische Rekonstruktion bei männlicher Hypospadie: Schaftaufrichtung und Chordektomie	Q6	31276/ 36276	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-645.20		Plastische Rekonstruktion bei männlicher Hypospadie: Konstruktion der Urethra: Mit Präputialhaut	Q6	31276/ 36276	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-645.21		Plastische Rekonstruktion bei männlicher Hypospadie: Konstruktion der Urethra: Mit Penishaut	Q6	31276/ 36276	31507/ 36507	31612	31613	31826/ 36826	
5-645.22		Plastische Rekonstruktion bei männlicher Hypospadie: Konstruktion der Urethra: Transplantation von Mundschleimhaut	Q7	31277/ 36277	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-645.23		Plastische Rekonstruktion bei männlicher Hypospadie: Konstruktion der Urethra: Transplantation von Harnblasenschleimhaut	Q7	31277/ 36277	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	

2.19 Operationen an den weiblichen Genitalorganen

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-650.2	L	Inzision des Ovars: Offen chirurgisch (abdominal)	S2	31302/ 36302	31503/ 36503	31697	31698	31822/ 36822	
5-650.2	P	Inzision des Ovars: Offen chirurgisch (abdominal)	S3	31303/ 36303	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-650.2	R	Inzision des Ovars: Offen chirurgisch (abdominal)	S2	31302/ 36302	31503/ 36503	31697	31698	31822/ 36822	
5-650.5	L	Inzision des Ovars: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch	T3	31313/ 36313	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-650.5	P	Inzision des Ovars: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch	T3	31313/ 36313	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-650.5	R	Inzision des Ovars: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch	T3	31313/ 36313	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-650.6	L	Inzision des Ovars: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch	S3	31303/ 36303	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-650.6	P	Inzision des Ovars: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch	S4	31304/ 36304	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	
5-650.6	R	Inzision des Ovars: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch	S3	31303/ 36303	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-651.a0	L	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Keilexzision des Ovars: Offen chirurgisch (abdominal)	S2	31302/ 36302	31503/ 36503	31697	31698	31822/ 36822	
5-651.a0	P	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Keilexzision des Ovars: Offen chirurgisch (abdominal)	S3	31303/ 36303	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-651.a0	R	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Keilexzision des Ovars: Offen chirurgisch (abdominal)	S2	31302/ 36302	31503/ 36503	31697	31698	31822/ 36822	
5-651.a2	L	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Keilexzision des Ovars: Endoskopisch (laparoskopisch)	T2	31312/ 36312	31503/ 36503	31697	31698	31822/ 36822	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-651.a2	P	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Keilexzision des Ovars: Endoskopisch (laparoskopisch)	T3	31313/ 36313	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-651.a2	R	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Keilexzision des Ovars: Endoskopisch (laparoskopisch)	T2	31312/ 36312	31503/ 36503	31697	31698	31822/ 36822	
5-651.a3	L	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Keilexzision des Ovars: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch	T3	31313/ 36313	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-651.a3	P	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Keilexzision des Ovars: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch	T4	31314/ 36314	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	
5-651.a3	R	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Keilexzision des Ovars: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch	T3	31313/ 36313	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-651.a4	L	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Keilexzision des Ovars: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch	S3	31303/ 36303	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-651.a4	P	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Keilexzision des Ovars: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch	S4	31304/ 36304	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	
5-651.a4	R	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Keilexzision des Ovars: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch	S3	31303/ 36303	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-651.b0	L	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Destruktion von Endometrioseherden: Offen chirurgisch (abdominal)	S3	31303/ 36303	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-651.b0	P	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Destruktion von Endometrioseherden: Offen chirurgisch (abdominal)	S3	31303/ 36303	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-651.b0	R	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Destruktion von Endometrioseherden: Offen chirurgisch (abdominal)	S3	31303/ 36303	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-651.b2	L	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Destruktion von Endometrioseherden: Endoskopisch (laparoskopisch)	T2	31312/ 36312	31503/ 36503	31697	31698	31822/ 36822	
5-651.b2	P	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Destruktion von Endometrioseherden: Endoskopisch (laparoskopisch)	T3	31313/ 36313	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-651.b2	R	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Destruktion von Endometrioseherden: Endoskopisch (laparoskopisch)	T2	31312/ 36312	31503/ 36503	31697	31698	31822/ 36822	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-651.b3	L	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Destruktion von Endometrioseherden: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch	T3	31313/ 36313	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-651.b3	P	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Destruktion von Endometrioseherden: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch	T4	31314/ 36314	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	
5-651.b3	R	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Destruktion von Endometrioseherden: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch	T3	31313/ 36313	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-651.b4	L	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Destruktion von Endometrioseherden: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch	S4	31304/ 36304	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	
5-651.b4	P	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Destruktion von Endometrioseherden: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch	S4	31304/ 36304	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	
5-651.b4	R	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Destruktion von Endometrioseherden: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch	S4	31304/ 36304	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	
5-651.80	L	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Exzisionsbiopsie: Offen chirurgisch (abdominal)	S2	31302/ 36302	31503/ 36503	31697	31698	31822/ 36822	
5-651.80	P	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Exzisionsbiopsie: Offen chirurgisch (abdominal)	S3	31303/ 36303	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-651.80	R	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Exzisionsbiopsie: Offen chirurgisch (abdominal)	S2	31302/ 36302	31503/ 36503	31697	31698	31822/ 36822	
5-651.82	L	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Exzisionsbiopsie: Endoskopisch (laparoskopisch)	T2	31312/ 36312	31503/ 36503	31697	31698	31822/ 36822	
5-651.82	P	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Exzisionsbiopsie: Endoskopisch (laparoskopisch)	T3	31313/ 36313	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-651.82	R	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Exzisionsbiopsie: Endoskopisch (laparoskopisch)	T2	31312/ 36312	31503/ 36503	31697	31698	31822/ 36822	
5-651.83	L	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Exzisionsbiopsie: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch	T3	31313/ 36313	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-651.83	P	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Exzisionsbiopsie: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch	T4	31314/ 36314	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-651.83	R	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Exzisionsbiopsie: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch	T3	31313/ 36313	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-651.84	L	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Exzisionsbiopsie: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch	S3	31303/ 36303	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-651.84	P	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Exzisionsbiopsie: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch	S4	31304/ 36304	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	
5-651.84	R	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Exzisionsbiopsie: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch	S3	31303/ 36303	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-651.90	L	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Exzision einer Ovarialzyste: Offen chirurgisch (abdominal)	S3	31303/ 36303	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-651.90	P	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Exzision einer Ovarialzyste: Offen chirurgisch (abdominal)	S4	31304/ 36304	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	
5-651.90	R	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Exzision einer Ovarialzyste: Offen chirurgisch (abdominal)	S3	31303/ 36303	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-651.92	L	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Exzision einer Ovarialzyste: Endoskopisch (laparoskopisch)	T2	31312/ 36312	31503/ 36503	31697	31698	31822/ 36822	
5-651.92	P	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Exzision einer Ovarialzyste: Endoskopisch (laparoskopisch)	T3	31313/ 36313	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-651.92	R	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Exzision einer Ovarialzyste: Endoskopisch (laparoskopisch)	T2	31312/ 36312	31503/ 36503	31697	31698	31822/ 36822	
5-651.93	L	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Exzision einer Ovarialzyste: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch	T4	31314/ 36314	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	
5-651.93	P	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Exzision einer Ovarialzyste: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch	T4	31314/ 36314	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	
5-651.93	R	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Exzision einer Ovarialzyste: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch	T4	31314/ 36314	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	
5-651.94	L	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Exzision einer Ovarialzyste: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch	S4	31304/ 36304	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-651.94	P	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Exzision einer Ovarialzyste: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch	S5	31305/ 36305	31506/ 36506	31699	31700	31825/ 36825	
5-651.94	R	Lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe: Exzision einer Ovarialzyste: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch	S4	31304/ 36304	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	
5-652.40	↔	Ovariektomie: Restovariektomie: Offen chirurgisch (abdominal)	S3	31303/ 36303	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-652.42	↔	Ovariektomie: Restovariektomie: Endoskopisch (laparoskopisch)	T2	31312/ 36312	31503/ 36503	31697	31698	31822/ 36822	
5-652.43	↔	Ovariektomie: Restovariektomie: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch	T3	31313/ 36313	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-652.44	↔	Ovariektomie: Restovariektomie: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch	S4	31304/ 36304	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	
5-652.50	L	Ovariektomie: Partiell: Offen chirurgisch (abdominal)	S2	31302/ 36302	31503/ 36503	31697	31698	31822/ 36822	
5-652.50	P	Ovariektomie: Partiell: Offen chirurgisch (abdominal)	S3	31303/ 36303	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-652.50	R	Ovariektomie: Partiell: Offen chirurgisch (abdominal)	S2	31302/ 36302	31503/ 36503	31697	31698	31822/ 36822	
5-652.52	L	Ovariektomie: Partiell: Endoskopisch (laparoskopisch)	T2	31312/ 36312	31503/ 36503	31697	31698	31822/ 36822	
5-652.52	P	Ovariektomie: Partiell: Endoskopisch (laparoskopisch)	T3	31313/ 36313	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-652.52	R	Ovariektomie: Partiell: Endoskopisch (laparoskopisch)	T2	31312/ 36312	31503/ 36503	31697	31698	31822/ 36822	
5-652.53	L	Ovariektomie: Partiell: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch	T3	31313/ 36313	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-652.53	P	Ovariektomie: Partiell: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch	T4	31314/ 36314	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-652.53	R	Ovariektomie: Partiell: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch	T3	31313/ 36313	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-652.54	L	Ovariektomie: Partiell: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch	S4	31304/ 36304	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	
5-652.54	P	Ovariektomie: Partiell: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch	S4	31304/ 36304	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	
5-652.54	R	Ovariektomie: Partiell: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch	S4	31304/ 36304	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	
5-652.60	L	Ovariektomie: Total: Offen chirurgisch (abdominal)	S2	31302/ 36302	31503/ 36503	31697	31698	31822/ 36822	
5-652.60	P	Ovariektomie: Total: Offen chirurgisch (abdominal)	S3	31303/ 36303	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-652.60	R	Ovariektomie: Total: Offen chirurgisch (abdominal)	S2	31302/ 36302	31503/ 36503	31697	31698	31822/ 36822	
5-652.62	L	Ovariektomie: Total: Endoskopisch (laparoskopisch)	T2	31312/ 36312	31503/ 36503	31697	31698	31822/ 36822	
5-652.62	P	Ovariektomie: Total: Endoskopisch (laparoskopisch)	T3	31313/ 36313	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-652.62	R	Ovariektomie: Total: Endoskopisch (laparoskopisch)	T2	31312/ 36312	31503/ 36503	31697	31698	31822/ 36822	
5-652.63	L	Ovariektomie: Total: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch	T3	31313/ 36313	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-652.63	P	Ovariektomie: Total: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch	T4	31314/ 36314	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	
5-652.63	R	Ovariektomie: Total: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch	T3	31313/ 36313	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-652.64	L	Ovariektomie: Total: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch	S4	31304/ 36304	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-652.64	P	Ovariektomie: Total: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch	S4	31304/ 36304	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	
5-652.64	R	Ovariektomie: Total: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch	S4	31304/ 36304	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	
5-653.20		Salpingoovariektomie: Einseitige Ovariektomie mit bilateraler Salpingektomie: Offen chirurgisch (abdominal)	S3	31303/ 36303	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-653.22		Salpingoovariektomie: Einseitige Ovariektomie mit bilateraler Salpingektomie: Endoskopisch (laparoskopisch)	T3	31313/ 36313	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-653.23		Salpingoovariektomie: Einseitige Ovariektomie mit bilateraler Salpingektomie: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch	T4	31314/ 36314	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	
5-653.24		Salpingoovariektomie: Einseitige Ovariektomie mit bilateraler Salpingektomie: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch	S4	31304/ 36304	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	
5-653.30	L	Salpingoovariektomie: Salpingoovariektomie (ohne weitere Maßnahmen): Offen chirurgisch (abdominal)	S3	31303/ 36303	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-653.30	P	Salpingoovariektomie: Salpingoovariektomie (ohne weitere Maßnahmen): Offen chirurgisch (abdominal)	S3	31303/ 36303	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-653.30	R	Salpingoovariektomie: Salpingoovariektomie (ohne weitere Maßnahmen): Offen chirurgisch (abdominal)	S3	31303/ 36303	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-653.32	L	Salpingoovariektomie: Salpingoovariektomie (ohne weitere Maßnahmen): Endoskopisch (laparoskopisch)	T2	31312/ 36312	31503/ 36503	31697	31698	31822/ 36822	
5-653.32	P	Salpingoovariektomie: Salpingoovariektomie (ohne weitere Maßnahmen): Endoskopisch (laparoskopisch)	T3	31313/ 36313	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-653.32	R	Salpingoovariektomie: Salpingoovariektomie (ohne weitere Maßnahmen): Endoskopisch (laparoskopisch)	T2	31312/ 36312	31503/ 36503	31697	31698	31822/ 36822	
5-653.33	L	Salpingoovariektomie: Salpingoovariektomie (ohne weitere Maßnahmen): Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch	T3	31313/ 36313	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-653.33	P	Salpingoovariektomie: Salpingoovariektomie (ohne weitere Maßnahmen): Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch	T4	31314/ 36314	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-653.33	R	Salpingoovariektomie: Salpingoovariektomie (ohne weitere Maßnahmen): Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch	T3	31313/ 36313	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-653.34	L	Salpingoovariektomie: Salpingoovariektomie (ohne weitere Maßnahmen): Umsteigen vaginal - offen chirurgisch	S4	31304/ 36304	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	
5-653.34	P	Salpingoovariektomie: Salpingoovariektomie (ohne weitere Maßnahmen): Umsteigen vaginal - offen chirurgisch	S4	31304/ 36304	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	
5-653.34	R	Salpingoovariektomie: Salpingoovariektomie (ohne weitere Maßnahmen): Umsteigen vaginal - offen chirurgisch	S4	31304/ 36304	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	
5-656.a0	L	Plastische Rekonstruktion des Ovars: Beseitigung einer Torsion: Offen chirurgisch (abdominal)	S3	31303/ 36303	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-656.a0	P	Plastische Rekonstruktion des Ovars: Beseitigung einer Torsion: Offen chirurgisch (abdominal)	S4	31304/ 36304	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	
5-656.a0	R	Plastische Rekonstruktion des Ovars: Beseitigung einer Torsion: Offen chirurgisch (abdominal)	S3	31303/ 36303	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-656.a2	L	Plastische Rekonstruktion des Ovars: Beseitigung einer Torsion: Endoskopisch (laparoskopisch)	T2	31312/ 36312	31503/ 36503	31697	31698	31822/ 36822	
5-656.a2	P	Plastische Rekonstruktion des Ovars: Beseitigung einer Torsion: Endoskopisch (laparoskopisch)	T3	31313/ 36313	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-656.a2	R	Plastische Rekonstruktion des Ovars: Beseitigung einer Torsion: Endoskopisch (laparoskopisch)	T2	31312/ 36312	31503/ 36503	31697	31698	31822/ 36822	
5-656.a3	L	Plastische Rekonstruktion des Ovars: Beseitigung einer Torsion: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch	T3	31313/ 36313	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-656.a3	P	Plastische Rekonstruktion des Ovars: Beseitigung einer Torsion: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch	T4	31314/ 36314	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	
5-656.a3	R	Plastische Rekonstruktion des Ovars: Beseitigung einer Torsion: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch	T3	31313/ 36313	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-656.a4	L	Plastische Rekonstruktion des Ovars: Beseitigung einer Torsion: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch	S4	31304/ 36304	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-656.a4	P	Plastische Rekonstruktion des Ovars: Beseitigung einer Torsion: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch	S5	31305/ 36305	31506/ 36506	31699	31700	31825/ 36825	
5-656.a4	R	Plastische Rekonstruktion des Ovars: Beseitigung einer Torsion: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch	S4	31304/ 36304	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	
5-656.80	L	Plastische Rekonstruktion des Ovars: Rekonstruktion (nach Verletzung oder Ruptur): Offen chirurgisch (abdominal)	S2	31302/ 36302	31503/ 36503	31697	31698	31822/ 36822	
5-656.80	P	Plastische Rekonstruktion des Ovars: Rekonstruktion (nach Verletzung oder Ruptur): Offen chirurgisch (abdominal)	S4	31304/ 36304	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	
5-656.80	R	Plastische Rekonstruktion des Ovars: Rekonstruktion (nach Verletzung oder Ruptur): Offen chirurgisch (abdominal)	S2	31302/ 36302	31503/ 36503	31697	31698	31822/ 36822	
5-656.82	L	Plastische Rekonstruktion des Ovars: Rekonstruktion (nach Verletzung oder Ruptur): Endoskopisch (laparoskopisch)	T3	31313/ 36313	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-656.82	P	Plastische Rekonstruktion des Ovars: Rekonstruktion (nach Verletzung oder Ruptur): Endoskopisch (laparoskopisch)	T4	31314/ 36314	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	
5-656.82	R	Plastische Rekonstruktion des Ovars: Rekonstruktion (nach Verletzung oder Ruptur): Endoskopisch (laparoskopisch)	T3	31313/ 36313	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-656.83	L	Plastische Rekonstruktion des Ovars: Rekonstruktion (nach Verletzung oder Ruptur): Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch	T4	31314/ 36314	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	
5-656.83	P	Plastische Rekonstruktion des Ovars: Rekonstruktion (nach Verletzung oder Ruptur): Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch	T5	31315/ 36315	31506/ 36506	31699	31700	31825/ 36825	
5-656.83	R	Plastische Rekonstruktion des Ovars: Rekonstruktion (nach Verletzung oder Ruptur): Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch	T4	31314/ 36314	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	
5-656.84	L	Plastische Rekonstruktion des Ovars: Rekonstruktion (nach Verletzung oder Ruptur): Umsteigen vaginal - offen chirurgisch	S4	31304/ 36304	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	
5-656.84	P	Plastische Rekonstruktion des Ovars: Rekonstruktion (nach Verletzung oder Ruptur): Umsteigen vaginal - offen chirurgisch	S5	31305/ 36305	31506/ 36506	31699	31700	31825/ 36825	
5-656.84	R	Plastische Rekonstruktion des Ovars: Rekonstruktion (nach Verletzung oder Ruptur): Umsteigen vaginal - offen chirurgisch	S4	31304/ 36304	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-656.90	L	Plastische Rekonstruktion des Ovars: Ovariopexie: Offen chirurgisch (abdominal)	S2	31302/ 36302	31503/ 36503	31697	31698	31822/ 36822	
5-656.90	P	Plastische Rekonstruktion des Ovars: Ovariopexie: Offen chirurgisch (abdominal)	S3	31303/ 36303	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-656.90	R	Plastische Rekonstruktion des Ovars: Ovariopexie: Offen chirurgisch (abdominal)	S2	31302/ 36302	31503/ 36503	31697	31698	31822/ 36822	
5-656.92	L	Plastische Rekonstruktion des Ovars: Ovariopexie: Endoskopisch (laparoskopisch)	T2	31312/ 36312	31503/ 36503	31697	31698	31822/ 36822	
5-656.92	P	Plastische Rekonstruktion des Ovars: Ovariopexie: Endoskopisch (laparoskopisch)	T3	31313/ 36313	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-656.92	R	Plastische Rekonstruktion des Ovars: Ovariopexie: Endoskopisch (laparoskopisch)	T2	31312/ 36312	31503/ 36503	31697	31698	31822/ 36822	
5-656.93	L	Plastische Rekonstruktion des Ovars: Ovariopexie: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch	T3	31313/ 36313	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-656.93	P	Plastische Rekonstruktion des Ovars: Ovariopexie: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch	T4	31314/ 36314	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	
5-656.93	R	Plastische Rekonstruktion des Ovars: Ovariopexie: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch	T3	31313/ 36313	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-656.94	L	Plastische Rekonstruktion des Ovars: Ovariopexie: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch	S3	31303/ 36303	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-656.94	P	Plastische Rekonstruktion des Ovars: Ovariopexie: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch	S4	31304/ 36304	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	
5-656.94	R	Plastische Rekonstruktion des Ovars: Ovariopexie: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch	S3	31303/ 36303	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-657.60		Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: Am Peritoneum des weiblichen Beckens: Offen chirurgisch (abdominal)	S2	31302/ 36302	31503/ 36503	31697	31698	31822/ 36822	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-657.62		Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: Am Peritoneum des weiblichen Beckens: Endoskopisch (laparoskopisch)	T2	31312/ 36312	31503/ 36503	31697	31698	31822/ 36822	
5-657.63		Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: Am Peritoneum des weiblichen Beckens: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch	T3	31313/ 36313	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-657.64		Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: Am Peritoneum des weiblichen Beckens: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch	S3	31303/ 36303	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-657.70	L	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: Am Ovar: Offen chirurgisch (abdominal)	S3	31303/ 36303	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-657.70	P	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: Am Ovar: Offen chirurgisch (abdominal)	S4	31304/ 36304	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	
5-657.70	R	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: Am Ovar: Offen chirurgisch (abdominal)	S3	31303/ 36303	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-657.72	L	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: Am Ovar: Endoskopisch (laparoskopisch)	T2	31312/ 36312	31503/ 36503	31697	31698	31822/ 36822	
5-657.72	P	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: Am Ovar: Endoskopisch (laparoskopisch)	T3	31313/ 36313	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-657.72	R	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: Am Ovar: Endoskopisch (laparoskopisch)	T2	31312/ 36312	31503/ 36503	31697	31698	31822/ 36822	
5-657.73	L	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: Am Ovar: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch	T3	31313/ 36313	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-657.73	P	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: Am Ovar: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch	T4	31314/ 36314	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	
5-657.73	R	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: Am Ovar: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch	T3	31313/ 36313	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-657.74	L	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: Am Ovar: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch	S4	31304/ 36304	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-657.74	P	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: Am Ovar: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch	S5	31305/ 36305	31506/ 36506	31699	31700	31825/ 36825	
5-657.74	R	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: Am Ovar: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch	S4	31304/ 36304	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	
5-657.80	L	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: An der Tuba uterina: Offen chirurgisch (abdominal)	S3	31303/ 36303	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-657.80	P	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: An der Tuba uterina: Offen chirurgisch (abdominal)	S4	31304/ 36304	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	
5-657.80	R	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: An der Tuba uterina: Offen chirurgisch (abdominal)	S3	31303/ 36303	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-657.82	L	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: An der Tuba uterina: Endoskopisch (laparoskopisch)	T2	31312/ 36312	31503/ 36503	31697	31698	31822/ 36822	
5-657.82	P	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: An der Tuba uterina: Endoskopisch (laparoskopisch)	T3	31313/ 36313	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-657.82	R	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: An der Tuba uterina: Endoskopisch (laparoskopisch)	T2	31312/ 36312	31503/ 36503	31697	31698	31822/ 36822	
5-657.83	L	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: An der Tuba uterina: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch	T3	31313/ 36313	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-657.83	P	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: An der Tuba uterina: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch	T4	31314/ 36314	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	
5-657.83	R	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: An der Tuba uterina: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch	T3	31313/ 36313	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-657.84	L	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: An der Tuba uterina: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch	S4	31304/ 36304	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	
5-657.84	P	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: An der Tuba uterina: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch	S5	31305/ 36305	31506/ 36506	31699	31700	31825/ 36825	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-657.84	R	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: An der Tuba uterina: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch	S4	31304/ 36304	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	
5-657.90	L	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: An Ovar und Tuba uterina, kombiniert: Offen chirurgisch (abdominal)	S3	31303/ 36303	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-657.90	P	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: An Ovar und Tuba uterina, kombiniert: Offen chirurgisch (abdominal)	S4	31304/ 36304	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	
5-657.90	R	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: An Ovar und Tuba uterina, kombiniert: Offen chirurgisch (abdominal)	S3	31303/ 36303	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-657.92	L	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: An Ovar und Tuba uterina, kombiniert: Endoskopisch (laparoskopisch)	T2	31312/ 36312	31503/ 36503	31697	31698	31822/ 36822	
5-657.92	P	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: An Ovar und Tuba uterina, kombiniert: Endoskopisch (laparoskopisch)	T3	31313/ 36313	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-657.92	R	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: An Ovar und Tuba uterina, kombiniert: Endoskopisch (laparoskopisch)	T2	31312/ 36312	31503/ 36503	31697	31698	31822/ 36822	
5-657.93	L	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: An Ovar und Tuba uterina, kombiniert: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch	T3	31313/ 36313	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-657.93	P	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: An Ovar und Tuba uterina, kombiniert: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch	T4	31314/ 36314	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	
5-657.93	R	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: An Ovar und Tuba uterina, kombiniert: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch	T3	31313/ 36313	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-657.94	L	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: An Ovar und Tuba uterina, kombiniert: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch	S4	31304/ 36304	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	
5-657.94	P	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: An Ovar und Tuba uterina, kombiniert: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch	S5	31305/ 36305	31506/ 36506	31699	31700	31825/ 36825	
5-657.94	R	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung: An Ovar und Tuba uterina, kombiniert: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch	S4	31304/ 36304	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	
5-658.6		Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina mit mikrochirurgischer Versorgung: Am Peritoneum des weiblichen Beckens	S5	31305/ 36305	31506/ 36506	31699	31700	31825/ 36825	
5-658.7	L	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina mit mikrochirurgischer Versorgung: Am Ovar	S5	31305/ 36305	31506/ 36506	31699	31700	31825/ 36825	
5-658.7	P	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina mit mikrochirurgischer Versorgung: Am Ovar	S6	31306/ 36306	31507/ 36507	31701	31702	31826/ 36826	
5-658.7	R	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina mit mikrochirurgischer Versorgung: Am Ovar	S5	31305/ 36305	31506/ 36506	31699	31700	31825/ 36825	
5-658.8	L	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina mit mikrochirurgischer Versorgung: An der Tuba uterina	S5	31305/ 36305	31506/ 36506	31699	31700	31825/ 36825	
5-658.8	P	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina mit mikrochirurgischer Versorgung: An der Tuba uterina	S6	31306/ 36306	31507/ 36507	31701	31702	31826/ 36826	
5-658.8	R	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina mit mikrochirurgischer Versorgung: An der Tuba uterina	S5	31305/ 36305	31506/ 36506	31699	31700	31825/ 36825	
5-658.9	L	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina mit mikrochirurgischer Versorgung: An Ovar und Tuba uterina, kombiniert	S5	31305/ 36305	31506/ 36506	31699	31700	31825/ 36825	
5-658.9	P	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina mit mikrochirurgischer Versorgung: An Ovar und Tuba uterina, kombiniert	S6	31306/ 36306	31507/ 36507	31701	31702	31826/ 36826	
5-658.9	R	Adhäsiolyse an Ovar und Tuba uterina mit mikrochirurgischer Versorgung: An Ovar und Tuba uterina, kombiniert	S5	31305/ 36305	31506/ 36506	31699	31700	31825/ 36825	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-659.20	L	Andere Operationen am Ovar: Exzision einer Parovarialzyste: Offen chirurgisch (abdominal)	S2	31302/ 36302	31503/ 36503	31697	31698	31822/ 36822	
5-659.20	P	Andere Operationen am Ovar: Exzision einer Parovarialzyste: Offen chirurgisch (abdominal)	S3	31303/ 36303	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-659.20	R	Andere Operationen am Ovar: Exzision einer Parovarialzyste: Offen chirurgisch (abdominal)	S2	31302/ 36302	31503/ 36503	31697	31698	31822/ 36822	
5-659.21	L	Andere Operationen am Ovar: Exzision einer Parovarialzyste: Vaginal, laparoskopisch assistiert	T2	31312/ 36312	31503/ 36503	31697	31698	31822/ 36822	
5-659.21	R	Andere Operationen am Ovar: Exzision einer Parovarialzyste: Vaginal, laparoskopisch assistiert	T2	31312/ 36312	31503/ 36503	31697	31698	31822/ 36822	
5-659.22	L	Andere Operationen am Ovar: Exzision einer Parovarialzyste: Endoskopisch (laparoskopisch)	T2	31312/ 36312	31503/ 36503	31697	31698	31822/ 36822	
5-659.22	P	Andere Operationen am Ovar: Exzision einer Parovarialzyste: Endoskopisch (laparoskopisch)	T3	31313/ 36313	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-659.22	R	Andere Operationen am Ovar: Exzision einer Parovarialzyste: Endoskopisch (laparoskopisch)	T2	31312/ 36312	31503/ 36503	31697	31698	31822/ 36822	
5-659.23	L	Andere Operationen am Ovar: Exzision einer Parovarialzyste: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch	T3	31313/ 36313	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-659.23	P	Andere Operationen am Ovar: Exzision einer Parovarialzyste: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch	T4	31314/ 36314	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	
5-659.23	R	Andere Operationen am Ovar: Exzision einer Parovarialzyste: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch	T3	31313/ 36313	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-659.24	L	Andere Operationen am Ovar: Exzision einer Parovarialzyste: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch	S4	31304/ 36304	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	
5-659.24	P	Andere Operationen am Ovar: Exzision einer Parovarialzyste: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch	S4	31304/ 36304	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	
5-659.24	R	Andere Operationen am Ovar: Exzision einer Parovarialzyste: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch	S4	31304/ 36304	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-660.2	L	Salpingotomie: Offen chirurgisch (abdominal)	S2	31302/ 36302	31503/ 36503	31697	31698	31822/ 36822	
5-660.2	P	Salpingotomie: Offen chirurgisch (abdominal)	S3	31303/ 36303	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-660.2	R	Salpingotomie: Offen chirurgisch (abdominal)	S2	31302/ 36302	31503/ 36503	31697	31698	31822/ 36822	
5-660.4	L	Salpingotomie: Endoskopisch (laparoskopisch)	T2	31312/ 36312	31503/ 36503	31697	31698	31822/ 36822	
5-660.4	P	Salpingotomie: Endoskopisch (laparoskopisch)	T2	31312/ 36312	31503/ 36503	31697	31698	31822/ 36822	
5-660.4	R	Salpingotomie: Endoskopisch (laparoskopisch)	T2	31312/ 36312	31503/ 36503	31697	31698	31822/ 36822	
5-660.5	L	Salpingotomie: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch	T3	31313/ 36313	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-660.5	P	Salpingotomie: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch	T3	31313/ 36313	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-660.5	R	Salpingotomie: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch	T3	31313/ 36313	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-660.6	L	Salpingotomie: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch	S4	31304/ 36304	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	
5-660.6	P	Salpingotomie: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch	S4	31304/ 36304	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	
5-660.6	R	Salpingotomie: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch	S4	31304/ 36304	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	
5-661.40	↔	Salpingektomie: Restsalpingektomie: Offen chirurgisch (abdominal)	S3	31303/ 36303	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-661.42	↔	Salpingektomie: Restsalpingektomie: Endoskopisch (laparoskopisch)	T2	31312/ 36312	31503/ 36503	31697	31698	31822/ 36822	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-661.43	↔	Salpingektomie: Restsalpingektomie: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch	T3	31313/ 36313	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-661.44	↔	Salpingektomie: Restsalpingektomie: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch	S4	31304/ 36304	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	
5-661.50	L	Salpingektomie: Partiell: Offen chirurgisch (abdominal)	S3	31303/ 36303	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-661.50	P	Salpingektomie: Partiell: Offen chirurgisch (abdominal)	S3	31303/ 36303	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-661.50	R	Salpingektomie: Partiell: Offen chirurgisch (abdominal)	S3	31303/ 36303	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-661.52	L	Salpingektomie: Partiell: Endoskopisch (laparoskopisch)	T2	31312/ 36312	31503/ 36503	31697	31698	31822/ 36822	
5-661.52	P	Salpingektomie: Partiell: Endoskopisch (laparoskopisch)	T3	31313/ 36313	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-661.52	R	Salpingektomie: Partiell: Endoskopisch (laparoskopisch)	T2	31312/ 36312	31503/ 36503	31697	31698	31822/ 36822	
5-661.53	L	Salpingektomie: Partiell: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch	T3	31313/ 36313	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-661.53	P	Salpingektomie: Partiell: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch	T4	31314/ 36314	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	
5-661.53	R	Salpingektomie: Partiell: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch	T3	31313/ 36313	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-661.54	L	Salpingektomie: Partiell: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch	S4	31304/ 36304	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	
5-661.54	P	Salpingektomie: Partiell: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch	S4	31304/ 36304	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	
5-661.54	R	Salpingektomie: Partiell: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch	S4	31304/ 36304	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-661.60	L	Salpingektomie: Total: Offen chirurgisch (abdominal)	S3	31303/ 36303	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-661.60	P	Salpingektomie: Total: Offen chirurgisch (abdominal)	S3	31303/ 36303	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-661.60	R	Salpingektomie: Total: Offen chirurgisch (abdominal)	S3	31303/ 36303	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-661.62	L	Salpingektomie: Total: Endoskopisch (laparoskopisch)	T2	31312/ 36312	31503/ 36503	31697	31698	31822/ 36822	
5-661.62	P	Salpingektomie: Total: Endoskopisch (laparoskopisch)	T3	31313/ 36313	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-661.62	R	Salpingektomie: Total: Endoskopisch (laparoskopisch)	T2	31312/ 36312	31503/ 36503	31697	31698	31822/ 36822	
5-661.63	L	Salpingektomie: Total: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch	T3	31313/ 36313	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-661.63	P	Salpingektomie: Total: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch	T4	31314/ 36314	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	
5-661.63	R	Salpingektomie: Total: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch	T3	31313/ 36313	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-661.64	L	Salpingektomie: Total: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch	S4	31304/ 36304	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	
5-661.64	P	Salpingektomie: Total: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch	S4	31304/ 36304	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	
5-661.64	R	Salpingektomie: Total: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch	S4	31304/ 36304	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	
5-665.40	L	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Tuba uterina: Exzision: Offen chirurgisch (abdominal)	S2	31302/ 36302	31503/ 36503	31697	31698	31822/ 36822	
5-665.40	P	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Tuba uterina: Exzision: Offen chirurgisch (abdominal)	S3	31303/ 36303	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-665.40	R	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Tuba uterina: Exzision: Offen chirurgisch (abdominal)	S2	31302/ 36302	31503/ 36503	31697	31698	31822/ 36822	
5-665.42	L	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Tuba uterina: Exzision: Endoskopisch (laparoskopisch)	T2	31312/ 36312	31503/ 36503	31697	31698	31822/ 36822	
5-665.42	P	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Tuba uterina: Exzision: Endoskopisch (laparoskopisch)	T3	31313/ 36313	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-665.42	R	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Tuba uterina: Exzision: Endoskopisch (laparoskopisch)	T2	31312/ 36312	31503/ 36503	31697	31698	31822/ 36822	
5-665.43	L	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Tuba uterina: Exzision: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch	T3	31313/ 36313	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-665.43	P	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Tuba uterina: Exzision: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch	T4	31314/ 36314	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	
5-665.43	R	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Tuba uterina: Exzision: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch	T3	31313/ 36313	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-665.44	L	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Tuba uterina: Exzision: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch	S4	31304/ 36304	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	
5-665.44	P	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Tuba uterina: Exzision: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch	S4	31304/ 36304	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	
5-665.44	R	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Tuba uterina: Exzision: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch	S4	31304/ 36304	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	
5-665.50	L	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Tuba uterina: Destruktion: Offen chirurgisch (abdominal)	S2	31302/ 36302	31503/ 36503	31697	31698	31822/ 36822	
5-665.50	P	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Tuba uterina: Destruktion: Offen chirurgisch (abdominal)	S3	31303/ 36303	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-665.50	R	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Tuba uterina: Destruktion: Offen chirurgisch (abdominal)	S2	31302/ 36302	31503/ 36503	31697	31698	31822/ 36822	
5-665.52	L	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Tuba uterina: Destruktion: Endoskopisch (laparoskopisch)	T2	31312/ 36312	31503/ 36503	31697	31698	31822/ 36822	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-665.52	P	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Tuba uterina: Destruktion: Endoskopisch (laparoskopisch)	T3	31313/ 36313	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-665.52	R	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Tuba uterina: Destruktion: Endoskopisch (laparoskopisch)	T2	31312/ 36312	31503/ 36503	31697	31698	31822/ 36822	
5-665.53	L	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Tuba uterina: Destruktion: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch	T3	31313/ 36313	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-665.53	P	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Tuba uterina: Destruktion: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch	T4	31314/ 36314	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	
5-665.53	R	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Tuba uterina: Destruktion: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch	T3	31313/ 36313	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-665.54	L	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Tuba uterina: Destruktion: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch	S3	31303/ 36303	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-665.54	P	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Tuba uterina: Destruktion: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch	S4	31304/ 36304	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	
5-665.54	R	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Tuba uterina: Destruktion: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch	S3	31303/ 36303	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-666.a0	L	Plastische Rekonstruktion der Tuba uterina: Tubenanastomose: Offen chirurgisch (abdominal)	S5	31305/ 36305	31506/ 36506	31699	31700	31825/ 36825	
5-666.a0	P	Plastische Rekonstruktion der Tuba uterina: Tubenanastomose: Offen chirurgisch (abdominal)	S6	31306/ 36306	31507/ 36507	31701	31702	31826/ 36826	
5-666.a0	R	Plastische Rekonstruktion der Tuba uterina: Tubenanastomose: Offen chirurgisch (abdominal)	S5	31305/ 36305	31506/ 36506	31699	31700	31825/ 36825	
5-666.a2	L	Plastische Rekonstruktion der Tuba uterina: Tubenanastomose: Endoskopisch (laparoskopisch)	T3	31313/ 36313	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-666.a2	P	Plastische Rekonstruktion der Tuba uterina: Tubenanastomose: Endoskopisch (laparoskopisch)	T4	31314/ 36314	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	
5-666.a2	R	Plastische Rekonstruktion der Tuba uterina: Tubenanastomose: Endoskopisch (laparoskopisch)	T3	31313/ 36313	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-666.a3	L	Plastische Rekonstruktion der Tuba uterina: Tubenanastomose: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch	T4	31314/ 36314	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	
5-666.a3	P	Plastische Rekonstruktion der Tuba uterina: Tubenanastomose: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch	T5	31315/ 36315	31506/ 36506	31699	31700	31825/ 36825	
5-666.a3	R	Plastische Rekonstruktion der Tuba uterina: Tubenanastomose: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch	T4	31314/ 36314	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	
5-666.a4	L	Plastische Rekonstruktion der Tuba uterina: Tubenanastomose: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch	S6	31306/ 36306	31507/ 36507	31701	31702	31826/ 36826	
5-666.a4	P	Plastische Rekonstruktion der Tuba uterina: Tubenanastomose: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch	S7	31307/ 36307	31507/ 36507	31701	31702	31827/ 36827	
5-666.a4	R	Plastische Rekonstruktion der Tuba uterina: Tubenanastomose: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch	S6	31306/ 36306	31507/ 36507	31701	31702	31826/ 36826	
5-666.b0	L	Plastische Rekonstruktion der Tuba uterina: Salpingouterostomie: Offen chirurgisch (abdominal)	S5	31305/ 36305	31506/ 36506	31699	31700	31825/ 36825	
5-666.b0	P	Plastische Rekonstruktion der Tuba uterina: Salpingouterostomie: Offen chirurgisch (abdominal)	S6	31306/ 36306	31507/ 36507	31701	31702	31826/ 36826	
5-666.b0	R	Plastische Rekonstruktion der Tuba uterina: Salpingouterostomie: Offen chirurgisch (abdominal)	S5	31305/ 36305	31506/ 36506	31699	31700	31825/ 36825	
5-666.b2	L	Plastische Rekonstruktion der Tuba uterina: Salpingouterostomie: Endoskopisch (laparoskopisch)	T3	31313/ 36313	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-666.b2	P	Plastische Rekonstruktion der Tuba uterina: Salpingouterostomie: Endoskopisch (laparoskopisch)	T4	31314/ 36314	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	
5-666.b2	R	Plastische Rekonstruktion der Tuba uterina: Salpingouterostomie: Endoskopisch (laparoskopisch)	T3	31313/ 36313	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-666.b3	L	Plastische Rekonstruktion der Tuba uterina: Salpingouterostomie: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch	T4	31314/ 36314	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	
5-666.b3	P	Plastische Rekonstruktion der Tuba uterina: Salpingouterostomie: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch	T5	31315/ 36315	31506/ 36506	31699	31700	31825/ 36825	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-666.b3	R	Plastische Rekonstruktion der Tuba uterina: Salpingouterostomie: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch	T4	31314/ 36314	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	
5-666.b4	L	Plastische Rekonstruktion der Tuba uterina: Salpingouterostomie: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch	S6	31306/ 36306	31507/ 36507	31701	31702	31826/ 36826	
5-666.b4	P	Plastische Rekonstruktion der Tuba uterina: Salpingouterostomie: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch	S7	31307/ 36307	31507/ 36507	31701	31702	31827/ 36827	
5-666.b4	R	Plastische Rekonstruktion der Tuba uterina: Salpingouterostomie: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch	S6	31306/ 36306	31507/ 36507	31701	31702	31826/ 36826	
5-666.80	L	Plastische Rekonstruktion der Tuba uterina: Tubostomie: Offen chirurgisch (abdominal)	S3	31303/ 36303	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-666.80	P	Plastische Rekonstruktion der Tuba uterina: Tubostomie: Offen chirurgisch (abdominal)	S4	31304/ 36304	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	
5-666.80	R	Plastische Rekonstruktion der Tuba uterina: Tubostomie: Offen chirurgisch (abdominal)	S3	31303/ 36303	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-666.82	L	Plastische Rekonstruktion der Tuba uterina: Tubostomie: Endoskopisch (laparoskopisch)	T3	31313/ 36313	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-666.82	P	Plastische Rekonstruktion der Tuba uterina: Tubostomie: Endoskopisch (laparoskopisch)	T4	31314/ 36314	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	
5-666.82	R	Plastische Rekonstruktion der Tuba uterina: Tubostomie: Endoskopisch (laparoskopisch)	T3	31313/ 36313	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-666.83	L	Plastische Rekonstruktion der Tuba uterina: Tubostomie: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch	T4	31314/ 36314	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	
5-666.83	P	Plastische Rekonstruktion der Tuba uterina: Tubostomie: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch	T5	31315/ 36315	31506/ 36506	31699	31700	31825/ 36825	
5-666.83	R	Plastische Rekonstruktion der Tuba uterina: Tubostomie: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch	T4	31314/ 36314	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	
5-666.84	L	Plastische Rekonstruktion der Tuba uterina: Tubostomie: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch	S4	31304/ 36304	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-666.84	P	Plastische Rekonstruktion der Tuba uterina: Tubostomie: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch	S5	31305/ 36305	31506/ 36506	31699	31700	31825/ 36825	
5-666.84	R	Plastische Rekonstruktion der Tuba uterina: Tubostomie: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch	S4	31304/ 36304	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	
5-666.90	L	Plastische Rekonstruktion der Tuba uterina: Fimbrioplastik: Offen chirurgisch (abdominal)	S4	31304/ 36304	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	
5-666.90	P	Plastische Rekonstruktion der Tuba uterina: Fimbrioplastik: Offen chirurgisch (abdominal)	S5	31305/ 36305	31506/ 36506	31699	31700	31825/ 36825	
5-666.90	R	Plastische Rekonstruktion der Tuba uterina: Fimbrioplastik: Offen chirurgisch (abdominal)	S4	31304/ 36304	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	
5-666.92	L	Plastische Rekonstruktion der Tuba uterina: Fimbrioplastik: Endoskopisch (laparoskopisch)	T3	31313/ 36313	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-666.92	P	Plastische Rekonstruktion der Tuba uterina: Fimbrioplastik: Endoskopisch (laparoskopisch)	T4	31314/ 36314	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	
5-666.92	R	Plastische Rekonstruktion der Tuba uterina: Fimbrioplastik: Endoskopisch (laparoskopisch)	T3	31313/ 36313	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-666.93	L	Plastische Rekonstruktion der Tuba uterina: Fimbrioplastik: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch	T4	31314/ 36314	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	
5-666.93	P	Plastische Rekonstruktion der Tuba uterina: Fimbrioplastik: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch	T5	31315/ 36315	31506/ 36506	31699	31700	31825/ 36825	
5-666.93	R	Plastische Rekonstruktion der Tuba uterina: Fimbrioplastik: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch	T4	31314/ 36314	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	
5-666.94	L	Plastische Rekonstruktion der Tuba uterina: Fimbrioplastik: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch	S5	31305/ 36305	31506/ 36506	31699	31700	31825/ 36825	
5-666.94	P	Plastische Rekonstruktion der Tuba uterina: Fimbrioplastik: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch	S6	31306/ 36306	31507/ 36507	31701	31702	31826/ 36826	
5-666.94	R	Plastische Rekonstruktion der Tuba uterina: Fimbrioplastik: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch	S5	31305/ 36305	31506/ 36506	31699	31700	31825/ 36825	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-667.1		Insufflation der Tubae uterinae: Chromopertubation	S2	31302/ 36302	31503/ 36503	31697	31698	31822/ 36822	
5-671.00		Konisation der Cervix uteri: Konisation: Laserexzision	S1	31301/ 36301	31502/ 36502	31695	31696	31821/ 36821	
5-671.01		Konisation der Cervix uteri: Konisation: Schlingenexzision	S1	31301/ 36301	31502/ 36502	31695	31696	31821/ 36821	
5-671.02		Konisation der Cervix uteri: Konisation: Messerkonisation	S1	31301/ 36301	31502/ 36502	31695	31696	31821/ 36821	
5-671.03		Konisation der Cervix uteri: Konisation: Exzision mit elektrischer Nadel/ Messer	S1	31301/ 36301	31502/ 36502	31695	31696	31821/ 36821	
5-671.10		Konisation der Cervix uteri: Rekonisation: Laserexzision	S3	31303/ 36303	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-671.11		Konisation der Cervix uteri: Rekonisation: Schlingenexzision	S3	31303/ 36303	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-671.12		Konisation der Cervix uteri: Rekonisation: Messerkonisation	S3	31303/ 36303	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-671.13		Konisation der Cervix uteri: Rekonisation: Exzision mit elektrischer Nadel/Messer	S3	31303/ 36303	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-672.0		Andere Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Cervix uteri: Exzision	S1	31301/ 36301	31502/ 36502	31695	31696	31821/ 36821	
5-673		Amputation der Cervix uteri	S2	31302/ 36302	31503/ 36503	31697	31698	31822/ 36822	
5-674.0		Rekonstruktion der Cervix uteri in der Gravidität: Cerclage	S1	31301/ 36301	31502/ 36502	31695	31696	31821/ 36821	
5-674.1		Rekonstruktion der Cervix uteri in der Gravidität: Muttermundverschluss	S2	31302/ 36302	31503/ 36503	31697	31698	31822/ 36822	
5-675.0		Andere Rekonstruktion der Cervix uteri: Naht (nach Verletzung)	S2	31302/ 36302	31503/ 36503	31697	31698	31822/ 36822	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-675.1		Andere Rekonstruktion der Cervix uteri: Plastische Rekonstruktion	S2	31302/ 36302	31503/ 36503	31697	31698	31822/ 36822	
5-675.2		Andere Rekonstruktion der Cervix uteri: Portioplastik	S2	31302/ 36302	31503/ 36503	31697	31698	31822/ 36822	
5-681.01		Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus: Exzision von Endometriumsynechien: Hysteroskopisch	S2	31302/ 36302	31503/ 36503	31697	31698	31822/ 36822	
5-681.10		Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus: Exzision eines kongenitalen Septums: Vaginal	S1	31301/ 36301	31502/ 36502	31695	31696	31821/ 36821	
5-681.11		Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus: Exzision eines kongenitalen Septums: Hysteroskopisch ohne Kontrolle	T2	31312/ 36312	31503/ 36503	31697	31698	31822/ 36822	
5-681.12		Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus: Exzision eines kongenitalen Septums: Hysteroskopisch, laparoskopisch assistiert	T2	31312/ 36312	31503/ 36503	31697	31698	31822/ 36822	
5-681.13		Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus: Exzision eines kongenitalen Septums: Hysteroskopisch, sonographisch assistiert	T2	31312/ 36312	31503/ 36503	31697	31698	31822/ 36822	
5-681.31		Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus: Exzision sonstigen erkrankten Gewebes des Uterus: Vaginal, laparoskopisch assistiert	T4	31314/ 36314	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	
5-681.32		Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus: Exzision sonstigen erkrankten Gewebes des Uterus: Endoskopisch (laparoskopisch)	T3	31313/ 36313	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-681.33		Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus: Exzision sonstigen erkrankten Gewebes des Uterus: Hysteroskopisch	T3	31313/ 36313	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-681.36		Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus: Exzision sonstigen erkrankten Gewebes des Uterus: Vaginal	T2	31312/ 36312	31503/ 36503	31697	31698	31822/ 36822	
5-681.50		Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus: Endometriumablation: Ablation durch Rollerball und/oder Schlingenresektion	T2	31312/ 36312	31503/ 36503	31697	31698	31822/ 36822	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-681.51		Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus: Endometriumablation: Laserablation	T2	31312/ 36312	31503/ 36503	31697	31698	31822/ 36822	
5-681.53		Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus: Endometriumablation: Hochfrequenzablation	TT2	31319/ 36319	31503/ 36503	31697	31698	31822/ 36822	
5-681.60		Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus: Destruktion: Elektrokoagulation	T2	31312/ 36312	31503/ 36503	31697	31698	31822/ 36822	
5-681.61		Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus: Destruktion: Laserkoagulation	T2	31312/ 36312	31503/ 36503	31697	31698	31822/ 36822	
5-681.62		Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus: Destruktion: Thermokoagulation	T2	31312/ 36312	31503/ 36503	31697	31698	31822/ 36822	
5-681.63		Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus: Destruktion: Kryokoagulation	T2	31312/ 36312	31503/ 36503	31697	31698	31822/ 36822	
5-681.80		Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus: Entfernung eines oder mehrerer Myome ohne ausgedehnte Naht des Myometriums: Offen chirurgisch (abdominal)	S4	31304/ 36304	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	
5-681.81		Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus: Entfernung eines oder mehrerer Myome ohne ausgedehnte Naht des Myometriums: Vaginal, laparoskopisch assistiert	T4	31314/ 36314	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	
5-681.82		Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus: Entfernung eines oder mehrerer Myome ohne ausgedehnte Naht des Myometriums: Endoskopisch (laparoskopisch)	T3	31313/ 36313	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-681.83		Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus: Entfernung eines oder mehrerer Myome ohne ausgedehnte Naht des Myometriums: Hysteroskopisch	T3	31313/ 36313	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-681.84		Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus: Entfernung eines oder mehrerer Myome ohne ausgedehnte Naht des Myometriums: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch	T4	31314/ 36314	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-681.85		Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus: Entfernung eines oder mehrerer Myome ohne ausgedehnte Naht des Myometriums: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch	S5	31305/ 36305	31506/ 36506	31699	31700	31825/ 36825	
5-681.86		Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus: Entfernung eines oder mehrerer Myome ohne ausgedehnte Naht des Myometriums: Vaginal	T3	31313/ 36313	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-681.90		Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus: Entfernung eines oder mehrerer Myome mit ausgedehnter Naht des Myometriums: Offen chirurgisch (abdominal)	S4	31304/ 36304	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	
5-681.91		Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus: Entfernung eines oder mehrerer Myome mit ausgedehnter Naht des Myometriums: Vaginal, laparoskopisch assistiert	T4	31314/ 36314	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	
5-681.92		Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus: Entfernung eines oder mehrerer Myome mit ausgedehnter Naht des Myometriums: Endoskopisch (laparoskopisch)	T3	31313/ 36313	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-681.93		Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus: Entfernung eines oder mehrerer Myome mit ausgedehnter Naht des Myometriums: Hysteroskopisch	T3	31313/ 36313	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-681.94		Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus: Entfernung eines oder mehrerer Myome mit ausgedehnter Naht des Myometriums: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch	T4	31314/ 36314	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	
5-681.95		Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus: Entfernung eines oder mehrerer Myome mit ausgedehnter Naht des Myometriums: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch	S5	31305/ 36305	31506/ 36506	31699	31700	31825/ 36825	
5-681.96		Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Uterus: Entfernung eines oder mehrerer Myome mit ausgedehnter Naht des Myometriums: Vaginal	T4	31314/ 36314	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	
5-682.00		Subtotale Uterusexstirpation: Suprazervikal: Offen chirurgisch (abdominal)	S4	31304/ 36304	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-682.02		Subtotale Uterusexstirpation: Suprazervikal: Endoskopisch (laparoskopisch)	T4	31314/ 36314	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	
5-682.03		Subtotale Uterusexstirpation: Suprazervikal: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch	T4	31314/ 36314	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	
5-682.04		Subtotale Uterusexstirpation: Suprazervikal: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch	S5	31305/ 36305	31506/ 36506	31699	31700	31825/ 36825	
5-682.10		Subtotale Uterusexstirpation: Supravaginal: Offen chirurgisch (abdominal)	S4	31304/ 36304	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	
5-682.12		Subtotale Uterusexstirpation: Supravaginal: Endoskopisch (laparoskopisch)	T4	31314/ 36314	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	
5-682.13		Subtotale Uterusexstirpation: Supravaginal: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch	T4	31314/ 36314	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	
5-682.14		Subtotale Uterusexstirpation: Supravaginal: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch	S5	31305/ 36305	31506/ 36506	31699	31700	31825/ 36825	
5-682.20		Subtotale Uterusexstirpation: Hemihysterektomie (bei Uterus bicornis): Offen chirurgisch (abdominal)	S5	31305/ 36305	31506/ 36506	31699	31700	31825/ 36825	
5-682.21		Subtotale Uterusexstirpation: Hemihysterektomie (bei Uterus bicornis): Endoskopisch (laparoskopisch)	T4	31314/ 36314	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	
5-682.22		Subtotale Uterusexstirpation: Hemihysterektomie (bei Uterus bicornis): Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch	T4	31314/ 36314	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	
5-683.00		Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Ohne Salpingoovariektomie: Offen chirurgisch (abdominal)	S4	31304/ 36304	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	
5-683.01		Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Ohne Salpingoovariektomie: Vaginal	S4	31304/ 36304	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	
5-683.02		Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Ohne Salpingoovariektomie: Vaginal, laparoskopisch assistiert	T4	31314/ 36314	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	
5-683.03		Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Ohne Salpingoovariektomie: Endoskopisch (laparoskopisch)	T4	31314/ 36314	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-683.04		Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Ohne Salpingoovariektomie: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch	T4	31314/ 36314	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	
5-683.05		Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Ohne Salpingoovariektomie: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch	S5	31305/ 36305	31506/ 36506	31699	31700	31825/ 36825	
5-683.10		Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Mit Salpingoovariektomie, einseitig: Offen chirurgisch (abdominal)	S5	31305/ 36305	31506/ 36506	31699	31700	31825/ 36825	
5-683.11		Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Mit Salpingoovariektomie, einseitig: Vaginal	S5	31305/ 36305	31506/ 36506	31699	31700	31825/ 36825	
5-683.12		Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Mit Salpingoovariektomie, einseitig: Vaginal, laparoskopisch assistiert	T4	31314/ 36314	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	
5-683.13		Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Mit Salpingoovariektomie, einseitig: Endoskopisch (laparoskopisch)	T4	31314/ 36314	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	
5-683.14		Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Mit Salpingoovariektomie, einseitig: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch	T4	31314/ 36314	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	
5-683.15		Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Mit Salpingoovariektomie, einseitig: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch	S6	31306/ 36306	31507/ 36507	31701	31702	31826/ 36826	
5-683.20		Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Mit Salpingoovariektomie, beidseitig: Offen chirurgisch (abdominal)	S5	31305/ 36305	31506/ 36506	31699	31700	31825/ 36825	
5-683.21		Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Mit Salpingoovariektomie, beidseitig: Vaginal	S5	31305/ 36305	31506/ 36506	31699	31700	31825/ 36825	
5-683.22		Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Mit Salpingoovariektomie, beidseitig: Vaginal, laparoskopisch assistiert	T4	31314/ 36314	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	
5-683.23		Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Mit Salpingoovariektomie, beidseitig: Endoskopisch (laparoskopisch)	T4	31314/ 36314	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	
5-683.24		Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Mit Salpingoovariektomie, beidseitig: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch	T4	31314/ 36314	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	
5-683.25		Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Mit Salpingoovariektomie, beidseitig: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch	S6	31306/ 36306	31507/ 36507	31701	31702	31826/ 36826	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-683.5		Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Mit ausgedehnter retroperitonealer Präparation, ohne Salpingoovariektomie	S6	31306/ 36306	31507/ 36507	31701	31702	31826/ 36826	
5-683.6		Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Mit ausgedehnter retroperitonealer Präparation, mit Salpingoovariektomie, einseitig	S6	31306/ 36306	31507/ 36507	31701	31702	31826/ 36826	
5-683.7		Uterusexstirpation [Hysterektomie]: Mit ausgedehnter retroperitonealer Präparation, mit Salpingoovariektomie, beidseitig	S6	31306/ 36306	31507/ 36507	31701	31702	31826/ 36826	
5-684.0		Zervixstumpfexstirpation: Offen chirurgisch (abdominal)	S4	31304/ 36304	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	
5-684.1		Zervixstumpfexstirpation: Vaginal	S3	31303/ 36303	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-684.2		Zervixstumpfexstirpation: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch	S5	31305/ 36305	31506/ 36506	31699	31700	31825/ 36825	
5-685.00		Radikale Uterusexstirpation: Ohne Lymphadenektomie: Offen chirurgisch (abdominal)	S5	31305/ 36305	31506/ 36506	31699	31700	31825/ 36825	
5-685.01		Radikale Uterusexstirpation: Ohne Lymphadenektomie: Vaginal	S5	31305/ 36305	31506/ 36506	31699	31700	31825/ 36825	
5-685.02		Radikale Uterusexstirpation: Ohne Lymphadenektomie: Vaginal, laparoskopisch assistiert	T4	31314/ 36314	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	
5-685.03		Radikale Uterusexstirpation: Ohne Lymphadenektomie: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch	S6	31306/ 36306	31507/ 36507	31701	31702	31826/ 36826	
5-685.1		Radikale Uterusexstirpation: Mit pelviner Lymphadenektomie	S6	31306/ 36306	31507/ 36507	31701	31702	31826/ 36826	
5-685.2		Radikale Uterusexstirpation: Mit paraaortaler Lymphadenektomie	S7	31307/ 36307	31507/ 36507	31701	31702	31827/ 36827	
5-685.3		Radikale Uterusexstirpation: Mit pelviner und paraaortaler Lymphadenektomie	S7	31307/ 36307	31507/ 36507	31701	31702	31827/ 36827	
5-685.40		Radikale Uterusexstirpation: Totale mesometriale Resektion des Uterus [TMMR]: Ohne Lymphadenektomie	S5	31305/ 36305	31506/ 36506	31699	31700	31825/ 36825	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-685.41		Radikale Uterusexstirpation: Totale mesometriale Resektion des Uterus [TMMR]: Mit pelviner Lymphadenektomie	S7	31307/ 36307	31507/ 36507	31701	31702	31827/ 36827	
5-685.42		Radikale Uterusexstirpation: Totale mesometriale Resektion des Uterus [TMMR]: Mit paraaortaler Lymphadenektomie	S7	31307/ 36307	31507/ 36507	31701	31702	31827/ 36827	
5-685.43		Radikale Uterusexstirpation: Totale mesometriale Resektion des Uterus [TMMR]: Mit pelviner und paraaortaler Lymphadenektomie	S7	31307/ 36307	31507/ 36507	31701	31702	31827/ 36827	
5-686.00		Radikale Zervixstumpfexstirpation: Ohne Lymphadenektomie: Offen chirurgisch (abdominal)	S4	31304/ 36304	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	
5-686.01		Radikale Zervixstumpfexstirpation: Ohne Lymphadenektomie: Vaginal	S3	31303/ 36303	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-686.02		Radikale Zervixstumpfexstirpation: Ohne Lymphadenektomie: Vaginal, laparoskopisch assistiert	T2	31312/ 36312	31503/ 36503	31697	31698	31822/ 36822	
5-686.03		Radikale Zervixstumpfexstirpation: Ohne Lymphadenektomie: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch	S5	31305/ 36305	31506/ 36506	31699	31700	31825/ 36825	
5-686.1		Radikale Zervixstumpfexstirpation: Mit pelviner Lymphadenektomie	S6	31306/ 36306	31507/ 36507	31701	31702	31826/ 36826	
5-686.2		Radikale Zervixstumpfexstirpation: Mit paraaortaler Lymphadenektomie	S7	31307/ 36307	31507/ 36507	31701	31702	31827/ 36827	
5-686.3		Radikale Zervixstumpfexstirpation: Mit pelviner und paraaortaler Lymphadenektomie	S7	31307/ 36307	31507/ 36507	31701	31702	31827/ 36827	
5-687.0		Exenteration [Eviszeration] des weiblichen kleinen Beckens: Vordere	S7	31307/ 36307	31507/ 36507	31701	31702	31827/ 36827	
5-687.1		Exenteration [Eviszeration] des weiblichen kleinen Beckens: Hintere	S7	31307/ 36307	31507/ 36507	31701	31702	31827/ 36827	
5-687.2		Exenteration [Eviszeration] des weiblichen kleinen Beckens: Totale	S7	31307/ 36307	31507/ 36507	31701	31702	31827/ 36827	
5-687.3x		Exenteration [Eviszeration] des weiblichen kleinen Beckens: Laterale erweiterte endopelvine Resektion [LEER]: Sonstige	S7	31307/ 36307	31507/ 36507	31701	31702	31827/ 36827	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-687.30		Exenteration [Eviszeration] des weiblichen kleinen Beckens: Laterale erweiterte endopelvine Resektion [LEER]: Abdominal	S7	31307/ 36307	31507/ 36507	31701	31702	31827/ 36827	
5-687.31		Exenteration [Eviszeration] des weiblichen kleinen Beckens: Laterale erweiterte endopelvine Resektion [LEER]: Abdominoperineal	S7	31307/ 36307	31507/ 36507	31701	31702	31827/ 36827	
5-690.0		Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]: Ohne lokale Medikamentenapplikation	S1	31301/ 36301	31502/ 36502	31695	31696	31821/ 36821	
5-690.1		Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]: Mit lokaler Medikamentenapplikation	S1	31301/ 36301	31502/ 36502	31695	31696	31821/ 36821	
5-690.2		Therapeutische Kürettage [Abrasio uteri]: Mit Polypentfernung	S1	31301/ 36301	31502/ 36502	31695	31696	31821/ 36821	
5-691		Entfernung eines intrauterinen Fremdkörpers	S1	31301/ 36301	31502/ 36502	31695	31696	31821/ 36821	
5-692.00	↔	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Parametrien: Exzision: Offen chirurgisch (abdominal)	S2	31302/ 36302	31503/ 36503	31697	31698	31822/ 36822	
5-692.01	↔	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Parametrien: Exzision: Vaginal, laparoskopisch assistiert	T3	31313/ 36313	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-692.02	↔	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Parametrien: Exzision: Endoskopisch (laparoskopisch)	T3	31313/ 36313	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-692.03	↔	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Parametrien: Exzision: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch	T3	31313/ 36313	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-692.04	↔	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Parametrien: Exzision: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch	T3	31313/ 36313	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-692.10	↔	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Parametrien: Destruktion: Offen chirurgisch (abdominal)	S2	31302/ 36302	31503/ 36503	31697	31698	31822/ 36822	
5-692.11	↔	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Parametrien: Destruktion: Vaginal, laparoskopisch assistiert	T3	31313/ 36313	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-692.12	↔	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Parametrien: Destruktion: Endoskopisch (laparoskopisch)	T3	31313/ 36313	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-692.13	↔	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Parametrien: Destruktion: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch	T3	31313/ 36313	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-692.14	↔	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Parametrien: Destruktion: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch	S4	31304/ 36304	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	
5-693	↔	Plastische Rekonstruktion der Parametrien (bei Lagekorrektur des Uterus)	S2	31302/ 36302	31503/ 36503	31697	31698	31822/ 36822	
5-695.00		Rekonstruktion des Uterus: Naht (nach Verletzung): Offen chirurgisch (abdominal)	S3	31303/ 36303	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-695.02		Rekonstruktion des Uterus: Naht (nach Verletzung): Endoskopisch (laparoskopisch)	T2	31312/ 36312	31503/ 36503	31697	31698	31822/ 36822	
5-695.03		Rekonstruktion des Uterus: Naht (nach Verletzung): Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch	T4	31314/ 36314	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	
5-695.04		Rekonstruktion des Uterus: Naht (nach Verletzung): Umsteigen vaginal - offen chirurgisch	S4	31304/ 36304	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	
5-695.10		Rekonstruktion des Uterus: Plastische Rekonstruktion: Offen chirurgisch (abdominal)	S3	31303/ 36303	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-695.11		Rekonstruktion des Uterus: Plastische Rekonstruktion: Vaginal, laparoskopisch assistiert	T3	31313/ 36313	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-695.12		Rekonstruktion des Uterus: Plastische Rekonstruktion: Endoskopisch (laparoskopisch)	T3	31313/ 36313	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-695.13		Rekonstruktion des Uterus: Plastische Rekonstruktion: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch	T3	31313/ 36313	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-695.14		Rekonstruktion des Uterus: Plastische Rekonstruktion: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch	S4	31304/ 36304	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	
5-695.20		Rekonstruktion des Uterus: Verschluss einer Fistel: Offen chirurgisch (abdominal)	S5	31305/ 36305	31506/ 36506	31699	31700	31825/ 36825	
5-695.21		Rekonstruktion des Uterus: Verschluss einer Fistel: Vaginal, laparoskopisch assistiert	T4	31314/ 36314	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-695.22		Rekonstruktion des Uterus: Verschluss einer Fistel: Endoskopisch (laparoskopisch)	T4	31314/ 36314	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	
5-695.23		Rekonstruktion des Uterus: Verschluss einer Fistel: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch	T5	31315/ 36315	31506/ 36506	31699	31700	31825/ 36825	
5-695.24		Rekonstruktion des Uterus: Verschluss einer Fistel: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch	S6	31306/ 36306	31507/ 36507	31701	31702	31826/ 36826	
5-695.31		Rekonstruktion des Uterus: Metroplastik: Vaginal, laparoskopisch assistiert	T3	31313/ 36313	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-695.32		Rekonstruktion des Uterus: Metroplastik: Endoskopisch (laparoskopisch)	T3	31313/ 36313	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-695.33		Rekonstruktion des Uterus: Metroplastik: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch	T3	31313/ 36313	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-701.1		Inzision der Vagina: Adhäsiolyse	S2	31302/ 36302	31503/ 36503	31697	31698	31822/ 36822	
5-702.0		Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vagina und des Douglasraumes: Hymenektomie	S1	31301/ 36301	31502/ 36502	31695	31696	31821/ 36821	
5-702.1		Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vagina und des Douglasraumes: Exzision von erkranktem Gewebe der Vagina	S1	31301/ 36301	31502/ 36502	31695	31696	31821/ 36821	
5-702.2		Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vagina und des Douglasraumes: Exzision von erkranktem Gewebe des Douglasraumes	T2	31312/ 36312	31503/ 36503	31697	31698	31822/ 36822	
5-702.4		Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Vagina und des Douglasraumes: Destruktion von erkranktem Gewebe des Douglasraumes	T2	31312/ 36312	31503/ 36503	31697	31698	31822/ 36822	
5-703.0		Verschluss und (sub-)totale Exstirpation der Vagina: Kolpokleisis	S3	31303/ 36303	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-703.1		Verschluss und (sub-)totale Exstirpation der Vagina: Kolpektomie, subtotal	S3	31303/ 36303	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-703.2		Verschluss und (sub-)totale Exstirpation der Vagina: Kolpektomie, total	S4	31304/ 36304	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	
5-704.00		Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Vorderwandplastik (bei (Urethro-)Zystozele): Ohne alloplastisches Material	S3	31303/ 36303	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-704.01		Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Vorderwandplastik (bei (Urethro-)Zystozele): Mit alloplastischem Material	S3	31303/ 36303	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-704.10		Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Hinterwandplastik (bei Rektozele): Ohne alloplastisches Material	S3	31303/ 36303	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-704.11		Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Hinterwandplastik (bei Rektozele): Mit alloplastischem Material	S3	31303/ 36303	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-704.4a		Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Scheidenstumpffixation: Laparoskopisch, ohne alloplastisches Material, mit medianer Fixation am Promontorium oder im Bereich des Os sacrum	T2	31312/ 36312	31503/ 36503	31697	31698	31822/ 36822	
5-704.4b		Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Scheidenstumpffixation: Laparoskopisch, ohne alloplastisches Material, mit lateraler Fixation an den Ligg. sacrouterina	T2	31312/ 36312	31503/ 36503	31697	31698	31822/ 36822	
5-704.4c		Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Scheidenstumpffixation: Laparoskopisch, mit alloplastischem Material, mit medianer Fixation am Promontorium oder im Bereich des Os sacrum	T2	31312/ 36312	31503/ 36503	31697	31698	31822/ 36822	
5-704.4d		Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Scheidenstumpffixation: Laparoskopisch, mit alloplastischem Material, mit lateraler Fixation an den Ligg. sacrouterina	T2	31312/ 36312	31503/ 36503	31697	31698	31822/ 36822	
5-704.4e		Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Scheidenstumpffixation: Vaginal, ohne alloplastisches Material, mit Fixation an den Ligg. sacrouterina	S4	31304/ 36304	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	
5-704.4f		Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Scheidenstumpffixation: Vaginal, ohne alloplastisches Material, mit Fixation am Lig. sacrospinale oder Lig. sacrotuberale	S4	31304/ 36304	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-704.4g		Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Scheidenstumpffixation: Vaginal, mit alloplastischem Material	S4	31304/ 36304	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	
5-704.4h		Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Scheidenstumpffixation: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch, ohne alloplastisches Material	T3	31313/ 36313	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-704.4j		Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Scheidenstumpffixation: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch, ohne alloplastisches Material	S5	31305/ 36305	31506/ 36506	31699	31700	31825/ 36825	
5-704.4k		Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Scheidenstumpffixation: Umsteigen vaginal - laparoskopisch, ohne alloplastisches Material	T4	31314/ 36314	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	
5-704.4m		Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Scheidenstumpffixation: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch, mit alloplastischem Material	T3	31313/ 36313	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-704.4n		Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Scheidenstumpffixation: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch, mit alloplastischem Material	S5	31305/ 36305	31506/ 36506	31699	31700	31825/ 36825	
5-704.4p		Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Scheidenstumpffixation: Umsteigen vaginal - laparoskopisch, mit alloplastischem Material	T4	31314/ 36314	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	
5-704.4q		Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Scheidenstumpffixation: Offen chirurgisch (abdominal), mit alloplastischem Material, mit beidseitiger Fixation am Lig. pectineale, ohne tiefe Netzeinlage	S4	31304/ 36304	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	
5-704.4r		Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Scheidenstumpffixation: Offen chirurgisch (abdominal), mit alloplastischem Material, mit beidseitiger Fixation am Lig. pectineale, mit tiefer Netzeinlage	S4	31304/ 36304	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-704.4s		Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Scheidenstumpffixation: Laparoskopisch, mit alloplastischem Material, mit beidseitiger Fixation am Lig. pectineale, ohne tiefe Netzeinlage	T2	31312/ 36312	31503/ 36503	31697	31698	31822/ 36822	
5-704.4t		Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Scheidenstumpffixation: Laparoskopisch, mit alloplastischem Material, mit beidseitiger Fixation am Lig. pectineale, mit tiefer Netzeinlage	T3	31313/ 36313	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-704.4u		Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Scheidenstumpffixation: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch, mit alloplastischem Material, mit beidseitiger Fixation am Lig. pectineale, ohne tiefe Netzeinlage	T4	31314/ 36314	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	
5-704.4v		Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Scheidenstumpffixation: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch, mit alloplastischem Material, mit beidseitiger Fixation am Lig. pectineale, mit tiefer Netzeinlage	T4	31314/ 36314	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	
5-704.46		Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Scheidenstumpffixation: Offen chirurgisch (abdominal), ohne alloplastisches Material, mit medianer Fixation am Promontorium oder im Bereich des Os sacrum	S4	31304/ 36304	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	
5-704.47		Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Scheidenstumpffixation: Offen chirurgisch (abdominal), ohne alloplastisches Material, mit lateraler Fixation an den Ligg. sacrouterina	S4	31304/ 36304	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	
5-704.48		Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Scheidenstumpffixation: Offen chirurgisch (abdominal), mit alloplastischem Material, mit medianer Fixation am Promontorium oder im Bereich des Os sacrum	S4	31304/ 36304	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	
5-704.49		Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Scheidenstumpffixation: Offen chirurgisch (abdominal), mit alloplastischem Material, mit lateraler Fixation an den Ligg. sacrouterina	S4	31304/ 36304	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-704.5a		Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Zervixstumpffixation: Laparoskopisch, ohne alloplastisches Material, mit medianer Fixation am Promontorium oder im Bereich des Os sacrum	T3	31313/ 36313	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-704.5b		Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Zervixstumpffixation: Laparoskopisch, ohne alloplastisches Material, mit lateraler Fixation an den Ligg. sacrouterina	T3	31313/ 36313	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-704.5c		Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Zervixstumpffixation: Laparoskopisch, mit alloplastischem Material, mit medianer Fixation am Promontorium oder im Bereich des Os sacrum	T3	31313/ 36313	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-704.5d		Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Zervixstumpffixation: Laparoskopisch, mit alloplastischem Material, mit lateraler Fixation an den Ligg. sacrouterina	T3	31313/ 36313	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-704.5e		Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Zervixstumpffixation: Vaginal, ohne alloplastisches Material, mit Fixation an den Ligg. sacrouterina	S4	31304/ 36304	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	
5-704.5f		Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Zervixstumpffixation: Vaginal, ohne alloplastisches Material, mit Fixation am Lig. sacrospinale oder Lig. sacrotuberale	S4	31304/ 36304	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	
5-704.5g		Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Zervixstumpffixation: Vaginal, mit alloplastischem Material	S4	31304/ 36304	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	
5-704.5h		Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Zervixstumpffixation: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch, ohne alloplastisches Material	T4	31314/ 36314	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	
5-704.5j		Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Zervixstumpffixation: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch, ohne alloplastisches Material	S5	31305/ 36305	31506/ 36506	31699	31700	31825/ 36825	
5-704.5k		Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Zervixstumpffixation: Umsteigen vaginal - laparoskopisch, ohne alloplastisches Material	T4	31314/ 36314	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	
5-704.5m		Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Zervixstumpffixation: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch, mit alloplastischem Material	T4	31314/ 36314	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-704.5n		Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Zervixstumpffixation: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch, mit alloplastischem Material	S5	31305/ 36305	31506/ 36506	31699	31700	31825/ 36825	
5-704.5p		Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Zervixstumpffixation: Umsteigen vaginal - laparoskopisch, mit alloplastischem Material	T4	31314/ 36314	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	
5-704.5q		Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Zervixstumpffixation: Offen chirurgisch (abdominal), mit alloplastischem Material, mit beidseitiger Fixation am Lig. pectineale, ohne tiefe Netzeinlage	S4	31304/ 36304	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	
5-704.5r		Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Zervixstumpffixation: Offen chirurgisch (abdominal), mit alloplastischem Material, mit beidseitiger Fixation am Lig. pectineale, mit tiefer Netzeinlage	S5	31305/ 36305	31506/ 36506	31699	31700	31825/ 36825	
5-704.5s		Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Zervixstumpffixation: Laparoskopisch, mit alloplastischem Material, mit beidseitiger Fixation am Lig. pectineale, ohne tiefe Netzeinlage	T3	31313/ 36313	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-704.5t		Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Zervixstumpffixation: Laparoskopisch, mit alloplastischem Material, mit beidseitiger Fixation am Lig. pectineale, mit tiefer Netzeinlage	T4	31314/ 36314	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	
5-704.5u		Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Zervixstumpffixation: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch, mit alloplastischem Material, mit beidseitiger Fixation am Lig. pectineale, ohne tiefe Netzeinlage	T4	31314/ 36314	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	
5-704.5v		Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Zervixstumpffixation: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch, mit alloplastischem Material, mit beidseitiger Fixation am Lig. pectineale, mit tiefer Netzeinlage	T5	31315/ 36315	31506/ 36506	31699	31700	31825/ 36825	
5-704.56		Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Zervixstumpffixation: Offen chirurgisch (abdominal), ohne alloplastisches Material, mit medianer Fixation am Promontorium oder im Bereich des Os sacrum	S4	31304/ 36304	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	
5-704.57		Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Zervixstumpffixation: Offen chirurgisch (abdominal), ohne alloplastisches Material, mit lateraler Fixation an den Ligg. sacrouterina	S4	31304/ 36304	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-704.58		Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Zervixstumpffixation: Offen chirurgisch (abdominal), mit alloplastischem Material, mit medianer Fixation am Promontorium oder im Bereich des Os sacrum	S4	31304/ 36304	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	
5-704.59		Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Zervixstumpffixation: Offen chirurgisch (abdominal), mit alloplastischem Material, mit lateraler Fixation an den Ligg. sacrouterina	S4	31304/ 36304	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	
5-704.6a		Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Uterusfixation: Vaginal, mit alloplastischem Material	S4	31304/ 36304	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	
5-704.6b		Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Uterusfixation: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch, ohne alloplastisches Material	T4	31314/ 36314	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	
5-704.6c		Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Uterusfixation: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch, ohne alloplastisches Material	S5	31305/ 36305	31506/ 36506	31699	31700	31825/ 36825	
5-704.6d		Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Uterusfixation: Umsteigen vaginal - laparoskopisch, ohne alloplastisches Material	T4	31314/ 36314	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	
5-704.6e		Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Uterusfixation: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch, mit alloplastischem Material	T4	31314/ 36314	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	
5-704.6f		Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Uterusfixation: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch, mit alloplastischem Material	S5	31305/ 36305	31506/ 36506	31699	31700	31825/ 36825	
5-704.6g		Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Uterusfixation: Umsteigen vaginal - laparoskopisch, mit alloplastischem Material	T4	31314/ 36314	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	
5-704.6h		Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Uterusfixation: Offen chirurgisch (abdominal), mit alloplastischem Material, mit beidseitiger Fixation am Lig. pectineale, ohne tiefe Netzeinlage	S4	31304/ 36304	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	
5-704.6j		Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Uterusfixation: Offen chirurgisch (abdominal), mit alloplastischem Material, mit beidseitiger Fixation am Lig. pectineale, mit tiefer Netzeinlage	S5	31305/ 36305	31506/ 36506	31699	31700	31825/ 36825	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-704.6k		Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Uterusfixation: Laparoskopisch, mit alloplastischem Material, mit beidseitiger Fixation am Lig. pectineale, ohne tiefe Netzeinlage	T3	31313/ 36313	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-704.6m		Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Uterusfixation: Laparoskopisch, mit alloplastischem Material, mit beidseitiger Fixation am Lig. pectineale, mit tiefer Netzeinlage	T4	31314/ 36314	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	
5-704.6n		Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Uterusfixation: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch, mit alloplastischem Material, mit beidseitiger Fixation am Lig. pectineale, ohne tiefe Netzeinlage	T4	31314/ 36314	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	
5-704.6p		Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Uterusfixation: Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch, mit alloplastischem Material, mit beidseitiger Fixation am Lig. pectineale, mit tiefer Netzeinlage	T5	31315/ 36315	31506/ 36506	31699	31700	31825/ 36825	
5-704.60		Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Uterusfixation: Offen chirurgisch (abdominal), ohne alloplastisches Material, mit medianer Fixation am Promontorium oder im Bereich des Os sacrum	S4	31304/ 36304	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	
5-704.61		Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Uterusfixation: Offen chirurgisch (abdominal), ohne alloplastisches Material, mit lateraler Fixation an den Ligg. sacrouterina	S4	31304/ 36304	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	
5-704.62		Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Uterusfixation: Offen chirurgisch (abdominal), mit alloplastischem Material, mit medianer Fixation am Promontorium oder im Bereich des Os sacrum	S4	31304/ 36304	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	
5-704.63		Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Uterusfixation: Offen chirurgisch (abdominal), mit alloplastischem Material, mit lateraler Fixation an den Ligg. sacrouterina	S4	31304/ 36304	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	
5-704.64		Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Uterusfixation: Laparoskopisch, ohne alloplastisches Material, mit medianer Fixation am Promontorium oder im Bereich des Os sacrum	T3	31313/ 36313	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-704.65		Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Uterusfixation: Laparoskopisch, ohne alloplastisches Material, mit lateraler Fixation an den Ligg. sacrouterina	T3	31313/ 36313	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-704.66		Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Uterusfixation: Laparoskopisch, mit alloplastischem Material, mit medianer Fixation am Promontorium oder im Bereich des Os sacrum	T3	31313/ 36313	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-704.67		Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Uterusfixation: Laparoskopisch, mit alloplastischem Material, mit lateraler Fixation an den Ligg. sacrouterina	T3	31313/ 36313	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-704.68		Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Uterusfixation: Vaginal, ohne alloplastisches Material, mit Fixation an den Ligg. sacrouterina	S4	31304/ 36304	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	
5-704.69		Vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik: Uterusfixation: Vaginal, ohne alloplastisches Material, mit Fixation am Lig. sacrospinale oder Lig. sacrotuberale	S4	31304/ 36304	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	
5-705.0		Konstruktion und Rekonstruktion der Vagina: Mit freiem Hauttransplantat	S7	31307/ 36307	31507/ 36507	31701	31702	31827/ 36827	
5-705.1		Konstruktion und Rekonstruktion der Vagina: Mit Darmtransplantat	S7	31307/ 36307	31507/ 36507	31701	31702	31827/ 36827	
5-705.2		Konstruktion und Rekonstruktion der Vagina: Mit myokutanem Transpositionslappen	S7	31307/ 36307	31507/ 36507	31701	31702	31827/ 36827	
5-705.3		Konstruktion und Rekonstruktion der Vagina: Mit Peritoneum	S7	31307/ 36307	31507/ 36507	31701	31702	31827/ 36827	
5-705.4		Konstruktion und Rekonstruktion der Vagina: Mit Dura	S7	31307/ 36307	31507/ 36507	31701	31702	31827/ 36827	
5-705.5		Konstruktion und Rekonstruktion der Vagina: Nach Vecchetti	S7	31307/ 36307	31507/ 36507	31701	31702	31827/ 36827	
5-705.7		Konstruktion und Rekonstruktion der Vagina: Eröffnungsplastik (bei Gynatresie)	S2	31302/ 36302	31503/ 36503	31697	31698	31822/ 36822	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-706.0		Andere plastische Rekonstruktion der Vagina: Naht (nach Verletzung)	S1	31301/ 36301	31502/ 36502	31695	31696	31821/ 36821	
5-706.20		Andere plastische Rekonstruktion der Vagina: Verschluss einer rekto(kolo-)vaginalen Fistel: Offen chirurgisch (abdominal)	S7	31307/ 36307	31507/ 36507	31701	31702	31827/ 36827	
5-706.21		Andere plastische Rekonstruktion der Vagina: Verschluss einer rekto(kolo-)vaginalen Fistel: Vaginal	S7	31307/ 36307	31507/ 36507	31701	31702	31827/ 36827	
5-706.22		Andere plastische Rekonstruktion der Vagina: Verschluss einer rekto(kolo-)vaginalen Fistel: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch	S7	31307/ 36307	31507/ 36507	31701	31702	31827/ 36827	
5-706.30		Andere plastische Rekonstruktion der Vagina: Verschluss einer ureterovaginalen Fistel: Offen chirurgisch (abdominal)	S7	31307/ 36307	31507/ 36507	31701	31702	31827/ 36827	
5-706.31		Andere plastische Rekonstruktion der Vagina: Verschluss einer ureterovaginalen Fistel: Vaginal	S7	31307/ 36307	31507/ 36507	31701	31702	31827/ 36827	
5-706.32		Andere plastische Rekonstruktion der Vagina: Verschluss einer ureterovaginalen Fistel: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch	S7	31307/ 36307	31507/ 36507	31701	31702	31827/ 36827	
5-706.40		Andere plastische Rekonstruktion der Vagina: Verschluss einer vesikovaginalen Fistel: Offen chirurgisch (abdominal)	Q7	31277/ 36277	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-706.41		Andere plastische Rekonstruktion der Vagina: Verschluss einer vesikovaginalen Fistel: Vaginal	Q5	31275/ 36275	31506/ 36506	31610	31611	31825/ 36825	
5-706.42		Andere plastische Rekonstruktion der Vagina: Verschluss einer vesikovaginalen Fistel: Transvesikal	Q7	31277/ 36277	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-706.43		Andere plastische Rekonstruktion der Vagina: Verschluss einer vesikovaginalen Fistel: Laparoskopisch	Q7	31277/ 36277	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-706.50		Andere plastische Rekonstruktion der Vagina: Verschluss einer urethrovaginalen Fistel: Offen chirurgisch (abdominal)	S7	31307/ 36307	31507/ 36507	31701	31702	31827/ 36827	
5-706.51		Andere plastische Rekonstruktion der Vagina: Verschluss einer urethrovaginalen Fistel: Vaginal	S7	31307/ 36307	31507/ 36507	31701	31702	31827/ 36827	
5-706.52		Andere plastische Rekonstruktion der Vagina: Verschluss einer urethrovaginalen Fistel: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch	S7	31307/ 36307	31507/ 36507	31701	31702	31827/ 36827	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-707.1		Plastische Rekonstruktion des kleinen Beckens und des Douglasraumes: Douglasplastik	S5	31305/ 36305	31506/ 36506	31699	31700	31825/ 36825	
5-707.20		Plastische Rekonstruktion des kleinen Beckens und des Douglasraumes: Enterozelenplastik ohne alloplastisches Material: Offen chirurgisch (abdominal)	S5	31305/ 36305	31506/ 36506	31699	31700	31825/ 36825	
5-707.21		Plastische Rekonstruktion des kleinen Beckens und des Douglasraumes: Enterozelenplastik ohne alloplastisches Material: Vaginal	S5	31305/ 36305	31506/ 36506	31699	31700	31825/ 36825	
5-707.22		Plastische Rekonstruktion des kleinen Beckens und des Douglasraumes: Enterozelenplastik ohne alloplastisches Material: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch	S6	31306/ 36306	31507/ 36507	31701	31702	31826/ 36826	
5-707.30		Plastische Rekonstruktion des kleinen Beckens und des Douglasraumes: Enterozelenplastik mit alloplastischem Material: Offen chirurgisch (abdominal)	S5	31305/ 36305	31506/ 36506	31699	31700	31825/ 36825	
5-707.31		Plastische Rekonstruktion des kleinen Beckens und des Douglasraumes: Enterozelenplastik mit alloplastischem Material: Vaginal	S5	31305/ 36305	31506/ 36506	31699	31700	31825/ 36825	
5-707.32		Plastische Rekonstruktion des kleinen Beckens und des Douglasraumes: Enterozelenplastik mit alloplastischem Material: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch	S6	31306/ 36306	31507/ 36507	31701	31702	31826/ 36826	
5-711.1	↔	Operationen an der Bartholin-Drüse (Zyste): Marsupialisation	S1	31301/ 36301	31502/ 36502	31695	31696	31821/ 36821	
5-711.2	↔	Operationen an der Bartholin-Drüse (Zyste): Exzision	S2	31302/ 36302	31503/ 36503	31697	31698	31822/ 36822	
5-713.0		Operationen an der Klitoris: Teilresektion	S2	31302/ 36302	31503/ 36503	31697	31698	31822/ 36822	
5-713.1		Operationen an der Klitoris: Klitoridektomie	S3	31303/ 36303	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-713.2		Operationen an der Klitoris: Plastische Rekonstruktion	S4	31304/ 36304	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	
5-714.40		Vulvektomie: Partiell: Mit Entfernung von einem Viertel bis weniger als der Hälfte der Vulva (90 Grad bis weniger als 180 Grad)	S3	31303/ 36303	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-714.41		Vulvektomie: Partiell: Mit Entfernung von mindestens der Hälfte der Vulva (180 oder mehr Grad)	S4	31304/ 36304	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	
5-714.5		Vulvektomie: Total	S5	31305/ 36305	31506/ 36506	31699	31700	31825/ 36825	
5-714.60		Vulvektomie: En bloc, mit inguinaler und femoraler Lymphadenektomie: Ohne Entfernung der Haut der Inguinalfalte	S5	31305/ 36305	31506/ 36506	31699	31700	31825/ 36825	
5-714.61		Vulvektomie: En bloc, mit inguinaler und femoraler Lymphadenektomie: Mit Entfernung der Haut der Inguinalfalte	S6	31306/ 36306	31507/ 36507	31701	31702	31826/ 36826	
5-716.0		Konstruktion und Rekonstruktion der Vulva (und des Perineums): Naht (nach Verletzung)	S2	31302/ 36302	31503/ 36503	31697	31698	31822/ 36822	
5-716.1		Konstruktion und Rekonstruktion der Vulva (und des Perineums): Plastische Rekonstruktion	S3	31303/ 36303	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-716.3		Konstruktion und Rekonstruktion der Vulva (und des Perineums): Erweiterungsplastik des Introitus vaginae	S3	31303/ 36303	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-716.5		Konstruktion und Rekonstruktion der Vulva (und des Perineums): Fistelverschluss	S3	31303/ 36303	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-718.0		Andere Operationen an der Vulva: Adhäsiolyse der Labien	S1	31301/ 36301	31502/ 36502	31695	31696	31821/ 36821	

2.20 Geburtshilfliche Operationen

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-743.0		Entfernung eines intraperitonealen Embryos: Offen chirurgisch	S4	31304/ 36304	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	
5-743.1		Entfernung eines intraperitonealen Embryos: Laparoskopisch	T2	31312/ 36312	31503/ 36503	31697	31698	31822/ 36822	
5-743.2		Entfernung eines intraperitonealen Embryos: Umsteigen von laparoskopischem auf offen chirurgisches Vorgehen	T3	31313/ 36313	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-743.3		Entfernung eines intraperitonealen Embryos: Über Kuldoskopie	S4	31304/ 36304	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	
5-744.00	↔	Operationen bei Extrauteringravidität: Salpingotomie: Offen chirurgisch (abdominal)	S3	31303/ 36303	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-744.01	↔	Operationen bei Extrauteringravidität: Salpingotomie: Vaginal, laparoskopisch assistiert	T2	31312/ 36312	31503/ 36503	31697	31698	31822/ 36822	
5-744.02	↔	Operationen bei Extrauteringravidität: Salpingotomie: Endoskopisch (laparoskopisch)	T2	31312/ 36312	31503/ 36503	31697	31698	31822/ 36822	
5-744.03	↔	Operationen bei Extrauteringravidität: Salpingotomie: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch	T3	31313/ 36313	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-744.04	↔	Operationen bei Extrauteringravidität: Salpingotomie: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch	S4	31304/ 36304	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	
5-744.10	↔	Operationen bei Extrauteringravidität: Salpingotomie mit Rekonstruktion: Offen chirurgisch (abdominal)	S4	31304/ 36304	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	
5-744.11	↔	Operationen bei Extrauteringravidität: Salpingotomie mit Rekonstruktion: Vaginal, laparoskopisch assistiert	T3	31313/ 36313	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-744.12	↔	Operationen bei Extrauteringravidität: Salpingotomie mit Rekonstruktion: Endoskopisch (laparoskopisch)	T3	31313/ 36313	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-744.13	↔	Operationen bei Extrauteringravidität: Salpingotomie mit Rekonstruktion: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch	T4	31314/ 36314	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-744.14	↔	Operationen bei Extrauteringravidität: Salpingotomie mit Rekonstruktion: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch	S5	31305/ 36305	31506/ 36506	31699	31700	31825/ 36825	
5-744.20	↔	Operationen bei Extrauteringravidität: Partielle Salpingektomie: Offen chirurgisch (abdominal)	S4	31304/ 36304	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	
5-744.21	↔	Operationen bei Extrauteringravidität: Partielle Salpingektomie: Vaginal, laparoskopisch assistiert	T3	31313/ 36313	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-744.22	↔	Operationen bei Extrauteringravidität: Partielle Salpingektomie: Endoskopisch (laparoskopisch)	T3	31313/ 36313	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-744.23	↔	Operationen bei Extrauteringravidität: Partielle Salpingektomie: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch	T4	31314/ 36314	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	
5-744.24	↔	Operationen bei Extrauteringravidität: Partielle Salpingektomie: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch	S5	31305/ 36305	31506/ 36506	31699	31700	31825/ 36825	
5-744.30	↔	Operationen bei Extrauteringravidität: Partielle Salpingektomie mit Rekonstruktion: Offen chirurgisch (abdominal)	S5	31305/ 36305	31506/ 36506	31699	31700	31825/ 36825	
5-744.31	↔	Operationen bei Extrauteringravidität: Partielle Salpingektomie mit Rekonstruktion: Vaginal, laparoskopisch assistiert	T3	31313/ 36313	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-744.32	↔	Operationen bei Extrauteringravidität: Partielle Salpingektomie mit Rekonstruktion: Endoskopisch (laparoskopisch)	T3	31313/ 36313	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-744.33	↔	Operationen bei Extrauteringravidität: Partielle Salpingektomie mit Rekonstruktion: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch	T4	31314/ 36314	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	
5-744.34	↔	Operationen bei Extrauteringravidität: Partielle Salpingektomie mit Rekonstruktion: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch	S5	31305/ 36305	31506/ 36506	31699	31700	31825/ 36825	
5-744.40	↔	Operationen bei Extrauteringravidität: Totale Salpingektomie: Offen chirurgisch (abdominal)	S3	31303/ 36303	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-744.41	↔	Operationen bei Extrauteringravidität: Totale Salpingektomie: Vaginal, laparoskopisch assistiert	T3	31313/ 36313	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-744.42	↔	Operationen bei Extrauteringravidität: Totale Salpingektomie: Endoskopisch (laparoskopisch)	T3	31313/ 36313	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-744.43	↔	Operationen bei Extrauteringravidität: Totale Salpingektomie: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch	T4	31314/ 36314	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	
5-744.44	↔	Operationen bei Extrauteringravidität: Totale Salpingektomie: Umsteigen vaginal - offen chirurgisch	S4	31304/ 36304	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	
5-744.51	↔	Operationen bei Extrauteringravidität: Behandlung lokal medikamentös bei Tubargravidität: Vaginal, laparoskopisch assistiert	T2	31312/ 36312	31503/ 36503	31697	31698	31822/ 36822	
5-744.52	↔	Operationen bei Extrauteringravidität: Behandlung lokal medikamentös bei Tubargravidität: Endoskopisch (laparoskopisch)	T2	31312/ 36312	31503/ 36503	31697	31698	31822/ 36822	
5-744.53	↔	Operationen bei Extrauteringravidität: Behandlung lokal medikamentös bei Tubargravidität: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch	T3	31313/ 36313	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-757		Uterusexstirpation, geburtshilflich	S5	31305/ 36305	31506/ 36506	31699	31700	31825/ 36825	
5-758.1		Rekonstruktion weiblicher Genitalorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]: Uterus	S5	31305/ 36305	31506/ 36506	31699	31700	31825/ 36825	
5-758.2		Rekonstruktion weiblicher Genitalorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]: Vagina	S2	31302/ 36302	31503/ 36503	31697	31698	31822/ 36822	
5-758.3		Rekonstruktion weiblicher Genitalorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]: Naht an der Haut von Perineum und Vulva	S2	31302/ 36302	31503/ 36503	31697	31698	31822/ 36822	
5-758.4		Rekonstruktion weiblicher Genitalorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]: Naht an Haut und Muskulatur von Perineum und Vulva	S3	31303/ 36303	31505/ 36505	31697	31698	31823/ 36823	
5-758.5		Rekonstruktion weiblicher Genitalorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]: Naht an Haut und Muskulatur von Perineum und Vulva und Naht des Sphincter ani	S4	31304/ 36304	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	
5-758.6		Rekonstruktion weiblicher Genitalorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]: Naht an Haut und Muskulatur von Perineum und Vulva, Naht des Sphincter ani und Naht am Rektum	S4	31304/ 36304	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824	
5-758.7		Rekonstruktion weiblicher Genitalorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]: Rekonstruktion von Blase und Urethra	S7	31307/ 36307	31507/ 36507	31701	31702	31827/ 36827	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-758.8		Rekonstruktion weiblicher Genitalorgane nach Ruptur, post partum [Dammriss]: Rekonstruktion von Rektum und Sphincter ani	S7	31307/ 36307	31507/ 36507	31701	31702	31827/ 36827	

2.21 Operationen an Kiefer- und Gesichtsschädelknochen

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-760.0	↔	Reposition einer lateralen Mittelgesichtsfraktur: Jochbeinkörper, geschlossen	M1	31221/ 36221	31502/ 36502	31643	31644	31821/ 36821	
5-760.10	↔	Reposition einer lateralen Mittelgesichtsfraktur: Jochbeinkörper, offen, Einfachfraktur: Externe Fixation	M2	31222/ 36222	31503/ 36503	31643	31644	31822/ 36822	
5-760.11	↔	Reposition einer lateralen Mittelgesichtsfraktur: Jochbeinkörper, offen, Einfachfraktur: Osteosynthese durch Draht	M2	31222/ 36222	31503/ 36503	31643	31644	31822/ 36822	
5-760.13	↔	Reposition einer lateralen Mittelgesichtsfraktur: Jochbeinkörper, offen, Einfachfraktur: Osteosynthese durch Platte	M3	31223/ 36223	31504/ 36504	31645	31646	31823/ 36823	
5-760.14	↔	Reposition einer lateralen Mittelgesichtsfraktur: Jochbeinkörper, offen, Einfachfraktur: Osteosynthese durch Materialkombinationen	M3	31223/ 36223	31504/ 36504	31645	31646	31823/ 36823	
5-760.20	↔	Reposition einer lateralen Mittelgesichtsfraktur: Jochbeinkörper, offen, Mehrfachfraktur: Externe Fixation	M2	31222/ 36222	31503/ 36503	31643	31644	31822/ 36822	
5-760.21	↔	Reposition einer lateralen Mittelgesichtsfraktur: Jochbeinkörper, offen, Mehrfachfraktur: Osteosynthese durch Draht	M3	31223/ 36223	31504/ 36504	31645	31646	31823/ 36823	
5-760.23	↔	Reposition einer lateralen Mittelgesichtsfraktur: Jochbeinkörper, offen, Mehrfachfraktur: Osteosynthese durch Platte	M4	31224/ 36224	31504/ 36504	31647	31648	31824/ 36824	
5-760.24	↔	Reposition einer lateralen Mittelgesichtsfraktur: Jochbeinkörper, offen, Mehrfachfraktur: Osteosynthese durch Materialkombinationen	M4	31224/ 36224	31504/ 36504	31647	31648	31824/ 36824	
5-760.3	↔	Reposition einer lateralen Mittelgesichtsfraktur: Jochbogen, geschlossen	M1	31221/ 36221	31502/ 36502	31643	31644	31821/ 36821	
5-760.40	↔	Reposition einer lateralen Mittelgesichtsfraktur: Jochbogen, offen: Externe Fixation	M2	31222/ 36222	31503/ 36503	31643	31644	31822/ 36822	
5-760.41	↔	Reposition einer lateralen Mittelgesichtsfraktur: Jochbogen, offen: Osteosynthese durch Draht	M3	31223/ 36223	31504/ 36504	31645	31646	31823/ 36823	
5-760.42	↔	Reposition einer lateralen Mittelgesichtsfraktur: Jochbogen, offen: Osteosynthese durch Schraube	M3	31223/ 36223	31504/ 36504	31645	31646	31823/ 36823	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-760.43	↔	Reposition einer lateralen Mittelgesichtsfraktur: Jochbogen, offen: Osteosynthese durch Platte	M4	31224/ 36224	31504/ 36504	31647	31648	31824/ 36824	
5-760.44	↔	Reposition einer lateralen Mittelgesichtsfraktur: Jochbogen, offen: Osteosynthese durch Materialkombinationen	M4	31224/ 36224	31504/ 36504	31647	31648	31824/ 36824	
5-760.5	↔	Reposition einer lateralen Mittelgesichtsfraktur: Jochbeinkörper und Jochbogen, geschlossen	M1	31221/ 36221	31502/ 36502	31643	31644	31821/ 36821	
5-760.60	↔	Reposition einer lateralen Mittelgesichtsfraktur: Jochbeinkörper und Jochbogen, offen: Externe Fixation	M2	31222/ 36222	31503/ 36503	31643	31644	31822/ 36822	
5-760.61	↔	Reposition einer lateralen Mittelgesichtsfraktur: Jochbeinkörper und Jochbogen, offen: Osteosynthese durch Draht	M5	31225/ 36225	31505/ 36505	31647	31648	31825/ 36825	
5-760.62	↔	Reposition einer lateralen Mittelgesichtsfraktur: Jochbeinkörper und Jochbogen, offen: Osteosynthese durch Schraube	M5	31225/ 36225	31505/ 36505	31647	31648	31825/ 36825	
5-760.63	↔	Reposition einer lateralen Mittelgesichtsfraktur: Jochbeinkörper und Jochbogen, offen: Osteosynthese durch Platte	M5	31225/ 36225	31505/ 36505	31647	31648	31825/ 36825	
5-760.64	↔	Reposition einer lateralen Mittelgesichtsfraktur: Jochbeinkörper und Jochbogen, offen: Osteosynthese durch Materialkombinationen	M5	31225/ 36225	31505/ 36505	31647	31648	31825/ 36825	
5-761.10		Reposition einer zentralen Mittelgesichtsfraktur: Maxilla, offen: Externe Fixation	M4	31224/ 36224	31504/ 36504	31647	31648	31824/ 36824	
5-761.11		Reposition einer zentralen Mittelgesichtsfraktur: Maxilla, offen: Osteosynthese durch Draht	M4	31224/ 36224	31504/ 36504	31647	31648	31824/ 36824	
5-761.13		Reposition einer zentralen Mittelgesichtsfraktur: Maxilla, offen: Osteosynthese durch Platte	M4	31224/ 36224	31504/ 36504	31647	31648	31824/ 36824	
5-761.14		Reposition einer zentralen Mittelgesichtsfraktur: Maxilla, offen: Osteosynthese durch Materialkombinationen	M4	31224/ 36224	31504/ 36504	31647	31648	31824/ 36824	
5-761.30		Reposition einer zentralen Mittelgesichtsfraktur: Processus alveolaris maxillae, offen: Externe Fixation	M4	31224/ 36224	31504/ 36504	31647	31648	31824/ 36824	
5-761.31		Reposition einer zentralen Mittelgesichtsfraktur: Processus alveolaris maxillae, offen: Osteosynthese durch Draht	M3	31223/ 36223	31504/ 36504	31645	31646	31823/ 36823	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-761.33		Reposition einer zentralen Mittelgesichtsfraktur: Processus alveolaris maxillae, offen: Osteosynthese durch Platte	M4	31224/ 36224	31504/ 36504	31647	31648	31824/ 36824	
5-761.34		Reposition einer zentralen Mittelgesichtsfraktur: Processus alveolaris maxillae, offen: Osteosynthese durch Materialkombinationen	M4	31224/ 36224	31504/ 36504	31647	31648	31824/ 36824	
5-761.40		Reposition einer zentralen Mittelgesichtsfraktur: Nasoethmoidal, offen: Externe Fixation	M4	31224/ 36224	31504/ 36504	31647	31648	31824/ 36824	
5-761.41		Reposition einer zentralen Mittelgesichtsfraktur: Nasoethmoidal, offen: Osteosynthese durch Draht	M5	31225/ 36225	31505/ 36505	31647	31648	31825/ 36825	
5-761.42		Reposition einer zentralen Mittelgesichtsfraktur: Nasoethmoidal, offen: Osteosynthese durch Schraube	M5	31225/ 36225	31505/ 36505	31647	31648	31825/ 36825	
5-761.43		Reposition einer zentralen Mittelgesichtsfraktur: Nasoethmoidal, offen: Osteosynthese durch Platte	M6	31226/ 36226	31506/ 36506	31649	31650	31826/ 36826	
5-761.44		Reposition einer zentralen Mittelgesichtsfraktur: Nasoethmoidal, offen: Osteosynthese durch Materialkombinationen	M6	31226/ 36226	31506/ 36506	31649	31650	31826/ 36826	
5-762.10		Reposition einer zentrolateralen Mittelgesichtsfraktur: Offen: Externe Fixation	M6	31226/ 36226	31506/ 36506	31649	31650	31826/ 36826	
5-762.11		Reposition einer zentrolateralen Mittelgesichtsfraktur: Offen: Osteosynthese durch Draht	M6	31226/ 36226	31506/ 36506	31649	31650	31826/ 36826	
5-762.12		Reposition einer zentrolateralen Mittelgesichtsfraktur: Offen: Osteosynthese durch Schraube	M6	31226/ 36226	31506/ 36506	31649	31650	31826/ 36826	
5-762.13		Reposition einer zentrolateralen Mittelgesichtsfraktur: Offen: Osteosynthese durch Platte	M6	31226/ 36226	31506/ 36506	31649	31650	31826/ 36826	
5-762.14		Reposition einer zentrolateralen Mittelgesichtsfraktur: Offen: Osteosynthese durch Materialkombinationen	M6	31226/ 36226	31506/ 36506	31649	31650	31826/ 36826	
5-763.0		Reposition anderer kombinierter Mittelgesichtsfrakturen (Mehrfachfraktur): Kombiniert zentrolateral und zentrolateral, geschlossen	M5	31225/ 36225	31505/ 36505	31647	31648	31825/ 36825	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-763.10		Reposition anderer kombinierter Mittelgesichtsfrakturen (Mehrfachfraktur): Kombiniert zentrolateral und zentrolateral, offen: Externe Fixation	M7	31227/ 36227	31507/ 36507	31649	31650	31827/ 36827	
5-763.11		Reposition anderer kombinierter Mittelgesichtsfrakturen (Mehrfachfraktur): Kombiniert zentrolateral und zentrolateral, offen: Osteosynthese durch Draht	M7	31227/ 36227	31507/ 36507	31649	31650	31827/ 36827	
5-763.12		Reposition anderer kombinierter Mittelgesichtsfrakturen (Mehrfachfraktur): Kombiniert zentrolateral und zentrolateral, offen: Osteosynthese durch Schraube	M7	31227/ 36227	31507/ 36507	31649	31650	31827/ 36827	
5-763.13		Reposition anderer kombinierter Mittelgesichtsfrakturen (Mehrfachfraktur): Kombiniert zentrolateral und zentrolateral, offen: Osteosynthese durch Platte	M7	31227/ 36227	31507/ 36507	31649	31650	31827/ 36827	
5-763.14		Reposition anderer kombinierter Mittelgesichtsfrakturen (Mehrfachfraktur): Kombiniert zentrolateral und zentrolateral, offen: Osteosynthese durch Materialkombinationen	M7	31227/ 36227	31507/ 36507	31649	31650	31827/ 36827	
5-763.30		Reposition anderer kombinierter Mittelgesichtsfrakturen (Mehrfachfraktur): Kombiniert zentrolateral und lateral, offen: Externe Fixation	M7	31227/ 36227	31507/ 36507	31649	31650	31827/ 36827	
5-763.31		Reposition anderer kombinierter Mittelgesichtsfrakturen (Mehrfachfraktur): Kombiniert zentrolateral und lateral, offen: Osteosynthese durch Draht	M7	31227/ 36227	31507/ 36507	31649	31650	31827/ 36827	
5-763.32		Reposition anderer kombinierter Mittelgesichtsfrakturen (Mehrfachfraktur): Kombiniert zentrolateral und lateral, offen: Osteosynthese durch Schraube	M7	31227/ 36227	31507/ 36507	31649	31650	31827/ 36827	
5-763.33		Reposition anderer kombinierter Mittelgesichtsfrakturen (Mehrfachfraktur): Kombiniert zentrolateral und lateral, offen: Osteosynthese durch Platte	M7	31227/ 36227	31507/ 36507	31649	31650	31827/ 36827	
5-763.34		Reposition anderer kombinierter Mittelgesichtsfrakturen (Mehrfachfraktur): Kombiniert zentrolateral und lateral, offen: Osteosynthese durch Materialkombinationen	M7	31227/ 36227	31507/ 36507	31649	31650	31827/ 36827	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-763.50		Reposition anderer kombinierter Mittelgesichtsfrakturen (Mehrfachfraktur): Kombiniert zentrolateral und zentral, offen: Externe Fixation	M7	31227/ 36227	31507/ 36507	31649	31650	31827/ 36827	
5-763.51		Reposition anderer kombinierter Mittelgesichtsfrakturen (Mehrfachfraktur): Kombiniert zentrolateral und zentral, offen: Osteosynthese durch Draht	M7	31227/ 36227	31507/ 36507	31649	31650	31827/ 36827	
5-763.52		Reposition anderer kombinierter Mittelgesichtsfrakturen (Mehrfachfraktur): Kombiniert zentrolateral und zentral, offen: Osteosynthese durch Schraube	M7	31227/ 36227	31507/ 36507	31649	31650	31827/ 36827	
5-763.53		Reposition anderer kombinierter Mittelgesichtsfrakturen (Mehrfachfraktur): Kombiniert zentrolateral und zentral, offen: Osteosynthese durch Platte	M7	31227/ 36227	31507/ 36507	31649	31650	31827/ 36827	
5-763.72		Reposition anderer kombinierter Mittelgesichtsfrakturen (Mehrfachfraktur): Kombiniert zentrolateral und andere, offen: Osteosynthese durch Schraube	M7	31227/ 36227	31507/ 36507	31649	31650	31827/ 36827	
5-764.11	↔	Reposition einer Fraktur des Corpus mandibulae und des Processus alveolaris mandibulae: Corpus mandibulae, offen, Einfachfraktur: Osteosynthese durch Draht	M4	31224/ 36224	31504/ 36504	31647	31648	31824/ 36824	
5-764.12	↔	Reposition einer Fraktur des Corpus mandibulae und des Processus alveolaris mandibulae: Corpus mandibulae, offen, Einfachfraktur: Osteosynthese durch Schraube	M4	31224/ 36224	31504/ 36504	31647	31648	31824/ 36824	
5-764.13	↔	Reposition einer Fraktur des Corpus mandibulae und des Processus alveolaris mandibulae: Corpus mandibulae, offen, Einfachfraktur: Osteosynthese durch Platte	M4	31224/ 36224	31504/ 36504	31647	31648	31824/ 36824	
5-764.14	↔	Reposition einer Fraktur des Corpus mandibulae und des Processus alveolaris mandibulae: Corpus mandibulae, offen, Einfachfraktur: Osteosynthese durch Materialkombinationen	M5	31225/ 36225	31505/ 36505	31647	31648	31825/ 36825	
5-764.20	↔	Reposition einer Fraktur des Corpus mandibulae und des Processus alveolaris mandibulae: Corpus mandibulae, offen, Mehrfachfraktur: Externe Fixation	M4	31224/ 36224	31504/ 36504	31647	31648	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-764.21	↔	Reposition einer Fraktur des Corpus mandibulae und des Processus alveolaris mandibulae: Corpus mandibulae, offen, Mehrfachfraktur: Osteosynthese durch Draht	M5	31225/ 36225	31505/ 36505	31647	31648	31825/ 36825	
5-764.22	↔	Reposition einer Fraktur des Corpus mandibulae und des Processus alveolaris mandibulae: Corpus mandibulae, offen, Mehrfachfraktur: Osteosynthese durch Schraube	M5	31225/ 36225	31505/ 36505	31647	31648	31825/ 36825	
5-764.23	↔	Reposition einer Fraktur des Corpus mandibulae und des Processus alveolaris mandibulae: Corpus mandibulae, offen, Mehrfachfraktur: Osteosynthese durch Platte	M5	31225/ 36225	31505/ 36505	31647	31648	31825/ 36825	
5-764.24	↔	Reposition einer Fraktur des Corpus mandibulae und des Processus alveolaris mandibulae: Corpus mandibulae, offen, Mehrfachfraktur: Osteosynthese durch Materialkombinationen	M5	31225/ 36225	31505/ 36505	31647	31648	31825/ 36825	
5-764.40		Reposition einer Fraktur des Corpus mandibulae und des Processus alveolaris mandibulae: Processus alveolaris mandibulae, offen: Mit externer Fixation	M3	31223/ 36223	31504/ 36504	31645	31646	31823/ 36823	
5-764.41		Reposition einer Fraktur des Corpus mandibulae und des Processus alveolaris mandibulae: Processus alveolaris mandibulae, offen: Mit Osteosynthese durch Draht	M3	31223/ 36223	31504/ 36504	31645	31646	31823/ 36823	
5-764.42		Reposition einer Fraktur des Corpus mandibulae und des Processus alveolaris mandibulae: Processus alveolaris mandibulae, offen: Mit Osteosynthese durch Schraube	M3	31223/ 36223	31504/ 36504	31645	31646	31823/ 36823	
5-764.43		Reposition einer Fraktur des Corpus mandibulae und des Processus alveolaris mandibulae: Processus alveolaris mandibulae, offen: Mit Osteosynthese durch Platte	M3	31223/ 36223	31504/ 36504	31645	31646	31823/ 36823	
5-764.44		Reposition einer Fraktur des Corpus mandibulae und des Processus alveolaris mandibulae: Processus alveolaris mandibulae, offen: Mit Osteosynthese durch Materialkombinationen	M3	31223/ 36223	31504/ 36504	31645	31646	31823/ 36823	
5-765.0	↔	Reposition einer Fraktur des Ramus mandibulae und des Processus articularis mandibulae: Ramus mandibulae, geschlossen	M4	31224/ 36224	31504/ 36504	31647	31648	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-765.10	↔	Reposition einer Fraktur des Ramus mandibulae und des Processus articularis mandibulae: Ramus mandibulae, offen transoral, Einfachfraktur: Externe Fixation	M4	31224/ 36224	31504/ 36504	31647	31648	31824/ 36824	
5-765.11	↔	Reposition einer Fraktur des Ramus mandibulae und des Processus articularis mandibulae: Ramus mandibulae, offen transoral, Einfachfraktur: Osteosynthese durch Draht	M5	31225/ 36225	31505/ 36505	31647	31648	31825/ 36825	
5-765.12	↔	Reposition einer Fraktur des Ramus mandibulae und des Processus articularis mandibulae: Ramus mandibulae, offen transoral, Einfachfraktur: Osteosynthese durch Schraube	M5	31225/ 36225	31505/ 36505	31647	31648	31825/ 36825	
5-765.13	↔	Reposition einer Fraktur des Ramus mandibulae und des Processus articularis mandibulae: Ramus mandibulae, offen transoral, Einfachfraktur: Osteosynthese durch Platte	M5	31225/ 36225	31505/ 36505	31647	31648	31825/ 36825	
5-765.14	↔	Reposition einer Fraktur des Ramus mandibulae und des Processus articularis mandibulae: Ramus mandibulae, offen transoral, Einfachfraktur: Osteosynthese durch Materialkombinationen	M5	31225/ 36225	31505/ 36505	31647	31648	31825/ 36825	
5-765.20	↔	Reposition einer Fraktur des Ramus mandibulae und des Processus articularis mandibulae: Ramus mandibulae, offen transoral, Mehrfachfraktur: Externe Fixation	M4	31224/ 36224	31504/ 36504	31647	31648	31824/ 36824	
5-765.21	↔	Reposition einer Fraktur des Ramus mandibulae und des Processus articularis mandibulae: Ramus mandibulae, offen transoral, Mehrfachfraktur: Osteosynthese durch Draht	M5	31225/ 36225	31505/ 36505	31647	31648	31825/ 36825	
5-765.22	↔	Reposition einer Fraktur des Ramus mandibulae und des Processus articularis mandibulae: Ramus mandibulae, offen transoral, Mehrfachfraktur: Osteosynthese durch Schraube	M5	31225/ 36225	31505/ 36505	31647	31648	31825/ 36825	
5-765.23	↔	Reposition einer Fraktur des Ramus mandibulae und des Processus articularis mandibulae: Ramus mandibulae, offen transoral, Mehrfachfraktur: Osteosynthese durch Platte	M5	31225/ 36225	31505/ 36505	31647	31648	31825/ 36825	
5-765.24	↔	Reposition einer Fraktur des Ramus mandibulae und des Processus articularis mandibulae: Ramus mandibulae, offen transoral, Mehrfachfraktur: Osteosynthese durch Materialkombinationen	M5	31225/ 36225	31505/ 36505	31647	31648	31825/ 36825	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-765.30	↔	Reposition einer Fraktur des Ramus mandibulae und des Processus articularis mandibulae: Ramus mandibulae, offen von außen, Einfachfraktur: Externe Fixation	M4	31224/ 36224	31504/ 36504	31647	31648	31824/ 36824	
5-765.31	↔	Reposition einer Fraktur des Ramus mandibulae und des Processus articularis mandibulae: Ramus mandibulae, offen von außen, Einfachfraktur: Osteosynthese durch Draht	M5	31225/ 36225	31505/ 36505	31647	31648	31825/ 36825	
5-765.32	↔	Reposition einer Fraktur des Ramus mandibulae und des Processus articularis mandibulae: Ramus mandibulae, offen von außen, Einfachfraktur: Osteosynthese durch Schraube	M5	31225/ 36225	31505/ 36505	31647	31648	31825/ 36825	
5-765.33	↔	Reposition einer Fraktur des Ramus mandibulae und des Processus articularis mandibulae: Ramus mandibulae, offen von außen, Einfachfraktur: Osteosynthese durch Platte	M5	31225/ 36225	31505/ 36505	31647	31648	31825/ 36825	
5-765.34	↔	Reposition einer Fraktur des Ramus mandibulae und des Processus articularis mandibulae: Ramus mandibulae, offen von außen, Einfachfraktur: Osteosynthese durch Materialkombinationen	M5	31225/ 36225	31505/ 36505	31647	31648	31825/ 36825	
5-765.40	↔	Reposition einer Fraktur des Ramus mandibulae und des Processus articularis mandibulae: Ramus mandibulae, offen von außen, Mehrfachfraktur: Externe Fixation	M4	31224/ 36224	31504/ 36504	31647	31648	31824/ 36824	
5-765.41	↔	Reposition einer Fraktur des Ramus mandibulae und des Processus articularis mandibulae: Ramus mandibulae, offen von außen, Mehrfachfraktur: Osteosynthese durch Draht	M5	31225/ 36225	31505/ 36505	31647	31648	31825/ 36825	
5-765.42	↔	Reposition einer Fraktur des Ramus mandibulae und des Processus articularis mandibulae: Ramus mandibulae, offen von außen, Mehrfachfraktur: Osteosynthese durch Schraube	M5	31225/ 36225	31505/ 36505	31647	31648	31825/ 36825	
5-765.43	↔	Reposition einer Fraktur des Ramus mandibulae und des Processus articularis mandibulae: Ramus mandibulae, offen von außen, Mehrfachfraktur: Osteosynthese durch Platte	M5	31225/ 36225	31505/ 36505	31647	31648	31825/ 36825	
5-765.44	↔	Reposition einer Fraktur des Ramus mandibulae und des Processus articularis mandibulae: Ramus mandibulae, offen von außen, Mehrfachfraktur: Osteosynthese durch Materialkombinationen	M5	31225/ 36225	31505/ 36505	31647	31648	31825/ 36825	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-765.60	↔	Reposition einer Fraktur des Ramus mandibulae und des Processus articularis mandibulae: Processus articularis mandibulae, offen, transoral: Externe Fixation	M4	31224/ 36224	31504/ 36504	31647	31648	31824/ 36824	
5-765.61	↔	Reposition einer Fraktur des Ramus mandibulae und des Processus articularis mandibulae: Processus articularis mandibulae, offen, transoral: Osteosynthese durch Draht	M5	31225/ 36225	31505/ 36505	31647	31648	31825/ 36825	
5-765.62	↔	Reposition einer Fraktur des Ramus mandibulae und des Processus articularis mandibulae: Processus articularis mandibulae, offen, transoral: Osteosynthese durch Schraube	M5	31225/ 36225	31505/ 36505	31647	31648	31825/ 36825	
5-765.63	↔	Reposition einer Fraktur des Ramus mandibulae und des Processus articularis mandibulae: Processus articularis mandibulae, offen, transoral: Osteosynthese durch Platte	M5	31225/ 36225	31505/ 36505	31647	31648	31825/ 36825	
5-765.70	↔	Reposition einer Fraktur des Ramus mandibulae und des Processus articularis mandibulae: Processus articularis mandibulae, offen, von außen: Externe Fixation	M5	31225/ 36225	31505/ 36505	31647	31648	31825/ 36825	
5-765.71	↔	Reposition einer Fraktur des Ramus mandibulae und des Processus articularis mandibulae: Processus articularis mandibulae, offen, von außen: Osteosynthese durch Draht	M5	31225/ 36225	31505/ 36505	31647	31648	31825/ 36825	
5-765.72	↔	Reposition einer Fraktur des Ramus mandibulae und des Processus articularis mandibulae: Processus articularis mandibulae, offen, von außen: Osteosynthese durch Schraube	M5	31225/ 36225	31505/ 36505	31647	31648	31825/ 36825	
5-765.73	↔	Reposition einer Fraktur des Ramus mandibulae und des Processus articularis mandibulae: Processus articularis mandibulae, offen, von außen: Osteosynthese durch Platte	M5	31225/ 36225	31505/ 36505	31647	31648	31825/ 36825	
5-765.74	↔	Reposition einer Fraktur des Ramus mandibulae und des Processus articularis mandibulae: Processus articularis mandibulae, offen, von außen: Osteosynthese durch Materialkombinationen	M5	31225/ 36225	31505/ 36505	31647	31648	31825/ 36825	
5-765.8	↔	Reposition einer Fraktur des Ramus mandibulae und des Processus articularis mandibulae: Operative Funktions- oder Extensionsbehandlung	M5	31225/ 36225	31505/ 36505	31647	31648	31825/ 36825	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-766.0	↔	Reposition einer Orbitafraktur: Orbitadach, offen	M4	31224/ 36224	31504/ 36504	31647	31648	31824/ 36824	
5-766.1	↔	Reposition einer Orbitafraktur: Orbitawand, lateral, offen	M4	31224/ 36224	31504/ 36504	31647	31648	31824/ 36824	
5-766.2	↔	Reposition einer Orbitafraktur: Orbitawand, medial, offen	M4	31224/ 36224	31504/ 36504	31647	31648	31824/ 36824	
5-766.3	↔	Reposition einer Orbitafraktur: Orbitaboden, offen, von außen	M4	31224/ 36224	31504/ 36504	31647	31648	31824/ 36824	
5-766.4	↔	Reposition einer Orbitafraktur: Orbitaboden, offen, transantral	M4	31224/ 36224	31504/ 36504	31647	31648	31824/ 36824	
5-766.5	↔	Reposition einer Orbitafraktur: Orbitaboden, offen, transkonjunktival	M4	31224/ 36224	31504/ 36504	31647	31648	31824/ 36824	
5-766.6	↔	Reposition einer Orbitafraktur: Orbitaboden, offen, kombiniert	M4	31224/ 36224	31504/ 36504	31647	31648	31824/ 36824	
5-767.0		Reposition einer Stirnhöhlenwandfraktur: Vorderwand, offen	M3	31223/ 36223	31504/ 36504	31645	31646	31823/ 36823	
5-767.1		Reposition einer Stirnhöhlenwandfraktur: Vorderwand, endoskopisch	M3	31223/ 36223	31504/ 36504	31645	31646	31823/ 36823	
5-767.2		Reposition einer Stirnhöhlenwandfraktur: Vorderwand, Heben einer Impressionsfraktur	M3	31223/ 36223	31504/ 36504	31645	31646	31823/ 36823	
5-767.3		Reposition einer Stirnhöhlenwandfraktur: Hinterwand, offen	M5	31225/ 36225	31505/ 36505	31647	31648	31825/ 36825	
5-767.4		Reposition einer Stirnhöhlenwandfraktur: Hinterwand und Vorderwand, offen	M5	31225/ 36225	31505/ 36505	31647	31648	31825/ 36825	
5-768.0	↔	Reosteotomien dislozierter verheilter Gesichtsschädelfrakturen: Im lateralen Mittelgesicht	M6	31226/ 36226	31506/ 36506	31649	31650	31826/ 36826	
5-768.1		Reosteotomien dislozierter verheilter Gesichtsschädelfrakturen: Im zentralen Mittelgesicht	M6	31226/ 36226	31506/ 36506	31649	31650	31826/ 36826	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-768.2		Reosteotomien dislozierter verheilter Gesichtsschädelfrakturen: Im zentrolateralen Mittelgesicht	M6	31226/ 36226	31506/ 36506	31649	31650	31826/ 36826	
5-768.3	↔	Reosteotomien dislozierter verheilter Gesichtsschädelfrakturen: An der Mandibula	M6	31226/ 36226	31506/ 36506	31649	31650	31826/ 36826	
5-769.2		Andere Operationen bei Gesichtsschädelfrakturen: Maßnahmen zur Okklusionssicherung an Maxilla und Mandibula	M4	31224/ 36224	31504/ 36504	31647	31648	31824/ 36824	
5-769.3		Andere Operationen bei Gesichtsschädelfrakturen: Extension von Gesichtsschädelfrakturen	M1	31221/ 36221	31502/ 36502	31643	31644	31821/ 36821	
5-769.4		Andere Operationen bei Gesichtsschädelfrakturen: Entfernung von Schienenverbänden der Maxilla	M2	31222/ 36222	31503/ 36503	31643	31644	31822/ 36822	
5-769.5		Andere Operationen bei Gesichtsschädelfrakturen: Entfernung von Schienenverbänden der Mandibula	M1	31221/ 36221	31502/ 36502	31643	31644	31821/ 36821	
5-769.6		Andere Operationen bei Gesichtsschädelfrakturen: Entfernung intermaxillärer Fixationsgeräte	M2	31222/ 36222	31503/ 36503	31643	31644	31822/ 36822	
5-770.0		Inzision (Osteotomie), lokale Exzision und Destruktion (von erkranktem Gewebe) eines Gesichtsschädelknochens: Inzision (z.B. sagittale Spaltung)	M1	31221/ 36221	31502/ 36502	31643	31644	31821/ 36821	
5-770.10		Inzision (Osteotomie), lokale Exzision und Destruktion (von erkranktem Gewebe) eines Gesichtsschädelknochens: Sequesterotomie (z.B. bei Kieferosteomyelitis): Mit Debridement und Drainage	M3	31223/ 36223	31504/ 36504	31645	31646	31823/ 36823	
5-770.11		Inzision (Osteotomie), lokale Exzision und Destruktion (von erkranktem Gewebe) eines Gesichtsschädelknochens: Sequesterotomie (z.B. bei Kieferosteomyelitis): Mit Entfernung eines Sequesters	M3	31223/ 36223	31504/ 36504	31645	31646	31823/ 36823	
5-770.12		Inzision (Osteotomie), lokale Exzision und Destruktion (von erkranktem Gewebe) eines Gesichtsschädelknochens: Sequesterotomie (z.B. bei Kieferosteomyelitis): Mit Einlegen eines Medikamententrägers	M3	31223/ 36223	31504/ 36504	31645	31646	31823/ 36823	
5-770.2		Inzision (Osteotomie), lokale Exzision und Destruktion (von erkranktem Gewebe) eines Gesichtsschädelknochens: Eröffnung eines Hohlraumes	M1	31221/ 36221	31502/ 36502	31643	31644	31821/ 36821	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-770.3		Inzision (Osteotomie), lokale Exzision und Destruktion (von erkranktem Gewebe) eines Gesichtsschädelknochens: Entfernung eines Fremdkörpers	M2	31222/ 36222	31503/ 36503	31643	31644	31822/ 36822	
5-770.4		Inzision (Osteotomie), lokale Exzision und Destruktion (von erkranktem Gewebe) eines Gesichtsschädelknochens: Exzision	M2	31222/ 36222	31503/ 36503	31643	31644	31822/ 36822	
5-770.5		Inzision (Osteotomie), lokale Exzision und Destruktion (von erkranktem Gewebe) eines Gesichtsschädelknochens: Dekortikation (z.B. bei Kieferosteomyelitis)	M3	31223/ 36223	31504/ 36504	31645	31646	31823/ 36823	
5-770.6		Inzision (Osteotomie), lokale Exzision und Destruktion (von erkranktem Gewebe) eines Gesichtsschädelknochens: Exzision von periostalem Narbengewebe (nach Dekortikation)	M1	31221/ 36221	31502/ 36502	31643	31644	31821/ 36821	
5-770.7		Inzision (Osteotomie), lokale Exzision und Destruktion (von erkranktem Gewebe) eines Gesichtsschädelknochens: Abtragung (modellierende Osteotomie)	M1	31221/ 36221	31502/ 36502	31643	31644	31821/ 36821	
5-771.10		Partielle und totale Resektion eines Gesichtsschädelknochens: Maxilla, partiell: Ohne Rekonstruktion	M4	31224/ 36224	31504/ 36504	31647	31648	31824/ 36824	
5-771.11		Partielle und totale Resektion eines Gesichtsschädelknochens: Maxilla, partiell: Rekonstruktion mit nicht vaskularisiertem Transplantat	M5	31225/ 36225	31505/ 36505	31647	31648	31825/ 36825	
5-771.13		Partielle und totale Resektion eines Gesichtsschädelknochens: Maxilla, partiell: Rekonstruktion von Weich- und Hartgewebe (einschließlich alloplastische Rekonstruktion)	M7	31227/ 36227	31507/ 36507	31649	31650	31827/ 36827	
5-771.20		Partielle und totale Resektion eines Gesichtsschädelknochens: Maxilla, (sub-)total: Ohne Rekonstruktion	M5	31225/ 36225	31505/ 36505	31647	31648	31825/ 36825	
5-771.21		Partielle und totale Resektion eines Gesichtsschädelknochens: Maxilla, (sub-)total: Rekonstruktion mit nicht vaskularisiertem Transplantat	M6	31226/ 36226	31506/ 36506	31649	31650	31826/ 36826	
5-771.23		Partielle und totale Resektion eines Gesichtsschädelknochens: Maxilla, (sub-)total: Rekonstruktion von Weich- und Hartgewebe (einschließlich alloplastische Rekonstruktion)	M7	31227/ 36227	31507/ 36507	31649	31650	31827/ 36827	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-771.31		Partielle und totale Resektion eines Gesichtsschädelknochens: Sonstiger Gesichtsschädelknochen, partiell: Rekonstruktion mit nicht vaskularisiertem Transplantat	M5	31225/ 36225	31505/ 36505	31647	31648	31825/ 36825	
5-771.33		Partielle und totale Resektion eines Gesichtsschädelknochens: Sonstiger Gesichtsschädelknochen, partiell: Rekonstruktion von Weich- und Hartgewebe (einschließlich alloplastische Rekonstruktion)	M7	31227/ 36227	31507/ 36507	31649	31650	31827/ 36827	
5-771.41		Partielle und totale Resektion eines Gesichtsschädelknochens: Sonstiger Gesichtsschädelknochen, (sub-)total: Rekonstruktion mit nicht vaskularisiertem Transplantat	M5	31225/ 36225	31505/ 36505	31647	31648	31825/ 36825	
5-771.43		Partielle und totale Resektion eines Gesichtsschädelknochens: Sonstiger Gesichtsschädelknochen, (sub-)total: Rekonstruktion von Weich- und Hartgewebe (einschließlich alloplastische Rekonstruktion)	M6	31226/ 36226	31506/ 36506	31649	31650	31826/ 36826	
5-771.50		Partielle und totale Resektion eines Gesichtsschädelknochens: Mehrere Gesichtsschädelknochen, partiell: Ohne Rekonstruktion	M3	31223/ 36223	31504/ 36504	31645	31646	31823/ 36823	
5-771.51		Partielle und totale Resektion eines Gesichtsschädelknochens: Mehrere Gesichtsschädelknochen, partiell: Rekonstruktion mit nicht vaskularisiertem Transplantat	M6	31226/ 36226	31506/ 36506	31649	31650	31826/ 36826	
5-771.53		Partielle und totale Resektion eines Gesichtsschädelknochens: Mehrere Gesichtsschädelknochen, partiell: Rekonstruktion von Weich- und Hartgewebe (einschließlich alloplastische Rekonstruktion)	M7	31227/ 36227	31507/ 36507	31649	31650	31827/ 36827	
5-771.60		Partielle und totale Resektion eines Gesichtsschädelknochens: Mehrere Gesichtsschädelknochen, (sub-)total: Ohne Rekonstruktion	M4	31224/ 36224	31504/ 36504	31647	31648	31824/ 36824	
5-771.61		Partielle und totale Resektion eines Gesichtsschädelknochens: Mehrere Gesichtsschädelknochen, (sub-)total: Rekonstruktion mit nicht vaskularisiertem Transplantat	M6	31226/ 36226	31506/ 36506	31649	31650	31826/ 36826	
5-771.63		Partielle und totale Resektion eines Gesichtsschädelknochens: Mehrere Gesichtsschädelknochen, (sub-)total: Rekonstruktion von Weich- und Hartgewebe (einschließlich alloplastische Rekonstruktion)	M7	31227/ 36227	31507/ 36507	31649	31650	31827/ 36827	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-771.70		Partielle und totale Resektion eines Gesichtsschädelknochens: Ein Gesichtsschädelknochen, radikal (mit umgebendem Gewebe): Ohne Rekonstruktion	M6	31226/ 36226	31506/ 36506	31649	31650	31826/ 36826	
5-771.71		Partielle und totale Resektion eines Gesichtsschädelknochens: Ein Gesichtsschädelknochen, radikal (mit umgebendem Gewebe): Rekonstruktion mit nicht vaskularisiertem Transplantat	M7	31227/ 36227	31507/ 36507	31649	31650	31827/ 36827	
5-771.73		Partielle und totale Resektion eines Gesichtsschädelknochens: Ein Gesichtsschädelknochen, radikal (mit umgebendem Gewebe): Rekonstruktion von Weich- und Hartgewebe (einschließlich alloplastische Rekonstruktion)	M7	31227/ 36227	31507/ 36507	31649	31650	31827/ 36827	
5-771.80		Partielle und totale Resektion eines Gesichtsschädelknochens: Mehrere Gesichtsschädelknochen, radikal (mit umgebendem Gewebe): Ohne Rekonstruktion	M6	31226/ 36226	31506/ 36506	31649	31650	31826/ 36826	
5-771.81		Partielle und totale Resektion eines Gesichtsschädelknochens: Mehrere Gesichtsschädelknochen, radikal (mit umgebendem Gewebe): Rekonstruktion mit nicht vaskularisiertem Transplantat	M7	31227/ 36227	31507/ 36507	31649	31650	31827/ 36827	
5-771.83		Partielle und totale Resektion eines Gesichtsschädelknochens: Mehrere Gesichtsschädelknochen, radikal (mit umgebendem Gewebe): Rekonstruktion von Weich- und Hartgewebe (einschließlich alloplastische Rekonstruktion)	M7	31227/ 36227	31507/ 36507	31649	31650	31827/ 36827	
5-772.00		Partielle und totale Resektion der Mandibula: Resektion, partiell, ohne Kontinuitätsdurchtrennung: Ohne Rekonstruktion	M2	31222/ 36222	31503/ 36503	31643	31644	31822/ 36822	
5-772.01		Partielle und totale Resektion der Mandibula: Resektion, partiell, ohne Kontinuitätsdurchtrennung: Rekonstruktion mit nicht vaskularisiertem Transplantat	M4	31224/ 36224	31504/ 36504	31647	31648	31824/ 36824	
5-772.03		Partielle und totale Resektion der Mandibula: Resektion, partiell, ohne Kontinuitätsdurchtrennung: Alloplastische Rekonstruktion	M3	31223/ 36223	31504/ 36504	31645	31646	31823/ 36823	
5-772.10		Partielle und totale Resektion der Mandibula: Resektion, partiell, mit Kontinuitätsdurchtrennung: Ohne Rekonstruktion	M4	31224/ 36224	31504/ 36504	31647	31648	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-772.11		Partielle und totale Resektion der Mandibula: Resektion, partiell, mit Kontinuitätsdurchtrennung: Rekonstruktion mit nicht vaskularisiertem Transplantat	M5	31225/ 36225	31505/ 36505	31647	31648	31825/ 36825	
5-772.13		Partielle und totale Resektion der Mandibula: Resektion, partiell, mit Kontinuitätsdurchtrennung: Alloplastische Rekonstruktion	M5	31225/ 36225	31505/ 36505	31647	31648	31825/ 36825	
5-772.20		Partielle und totale Resektion der Mandibula: Hemimandibulektomie: Ohne Rekonstruktion	M5	31225/ 36225	31505/ 36505	31647	31648	31825/ 36825	
5-772.21		Partielle und totale Resektion der Mandibula: Hemimandibulektomie: Rekonstruktion mit nicht vaskularisiertem Transplantat	M7	31227/ 36227	31507/ 36507	31649	31650	31827/ 36827	
5-772.23		Partielle und totale Resektion der Mandibula: Hemimandibulektomie: Alloplastische Rekonstruktion	M6	31226/ 36226	31506/ 36506	31649	31650	31826/ 36826	
5-772.30		Partielle und totale Resektion der Mandibula: Mandibulektomie, (sub-)total: Ohne Rekonstruktion	M6	31226/ 36226	31506/ 36506	31649	31650	31826/ 36826	
5-772.31		Partielle und totale Resektion der Mandibula: Mandibulektomie, (sub-)total: Rekonstruktion mit nicht vaskularisiertem Transplantat	M7	31227/ 36227	31507/ 36507	31649	31650	31827/ 36827	
5-772.33		Partielle und totale Resektion der Mandibula: Mandibulektomie, (sub-)total: Alloplastische Rekonstruktion	M7	31227/ 36227	31507/ 36507	31649	31650	31827/ 36827	
5-772.40		Partielle und totale Resektion der Mandibula: Mandibulektomie, radikal (mit umgebendem Gewebe): Ohne Rekonstruktion	M6	31226/ 36226	31506/ 36506	31649	31650	31826/ 36826	
5-772.41		Partielle und totale Resektion der Mandibula: Mandibulektomie, radikal (mit umgebendem Gewebe): Rekonstruktion mit nicht vaskularisiertem Transplantat	M7	31227/ 36227	31507/ 36507	31649	31650	31827/ 36827	
5-772.43		Partielle und totale Resektion der Mandibula: Mandibulektomie, radikal (mit umgebendem Gewebe): Alloplastische Rekonstruktion	M7	31227/ 36227	31507/ 36507	31649	31650	31827/ 36827	
5-773.0	↔	Arthroplastik am Kiefergelenk: Hohe Kondylektomie	M3	31223/ 36223	31504/ 36504	31645	31646	31823/ 36823	
5-773.10	↔	Arthroplastik am Kiefergelenk: Kondylektomie: Ohne Rekonstruktion	M3	31223/ 36223	31504/ 36504	31645	31646	31823/ 36823	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-773.12	↔	Arthroplastik am Kiefergelenk: Kondylektomie: Mit Rekonstruktion durch Knochen	M5	31225/ 36225	31505/ 36505	31647	31648	31825/ 36825	
5-773.13	↔	Arthroplastik am Kiefergelenk: Kondylektomie: Mit Rekonstruktion durch Muskeltransplantat	M5	31225/ 36225	31505/ 36505	31647	31648	31825/ 36825	
5-773.14	↔	Arthroplastik am Kiefergelenk: Kondylektomie: Mit Rekonstruktion durch alloplastisches Material	M4	31224/ 36224	31504/ 36504	31647	31648	31824/ 36824	
5-773.20	↔	Arthroplastik am Kiefergelenk: Exstirpation des Discus articularis: Ohne Rekonstruktion	M3	31223/ 36223	31504/ 36504	31645	31646	31823/ 36823	
5-773.22	↔	Arthroplastik am Kiefergelenk: Exstirpation des Discus articularis: Mit Rekonstruktion durch Knochen	M5	31225/ 36225	31505/ 36505	31647	31648	31825/ 36825	
5-773.23	↔	Arthroplastik am Kiefergelenk: Exstirpation des Discus articularis: Mit Rekonstruktion durch Weichteilersatz	M5	31225/ 36225	31505/ 36505	31647	31648	31825/ 36825	
5-773.24	↔	Arthroplastik am Kiefergelenk: Exstirpation des Discus articularis: Mit Rekonstruktion durch Muskeltransplantat	M5	31225/ 36225	31505/ 36505	31647	31648	31825/ 36825	
5-773.25	↔	Arthroplastik am Kiefergelenk: Exstirpation des Discus articularis: Mit Rekonstruktion durch alloplastisches Material	M4	31224/ 36224	31504/ 36504	31647	31648	31824/ 36824	
5-773.3	↔	Arthroplastik am Kiefergelenk: Diskusreposition	M3	31223/ 36223	31504/ 36504	31645	31646	31823/ 36823	
5-773.40	↔	Arthroplastik am Kiefergelenk: Diskoplastik: Ohne Rekonstruktion	M3	31223/ 36223	31504/ 36504	31645	31646	31823/ 36823	
5-773.42	↔	Arthroplastik am Kiefergelenk: Diskoplastik: Mit Rekonstruktion durch Knochen	M5	31225/ 36225	31505/ 36505	31647	31648	31825/ 36825	
5-773.43	↔	Arthroplastik am Kiefergelenk: Diskoplastik: Mit Rekonstruktion durch Weichteilersatz	M5	31225/ 36225	31505/ 36505	31647	31648	31825/ 36825	
5-773.44	↔	Arthroplastik am Kiefergelenk: Diskoplastik: Mit Rekonstruktion durch Muskeltransplantat	M5	31225/ 36225	31505/ 36505	31647	31648	31825/ 36825	
5-773.45	↔	Arthroplastik am Kiefergelenk: Diskoplastik: Mit Rekonstruktion durch alloplastisches Material	M4	31224/ 36224	31504/ 36504	31647	31648	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-773.5	↔	Arthroplastik am Kiefergelenk: Resektion am Tuberculum articulare	M3	31223/ 36223	31504/ 36504	31645	31646	31823/ 36823	
5-773.70	↔	Arthroplastik am Kiefergelenk: Entfernung eines freien Gelenkkörpers: Offen chirurgisch	M3	31223/ 36223	31504/ 36504	31645	31646	31823/ 36823	
5-773.71	↔	Arthroplastik am Kiefergelenk: Entfernung eines freien Gelenkkörpers: Arthroskopisch	M2	31222/ 36222	31503/ 36503	31643	31644	31822/ 36822	
5-773.8	↔	Arthroplastik am Kiefergelenk: Synovektomie	M3	31223/ 36223	31504/ 36504	31645	31646	31823/ 36823	
5-774.0		Plastische Rekonstruktion und Augmentation der Maxilla: Auflagerungsplastik, partiell	M3	31223/ 36223	31504/ 36504	31645	31646	31823/ 36823	
5-774.1		Plastische Rekonstruktion und Augmentation der Maxilla: Auflagerungsplastik, total	M5	31225/ 36225	31505/ 36505	31647	31648	31825/ 36825	
5-774.2		Plastische Rekonstruktion und Augmentation der Maxilla: Interpositionsplastik, ohne Kontinuitätsdurchtrennung (horizontal)	M6	31226/ 36226	31506/ 36506	31649	31650	31826/ 36826	
5-774.3		Plastische Rekonstruktion und Augmentation der Maxilla: Interpositionsplastik, mit Kontinuitätsdurchtrennung (vertikal), partiell	M7	31227/ 36227	31507/ 36507	31649	31650	31827/ 36827	
5-774.4		Plastische Rekonstruktion und Augmentation der Maxilla: Interpositionsplastik, mit Kontinuitätsdurchtrennung (vertikal), subtotal	M7	31227/ 36227	31507/ 36507	31649	31650	31827/ 36827	
5-775.0	↔	Plastische Rekonstruktion und Augmentation der Mandibula: Kondylotomie	M4	31224/ 36224	31504/ 36504	31647	31648	31824/ 36824	
5-775.1		Plastische Rekonstruktion und Augmentation der Mandibula: Auflagerungsplastik, partiell	M3	31223/ 36223	31504/ 36504	31645	31646	31823/ 36823	
5-775.2		Plastische Rekonstruktion und Augmentation der Mandibula: Auflagerungsplastik, total	M5	31225/ 36225	31505/ 36505	31647	31648	31825/ 36825	
5-775.3		Plastische Rekonstruktion und Augmentation der Mandibula: Interpositionsplastik, ohne Kontinuitätsdurchtrennung (horizontal)	M5	31225/ 36225	31505/ 36505	31647	31648	31825/ 36825	
5-775.4		Plastische Rekonstruktion und Augmentation der Mandibula: Interpositionsplastik, mit Kontinuitätsdurchtrennung (vertikal), partiell	M6	31226/ 36226	31506/ 36506	31649	31650	31826/ 36826	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-775.5		Plastische Rekonstruktion und Augmentation der Mandibula: Interpositionsplastik, mit Kontinuitätsdurchtrennung (vertikal), subtotal	M6	31226/ 36226	31506/ 36506	31649	31650	31826/ 36826	
5-775.72		Plastische Rekonstruktion und Augmentation der Mandibula: Durch alloplastische Implantate: Mit computerassistiert vorgefertigtem Implantat [CAD-Implantat], großer oder komplexer Defekt	M5	31225/ 36225	31505/ 36505	31647	31648	31825/ 36825	
5-776.0		Osteotomie zur Verlagerung des Untergesichtes: Im Alveolarkammbereich frontal	M4	31224/ 36224	31504/ 36504	31647	31648	31824/ 36824	
5-776.1	↔	Osteotomie zur Verlagerung des Untergesichtes: Im Alveolarkammbereich seitlich	M4	31224/ 36224	31504/ 36504	31647	31648	31824/ 36824	
5-776.2		Osteotomie zur Verlagerung des Untergesichtes: Mit Kontinuitätsdurchtrennung der Mandibula frontal	M5	31225/ 36225	31505/ 36505	31647	31648	31825/ 36825	
5-776.3	↔	Osteotomie zur Verlagerung des Untergesichtes: Mit Kontinuitätsdurchtrennung am horizontalen Mandibulaast	M6	31226/ 36226	31506/ 36506	31649	31650	31826/ 36826	
5-776.4	↔	Osteotomie zur Verlagerung des Untergesichtes: Mit Kontinuitätsdurchtrennung am aufsteigenden Mandibulaast	M7	31227/ 36227	31507/ 36507	31649	31650	31827/ 36827	
5-776.6	↔	Osteotomie zur Verlagerung des Untergesichtes: Verlagerung des Unterkiefers durch Distraktion mit Kontinuitätsdurchtrennung im aufsteigenden Mandibulaast	M7	31227/ 36227	31507/ 36507	31649	31650	31827/ 36827	
5-776.7	↔	Osteotomie zur Verlagerung des Untergesichtes: Verlagerung der Mandibula durch Distraktion nach Osteotomie im horizontalen Mandibulaast	M6	31226/ 36226	31506/ 36506	31649	31650	31826/ 36826	
5-776.9	↔	Osteotomie zur Verlagerung des Untergesichtes: Verlagerung des Alveolarfortsatzes durch horizontale Distraktion nach Osteotomie	M5	31225/ 36225	31505/ 36505	31647	31648	31825/ 36825	
5-777.00		Osteotomie zur Verlagerung des Mittelgesichtes: Im Alveolarkammbereich frontal: Ohne Distraktion	M4	31224/ 36224	31504/ 36504	31647	31648	31824/ 36824	
5-777.01		Osteotomie zur Verlagerung des Mittelgesichtes: Im Alveolarkammbereich frontal: Mit Distraktion	M4	31224/ 36224	31504/ 36504	31647	31648	31824/ 36824	
5-777.10	↔	Osteotomie zur Verlagerung des Mittelgesichtes: Im Alveolarkammbereich seitlich: Ohne Distraktion	M4	31224/ 36224	31504/ 36504	31647	31648	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-777.11	↔	Osteotomie zur Verlagerung des Mittelgesichtes: Im Alveolarkammbereich seitlich: Mit Distraktion	M4	31224/ 36224	31504/ 36504	31647	31648	31824/ 36824	
5-777.20		Osteotomie zur Verlagerung des Mittelgesichtes: Im Alveolarkammbereich frontal und seitlich in mehreren Segmenten: Ohne Distraktion	M5	31225/ 36225	31505/ 36505	31647	31648	31825/ 36825	
5-777.21		Osteotomie zur Verlagerung des Mittelgesichtes: Im Alveolarkammbereich frontal und seitlich in mehreren Segmenten: Mit Distraktion	M5	31225/ 36225	31505/ 36505	31647	31648	31825/ 36825	
5-777.30		Osteotomie zur Verlagerung des Mittelgesichtes: In der Le-Fort-I-Ebene in einem Stück: Ohne Distraktion	M7	31227/ 36227	31507/ 36507	31649	31650	31827/ 36827	
5-777.31		Osteotomie zur Verlagerung des Mittelgesichtes: In der Le-Fort-I-Ebene in einem Stück: Mit Distraktion	M7	31227/ 36227	31507/ 36507	31649	31650	31827/ 36827	
5-777.40		Osteotomie zur Verlagerung des Mittelgesichtes: In der Le-Fort-I-Ebene in zwei Stücken: Ohne Distraktion	M7	31227/ 36227	31507/ 36507	31649	31650	31827/ 36827	
5-777.41		Osteotomie zur Verlagerung des Mittelgesichtes: In der Le-Fort-I-Ebene in zwei Stücken: Mit Distraktion	M7	31227/ 36227	31507/ 36507	31649	31650	31827/ 36827	
5-777.50		Osteotomie zur Verlagerung des Mittelgesichtes: In der Le-Fort-I-Ebene in drei oder mehr Stücken: Ohne Distraktion	M7	31227/ 36227	31507/ 36507	31649	31650	31827/ 36827	
5-777.51		Osteotomie zur Verlagerung des Mittelgesichtes: In der Le-Fort-I-Ebene in drei oder mehr Stücken: Mit Distraktion	M7	31227/ 36227	31507/ 36507	31649	31650	31827/ 36827	
5-777.60		Osteotomie zur Verlagerung des Mittelgesichtes: In der Le-Fort-II-Ebene: Ohne Distraktion	M7	31227/ 36227	31507/ 36507	31649	31650	31827/ 36827	
5-777.61		Osteotomie zur Verlagerung des Mittelgesichtes: In der Le-Fort-II-Ebene: Mit Distraktion	M7	31227/ 36227	31507/ 36507	31649	31650	31827/ 36827	
5-777.70		Osteotomie zur Verlagerung des Mittelgesichtes: In der Le-Fort-II-Ebene, kombiniert mit anderer Osteotomie: Ohne Distraktion	M7	31227/ 36227	31507/ 36507	31649	31650	31827/ 36827	
5-777.71		Osteotomie zur Verlagerung des Mittelgesichtes: In der Le-Fort-II-Ebene, kombiniert mit anderer Osteotomie: Mit Distraktion	M7	31227/ 36227	31507/ 36507	31649	31650	31827/ 36827	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-777.80		Osteotomie zur Verlagerung des Mittelgesichtes: In der Le-Fort-III-Ebene: Ohne Distraktion	M7	31227/ 36227	31507/ 36507	31649	31650	31827/ 36827	
5-777.81		Osteotomie zur Verlagerung des Mittelgesichtes: In der Le-Fort-III-Ebene: Mit Distraktion	M7	31227/ 36227	31507/ 36507	31649	31650	31827/ 36827	
5-777.90		Osteotomie zur Verlagerung des Mittelgesichtes: In der Le-Fort-III-Ebene, kombiniert mit Le-Fort-I-Ebene: Ohne Distraktion	M7	31227/ 36227	31507/ 36507	31649	31650	31827/ 36827	
5-777.91		Osteotomie zur Verlagerung des Mittelgesichtes: In der Le-Fort-III-Ebene, kombiniert mit Le-Fort-I-Ebene: Mit Distraktion	M7	31227/ 36227	31507/ 36507	31649	31650	31827/ 36827	
5-778.1		Rekonstruktion der Weichteile im Gesicht: Naht (nach Verletzung), mehrschichtig	M2	31222/ 36222	31503/ 36503	31643	31644	31822/ 36822	
5-779.0	↔	Andere Operationen an Kiefergelenk und Gesichtsschädelknochen: Reposition einer temporomandibulären Luxation, geschlossen (operativ)	M1	31221/ 36221	31502/ 36502	31643	31644	31821/ 36821	
5-779.1	↔	Andere Operationen an Kiefergelenk und Gesichtsschädelknochen: Reposition einer temporomandibulären Luxation, offen	M3	31223/ 36223	31504/ 36504	31645	31646	31823/ 36823	
5-779.3	↔	Andere Operationen an Kiefergelenk und Gesichtsschädelknochen: Entfernung von Osteosynthesematerial	M2	31222/ 36222	31503/ 36503	31643	31644	31822/ 36822	
5-779.5		Andere Operationen an Kiefergelenk und Gesichtsschädelknochen: Entfernung eines Distraktors	M2	31222/ 36222	31503/ 36503	31643	31644	31822/ 36822	
5-779.90	↔	Andere Operationen an Kiefergelenk und Gesichtsschädelknochen: Stabilisierung eines frakturgefährdeten Gesichtsschädelknochens: An der Maxilla, durch Platte	M3	31223/ 36223	31504/ 36504	31645	31646	31823/ 36823	
5-779.92	↔	Andere Operationen an Kiefergelenk und Gesichtsschädelknochen: Stabilisierung eines frakturgefährdeten Gesichtsschädelknochens: An der Mandibula, durch Platte	M2	31222/ 36222	31503/ 36503	31643	31644	31822/ 36822	

2.22 Operationen an den Bewegungsorganen

2.22.1 Operationen an anderen Knochen

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-78a.ce	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Transfixationsnagel: Schenkelhals	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-78a.cf	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Transfixationsnagel: Femur proximal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-78a.cg	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Transfixationsnagel: Femurschaft	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-78a.ch	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Transfixationsnagel: Femur distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-78a.ck	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Transfixationsnagel: Tibia proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-78a.cm	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Transfixationsnagel: Tibiaschaft	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-78a.cn	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Transfixationsnagel: Tibia distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-78a.cp	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Transfixationsnagel: Fibula proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-78a.cq	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Transfixationsnagel: Fibulaschaft	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-78a.cr	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Transfixationsnagel: Fibula distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-78a.c1	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Transfixationsnagel: Humerus proximal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-78a.c2	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Transfixationsnagel: Humerusschaft	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-78a.c3	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Transfixationsnagel: Humerus distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-78a.c4	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Transfixationsnagel: Radius proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-78a.c5	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Transfixationsnagel: Radiusschaft	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-78a.c6	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Transfixationsnagel: Radius distal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-78a.c7	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Transfixationsnagel: Ulna proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-78a.c8	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Transfixationsnagel: Ulnaschaft	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-78a.c9	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Transfixationsnagel: Ulna distal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-78a.ea	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch (Blount-)Klammern: Karpale	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-78a.eb	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch (Blount-)Klammern: Metakarpale	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-78a.ec	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch (Blount-)Klammern: Phalangen Hand	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-78a.ef	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch (Blount-)Klammern: Femur proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-78a.eh	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch (Blount-)Klammern: Femur distal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-78a.ej	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch (Blount-)Klammern: Patella	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-78a.ek	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch (Blount-)Klammern: Tibia proximal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-78a.en	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch (Blount-)Klammern: Tibia distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-78a.ep	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch (Blount-)Klammern: Fibula proximal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-78a.er	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch (Blount-)Klammern: Fibula distal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-78a.es	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch (Blount-)Klammern: Talus	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-78a.et	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch (Blount-)Klammern: Kalkaneus	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-78a.eu	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch (Blount-)Klammern: Tarsale	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-78a.ev	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch (Blount-)Klammern: Metatarsale	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-78a.ew	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch (Blount-)Klammern: Phalangen Fuß	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-78a.ez	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch (Blount-)Klammern: Skapula	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-78a.e0	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch (Blount-)Klammern: Klavikula	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-78a.ga	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch intramedullären Draht: Karpale	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-78a.gb	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch intramedullären Draht: Metakarpale	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-78a.gc	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch intramedullären Draht: Phalangen Hand	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-78a.ge	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch intramedullären Draht: Schenkelhals	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-78a.gf	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch intramedullären Draht: Femur proximal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-78a.gg	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch intramedullären Draht: Femurschaft	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-78a.gh	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch intramedullären Draht: Femur distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-78a.gk	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch intramedullären Draht: Tibia proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-78a.gm	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch intramedullären Draht: Tibiaschaft	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-78a.gn	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch intramedullären Draht: Tibia distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-78a.gp	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch intramedullären Draht: Fibula proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-78a.gq	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch intramedullären Draht: Fibulaschaft	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-78a.gr	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch intramedullären Draht: Fibula distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-78a.gu	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch intramedullären Draht: Tarsale	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-78a.gv	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch intramedullären Draht: Metatarsale	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-78a.gw	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch intramedullären Draht: Phalangen Fuß	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-78a.g0	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch intramedullären Draht: Klavikula	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-78a.g1	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch intramedullären Draht: Humerus proximal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-78a.g2	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch intramedullären Draht: Humerusschaft	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-78a.g3	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch intramedullären Draht: Humerus distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-78a.g4	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch intramedullären Draht: Radius proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-78a.g5	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch intramedullären Draht: Radiusschaft	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-78a.g6	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch intramedullären Draht: Radius distal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-78a.g7	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch intramedullären Draht: Ulna proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-78a.g8	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch intramedullären Draht: Ulnaschaft	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-78a.g9	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch intramedullären Draht: Ulna distal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-78a.ka	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch winkelstabile Platte: Karpale	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-78a.kb	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch winkelstabile Platte: Metakarpale	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-78a.kc	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch winkelstabile Platte: Phalangen Hand	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-78a.kg	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch winkelstabile Platte: Femurschaft	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-78a.kh	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch winkelstabile Platte: Femur distal	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-78a.kk	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch winkelstabile Platte: Tibia proximal	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-78a.km	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch winkelstabile Platte: Tibiaschaft	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-78a.kn	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch winkelstabile Platte: Tibia distal	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-78a.kq	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch winkelstabile Platte: Fibulaschaft	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-78a.ks	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch winkelstabile Platte: Talus	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-78a.kt	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch winkelstabile Platte: Kalkaneus	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-78a.ku	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch winkelstabile Platte: Tarsale	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-78a.kv	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch winkelstabile Platte: Metatarsale	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-78a.kw	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch winkelstabile Platte: Phalangen Fuß	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-78a.kz	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch winkelstabile Platte: Skapula	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-78a.k0	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch winkelstabile Platte: Klavikula	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-78a.k1	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch winkelstabile Platte: Humerus proximal	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-78a.k2	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch winkelstabile Platte: Humerusschaft	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-78a.k5	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch winkelstabile Platte: Radiusschaft	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-78a.k6	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch winkelstabile Platte: Radius distal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-78a.k7	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch winkelstabile Platte: Ulna proximal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-78a.k8	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch winkelstabile Platte: Ulnaschaft	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-78a.k9	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch winkelstabile Platte: Ulna distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-78a.ma	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Ringfixateur: Karpale	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-78a.md		Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Ringfixateur: Becken	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-78a.mf	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Ringfixateur: Femur proximal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-78a.mh	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Ringfixateur: Femur distal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-78a.mm	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Ringfixateur: Tibiaschaft	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-78a.mt	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Ringfixateur: Kalkaneus	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-78a.mu	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Ringfixateur: Tarsale	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-78a.m1	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Ringfixateur: Humerus proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-78a.m4	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Ringfixateur: Radius proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-78a.m5	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Ringfixateur: Radiusschaft	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-78a.m6	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Ringfixateur: Radius distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-78a.m7	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Ringfixateur: Ulna proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-78a.m8	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Ringfixateur: Ulnaschaft	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-78a.m9	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Ringfixateur: Ulna distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-78a.nf	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Bewegungsfixateur: Femur proximal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-78a.nh	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Bewegungsfixateur: Femur distal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-78a.nk	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Bewegungsfixateur: Tibia proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-78a.nn	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Bewegungsfixateur: Tibia distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-78a.np	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Bewegungsfixateur: Fibula proximal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-78a.nr	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Bewegungsfixateur: Fibula distal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-78a.n1	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Bewegungsfixateur: Humerus proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-78a.n3	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Bewegungsfixateur: Humerus distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-78a.n4	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Bewegungsfixateur: Radius proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-78a.n6	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Bewegungsfixateur: Radius distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-78a.n7	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Bewegungsfixateur: Ulna proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-78a.n9	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Bewegungsfixateur: Ulna distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-78a.qa	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch winkelstabile Platte mit integriertem Band: Karpale	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-78a.qb	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch winkelstabile Platte mit integriertem Band: Metakarpale	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-78a.qc	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch winkelstabile Platte mit integriertem Band: Phalangen Hand	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-78a.qg	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch winkelstabile Platte mit integriertem Band: Femurschaft	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-78a.qh	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch winkelstabile Platte mit integriertem Band: Femur distal	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-78a.qk	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch winkelstabile Platte mit integriertem Band: Tibia proximal	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-78a.qm	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch winkelstabile Platte mit integriertem Band: Tibiaschaft	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-78a.qn	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch winkelstabile Platte mit integriertem Band: Tibia distal	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-78a.qq	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch winkelstabile Platte mit integriertem Band: Fibulaschaft	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-78a.qr	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch winkelstabile Platte mit integriertem Band: Fibula distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-78a.qs	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch winkelstabile Platte mit integriertem Band: Talus	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-78a.qt	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch winkelstabile Platte mit integriertem Band: Kalkaneus	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-78a.qu	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch winkelstabile Platte mit integriertem Band: Tarsale	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-78a.qv	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch winkelstabile Platte mit integriertem Band: Metatarsale	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-78a.qw	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch winkelstabile Platte mit integriertem Band: Phalangen Fuß	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-78a.qz	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch winkelstabile Platte mit integriertem Band: Skapula	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-78a.q0	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch winkelstabile Platte mit integriertem Band: Klavikula	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-78a.q1	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch winkelstabile Platte mit integriertem Band: Humerus proximal	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-78a.q2	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch winkelstabile Platte mit integriertem Band: Humerusschaft	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-78a.q5	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch winkelstabile Platte mit integriertem Band: Radiusschaft	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-78a.q6	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch winkelstabile Platte mit integriertem Band: Radius distal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-78a.q7	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch winkelstabile Platte mit integriertem Band: Ulna proximal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-78a.q8	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch winkelstabile Platte mit integriertem Band: Ulnaschaft	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-78a.q9	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch winkelstabile Platte mit integriertem Band: Ulna distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-78a.0a	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Schraube: Karpale	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-78a.0b	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Schraube: Metakarpale	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-78a.0c	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Schraube: Phalangen Hand	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-78a.0d		Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Schraube: Becken	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-78a.0e	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Schraube: Schenkelhals	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-78a.0f	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Schraube: Femur proximal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-78a.0g	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Schraube: Femurschaft	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-78a.0h	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Schraube: Femur distal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-78a.0j	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Schraube: Patella	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-78a.0k	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Schraube: Tibia proximal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-78a.0m	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Schraube: Tibiaschaft	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-78a.0n	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Schraube: Tibia distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-78a.0p	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Schraube: Fibula proximal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-78a.0q	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Schraube: Fibulaschaft	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-78a.0r	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Schraube: Fibula distal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-78a.0s	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Schraube: Talus	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-78a.0t	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Schraube: Kalkaneus	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-78a.0u	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Schraube: Tarsale	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-78a.0v	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Schraube: Metatarsale	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-78a.0w	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Schraube: Phalangen Fuß	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-78a.0z	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Schraube: Skapula	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-78a.00	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Schraube: Klavikula	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-78a.01	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Schraube: Humerus proximal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-78a.02	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Schraube: Humerusschaft	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-78a.03	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Schraube: Humerus distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-78a.04	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Schraube: Radius proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-78a.05	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Schraube: Radiusschaft	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-78a.06	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Schraube: Radius distal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-78a.07	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Schraube: Ulna proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-78a.08	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Schraube: Ulnaschaft	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-78a.09	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Schraube: Ulna distal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-78a.1a	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Karpale	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-78a.1b	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Metakarpale	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-78a.1c	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Phalangen Hand	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-78a.1d		Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Becken	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-78a.1e	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Schenkelhals	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-78a.1f	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Femur proximal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-78a.1g	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Femurschaft	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-78a.1h	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Femur distal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-78a.1j	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Patella	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-78a.1k	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Tibia proximal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-78a.1m	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Tibiaschaft	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-78a.1n	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Tibia distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-78a.1p	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Fibula proximal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-78a.1q	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Fibulaschaft	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-78a.1r	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Fibula distal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-78a.1s	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Talus	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-78a.1t	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Kalkaneus	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-78a.1u	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Tarsale	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-78a.1v	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Metatarsale	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-78a.1w	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Phalangen Fuß	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-78a.1z	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Skapula	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-78a.10	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Klavikula	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-78a.11	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Humerus proximal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-78a.12	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Humerusschaft	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-78a.13	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Humerus distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-78a.14	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Radius proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-78a.15	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Radiusschaft	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-78a.16	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Radius distal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-78a.17	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Ulna proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-78a.18	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Ulnaschaft	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-78a.19	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Ulna distal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-78a.2a	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Platte: Karpale	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-78a.2b	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Platte: Metakarpale	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-78a.2c	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Platte: Phalangen Hand	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-78a.2d		Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Platte: Becken	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-78a.2f	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Platte: Femur proximal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-78a.2g	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Platte: Femurschaft	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-78a.2h	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Platte: Femur distal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-78a.2j	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Platte: Patella	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-78a.2k	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Platte: Tibia proximal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-78a.2m	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Platte: Tibiaschaft	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-78a.2n	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Platte: Tibia distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-78a.2p	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Platte: Fibula proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-78a.2q	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Platte: Fibulaschaft	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-78a.2r	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Platte: Fibula distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-78a.2s	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Platte: Talus	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-78a.2t	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Platte: Kalkaneus	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-78a.2u	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Platte: Tarsale	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-78a.2v	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Platte: Metatarsale	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-78a.2w	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Platte: Phalangen Fuß	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-78a.2z	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Platte: Skapula	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-78a.20	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Platte: Klavikula	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-78a.21	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Platte: Humerus proximal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-78a.22	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Platte: Humerusschaft	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-78a.23	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Platte: Humerus distal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-78a.24	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Platte: Radius proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-78a.25	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Platte: Radiusschaft	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-78a.26	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Platte: Radius distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-78a.27	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Platte: Ulna proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-78a.28	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Platte: Ulnaschaft	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-78a.29	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Platte: Ulna distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-78a.3e	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Winkelplatte/Kondylenplatte: Schenkelhals	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-78a.3f	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Winkelplatte/Kondylenplatte: Femur proximal	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-78a.3h	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Winkelplatte/Kondylenplatte: Femur distal	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-78a.3k	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Winkelplatte/Kondylenplatte: Tibia proximal	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-78a.3n	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Winkelplatte/Kondylenplatte: Tibia distal	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-78a.31	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Winkelplatte/Kondylenplatte: Humerus proximal	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-78a.33	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Winkelplatte/Kondylenplatte: Humerus distal	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-78a.4e	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch dynamische Kompressionsschraube: Schenkelhals	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-78a.4f	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch dynamische Kompressionsschraube: Femur proximal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-78a.4h	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch dynamische Kompressionsschraube: Femur distal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-78a.4k	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch dynamische Kompressionsschraube: Tibia proximal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-78a.5n	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Marknagel mit Gelenkkomponente: Tibia distal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-78a.5p	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Marknagel mit Gelenkkomponente: Fibula proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-78a.5r	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Marknagel mit Gelenkkomponente: Fibula distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-78a.54	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Marknagel mit Gelenkkomponente: Radius proximal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-78a.57	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Marknagel mit Gelenkkomponente: Ulna proximal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-78a.59	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Marknagel mit Gelenkkomponente: Ulna distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-78a.6e	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Marknagel: Schenkelhals	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-78a.6f	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Marknagel: Femur proximal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-78a.6g	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Marknagel: Femurschaft	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-78a.6h	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Marknagel: Femur distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-78a.6k	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Marknagel: Tibia proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-78a.6m	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Marknagel: Tibiaschaft	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-78a.6n	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Marknagel: Tibia distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-78a.6p	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Marknagel: Fibula proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-78a.6q	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Marknagel: Fibulaschaft	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-78a.6r	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Marknagel: Fibula distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-78a.61	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Marknagel: Humerus proximal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-78a.62	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Marknagel: Humerusschaft	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-78a.63	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Marknagel: Humerus distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-78a.64	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Marknagel: Radius proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-78a.65	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Marknagel: Radiusschaft	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-78a.66	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Marknagel: Radius distal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-78a.67	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Marknagel: Ulna proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-78a.68	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Marknagel: Ulnaschaft	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-78a.69	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Marknagel: Ulna distal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-78a.7b	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Verriegelungsnagel: Metakarpale	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-78a.7g	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Verriegelungsnagel: Femurschaft	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-78a.7m	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Verriegelungsnagel: Tibiaschaft	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-78a.7q	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Verriegelungsnagel: Fibulaschaft	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-78a.7v	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Verriegelungsnagel: Metatarsale	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-78a.72	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Verriegelungsnagel: Humerusschaft	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-78a.75	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Verriegelungsnagel: Radiusschaft	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-78a.78	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Verriegelungsnagel: Ulnaschaft	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-78a.8a	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Fixateur externe: Karpale	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-78a.8b	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Fixateur externe: Metakarpale	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-78a.8c	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Fixateur externe: Phalangen Hand	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-78a.8d		Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Fixateur externe: Becken	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-78a.8f	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Fixateur externe: Femur proximal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-78a.8g	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Fixateur externe: Femurschaft	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-78a.8h	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Fixateur externe: Femur distal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-78a.8k	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Fixateur externe: Tibia proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-78a.8m	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Fixateur externe: Tibiaschaft	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-78a.8n	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Fixateur externe: Tibia distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-78a.8p	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Fixateur externe: Fibula proximal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-78a.8q	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Fixateur externe: Fibulaschaft	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-78a.8r	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Fixateur externe: Fibula distal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-78a.8s	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Fixateur externe: Talus	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-78a.8t	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Fixateur externe: Kalkaneus	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-78a.8u	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Fixateur externe: Tarsale	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-78a.8v	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Fixateur externe: Metatarsale	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-78a.8w	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Fixateur externe: Phalangen Fuß	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-78a.80	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Fixateur externe: Klavikula	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-78a.81	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Fixateur externe: Humerus proximal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-78a.82	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Fixateur externe: Humerusschaft	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-78a.83	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Fixateur externe: Humerus distal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-78a.84	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Fixateur externe: Radius proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-78a.85	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Fixateur externe: Radiusschaft	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-78a.86	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Fixateur externe: Radius distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-78a.87	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Fixateur externe: Ulna proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-78a.88	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Fixateur externe: Ulnaschaft	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-78a.89	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Fixateur externe: Ulna distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-78a.9a	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Materialkombinationen: Karpale	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-78a.9b	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Materialkombinationen: Metakarpale	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-78a.9c	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Materialkombinationen: Phalangen Hand	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-78a.9d		Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Materialkombinationen: Becken	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-78a.9e	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Materialkombinationen: Schenkelhals	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-78a.9f	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Materialkombinationen: Femur proximal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-78a.9g	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Materialkombinationen: Femurschaft	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-78a.9h	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Materialkombinationen: Femur distal	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-78a.9j	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Materialkombinationen: Patella	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-78a.9k	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Materialkombinationen: Tibia proximal	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-78a.9m	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Materialkombinationen: Tibiaschaft	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-78a.9n	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Materialkombinationen: Tibia distal	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-78a.9p	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Materialkombinationen: Fibula proximal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-78a.9q	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Materialkombinationen: Fibulaschaft	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-78a.9r	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Materialkombinationen: Fibula distal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-78a.9s	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Materialkombinationen: Talus	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-78a.9t	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Materialkombinationen: Kalkaneus	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-78a.9u	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Materialkombinationen: Tarsale	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-78a.9v	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Materialkombinationen: Metatarsale	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-78a.9w	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Materialkombinationen: Phalangen Fuß	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-78a.9z	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Materialkombinationen: Skapula	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-78a.90	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Materialkombinationen: Klavikula	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-78a.91	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Materialkombinationen: Humerus proximal	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-78a.92	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Materialkombinationen: Humerusschaft	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-78a.93	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Materialkombinationen: Humerus distal	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-78a.94	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Materialkombinationen: Radius proximal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-78a.95	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Materialkombinationen: Radiusschaft	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-78a.96	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Materialkombinationen: Radius distal	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-78a.97	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Materialkombinationen: Ulna proximal	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-78a.98	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Materialkombinationen: Ulnaschaft	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-78a.99	↔	Revision von Osteosynthesematerial mit Reosteosynthese: Durch Materialkombinationen: Ulna distal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-780.2a	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Drainage: Karpale	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-780.2b	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Drainage: Metakarpale	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-780.2c	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Drainage: Phalangen Hand	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-780.2d		Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Drainage: Becken	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-780.2e	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Drainage: Schenkelhals	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-780.2f	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Drainage: Femur proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-780.2g	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Drainage: Femurschaft	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-780.2h	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Drainage: Femur distal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-780.2j	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Drainage: Patella	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-780.2k	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Drainage: Tibia proximal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-780.2m	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Drainage: Tibiaschaft	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-780.2n	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Drainage: Tibia distal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-780.2p	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Drainage: Fibula proximal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-780.2q	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Drainage: Fibulaschaft	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-780.2r	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Drainage: Fibula distal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-780.2s	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Drainage: Talus	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-780.2t	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Drainage: Kalkaneus	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-780.2u	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Drainage: Tarsale	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-780.2v	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Drainage: Metatarsale	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-780.2w	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Drainage: Phalangen Fuß	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-780.2z	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Drainage: Skapula	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-780.20	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Drainage: Klavikula	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-780.21	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Drainage: Humerus proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-780.22	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Drainage: Humerusschaft	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-780.23	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Drainage: Humerus distal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-780.24	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Drainage: Radius proximal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-780.25	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Drainage: Radiusschaft	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-780.26	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Drainage: Radius distal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-780.27	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Drainage: Ulna proximal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-780.28	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Drainage: Ulnaschaft	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-780.29	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Drainage: Ulna distal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-780.3a	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Entfernung eines Fremdkörpers: Karpale	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-780.3b	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Entfernung eines Fremdkörpers: Metakarpale	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-780.3c	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Entfernung eines Fremdkörpers: Phalangen Hand	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-780.3d		Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Entfernung eines Fremdkörpers: Becken	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-780.3e	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Entfernung eines Fremdkörpers: Schenkelhals	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-780.3f	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Entfernung eines Fremdkörpers: Femur proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-780.3g	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Entfernung eines Fremdkörpers: Femurschaft	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-780.3h	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Entfernung eines Fremdkörpers: Femur distal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-780.3j	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Entfernung eines Fremdkörpers: Patella	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-780.3k	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Entfernung eines Fremdkörpers: Tibia proximal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-780.3m	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Entfernung eines Fremdkörpers: Tibiaschaft	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-780.3n	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Entfernung eines Fremdkörpers: Tibia distal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-780.3p	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Entfernung eines Fremdkörpers: Fibula proximal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-780.3q	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Entfernung eines Fremdkörpers: Fibulaschaft	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-780.3r	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Entfernung eines Fremdkörpers: Fibula distal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-780.3s	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Entfernung eines Fremdkörpers: Talus	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-780.3t	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Entfernung eines Fremdkörpers: Kalkaneus	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-780.3u	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Entfernung eines Fremdkörpers: Tarsale	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-780.3v	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Entfernung eines Fremdkörpers: Metatarsale	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-780.3w	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Entfernung eines Fremdkörpers: Phalangen Fuß	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-780.3z	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Entfernung eines Fremdkörpers: Skapula	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-780.30	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Entfernung eines Fremdkörpers: Klavikula	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-780.31	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Entfernung eines Fremdkörpers: Humerus proximal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-780.32	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Entfernung eines Fremdkörpers: Humerusschaft	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-780.33	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Entfernung eines Fremdkörpers: Humerus distal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-780.34	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Entfernung eines Fremdkörpers: Radius proximal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-780.35	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Entfernung eines Fremdkörpers: Radiusschaft	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-780.36	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Entfernung eines Fremdkörpers: Radius distal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-780.37	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Entfernung eines Fremdkörpers: Ulna proximal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-780.38	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Entfernung eines Fremdkörpers: Ulnaschaft	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-780.39	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Entfernung eines Fremdkörpers: Ulna distal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-780.4a	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Einlegen eines Medikamententrägers: Karpale	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-780.4b	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Einlegen eines Medikamententrägers: Metakarpale	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-780.4c	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Einlegen eines Medikamententrägers: Phalangen Hand	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-780.4d		Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Einlegen eines Medikamententrägers: Becken	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-780.4e	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Einlegen eines Medikamententrägers: Schenkelhals	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-780.4f	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Einlegen eines Medikamententrägers: Femur proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-780.4g	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Einlegen eines Medikamententrägers: Femurschaft	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-780.4h	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Einlegen eines Medikamententrägers: Femur distal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-780.4j	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Einlegen eines Medikamententrägers: Patella	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-780.4k	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Einlegen eines Medikamententrägers: Tibia proximal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-780.4m	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Einlegen eines Medikamententrägers: Tibiaschaft	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-780.4n	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Einlegen eines Medikamententrägers: Tibia distal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-780.4p	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Einlegen eines Medikamententrägers: Fibula proximal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-780.4q	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Einlegen eines Medikamententrägers: Fibulaschaft	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-780.4r	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Einlegen eines Medikamententrägers: Fibula distal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-780.4s	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Einlegen eines Medikamententrägers: Talus	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-780.4t	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Einlegen eines Medikamententrägers: Kalkaneus	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-780.4u	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Einlegen eines Medikamententrägers: Tarsale	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-780.4v	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Einlegen eines Medikamententrägers: Metatarsale	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-780.4w	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Einlegen eines Medikamententrägers: Phalangen Fuß	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-780.40	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Einlegen eines Medikamententrägers: Klavikula	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-780.41	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Einlegen eines Medikamententrägers: Humerus proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-780.42	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Einlegen eines Medikamententrägers: Humerusschaft	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-780.43	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Einlegen eines Medikamententrägers: Humerus distal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-780.44	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Einlegen eines Medikamententrägers: Radius proximal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-780.45	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Einlegen eines Medikamententrägers: Radiusschaft	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-780.46	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Einlegen eines Medikamententrägers: Radius distal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-780.47	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Einlegen eines Medikamententrägers: Ulna proximal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-780.48	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Einlegen eines Medikamententrägers: Ulnaschaft	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-780.49	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Einlegen eines Medikamententrägers: Ulna distal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-780.5a	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Entfernen eines Medikamententrägers: Karpale	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-780.5b	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Entfernen eines Medikamententrägers: Metakarpale	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-780.5c	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Entfernen eines Medikamententrägers: Phalangen Hand	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-780.5d		Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Entfernen eines Medikamententrägers: Becken	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-780.5e	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Entfernen eines Medikamententrägers: Schenkelhals	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-780.5f	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Entfernen eines Medikamententrägers: Femur proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-780.5g	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Entfernen eines Medikamententrägers: Femurschaft	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-780.5h	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Entfernen eines Medikamententrägers: Femur distal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-780.5j	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Entfernen eines Medikamententrägers: Patella	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-780.5k	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Entfernen eines Medikamententrägers: Tibia proximal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-780.5m	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Entfernen eines Medikamententrägers: Tibiaschaft	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-780.5n	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Entfernen eines Medikamententrägers: Tibia distal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-780.5p	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Entfernen eines Medikamententrägers: Fibula proximal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-780.5q	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Entfernen eines Medikamententrägers: Fibulaschaft	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-780.5r	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Entfernen eines Medikamententrägers: Fibula distal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-780.5s	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Entfernen eines Medikamententrägers: Talus	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-780.5t	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Entfernen eines Medikamententrägers: Kalkaneus	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-780.5u	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Entfernen eines Medikamententrägers: Tarsale	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-780.5v	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Entfernen eines Medikamententrägers: Metatarsale	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-780.5w	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Entfernen eines Medikamententrägers: Phalangen Fuß	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-780.5z	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Entfernen eines Medikamententrägers: Skapula	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-780.50	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Entfernen eines Medikamententrägers: Klavikula	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-780.51	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Entfernen eines Medikamententrägers: Humerus proximal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-780.52	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Entfernen eines Medikamententrägers: Humerusschaft	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-780.53	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Entfernen eines Medikamententrägers: Humerus distal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-780.54	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Entfernen eines Medikamententrägers: Radius proximal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-780.55	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Entfernen eines Medikamententrägers: Radiusschaft	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-780.56	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Entfernen eines Medikamententrägers: Radius distal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-780.57	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Entfernen eines Medikamententrägers: Ulna proximal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-780.58	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Entfernen eines Medikamententrägers: Ulnaschaft	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-780.59	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Entfernen eines Medikamententrägers: Ulna distal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-780.6a	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Debridement: Karpale	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-780.6b	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Debridement: Metakarpale	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-780.6c	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Debridement: Phalangen Hand	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-780.6d		Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Debridement: Becken	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-780.6e	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Debridement: Schenkelhals	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-780.6f	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Debridement: Femur proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-780.6g	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Debridement: Femurschaft	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-780.6h	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Debridement: Femur distal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-780.6j	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Debridement: Patella	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-780.6k	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Debridement: Tibia proximal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-780.6m	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Debridement: Tibiaschaft	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-780.6n	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Debridement: Tibia distal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-780.6p	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Debridement: Fibula proximal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-780.6q	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Debridement: Fibulaschaft	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-780.6r	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Debridement: Fibula distal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-780.6s	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Debridement: Talus	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-780.6t	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Debridement: Kalkaneus	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-780.6u	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Debridement: Tarsale	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-780.6v	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Debridement: Metatarsale	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-780.6w	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Debridement: Phalangen Fuß	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-780.6z	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Debridement: Skapula	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-780.60	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Debridement: Klavikula	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-780.61	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Debridement: Humerus proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-780.62	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Debridement: Humerusschaft	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-780.63	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Debridement: Humerus distal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-780.64	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Debridement: Radius proximal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-780.65	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Debridement: Radiusschaft	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-780.66	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Debridement: Radius distal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-780.67	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Debridement: Ulna proximal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-780.68	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Debridement: Ulnaschaft	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-780.69	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Debridement: Ulna distal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-780.7a	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Sequesterotomie: Karpale	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-780.7b	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Sequesterotomie: Metakarpale	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-780.7c	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Sequesterotomie: Phalangen Hand	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-780.7d		Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Sequesterotomie: Becken	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-780.7e	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Sequesterotomie: Schenkelhals	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-780.7f	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Sequesterotomie: Femur proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-780.7g	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Sequesterotomie: Femurschaft	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-780.7h	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Sequesterotomie: Femur distal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-780.7j	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Sequesterotomie: Patella	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-780.7k	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Sequesterotomie: Tibia proximal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-780.7m	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Sequesterotomie: Tibiaschaft	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-780.7n	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Sequesterotomie: Tibia distal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-780.7p	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Sequesterotomie: Fibula proximal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-780.7q	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Sequesterotomie: Fibulaschaft	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-780.7r	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Sequesterotomie: Fibula distal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-780.7s	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Sequesterotomie: Talus	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-780.7t	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Sequesterotomie: Kalkaneus	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-780.7u	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Sequesterotomie: Tarsale	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-780.7v	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Sequesterotomie: Metatarsale	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-780.7w	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Sequesterotomie: Phalangen Fuß	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-780.7z	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Sequesterotomie: Skapula	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-780.70	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Sequesterotomie: Klavikula	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-780.71	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Sequesterotomie: Humerus proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-780.72	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Sequesterotomie: Humerusschaft	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-780.73	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Sequesterotomie: Humerus distal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-780.74	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Sequesterotomie: Radius proximal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-780.75	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Sequesterotomie: Radiusschaft	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-780.76	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Sequesterotomie: Radius distal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-780.77	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Sequesterotomie: Ulna proximal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-780.78	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Sequesterotomie: Ulnaschaft	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-780.79	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Sequesterotomie: Ulna distal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-780.8a	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Sequesterotomie mit Einlegen eines Medikamententrägers: Karpale	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-780.8b	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Sequesterotomie mit Einlegen eines Medikamententrägers: Metakarpale	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-780.8c	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Sequesterotomie mit Einlegen eines Medikamententrägers: Phalangen Hand	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-780.8d		Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Sequesterotomie mit Einlegen eines Medikamententrägers: Becken	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-780.8e	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Sequesterotomie mit Einlegen eines Medikamententrägers: Schenkelhals	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-780.8f	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Sequesterotomie mit Einlegen eines Medikamententrägers: Femur proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-780.8g	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Sequesterotomie mit Einlegen eines Medikamententrägers: Femurschaft	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-780.8h	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Sequesterotomie mit Einlegen eines Medikamententrägers: Femur distal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-780.8j	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Sequesterotomie mit Einlegen eines Medikamententrägers: Patella	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-780.8k	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Sequesterotomie mit Einlegen eines Medikamententrägers: Tibia proximal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-780.8m	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Sequesterotomie mit Einlegen eines Medikamententrägers: Tibiaschaft	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-780.8n	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Sequesterotomie mit Einlegen eines Medikamententrägers: Tibia distal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-780.8p	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Sequesterotomie mit Einlegen eines Medikamententrägers: Fibula proximal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-780.8q	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Sequesterotomie mit Einlegen eines Medikamententrägers: Fibulaschaft	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-780.8r	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Sequesterotomie mit Einlegen eines Medikamententrägers: Fibula distal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-780.8s	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Sequesterotomie mit Einlegen eines Medikamententrägers: Talus	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-780.8t	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Sequesterotomie mit Einlegen eines Medikamententrägers: Kalkaneus	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-780.8u	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Sequesterotomie mit Einlegen eines Medikamententrägers: Tarsale	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-780.8v	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Sequesterotomie mit Einlegen eines Medikamententrägers: Metatarsale	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-780.8w	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Sequesterotomie mit Einlegen eines Medikamententrägers: Phalangen Fuß	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-780.8z	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Sequesterotomie mit Einlegen eines Medikamententrägers: Skapula	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-780.80	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Sequesterotomie mit Einlegen eines Medikamententrägers: Klavikula	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-780.81	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Sequesterotomie mit Einlegen eines Medikamententrägers: Humerus proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-780.82	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Sequesterotomie mit Einlegen eines Medikamententrägers: Humerusschaft	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-780.83	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Sequesterotomie mit Einlegen eines Medikamententrägers: Humerus distal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-780.84	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Sequesterotomie mit Einlegen eines Medikamententrägers: Radius proximal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-780.85	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Sequesterotomie mit Einlegen eines Medikamententrägers: Radiusschaft	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-780.86	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Sequesterotomie mit Einlegen eines Medikamententrägers: Radius distal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-780.87	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Sequesterotomie mit Einlegen eines Medikamententrägers: Ulna proximal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-780.88	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Sequesterotomie mit Einlegen eines Medikamententrägers: Ulnaschaft	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-780.89	↔	Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Sequesterotomie mit Einlegen eines Medikamententrägers: Ulna distal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-781.aa	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Osteotomie ohne Achsenkorrektur: Karpale	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-781.ab	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Osteotomie ohne Achsenkorrektur: Metakarpale	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-781.ac	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Osteotomie ohne Achsenkorrektur: Phalangen Hand	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-781.ad		Osteotomie und Korrekturosteotomie: Osteotomie ohne Achsenkorrektur: Becken	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-781.ae	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Osteotomie ohne Achsenkorrektur: Schenkelhals	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-781.af	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Osteotomie ohne Achsenkorrektur: Femur proximal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-781.ag	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Osteotomie ohne Achsenkorrektur: Femurschaft	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-781.ah	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Osteotomie ohne Achsenkorrektur: Femur distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-781.ak	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Osteotomie ohne Achsenkorrektur: Tibia proximal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-781.am	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Osteotomie ohne Achsenkorrektur: Tibiaschaft	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-781.an	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Osteotomie ohne Achsenkorrektur: Tibia distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-781.ap	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Osteotomie ohne Achsenkorrektur: Fibula proximal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-781.aq	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Osteotomie ohne Achsenkorrektur: Fibulaschaft	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-781.ar	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Osteotomie ohne Achsenkorrektur: Fibula distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-781.as	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Osteotomie ohne Achsenkorrektur: Talus	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-781.at	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Osteotomie ohne Achsenkorrektur: Kalkaneus	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-781.au	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Osteotomie ohne Achsenkorrektur: Tarsale	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-781.az	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Osteotomie ohne Achsenkorrektur: Skapula	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-781.a0	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Osteotomie ohne Achsenkorrektur: Klavikula	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-781.a1	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Osteotomie ohne Achsenkorrektur: Humerus proximal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-781.a2	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Osteotomie ohne Achsenkorrektur: Humerusschaft	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-781.a3	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Osteotomie ohne Achsenkorrektur: Humerus distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-781.a4	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Osteotomie ohne Achsenkorrektur: Radius proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-781.a5	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Osteotomie ohne Achsenkorrektur: Radiusschaft	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-781.a6	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Osteotomie ohne Achsenkorrektur: Radius distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-781.a7	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Osteotomie ohne Achsenkorrektur: Ulna proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-781.a8	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Osteotomie ohne Achsenkorrektur: Ulnaschaft	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-781.a9	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Osteotomie ohne Achsenkorrektur: Ulna distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-781.0a	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Valgisierende Osteotomie: Karpale	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-781.0b	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Valgisierende Osteotomie: Metakarpale	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-781.0c	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Valgisierende Osteotomie: Phalangen Hand	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-781.0d		Osteotomie und Korrekturosteotomie: Valgisierende Osteotomie: Becken	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-781.0e	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Valgisierende Osteotomie: Schenkelhals	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-781.0f	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Valgisierende Osteotomie: Femur proximal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-781.0g	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Valgisierende Osteotomie: Femurschaft	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-781.0h	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Valgisierende Osteotomie: Femur distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-781.0k	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Valgisierende Osteotomie: Tibia proximal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-781.0m	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Valgisierende Osteotomie: Tibiaschaft	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-781.0n	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Valgisierende Osteotomie: Tibia distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-781.0p	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Valgisierende Osteotomie: Fibula proximal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-781.0q	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Valgisierende Osteotomie: Fibulaschaft	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-781.0r	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Valgisierende Osteotomie: Fibula distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-781.0s	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Valgisierende Osteotomie: Talus	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-781.0t	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Valgisierende Osteotomie: Kalkaneus	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-781.0u	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Valgisierende Osteotomie: Tarsale	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-781.00	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Valgisierende Osteotomie: Klavikula	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-781.01	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Valgisierende Osteotomie: Humerus proximal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-781.02	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Valgisierende Osteotomie: Humerusschaft	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-781.03	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Valgisierende Osteotomie: Humerus distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-781.04	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Valgisierende Osteotomie: Radius proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-781.05	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Valgisierende Osteotomie: Radiusschaft	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-781.06	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Valgisierende Osteotomie: Radius distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-781.07	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Valgisierende Osteotomie: Ulna proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-781.08	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Valgisierende Osteotomie: Ulnaschaft	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-781.09	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Valgisierende Osteotomie: Ulna distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-781.1a	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Varisierende Osteotomie: Karpale	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-781.1b	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Varisierende Osteotomie: Metakarpale	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-781.1c	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Varisierende Osteotomie: Phalangen Hand	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-781.1d		Osteotomie und Korrekturosteotomie: Varisierende Osteotomie: Becken	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-781.1e	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Varisierende Osteotomie: Schenkelhals	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-781.1f	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Varisierende Osteotomie: Femur proximal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-781.1g	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Varisierende Osteotomie: Femurschaft	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-781.1h	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Varisierende Osteotomie: Femur distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-781.1k	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Varisierende Osteotomie: Tibia proximal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-781.1m	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Varisierende Osteotomie: Tibiaschaft	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-781.1n	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Varisierende Osteotomie: Tibia distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-781.1p	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Varisierende Osteotomie: Fibula proximal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-781.1q	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Varisierende Osteotomie: Fibulaschaft	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-781.1r	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Varisierende Osteotomie: Fibula distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-781.1s	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Varisierende Osteotomie: Talus	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-781.1t	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Varisierende Osteotomie: Kalkaneus	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-781.1u	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Varisierende Osteotomie: Tarsale	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-781.10	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Varisierende Osteotomie: Klavikula	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-781.11	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Varisierende Osteotomie: Humerus proximal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-781.12	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Varisierende Osteotomie: Humerusschaft	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-781.13	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Varisierende Osteotomie: Humerus distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-781.14	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Varisierende Osteotomie: Radius proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-781.15	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Varisierende Osteotomie: Radiusschaft	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-781.16	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Varisierende Osteotomie: Radius distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-781.17	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Varisierende Osteotomie: Ulna proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-781.18	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Varisierende Osteotomie: Ulnaschaft	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-781.19	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Varisierende Osteotomie: Ulna distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-781.2a	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: (De-)Rotationsosteotomie: Karpale	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-781.2b	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: (De-)Rotationsosteotomie: Metakarpale	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-781.2c	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: (De-)Rotationsosteotomie: Phalangen Hand	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-781.2d		Osteotomie und Korrekturosteotomie: (De-)Rotationsosteotomie: Becken	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-781.2e	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: (De-)Rotationsosteotomie: Schenkelhals	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-781.2f	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: (De-)Rotationsosteotomie: Femur proximal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-781.2g	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: (De-)Rotationsosteotomie: Femurschaft	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-781.2h	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: (De-)Rotationsosteotomie: Femur distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-781.2k	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: (De-)Rotationsosteotomie: Tibia proximal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-781.2m	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: (De-)Rotationsosteotomie: Tibiaschaft	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-781.2n	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: (De-)Rotationsosteotomie: Tibia distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-781.2p	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: (De-)Rotationsosteotomie: Fibula proximal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-781.2q	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: (De-)Rotationsosteotomie: Fibulaschaft	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-781.2r	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: (De-)Rotationsosteotomie: Fibula distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-781.2s	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: (De-)Rotationsosteotomie: Talus	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-781.2t	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: (De-)Rotationsosteotomie: Kalkaneus	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-781.2u	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: (De-)Rotationsosteotomie: Tarsale	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-781.20	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: (De-)Rotationsosteotomie: Klavikula	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-781.21	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: (De-)Rotationsosteotomie: Humerus proximal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-781.22	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: (De-)Rotationsosteotomie: Humerusschaft	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-781.23	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: (De-)Rotationsosteotomie: Humerus distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-781.24	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: (De-)Rotationsosteotomie: Radius proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-781.25	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: (De-)Rotationsosteotomie: Radiusschaft	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-781.26	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: (De-)Rotationsosteotomie: Radius distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-781.27	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: (De-)Rotationsosteotomie: Ulna proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-781.28	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: (De-)Rotationsosteotomie: Ulnaschaft	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-781.29	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: (De-)Rotationsosteotomie: Ulna distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-781.3a	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Verkürzungsosteotomie: Karpale	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-781.3b	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Verkürzungsosteotomie: Metakarpale	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-781.3c	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Verkürzungsosteotomie: Phalangen Hand	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-781.3d		Osteotomie und Korrekturosteotomie: Verkürzungsosteotomie: Becken	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-781.3e	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Verkürzungsosteotomie: Schenkelhals	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-781.3f	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Verkürzungsosteotomie: Femur proximal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-781.3g	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Verkürzungsosteotomie: Femurschaft	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-781.3h	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Verkürzungsosteotomie: Femur distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-781.3k	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Verkürzungsosteotomie: Tibia proximal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-781.3m	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Verkürzungsosteotomie: Tibiaschaft	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-781.3n	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Verkürzungsosteotomie: Tibia distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-781.3p	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Verkürzungsosteotomie: Fibula proximal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-781.3q	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Verkürzungsosteotomie: Fibulaschaft	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-781.3r	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Verkürzungsosteotomie: Fibula distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-781.3s	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Verkürzungsosteotomie: Talus	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-781.3t	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Verkürzungsosteotomie: Kalkaneus	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-781.3u	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Verkürzungsosteotomie: Tarsale	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-781.30	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Verkürzungsosteotomie: Klavikula	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-781.31	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Verkürzungsosteotomie: Humerus proximal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-781.32	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Verkürzungsosteotomie: Humerusschaft	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-781.33	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Verkürzungsosteotomie: Humerus distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-781.34	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Verkürzungsosteotomie: Radius proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-781.35	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Verkürzungsosteotomie: Radiusschaft	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-781.36	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Verkürzungsosteotomie: Radius distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-781.37	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Verkürzungsosteotomie: Ulna proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-781.38	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Verkürzungsosteotomie: Ulnaschaft	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-781.39	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Verkürzungsosteotomie: Ulna distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-781.4a	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Verlängerungsosteotomie: Karpale	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-781.4b	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Verlängerungsosteotomie: Metakarpale	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-781.4c	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Verlängerungsosteotomie: Phalangen Hand	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-781.4d		Osteotomie und Korrekturosteotomie: Verlängerungsosteotomie: Becken	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-781.4e	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Verlängerungsosteotomie: Schenkelhals	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-781.4f	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Verlängerungsosteotomie: Femur proximal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-781.4g	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Verlängerungsosteotomie: Femurschaft	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-781.4h	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Verlängerungsosteotomie: Femur distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-781.4k	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Verlängerungsosteotomie: Tibia proximal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-781.4m	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Verlängerungsosteotomie: Tibiaschaft	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-781.4n	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Verlängerungsosteotomie: Tibia distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-781.4p	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Verlängerungsosteotomie: Fibula proximal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-781.4q	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Verlängerungsosteotomie: Fibulaschaft	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-781.4r	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Verlängerungsosteotomie: Fibula distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-781.4s	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Verlängerungsosteotomie: Talus	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-781.4t	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Verlängerungsosteotomie: Kalkaneus	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-781.4u	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Verlängerungsosteotomie: Tarsale	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-781.40	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Verlängerungsosteotomie: Klavikula	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-781.41	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Verlängerungsosteotomie: Humerus proximal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-781.42	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Verlängerungsosteotomie: Humerusschaft	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-781.43	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Verlängerungsosteotomie: Humerus distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-781.44	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Verlängerungsosteotomie: Radius proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-781.45	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Verlängerungsosteotomie: Radiusschaft	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-781.46	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Verlängerungsosteotomie: Radius distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-781.47	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Verlängerungsosteotomie: Ulna proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-781.48	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Verlängerungsosteotomie: Ulnaschaft	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-781.49	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Verlängerungsosteotomie: Ulna distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-781.5a	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Valgisierende (De-)Rotationsosteotomie: Karpale	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-781.5b	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Valgisierende (De-)Rotationsosteotomie: Metakarpale	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-781.5c	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Valgisierende (De-)Rotationsosteotomie: Phalangen Hand	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-781.5d		Osteotomie und Korrekturosteotomie: Valgisierende (De-)Rotationsosteotomie: Becken	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-781.5e	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Valgisierende (De-)Rotationsosteotomie: Schenkelhals	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-781.5f	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Valgisierende (De-)Rotationsosteotomie: Femur proximal	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-781.5g	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Valgisierende (De-)Rotationsosteotomie: Femurschaft	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-781.5h	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Valgisierende (De-)Rotationsosteotomie: Femur distal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-781.5k	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Valgisierende (De-)Rotationsosteotomie: Tibia proximal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-781.5m	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Valgisierende (De-)Rotationsosteotomie: Tibiaschaft	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-781.5n	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Valgisierende (De-)Rotationsosteotomie: Tibia distal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-781.5p	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Valgisierende (De-)Rotationsosteotomie: Fibula proximal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-781.5q	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Valgisierende (De-)Rotationsosteotomie: Fibulaschaft	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-781.5r	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Valgisierende (De-)Rotationsosteotomie: Fibula distal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-781.5s	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Valgisierende (De-)Rotationsosteotomie: Talus	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-781.5t	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Valgisierende (De-)Rotationsosteotomie: Kalkaneus	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-781.5u	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Valgisierende (De-)Rotationsosteotomie: Tarsale	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-781.50	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Valgisierende (De-)Rotationsosteotomie: Klavikula	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-781.51	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Valgisierende (De-)Rotationsosteotomie: Humerus proximal	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-781.52	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Valgisierende (De-)Rotationsosteotomie: Humerusschaft	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-781.53	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Valgisierende (De-)Rotationsosteotomie: Humerus distal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-781.54	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Valgisierende (De-)Rotationsosteotomie: Radius proximal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-781.55	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Valgisierende (De-)Rotationsosteotomie: Radiusschaft	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-781.56	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Valgisierende (De-)Rotationsosteotomie: Radius distal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-781.57	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Valgisierende (De-)Rotationsosteotomie: Ulna proximal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-781.58	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Valgisierende (De-)Rotationsosteotomie: Ulnaschaft	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-781.59	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Valgisierende (De-)Rotationsosteotomie: Ulna distal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-781.6a	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Varisierende (De-)Rotationsosteotomie: Karpale	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-781.6b	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Varisierende (De-)Rotationsosteotomie: Metakarpale	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-781.6c	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Varisierende (De-)Rotationsosteotomie: Phalangen Hand	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-781.6d		Osteotomie und Korrekturosteotomie: Varisierende (De-)Rotationsosteotomie: Becken	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-781.6e	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Varisierende (De-)Rotationsosteotomie: Schenkelhals	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-781.6f	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Varisierende (De-)Rotationsosteotomie: Femur proximal	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-781.6g	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Varisierende (De-)Rotationsosteotomie: Femurschaft	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-781.6h	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Varisierende (De-)Rotationsosteotomie: Femur distal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-781.6k	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Varisierende (De-)Rotationsosteotomie: Tibia proximal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-781.6m	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Varisierende (De-)Rotationsosteotomie: Tibiaschaft	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-781.6n	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Varisierende (De-)Rotationsosteotomie: Tibia distal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-781.6p	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Varisierende (De-)Rotationsosteotomie: Fibula proximal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-781.6q	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Varisierende (De-)Rotationsosteotomie: Fibulaschaft	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-781.6r	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Varisierende (De-)Rotationsosteotomie: Fibula distal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-781.6s	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Varisierende (De-)Rotationsosteotomie: Talus	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-781.6t	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Varisierende (De-)Rotationsosteotomie: Kalkaneus	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-781.6u	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Varisierende (De-)Rotationsosteotomie: Tarsale	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-781.60	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Varisierende (De-)Rotationsosteotomie: Klavikula	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-781.61	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Varisierende (De-)Rotationsosteotomie: Humerus proximal	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-781.62	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Varisierende (De-)Rotationsosteotomie: Humerusschaft	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-781.63	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Varisierende (De-)Rotationsosteotomie: Humerus distal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-781.64	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Varisierende (De-)Rotationsosteotomie: Radius proximal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-781.65	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Varisierende (De-)Rotationsosteotomie: Radiusschaft	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-781.66	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Varisierende (De-)Rotationsosteotomie: Radius distal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-781.67	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Varisierende (De-)Rotationsosteotomie: Ulna proximal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-781.68	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Varisierende (De-)Rotationsosteotomie: Ulnaschaft	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-781.69	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Varisierende (De-)Rotationsosteotomie: Ulna distal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-781.8a	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Komplexe (mehrdimensionale) Osteotomie: Karpale	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-781.8b	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Komplexe (mehrdimensionale) Osteotomie: Metakarpale	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-781.8c	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Komplexe (mehrdimensionale) Osteotomie: Phalangen Hand	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-781.8d		Osteotomie und Korrekturosteotomie: Komplexe (mehrdimensionale) Osteotomie: Becken	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-781.8e	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Komplexe (mehrdimensionale) Osteotomie: Schenkelhals	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-781.8f	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Komplexe (mehrdimensionale) Osteotomie: Femur proximal	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-781.8g	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Komplexe (mehrdimensionale) Osteotomie: Femurschaft	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-781.8h	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Komplexe (mehrdimensionale) Osteotomie: Femur distal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-781.8k	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Komplexe (mehrdimensionale) Osteotomie: Tibia proximal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-781.8m	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Komplexe (mehrdimensionale) Osteotomie: Tibiaschaft	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-781.8n	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Komplexe (mehrdimensionale) Osteotomie: Tibia distal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-781.8p	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Komplexe (mehrdimensionale) Osteotomie: Fibula proximal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-781.8q	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Komplexe (mehrdimensionale) Osteotomie: Fibulaschaft	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-781.8r	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Komplexe (mehrdimensionale) Osteotomie: Fibula distal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-781.8s	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Komplexe (mehrdimensionale) Osteotomie: Talus	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-781.8t	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Komplexe (mehrdimensionale) Osteotomie: Kalkaneus	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-781.8u	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Komplexe (mehrdimensionale) Osteotomie: Tarsale	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-781.80	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Komplexe (mehrdimensionale) Osteotomie: Klavikula	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-781.81	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Komplexe (mehrdimensionale) Osteotomie: Humerus proximal	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-781.82	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Komplexe (mehrdimensionale) Osteotomie: Humerusschaft	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-781.83	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Komplexe (mehrdimensionale) Osteotomie: Humerus distal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-781.84	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Komplexe (mehrdimensionale) Osteotomie: Radius proximal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-781.85	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Komplexe (mehrdimensionale) Osteotomie: Radiusschaft	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-781.86	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Komplexe (mehrdimensionale) Osteotomie: Radius distal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-781.87	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Komplexe (mehrdimensionale) Osteotomie: Ulna proximal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-781.88	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Komplexe (mehrdimensionale) Osteotomie: Ulnaschaft	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-781.89	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Komplexe (mehrdimensionale) Osteotomie: Ulna distal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-781.9a	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Komplexe (mehrdimensionale) Osteotomie mit Achsenkorrektur: Karpale	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-781.9b	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Komplexe (mehrdimensionale) Osteotomie mit Achsenkorrektur: Metakarpale	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-781.9c	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Komplexe (mehrdimensionale) Osteotomie mit Achsenkorrektur: Phalangen Hand	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-781.9d		Osteotomie und Korrekturosteotomie: Komplexe (mehrdimensionale) Osteotomie mit Achsenkorrektur: Becken	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-781.9e	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Komplexe (mehrdimensionale) Osteotomie mit Achsenkorrektur: Schenkelhals	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-781.9f	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Komplexe (mehrdimensionale) Osteotomie mit Achsenkorrektur: Femur proximal	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-781.9g	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Komplexe (mehrdimensionale) Osteotomie mit Achsenkorrektur: Femurschaft	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-781.9h	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Komplexe (mehrdimensionale) Osteotomie mit Achsenkorrektur: Femur distal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-781.9k	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Komplexe (mehrdimensionale) Osteotomie mit Achsenkorrektur: Tibia proximal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-781.9m	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Komplexe (mehrdimensionale) Osteotomie mit Achsenkorrektur: Tibiaschaft	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-781.9n	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Komplexe (mehrdimensionale) Osteotomie mit Achsenkorrektur: Tibia distal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-781.9p	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Komplexe (mehrdimensionale) Osteotomie mit Achsenkorrektur: Fibula proximal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-781.9q	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Komplexe (mehrdimensionale) Osteotomie mit Achsenkorrektur: Fibulaschaft	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-781.9r	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Komplexe (mehrdimensionale) Osteotomie mit Achsenkorrektur: Fibula distal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-781.9s	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Komplexe (mehrdimensionale) Osteotomie mit Achsenkorrektur: Talus	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-781.9t	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Komplexe (mehrdimensionale) Osteotomie mit Achsenkorrektur: Kalkaneus	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-781.9u	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Komplexe (mehrdimensionale) Osteotomie mit Achsenkorrektur: Tarsale	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-781.90	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Komplexe (mehrdimensionale) Osteotomie mit Achsenkorrektur: Klavikula	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-781.91	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Komplexe (mehrdimensionale) Osteotomie mit Achsenkorrektur: Humerus proximal	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-781.92	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Komplexe (mehrdimensionale) Osteotomie mit Achsenkorrektur: Humerusschaft	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-781.93	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Komplexe (mehrdimensionale) Osteotomie mit Achsenkorrektur: Humerus distal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-781.94	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Komplexe (mehrdimensionale) Osteotomie mit Achsenkorrektur: Radius proximal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-781.95	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Komplexe (mehrdimensionale) Osteotomie mit Achsenkorrektur: Radiusschaft	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-781.96	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Komplexe (mehrdimensionale) Osteotomie mit Achsenkorrektur: Radius distal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-781.97	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Komplexe (mehrdimensionale) Osteotomie mit Achsenkorrektur: Ulna proximal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-781.98	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Komplexe (mehrdimensionale) Osteotomie mit Achsenkorrektur: Ulnaschaft	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-781.99	↔	Osteotomie und Korrekturosteotomie: Komplexe (mehrdimensionale) Osteotomie mit Achsenkorrektur: Ulna distal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-782.aa	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion, offen chirurgisch: Karpale	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-782.ab	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion, offen chirurgisch: Metakarpale	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-782.ac	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion, offen chirurgisch: Phalangen Hand	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-782.ad		Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion, offen chirurgisch: Becken	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-782.ae	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion, offen chirurgisch: Schenkelhals	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-782.af	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion, offen chirurgisch: Femur proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-782.ag	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion, offen chirurgisch: Femurschaft	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-782.ah	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion, offen chirurgisch: Femur distal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-782.ak	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion, offen chirurgisch: Tibia proximal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-782.am	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion, offen chirurgisch: Tibiaschaft	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-782.an	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion, offen chirurgisch: Tibia distal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-782.ap	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion, offen chirurgisch: Fibula proximal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-782.aq	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion, offen chirurgisch: Fibulaschaft	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-782.ar	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion, offen chirurgisch: Fibula distal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-782.as	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion, offen chirurgisch: Talus	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-782.at	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion, offen chirurgisch: Kalkaneus	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-782.au	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion, offen chirurgisch: Tarsale	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-782.az	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion, offen chirurgisch: Skapula	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-782.a0	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion, offen chirurgisch: Klavikula	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-782.a1	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion, offen chirurgisch: Humerus proximal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-782.a2	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion, offen chirurgisch: Humerusschaft	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-782.a3	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion, offen chirurgisch: Humerus distal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-782.a4	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion, offen chirurgisch: Radius proximal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-782.a5	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion, offen chirurgisch: Radiusschaft	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-782.a6	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion, offen chirurgisch: Radius distal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-782.a7	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion, offen chirurgisch: Ulna proximal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-782.a8	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion, offen chirurgisch: Ulnaschaft	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-782.a9	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion, offen chirurgisch: Ulna distal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-782.ba	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion, endoskopisch: Karpale	E3	31143/ 36143	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-782.bb	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion, endoskopisch: Metakarpale	E3	31143/ 36143	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-782.bd		Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion, endoskopisch: Becken	E5	31145/ 36145	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-782.be	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion, endoskopisch: Schenkelhals	E5	31145/ 36145	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-782.bh	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion, endoskopisch: Femur distal	E3	31143/ 36143	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-782.bk	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion, endoskopisch: Tibia proximal	E3	31143/ 36143	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-782.bn	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion, endoskopisch: Tibia distal	E3	31143/ 36143	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-782.br	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion, endoskopisch: Fibula distal	E3	31143/ 36143	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-782.bs	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion, endoskopisch: Talus	E3	31143/ 36143	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-782.bt	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion, endoskopisch: Kalkaneus	E3	31143/ 36143	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-782.bz	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion, endoskopisch: Skapula	E3	31143/ 36143	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-782.b0	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion, endoskopisch: Klavikula	E4	31144/ 36144	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-782.b1	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion, endoskopisch: Humerus proximal	E3	31143/ 36143	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-782.b3	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion, endoskopisch: Humerus distal	E3	31143/ 36143	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-782.b4	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion, endoskopisch: Radius proximal	E3	31143/ 36143	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-782.b6	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion, endoskopisch: Radius distal	E3	31143/ 36143	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-782.b7	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion, endoskopisch: Ulna proximal	E3	31143/ 36143	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-782.b9	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion, endoskopisch: Ulna distal	E3	31143/ 36143	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-782.1a	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion mit Weichteilresektion: Karpale	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-782.1b	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion mit Weichteilresektion: Metakarpale	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-782.1c	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion mit Weichteilresektion: Phalangen Hand	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-782.1d		Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion mit Weichteilresektion: Becken	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-782.1e	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion mit Weichteilresektion: Schenkelhals	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-782.1f	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion mit Weichteilresektion: Femur proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-782.1g	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion mit Weichteilresektion: Femurschaft	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-782.1h	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion mit Weichteilresektion: Femur distal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-782.1k	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion mit Weichteilresektion: Tibia proximal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-782.1m	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion mit Weichteilresektion: Tibiaschaft	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-782.1n	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion mit Weichteilresektion: Tibia distal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-782.1p	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion mit Weichteilresektion: Fibula proximal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-782.1q	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion mit Weichteilresektion: Fibulaschaft	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-782.1r	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion mit Weichteilresektion: Fibula distal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-782.1s	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion mit Weichteilresektion: Talus	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-782.1t	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion mit Weichteilresektion: Kalkaneus	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-782.1u	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion mit Weichteilresektion: Tarsale	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-782.1z	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion mit Weichteilresektion: Skapula	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-782.10	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion mit Weichteilresektion: Klavikula	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-782.11	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion mit Weichteilresektion: Humerus proximal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-782.12	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion mit Weichteilresektion: Humerusschaft	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-782.13	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion mit Weichteilresektion: Humerus distal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-782.14	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion mit Weichteilresektion: Radius proximal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-782.15	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion mit Weichteilresektion: Radiusschaft	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-782.16	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion mit Weichteilresektion: Radius distal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-782.17	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion mit Weichteilresektion: Ulna proximal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-782.18	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion mit Weichteilresektion: Ulnaschaft	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-782.19	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion mit Weichteilresektion: Ulna distal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-782.4a	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion mit Kontinuitätsdurchtrennung und mit Wiederherstellung der Kontinuität: Karpale	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-782.4b	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion mit Kontinuitätsdurchtrennung und mit Wiederherstellung der Kontinuität: Metakarpale	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-782.4c	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion mit Kontinuitätsdurchtrennung und mit Wiederherstellung der Kontinuität: Phalangen Hand	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-782.4d		Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion mit Kontinuitätsdurchtrennung und mit Wiederherstellung der Kontinuität: Becken	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-782.4e	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion mit Kontinuitätsdurchtrennung und mit Wiederherstellung der Kontinuität: Schenkelhals	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-782.4f	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion mit Kontinuitätsdurchtrennung und mit Wiederherstellung der Kontinuität: Femur proximal	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-782.4g	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion mit Kontinuitätsdurchtrennung und mit Wiederherstellung der Kontinuität: Femurschaft	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-782.4h	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion mit Kontinuitätsdurchtrennung und mit Wiederherstellung der Kontinuität: Femur distal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-782.4k	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion mit Kontinuitätsdurchtrennung und mit Wiederherstellung der Kontinuität: Tibia proximal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-782.4m	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion mit Kontinuitätsdurchtrennung und mit Wiederherstellung der Kontinuität: Tibiaschaft	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-782.4n	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion mit Kontinuitätsdurchtrennung und mit Wiederherstellung der Kontinuität: Tibia distal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-782.4p	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion mit Kontinuitätsdurchtrennung und mit Wiederherstellung der Kontinuität: Fibula proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-782.4q	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion mit Kontinuitätsdurchtrennung und mit Wiederherstellung der Kontinuität: Fibulaschaft	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-782.4r	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion mit Kontinuitätsdurchtrennung und mit Wiederherstellung der Kontinuität: Fibula distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-782.4s	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion mit Kontinuitätsdurchtrennung und mit Wiederherstellung der Kontinuität: Talus	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-782.4t	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion mit Kontinuitätsdurchtrennung und mit Wiederherstellung der Kontinuität: Kalkaneus	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-782.4u	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion mit Kontinuitätsdurchtrennung und mit Wiederherstellung der Kontinuität: Tarsale	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-782.4z	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion mit Kontinuitätsdurchtrennung und mit Wiederherstellung der Kontinuität: Skapula	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-782.40	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion mit Kontinuitätsdurchtrennung und mit Wiederherstellung der Kontinuität: Klavikula	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-782.41	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion mit Kontinuitätsdurchtrennung und mit Wiederherstellung der Kontinuität: Humerus proximal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-782.42	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion mit Kontinuitätsdurchtrennung und mit Wiederherstellung der Kontinuität: Humerusschaft	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-782.43	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion mit Kontinuitätsdurchtrennung und mit Wiederherstellung der Kontinuität: Humerus distal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-782.44	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion mit Kontinuitätsdurchtrennung und mit Wiederherstellung der Kontinuität: Radius proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-782.45	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion mit Kontinuitätsdurchtrennung und mit Wiederherstellung der Kontinuität: Radiusschaft	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-782.46	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion mit Kontinuitätsdurchtrennung und mit Wiederherstellung der Kontinuität: Radius distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-782.47	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion mit Kontinuitätsdurchtrennung und mit Wiederherstellung der Kontinuität: Ulna proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-782.48	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion mit Kontinuitätsdurchtrennung und mit Wiederherstellung der Kontinuität: Ulnaschaft	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-782.49	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion mit Kontinuitätsdurchtrennung und mit Wiederherstellung der Kontinuität: Ulna distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-782.5a	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion mit Kontinuitätsdurchtrennung, Wiederherstellung der Kontinuität und Weichteilresektion: Karpale	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-782.5b	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion mit Kontinuitätsdurchtrennung, Wiederherstellung der Kontinuität und Weichteilresektion: Metakarpale	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-782.5c	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion mit Kontinuitätsdurchtrennung, Wiederherstellung der Kontinuität und Weichteilresektion: Phalangen Hand	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-782.5d		Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion mit Kontinuitätsdurchtrennung, Wiederherstellung der Kontinuität und Weichteilresektion: Becken	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-782.5e	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion mit Kontinuitätsdurchtrennung, Wiederherstellung der Kontinuität und Weichteilresektion: Schenkelhals	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-782.5f	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion mit Kontinuitätsdurchtrennung, Wiederherstellung der Kontinuität und Weichteilresektion: Femur proximal	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-782.5g	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion mit Kontinuitätsdurchtrennung, Wiederherstellung der Kontinuität und Weichteilresektion: Femurschaft	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-782.5h	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion mit Kontinuitätsdurchtrennung, Wiederherstellung der Kontinuität und Weichteilresektion: Femur distal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-782.5k	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion mit Kontinuitätsdurchtrennung, Wiederherstellung der Kontinuität und Weichteilresektion: Tibia proximal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-782.5m	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion mit Kontinuitätsdurchtrennung, Wiederherstellung der Kontinuität und Weichteilresektion: Tibiaschaft	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-782.5n	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion mit Kontinuitätsdurchtrennung, Wiederherstellung der Kontinuität und Weichteilresektion: Tibia distal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-782.5p	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion mit Kontinuitätsdurchtrennung, Wiederherstellung der Kontinuität und Weichteilresektion: Fibula proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-782.5q	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion mit Kontinuitätsdurchtrennung, Wiederherstellung der Kontinuität und Weichteilresektion: Fibulaschaft	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-782.5r	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion mit Kontinuitätsdurchtrennung, Wiederherstellung der Kontinuität und Weichteilresektion: Fibula distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-782.5s	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion mit Kontinuitätsdurchtrennung, Wiederherstellung der Kontinuität und Weichteilresektion: Talus	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-782.5t	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion mit Kontinuitätsdurchtrennung, Wiederherstellung der Kontinuität und Weichteilresektion: Kalkaneus	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-782.5u	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion mit Kontinuitätsdurchtrennung, Wiederherstellung der Kontinuität und Weichteilresektion: Tarsale	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-782.5z	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion mit Kontinuitätsdurchtrennung, Wiederherstellung der Kontinuität und Weichteilresektion: Skapula	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-782.50	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion mit Kontinuitätsdurchtrennung, Wiederherstellung der Kontinuität und Weichteilresektion: Klavikula	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-782.51	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion mit Kontinuitätsdurchtrennung, Wiederherstellung der Kontinuität und Weichteilresektion: Humerus proximal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-782.52	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion mit Kontinuitätsdurchtrennung, Wiederherstellung der Kontinuität und Weichteilresektion: Humerusschaft	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-782.53	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion mit Kontinuitätsdurchtrennung, Wiederherstellung der Kontinuität und Weichteilresektion: Humerus distal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-782.54	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion mit Kontinuitätsdurchtrennung, Wiederherstellung der Kontinuität und Weichteilresektion: Radius proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-782.55	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion mit Kontinuitätsdurchtrennung, Wiederherstellung der Kontinuität und Weichteilresektion: Radiusschaft	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-782.56	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion mit Kontinuitätsdurchtrennung, Wiederherstellung der Kontinuität und Weichteilresektion: Radius distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-782.57	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion mit Kontinuitätsdurchtrennung, Wiederherstellung der Kontinuität und Weichteilresektion: Ulna proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-782.58	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion mit Kontinuitätsdurchtrennung, Wiederherstellung der Kontinuität und Weichteilresektion: Ulnaschaft	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-782.59	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion mit Kontinuitätsdurchtrennung, Wiederherstellung der Kontinuität und Weichteilresektion: Ulna distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-782.6a	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Totale Resektion eines Knochens: Karpale	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-782.6b	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Totale Resektion eines Knochens: Metakarpale	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-782.6c	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Totale Resektion eines Knochens: Phalangen Hand	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-782.6d		Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Totale Resektion eines Knochens: Becken	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-782.6g	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Totale Resektion eines Knochens: Femurschaft	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-782.6m	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Totale Resektion eines Knochens: Tibiaschaft	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-782.6q	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Totale Resektion eines Knochens: Fibulaschaft	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-782.6s	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Totale Resektion eines Knochens: Talus	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-782.6t	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Totale Resektion eines Knochens: Kalkaneus	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-782.6u	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Totale Resektion eines Knochens: Tarsale	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-782.6z	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Totale Resektion eines Knochens: Skapula	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-782.60	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Totale Resektion eines Knochens: Klavikula	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-782.62	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Totale Resektion eines Knochens: Humerusschaft	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-782.65	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Totale Resektion eines Knochens: Radiusschaft	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-782.68	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Totale Resektion eines Knochens: Ulnaschaft	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-782.7a	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Totale Resektion eines Knochens mit Weichteilresektion: Karpale	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-782.7b	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Totale Resektion eines Knochens mit Weichteilresektion: Metakarpale	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-782.7c	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Totale Resektion eines Knochens mit Weichteilresektion: Phalangen Hand	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-782.7d		Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Totale Resektion eines Knochens mit Weichteilresektion: Becken	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-782.7g	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Totale Resektion eines Knochens mit Weichteilresektion: Femurschaft	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-782.7m	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Totale Resektion eines Knochens mit Weichteilresektion: Tibiaschaft	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-782.7q	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Totale Resektion eines Knochens mit Weichteilresektion: Fibulaschaft	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-782.7s	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Totale Resektion eines Knochens mit Weichteilresektion: Talus	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-782.7t	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Totale Resektion eines Knochens mit Weichteilresektion: Kalkaneus	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-782.7u	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Totale Resektion eines Knochens mit Weichteilresektion: Tarsale	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-782.7z	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Totale Resektion eines Knochens mit Weichteilresektion: Skapula	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-782.70	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Totale Resektion eines Knochens mit Weichteilresektion: Klavikula	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-782.72	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Totale Resektion eines Knochens mit Weichteilresektion: Humerusschaft	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-782.75	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Totale Resektion eines Knochens mit Weichteilresektion: Radiusschaft	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-782.78	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Totale Resektion eines Knochens mit Weichteilresektion: Ulnaschaft	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-782.8a	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Totale Resektion eines Knochens mit Ersatz: Karpale	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-782.8b	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Totale Resektion eines Knochens mit Ersatz: Metakarpale	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-782.8c	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Totale Resektion eines Knochens mit Ersatz: Phalangen Hand	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-782.8d		Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Totale Resektion eines Knochens mit Ersatz: Becken	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-782.8g	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Totale Resektion eines Knochens mit Ersatz: Femurschaft	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-782.8m	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Totale Resektion eines Knochens mit Ersatz: Tibiaschaft	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-782.8q	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Totale Resektion eines Knochens mit Ersatz: Fibulaschaft	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-782.8s	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Totale Resektion eines Knochens mit Ersatz: Talus	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-782.8t	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Totale Resektion eines Knochens mit Ersatz: Kalkaneus	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-782.8u	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Totale Resektion eines Knochens mit Ersatz: Tarsale	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-782.80	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Totale Resektion eines Knochens mit Ersatz: Klavikula	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-782.82	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Totale Resektion eines Knochens mit Ersatz: Humerusschaft	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-782.85	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Totale Resektion eines Knochens mit Ersatz: Radiusschaft	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-782.88	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Totale Resektion eines Knochens mit Ersatz: Ulnaschaft	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-782.9a	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Totale Resektion eines Knochens mit Ersatz und mit Weichteilresektion: Karpale	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-782.9b	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Totale Resektion eines Knochens mit Ersatz und mit Weichteilresektion: Metakarpale	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-782.9c	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Totale Resektion eines Knochens mit Ersatz und mit Weichteilresektion: Phalangen Hand	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-782.9d		Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Totale Resektion eines Knochens mit Ersatz und mit Weichteilresektion: Becken	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-782.9g	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Totale Resektion eines Knochens mit Ersatz und mit Weichteilresektion: Femurschaft	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-782.9m	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Totale Resektion eines Knochens mit Ersatz und mit Weichteilresektion: Tibiaschaft	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-782.9q	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Totale Resektion eines Knochens mit Ersatz und mit Weichteilresektion: Fibulaschaft	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-782.9s	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Totale Resektion eines Knochens mit Ersatz und mit Weichteilresektion: Talus	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-782.9t	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Totale Resektion eines Knochens mit Ersatz und mit Weichteilresektion: Kalkaneus	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-782.9u	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Totale Resektion eines Knochens mit Ersatz und mit Weichteilresektion: Tarsale	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-782.90	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Totale Resektion eines Knochens mit Ersatz und mit Weichteilresektion: Klavikula	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-782.92	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Totale Resektion eines Knochens mit Ersatz und mit Weichteilresektion: Humerusschaft	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-782.95	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Totale Resektion eines Knochens mit Ersatz und mit Weichteilresektion: Radiusschaft	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-782.98	↔	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Totale Resektion eines Knochens mit Ersatz und mit Weichteilresektion: Ulnaschaft	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-783.0a	L	Entnahme eines Knochentransplantates: Spongiosa, eine Entnahmestelle: Karpale	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-783.0a	R	Entnahme eines Knochentransplantates: Spongiosa, eine Entnahmestelle: Karpale	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-783.0b	L	Entnahme eines Knochentransplantates: Spongiosa, eine Entnahmestelle: Metakarpale	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-783.0b	R	Entnahme eines Knochentransplantates: Spongiosa, eine Entnahmestelle: Metakarpale	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-783.0c	L	Entnahme eines Knochentransplantates: Spongiosa, eine Entnahmestelle: Phalangen Hand	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-783.0c	R	Entnahme eines Knochentransplantates: Spongiosa, eine Entnahmestelle: Phalangen Hand	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-783.0d		Entnahme eines Knochentransplantates: Spongiosa, eine Entnahmestelle: Becken	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-783.0e	L	Entnahme eines Knochentransplantates: Spongiosa, eine Entnahmestelle: Schenkelhals	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-783.0e	R	Entnahme eines Knochentransplantates: Spongiosa, eine Entnahmestelle: Schenkelhals	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-783.0f	L	Entnahme eines Knochentransplantates: Spongiosa, eine Entnahmestelle: Femur proximal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-783.0f	R	Entnahme eines Knochentransplantates: Spongiosa, eine Entnahmestelle: Femur proximal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-783.0g	L	Entnahme eines Knochentransplantates: Spongiosa, eine Entnahmestelle: Femurschaft	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-783.0g	R	Entnahme eines Knochentransplantates: Spongiosa, eine Entnahmestelle: Femurschaft	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-783.0h	L	Entnahme eines Knochentransplantates: Spongiosa, eine Entnahmestelle: Femur distal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-783.0h	R	Entnahme eines Knochentransplantates: Spongiosa, eine Entnahmestelle: Femur distal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-783.0j	L	Entnahme eines Knochentransplantates: Spongiosa, eine Entnahmestelle: Patella	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-783.0j	R	Entnahme eines Knochentransplantates: Spongiosa, eine Entnahmestelle: Patella	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-783.0k	L	Entnahme eines Knochentransplantates: Spongiosa, eine Entnahmestelle: Tibia proximal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-783.0k	R	Entnahme eines Knochentransplantates: Spongiosa, eine Entnahmestelle: Tibia proximal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-783.0m	L	Entnahme eines Knochentransplantates: Spongiosa, eine Entnahmestelle: Tibiaschaft	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-783.0m	R	Entnahme eines Knochentransplantates: Spongiosa, eine Entnahmestelle: Tibiaschaft	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-783.0n	L	Entnahme eines Knochentransplantates: Spongiosa, eine Entnahmestelle: Tibia distal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-783.0n	R	Entnahme eines Knochentransplantates: Spongiosa, eine Entnahmestelle: Tibia distal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-783.0p	L	Entnahme eines Knochentransplantates: Spongiosa, eine Entnahmestelle: Fibula proximal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-783.0p	R	Entnahme eines Knochentransplantates: Spongiosa, eine Entnahmestelle: Fibula proximal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-783.0q	L	Entnahme eines Knochentransplantates: Spongiosa, eine Entnahmestelle: Fibulaschaft	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-783.0q	R	Entnahme eines Knochentransplantates: Spongiosa, eine Entnahmestelle: Fibulaschaft	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-783.0r	L	Entnahme eines Knochentransplantates: Spongiosa, eine Entnahmestelle: Fibula distal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-783.0r	R	Entnahme eines Knochentransplantates: Spongiosa, eine Entnahmestelle: Fibula distal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-783.0s	L	Entnahme eines Knochentransplantates: Spongiosa, eine Entnahmestelle: Talus	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-783.0s	R	Entnahme eines Knochentransplantates: Spongiosa, eine Entnahmestelle: Talus	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-783.0t	L	Entnahme eines Knochentransplantates: Spongiosa, eine Entnahmestelle: Kalkaneus	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-783.0t	R	Entnahme eines Knochentransplantates: Spongiosa, eine Entnahmestelle: Kalkaneus	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-783.0u	L	Entnahme eines Knochentransplantates: Spongiosa, eine Entnahmestelle: Tarsale	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-783.0u	R	Entnahme eines Knochentransplantates: Spongiosa, eine Entnahmestelle: Tarsale	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-783.0v	L	Entnahme eines Knochentransplantates: Spongiosa, eine Entnahmestelle: Metatarsale	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-783.0v	R	Entnahme eines Knochentransplantates: Spongiosa, eine Entnahmestelle: Metatarsale	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-783.0w	L	Entnahme eines Knochentransplantates: Spongiosa, eine Entnahmestelle: Phalangen Fuß	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-783.0w	R	Entnahme eines Knochentransplantates: Spongiosa, eine Entnahmestelle: Phalangen Fuß	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-783.0z	L	Entnahme eines Knochentransplantates: Spongiosa, eine Entnahmestelle: Skapula	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-783.0z	R	Entnahme eines Knochentransplantates: Spongiosa, eine Entnahmestelle: Skapula	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-783.00	L	Entnahme eines Knochentransplantates: Spongiosa, eine Entnahmestelle: Klavikula	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-783.00	R	Entnahme eines Knochentransplantates: Spongiosa, eine Entnahmestelle: Klavikula	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-783.01	L	Entnahme eines Knochentransplantates: Spongiosa, eine Entnahmestelle: Humerus proximal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-783.01	R	Entnahme eines Knochentransplantates: Spongiosa, eine Entnahmestelle: Humerus proximal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-783.02	L	Entnahme eines Knochentransplantates: Spongiosa, eine Entnahmestelle: Humerusschaft	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-783.02	R	Entnahme eines Knochentransplantates: Spongiosa, eine Entnahmestelle: Humerusschaft	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-783.03	L	Entnahme eines Knochentransplantates: Spongiosa, eine Entnahmestelle: Humerus distal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-783.03	R	Entnahme eines Knochentransplantates: Spongiosa, eine Entnahmestelle: Humerus distal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-783.04	L	Entnahme eines Knochentransplantates: Spongiosa, eine Entnahmestelle: Radius proximal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-783.04	R	Entnahme eines Knochentransplantates: Spongiosa, eine Entnahmestelle: Radius proximal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-783.05	L	Entnahme eines Knochentransplantates: Spongiosa, eine Entnahmestelle: Radiusschaft	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-783.05	R	Entnahme eines Knochentransplantates: Spongiosa, eine Entnahmestelle: Radiusschaft	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-783.06	L	Entnahme eines Knochentransplantates: Spongiosa, eine Entnahmestelle: Radius distal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-783.06	R	Entnahme eines Knochentransplantates: Spongiosa, eine Entnahmestelle: Radius distal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-783.07	L	Entnahme eines Knochentransplantates: Spongiosa, eine Entnahmestelle: Ulna proximal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-783.07	R	Entnahme eines Knochentransplantates: Spongiosa, eine Entnahmestelle: Ulna proximal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-783.08	L	Entnahme eines Knochentransplantates: Spongiosa, eine Entnahmestelle: Ulnaschaft	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-783.08	R	Entnahme eines Knochentransplantates: Spongiosa, eine Entnahmestelle: Ulnaschaft	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-783.09	L	Entnahme eines Knochentransplantates: Spongiosa, eine Entnahmestelle: Ulna distal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-783.09	R	Entnahme eines Knochentransplantates: Spongiosa, eine Entnahmestelle: Ulna distal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-783.1		Entnahme eines Knochentransplantates: Spongiosa, mehrere Entnahmestellen	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-783.2d		Entnahme eines Knochentransplantates: Kortikospongiöser Span, eine Entnahmestelle: Becken	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-783.2h	↔	Entnahme eines Knochentransplantates: Kortikospongiöser Span, eine Entnahmestelle: Femur distal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-783.2k	↔	Entnahme eines Knochentransplantates: Kortikospongiöser Span, eine Entnahmestelle: Tibia proximal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-783.2n	↔	Entnahme eines Knochentransplantates: Kortikospongiöser Span, eine Entnahmestelle: Tibia distal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-783.2p	↔	Entnahme eines Knochentransplantates: Kortikospongiöser Span, eine Entnahmestelle: Fibula proximal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-783.2q	↔	Entnahme eines Knochentransplantates: Kortikospongiöser Span, eine Entnahmestelle: Fibulaschaft	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-783.2r	↔	Entnahme eines Knochentransplantates: Kortikospongiöser Span, eine Entnahmestelle: Fibula distal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-783.2t	↔	Entnahme eines Knochentransplantates: Kortikospongiöser Span, eine Entnahmestelle: Kalkaneus	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-783.2v	↔	Entnahme eines Knochentransplantates: Kortikospongiöser Span, eine Entnahmestelle: Metatarsale	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-783.2z	↔	Entnahme eines Knochentransplantates: Kortikospongiöser Span, eine Entnahmestelle: Skapula	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-783.21	↔	Entnahme eines Knochentransplantates: Kortikospongiöser Span, eine Entnahmestelle: Humerus proximal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-783.23	↔	Entnahme eines Knochentransplantates: Kortikospongiöser Span, eine Entnahmestelle: Humerus distal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-783.26	↔	Entnahme eines Knochentransplantates: Kortikospongiöser Span, eine Entnahmestelle: Radius distal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-783.27	↔	Entnahme eines Knochentransplantates: Kortikospongiöser Span, eine Entnahmestelle: Ulna proximal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-783.28	↔	Entnahme eines Knochentransplantates: Kortikospongiöser Span, eine Entnahmestelle: Ulnaschaft	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-783.29	↔	Entnahme eines Knochentransplantates: Kortikospongiöser Span, eine Entnahmestelle: Ulna distal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-783.3		Entnahme eines Knochentransplantates: Kortikospongiöser Span, mehrere Entnahmestellen	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-783.4a	↔	Entnahme eines Knochentransplantates: Knochentransplantat, nicht gefäßgestielt: Karpale	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-783.4b	↔	Entnahme eines Knochentransplantates: Knochentransplantat, nicht gefäßgestielt: Metakarpale	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-783.4c	↔	Entnahme eines Knochentransplantates: Knochentransplantat, nicht gefäßgestielt: Phalangen Hand	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-783.4d		Entnahme eines Knochentransplantates: Knochentransplantat, nicht gefäßgestielt: Becken	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-783.4e	↔	Entnahme eines Knochentransplantates: Knochentransplantat, nicht gefäßgestielt: Schenkelhals	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-783.4f	↔	Entnahme eines Knochentransplantates: Knochentransplantat, nicht gefäßgestielt: Femur proximal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-783.4g	↔	Entnahme eines Knochentransplantates: Knochentransplantat, nicht gefäßgestielt: Femurschaft	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-783.4h	↔	Entnahme eines Knochentransplantates: Knochentransplantat, nicht gefäßgestielt: Femur distal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-783.4k	↔	Entnahme eines Knochentransplantates: Knochentransplantat, nicht gefäßgestielt: Tibia proximal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-783.4m	↔	Entnahme eines Knochentransplantates: Knochentransplantat, nicht gefäßgestielt: Tibiaschaft	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-783.4n	↔	Entnahme eines Knochentransplantates: Knochentransplantat, nicht gefäßgestielt: Tibia distal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-783.4p	↔	Entnahme eines Knochentransplantates: Knochentransplantat, nicht gefäßgestielt: Fibula proximal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-783.4q	↔	Entnahme eines Knochentransplantates: Knochentransplantat, nicht gefäßgestielt: Fibulaschaft	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-783.4r	↔	Entnahme eines Knochentransplantates: Knochentransplantat, nicht gefäßgestielt: Fibula distal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-783.4s	↔	Entnahme eines Knochentransplantates: Knochentransplantat, nicht gefäßgestielt: Talus	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-783.4t	↔	Entnahme eines Knochentransplantates: Knochentransplantat, nicht gefäßgestielt: Kalkaneus	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-783.4u	↔	Entnahme eines Knochentransplantates: Knochentransplantat, nicht gefäßgestielt: Tarsale	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-783.4v	↔	Entnahme eines Knochentransplantates: Knochentransplantat, nicht gefäßgestielt: Metatarsale	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-783.4w	↔	Entnahme eines Knochentransplantates: Knochentransplantat, nicht gefäßgestielt: Phalangen Fuß	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-783.40	↔	Entnahme eines Knochentransplantates: Knochentransplantat, nicht gefäßgestielt: Klavikula	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-783.41	↔	Entnahme eines Knochentransplantates: Knochentransplantat, nicht gefäßgestielt: Humerus proximal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-783.42	↔	Entnahme eines Knochentransplantates: Knochentransplantat, nicht gefäßgestielt: Humerusschaft	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-783.43	↔	Entnahme eines Knochentransplantates: Knochentransplantat, nicht gefäßgestielt: Humerus distal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-783.44	↔	Entnahme eines Knochentransplantates: Knochentransplantat, nicht gefäßgestielt: Radius proximal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-783.45	↔	Entnahme eines Knochentransplantates: Knochentransplantat, nicht gefäßgestielt: Radiusschaft	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-783.46	↔	Entnahme eines Knochentransplantates: Knochentransplantat, nicht gefäßgestielt: Radius distal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-783.47	↔	Entnahme eines Knochentransplantates: Knochentransplantat, nicht gefäßgestielt: Ulna proximal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-783.48	↔	Entnahme eines Knochentransplantates: Knochentransplantat, nicht gefäßgestielt: Ulnaschaft	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-783.49	↔	Entnahme eines Knochentransplantates: Knochentransplantat, nicht gefäßgestielt: Ulna distal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-783.6a	↔	Entnahme eines Knochentransplantates: Knorpel-Knochen-Transplantat: Karpale	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-783.6b	↔	Entnahme eines Knochentransplantates: Knorpel-Knochen-Transplantat: Metakarpale	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-783.6f	↔	Entnahme eines Knochentransplantates: Knorpel-Knochen-Transplantat: Femur proximal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-783.6h	↔	Entnahme eines Knochentransplantates: Knorpel-Knochen-Transplantat: Femur distal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-783.6j	↔	Entnahme eines Knochentransplantates: Knorpel-Knochen-Transplantat: Patella	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-783.6k	↔	Entnahme eines Knochentransplantates: Knorpel-Knochen-Transplantat: Tibia proximal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-783.6n	↔	Entnahme eines Knochentransplantates: Knorpel-Knochen-Transplantat: Tibia distal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-783.6p	↔	Entnahme eines Knochentransplantates: Knorpel-Knochen-Transplantat: Fibula proximal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-783.6r	↔	Entnahme eines Knochentransplantates: Knorpel-Knochen-Transplantat: Fibula distal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-783.6s	↔	Entnahme eines Knochentransplantates: Knorpel-Knochen-Transplantat: Talus	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-783.6t	↔	Entnahme eines Knochentransplantates: Knorpel-Knochen-Transplantat: Kalkaneus	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-783.6u	↔	Entnahme eines Knochentransplantates: Knorpel-Knochen-Transplantat: Tarsale	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-783.6v	↔	Entnahme eines Knochentransplantates: Knorpel-Knochen-Transplantat: Metatarsale	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-783.61	↔	Entnahme eines Knochentransplantates: Knorpel-Knochen-Transplantat: Humerus proximal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-783.63	↔	Entnahme eines Knochentransplantates: Knorpel-Knochen-Transplantat: Humerus distal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-783.64	↔	Entnahme eines Knochentransplantates: Knorpel-Knochen-Transplantat: Radius proximal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-783.66	↔	Entnahme eines Knochentransplantates: Knorpel-Knochen-Transplantat: Radius distal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-783.69	↔	Entnahme eines Knochentransplantates: Knorpel-Knochen-Transplantat: Ulna distal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-784.ca	↔	Knochentransplantation und -transposition: Transplantation von Spongiosa, autogen, endoskopisch: Karpale	E4	31144/ 36144	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-784.cb	↔	Knochentransplantation und -transposition: Transplantation von Spongiosa, autogen, endoskopisch: Metakarpale	E4	31144/ 36144	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-784.cc	↔	Knochentransplantation und -transposition: Transplantation von Spongiosa, autogen, endoskopisch: Phalangen Hand	E4	31144/ 36144	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-784.cd		Knochentransplantation und -transposition: Transplantation von Spongiosa, autogen, endoskopisch: Becken	E5	31145/ 36145	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-784.ce	↔	Knochentransplantation und -transposition: Transplantation von Spongiosa, autogen, endoskopisch: Schenkelhals	E5	31145/ 36145	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-784.cf	↔	Knochentransplantation und -transposition: Transplantation von Spongiosa, autogen, endoskopisch: Femur proximal	E5	31145/ 36145	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-784.cg	↔	Knochentransplantation und -transposition: Transplantation von Spongiosa, autogen, endoskopisch: Femurschaft	E5	31145/ 36145	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-784.ch	↔	Knochentransplantation und -transposition: Transplantation von Spongiosa, autogen, endoskopisch: Femur distal	E6	31146/ 36146	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-784.cj	↔	Knochentransplantation und -transposition: Transplantation von Spongiosa, autogen, endoskopisch: Patella	E5	31145/ 36145	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-784.ck	↔	Knochentransplantation und -transposition: Transplantation von Spongiosa, autogen, endoskopisch: Tibia proximal	E6	31146/ 36146	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-784.cm	↔	Knochentransplantation und -transposition: Transplantation von Spongiosa, autogen, endoskopisch: Tibiaschaft	E4	31144/ 36144	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-784.cn	↔	Knochentransplantation und -transposition: Transplantation von Spongiosa, autogen, endoskopisch: Tibia distal	E5	31145/ 36145	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-784.cp	↔	Knochentransplantation und -transposition: Transplantation von Spongiosa, autogen, endoskopisch: Fibula proximal	E5	31145/ 36145	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-784.cq	↔	Knochentransplantation und -transposition: Transplantation von Spongiosa, autogen, endoskopisch: Fibulaschaft	E4	31144/ 36144	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-784.cr	↔	Knochentransplantation und -transposition: Transplantation von Spongiosa, autogen, endoskopisch: Fibula distal	E5	31145/ 36145	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-784.cs	↔	Knochentransplantation und -transposition: Transplantation von Spongiosa, autogen, endoskopisch: Talus	E5	31145/ 36145	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-784.ct	↔	Knochentransplantation und -transposition: Transplantation von Spongiosa, autogen, endoskopisch: Kalkaneus	E5	31145/ 36145	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-784.cu	↔	Knochentransplantation und -transposition: Transplantation von Spongiosa, autogen, endoskopisch: Tarsale	E4	31144/ 36144	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-784.cv	↔	Knochentransplantation und -transposition: Transplantation von Spongiosa, autogen, endoskopisch: Metatarsale	E4	31144/ 36144	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-784.cw	↔	Knochentransplantation und -transposition: Transplantation von Spongiosa, autogen, endoskopisch: Phalangen Fuß	E4	31144/ 36144	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-784.cz	↔	Knochentransplantation und -transposition: Transplantation von Spongiosa, autogen, endoskopisch: Skapula	E5	31145/ 36145	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-784.c0	↔	Knochentransplantation und -transposition: Transplantation von Spongiosa, autogen, endoskopisch: Klavikula	E4	31144/ 36144	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-784.c1	↔	Knochentransplantation und -transposition: Transplantation von Spongiosa, autogen, endoskopisch: Humerus proximal	E6	31146/ 36146	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-784.c2	↔	Knochentransplantation und -transposition: Transplantation von Spongiosa, autogen, endoskopisch: Humerusschaft	E4	31144/ 36144	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-784.c3	↔	Knochentransplantation und -transposition: Transplantation von Spongiosa, autogen, endoskopisch: Humerus distal	E4	31144/ 36144	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-784.c4	↔	Knochentransplantation und -transposition: Transplantation von Spongiosa, autogen, endoskopisch: Radius proximal	E4	31144/ 36144	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-784.c5	↔	Knochentransplantation und -transposition: Transplantation von Spongiosa, autogen, endoskopisch: Radiusschaft	E4	31144/ 36144	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-784.c6	↔	Knochentransplantation und -transposition: Transplantation von Spongiosa, autogen, endoskopisch: Radius distal	E4	31144/ 36144	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-784.c7	↔	Knochentransplantation und -transposition: Transplantation von Spongiosa, autogen, endoskopisch: Ulna proximal	E4	31144/ 36144	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-784.c8	↔	Knochentransplantation und -transposition: Transplantation von Spongiosa, autogen, endoskopisch: Ulnaschaft	E4	31144/ 36144	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-784.c9	↔	Knochentransplantation und -transposition: Transplantation von Spongiosa, autogen, endoskopisch: Ulna distal	E4	31144/ 36144	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-784.da	↔	Knochentransplantation und -transposition: Transplantation eines kortikospongiösen Spanes, autogen, endoskopisch: Karpale	E3	31143/ 36143	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-784.db	↔	Knochentransplantation und -transposition: Transplantation eines kortikospongiösen Spanes, autogen, endoskopisch: Metakarpale	E3	31143/ 36143	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-784.dc	↔	Knochentransplantation und -transposition: Transplantation eines kortikospongiösen Spanes, autogen, endoskopisch: Phalangen Hand	E3	31143/ 36143	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-784.dd		Knochentransplantation und -transposition: Transplantation eines kortikospongiösen Spanes, autogen, endoskopisch: Becken	E5	31145/ 36145	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-784.de	↔	Knochentransplantation und -transposition: Transplantation eines kortikospongiösen Spanes, autogen, endoskopisch: Schenkelhals	E5	31145/ 36145	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-784.df	↔	Knochentransplantation und -transposition: Transplantation eines kortikospongiösen Spanes, autogen, endoskopisch: Femur proximal	E5	31145/ 36145	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-784.dg	↔	Knochentransplantation und -transposition: Transplantation eines kortikospongiösen Spanes, autogen, endoskopisch: Femurschaft	E5	31145/ 36145	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-784.dh	↔	Knochentransplantation und -transposition: Transplantation eines kortikospongiösen Spanes, autogen, endoskopisch: Femur distal	E6	31146/ 36146	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-784.dj	↔	Knochentransplantation und -transposition: Transplantation eines kortikospongiösen Spanes, autogen, endoskopisch: Patella	E5	31145/ 36145	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-784.dk	↔	Knochentransplantation und -transposition: Transplantation eines kortikospongiösen Spanes, autogen, endoskopisch: Tibia proximal	E6	31146/ 36146	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-784.dm	↔	Knochentransplantation und -transposition: Transplantation eines kortikospongiösen Spanes, autogen, endoskopisch: Tibiaschaft	E5	31145/ 36145	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-784.dn	↔	Knochentransplantation und -transposition: Transplantation eines kortikospongiösen Spanes, autogen, endoskopisch: Tibia distal	E5	31145/ 36145	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-784.dp	↔	Knochentransplantation und -transposition: Transplantation eines kortikospongiösen Spanes, autogen, endoskopisch: Fibula proximal	E4	31144/ 36144	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-784.dq	↔	Knochentransplantation und -transposition: Transplantation eines kortikospongiösen Spanes, autogen, endoskopisch: Fibulaschaft	E5	31145/ 36145	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-784.dr	↔	Knochentransplantation und -transposition: Transplantation eines kortikospongiösen Spanes, autogen, endoskopisch: Fibula distal	E5	31145/ 36145	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-784.ds	↔	Knochentransplantation und -transposition: Transplantation eines kortikospongiösen Spanes, autogen, endoskopisch: Talus	E5	31145/ 36145	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-784.dt	↔	Knochentransplantation und -transposition: Transplantation eines kortikospongiösen Spanes, autogen, endoskopisch: Kalkaneus	E4	31144/ 36144	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-784.du	↔	Knochentransplantation und -transposition: Transplantation eines kortikospongiösen Spanes, autogen, endoskopisch: Tarsale	E3	31143/ 36143	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-784.dv	↔	Knochentransplantation und -transposition: Transplantation eines kortikospongiösen Spanes, autogen, endoskopisch: Metatarsale	E3	31143/ 36143	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-784.dw	↔	Knochentransplantation und -transposition: Transplantation eines kortikospongiösen Spanes, autogen, endoskopisch: Phalangen Fuß	E3	31143/ 36143	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-784.dz	↔	Knochentransplantation und -transposition: Transplantation eines kortikospongiösen Spanes, autogen, endoskopisch: Skapula	E5	31145/ 36145	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-784.d0	↔	Knochentransplantation und -transposition: Transplantation eines kortikospongiösen Spanes, autogen, endoskopisch: Klavikula	E4	31144/ 36144	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-784.d1	↔	Knochentransplantation und -transposition: Transplantation eines kortikospongiösen Spanes, autogen, endoskopisch: Humerus proximal	E6	31146/ 36146	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-784.d2	↔	Knochentransplantation und -transposition: Transplantation eines kortikospongiösen Spanes, autogen, endoskopisch: Humerusschaft	E5	31145/ 36145	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-784.d3	↔	Knochentransplantation und -transposition: Transplantation eines kortikospongiösen Spanes, autogen, endoskopisch: Humerus distal	E4	31144/ 36144	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-784.d4	↔	Knochentransplantation und -transposition: Transplantation eines kortikospongiösen Spanes, autogen, endoskopisch: Radius proximal	E4	31144/ 36144	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-784.d5	↔	Knochentransplantation und -transposition: Transplantation eines kortikospongiösen Spanes, autogen, endoskopisch: Radiusschaft	E5	31145/ 36145	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-784.d6	↔	Knochentransplantation und -transposition: Transplantation eines kortikospongiösen Spanes, autogen, endoskopisch: Radius distal	E4	31144/ 36144	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-784.d7	↔	Knochentransplantation und -transposition: Transplantation eines kortikospongiösen Spanes, autogen, endoskopisch: Ulna proximal	E4	31144/ 36144	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-784.d8	↔	Knochentransplantation und -transposition: Transplantation eines kortikospongiösen Spanes, autogen, endoskopisch: Ulnaschaft	E5	31145/ 36145	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-784.d9	↔	Knochentransplantation und -transposition: Transplantation eines kortikospongiösen Spanes, autogen, endoskopisch: Ulna distal	E4	31144/ 36144	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-784.ea	↔	Knochentransplantation und -transposition: Transplantation von Spongiosa, allogen, endoskopisch: Karpale	E4	31144/ 36144	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-784.eb	↔	Knochentransplantation und -transposition: Transplantation von Spongiosa, allogen, endoskopisch: Metakarpale	E4	31144/ 36144	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-784.ec	↔	Knochentransplantation und -transposition: Transplantation von Spongiosa, allogen, endoskopisch: Phalangen Hand	E4	31144/ 36144	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-784.ed		Knochentransplantation und -transposition: Transplantation von Spongiosa, allogen, endoskopisch: Becken	E5	31145/ 36145	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-784.ee	↔	Knochentransplantation und -transposition: Transplantation von Spongiosa, allogen, endoskopisch: Schenkelhals	E5	31145/ 36145	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-784.ef	↔	Knochentransplantation und -transposition: Transplantation von Spongiosa, allogen, endoskopisch: Femur proximal	E5	31145/ 36145	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-784.eg	↔	Knochentransplantation und -transposition: Transplantation von Spongiosa, allogen, endoskopisch: Femurschaft	E5	31145/ 36145	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-784.eh	↔	Knochentransplantation und -transposition: Transplantation von Spongiosa, allogen, endoskopisch: Femur distal	E6	31146/ 36146	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-784.ej	↔	Knochentransplantation und -transposition: Transplantation von Spongiosa, allogen, endoskopisch: Patella	E5	31145/ 36145	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-784.ek	↔	Knochentransplantation und -transposition: Transplantation von Spongiosa, allogen, endoskopisch: Tibia proximal	E6	31146/ 36146	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-784.em	↔	Knochentransplantation und -transposition: Transplantation von Spongiosa, allogen, endoskopisch: Tibiaschaft	E4	31144/ 36144	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-784.en	↔	Knochentransplantation und -transposition: Transplantation von Spongiosa, allogen, endoskopisch: Tibia distal	E5	31145/ 36145	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-784.ep	↔	Knochentransplantation und -transposition: Transplantation von Spongiosa, allogen, endoskopisch: Fibula proximal	E5	31145/ 36145	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-784.eq	↔	Knochentransplantation und -transposition: Transplantation von Spongiosa, allogen, endoskopisch: Fibulaschaft	E4	31144/ 36144	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-784.er	↔	Knochentransplantation und -transposition: Transplantation von Spongiosa, allogen, endoskopisch: Fibula distal	E5	31145/ 36145	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-784.es	↔	Knochentransplantation und -transposition: Transplantation von Spongiosa, allogen, endoskopisch: Talus	E5	31145/ 36145	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-784.et	↔	Knochentransplantation und -transposition: Transplantation von Spongiosa, allogen, endoskopisch: Kalkaneus	E5	31145/ 36145	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-784.eu	↔	Knochentransplantation und -transposition: Transplantation von Spongiosa, allogen, endoskopisch: Tarsale	E4	31144/ 36144	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-784.ev	↔	Knochentransplantation und -transposition: Transplantation von Spongiosa, allogen, endoskopisch: Metatarsale	E4	31144/ 36144	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-784.ew	↔	Knochentransplantation und -transposition: Transplantation von Spongiosa, allogen, endoskopisch: Phalangen Fuß	E4	31144/ 36144	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-784.ez	↔	Knochentransplantation und -transposition: Transplantation von Spongiosa, allogen, endoskopisch: Skapula	E5	31145/ 36145	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-784.e0	↔	Knochentransplantation und -transposition: Transplantation von Spongiosa, allogen, endoskopisch: Klavikula	E4	31144/ 36144	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-784.e1	↔	Knochentransplantation und -transposition: Transplantation von Spongiosa, allogen, endoskopisch: Humerus proximal	E6	31146/ 36146	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-784.e2	↔	Knochentransplantation und -transposition: Transplantation von Spongiosa, allogen, endoskopisch: Humerusschaft	E4	31144/ 36144	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-784.e3	↔	Knochentransplantation und -transposition: Transplantation von Spongiosa, allogen, endoskopisch: Humerus distal	E4	31144/ 36144	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-784.e4	↔	Knochentransplantation und -transposition: Transplantation von Spongiosa, allogen, endoskopisch: Radius proximal	E4	31144/ 36144	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-784.e5	↔	Knochentransplantation und -transposition: Transplantation von Spongiosa, allogen, endoskopisch: Radiusschaft	E4	31144/ 36144	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-784.e6	↔	Knochentransplantation und -transposition: Transplantation von Spongiosa, allogen, endoskopisch: Radius distal	E4	31144/ 36144	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-784.e7	↔	Knochentransplantation und -transposition: Transplantation von Spongiosa, allogen, endoskopisch: Ulna proximal	E4	31144/ 36144	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-784.e8	↔	Knochentransplantation und -transposition: Transplantation von Spongiosa, allogen, endoskopisch: Ulnaschaft	E4	31144/ 36144	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-784.e9	↔	Knochentransplantation und -transposition: Transplantation von Spongiosa, allogen, endoskopisch: Ulna distal	E4	31144/ 36144	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-784.fa	↔	Knochentransplantation und -transposition: Transplantation eines kortikospongiösen Spanes, allogen, endoskopisch: Karpale	E3	31143/ 36143	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-784.fb	↔	Knochentransplantation und -transposition: Transplantation eines kortikospongiösen Spanes, allogen, endoskopisch: Metakarpale	E3	31143/ 36143	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-784.fc	↔	Knochentransplantation und -transposition: Transplantation eines kortikospongiösen Spanes, allogen, endoskopisch: Phalangen Hand	E3	31143/ 36143	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-784.fd		Knochentransplantation und -transposition: Transplantation eines kortikospongiösen Spanes, allogen, endoskopisch: Becken	E5	31145/ 36145	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-784.fe	↔	Knochentransplantation und -transposition: Transplantation eines kortikospongiösen Spanes, allogen, endoskopisch: Schenkelhals	E5	31145/ 36145	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-784.ff	↔	Knochentransplantation und -transposition: Transplantation eines kortikospongiösen Spanes, allogen, endoskopisch: Femur proximal	E5	31145/ 36145	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-784.fg	↔	Knochentransplantation und -transposition: Transplantation eines kortikospongiösen Spanes, allogen, endoskopisch: Femurschaft	E5	31145/ 36145	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-784.fh	↔	Knochentransplantation und -transposition: Transplantation eines kortikospongiösen Spanes, allogen, endoskopisch: Femur distal	E6	31146/ 36146	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-784.fj	↔	Knochentransplantation und -transposition: Transplantation eines kortikospongiösen Spanes, allogen, endoskopisch: Patella	E5	31145/ 36145	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-784.fk	↔	Knochentransplantation und -transposition: Transplantation eines kortikospongiösen Spanes, allogen, endoskopisch: Tibia proximal	E6	31146/ 36146	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-784.fm	↔	Knochentransplantation und -transposition: Transplantation eines kortikospongiösen Spanes, allogen, endoskopisch: Tibiaschaft	E5	31145/ 36145	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-784.fn	↔	Knochentransplantation und -transposition: Transplantation eines kortikospongiösen Spanes, allogen, endoskopisch: Tibia distal	E5	31145/ 36145	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-784.fp	↔	Knochentransplantation und -transposition: Transplantation eines kortikospongiösen Spanes, allogen, endoskopisch: Fibula proximal	E4	31144/ 36144	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-784.fq	↔	Knochentransplantation und -transposition: Transplantation eines kortikospongiösen Spanes, allogen, endoskopisch: Fibulaschaft	E5	31145/ 36145	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-784.fr	↔	Knochentransplantation und -transposition: Transplantation eines kortikospongiösen Spanes, allogen, endoskopisch: Fibula distal	E5	31145/ 36145	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-784.fs	↔	Knochentransplantation und -transposition: Transplantation eines kortikospongiösen Spanes, allogen, endoskopisch: Talus	E5	31145/ 36145	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-784.ft	↔	Knochentransplantation und -transposition: Transplantation eines kortikospongiösen Spanes, allogen, endoskopisch: Kalkaneus	E4	31144/ 36144	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-784.fu	↔	Knochentransplantation und -transposition: Transplantation eines kortikospongiösen Spanes, allogen, endoskopisch: Tarsale	E3	31143/ 36143	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-784.fv	↔	Knochentransplantation und -transposition: Transplantation eines kortikospongiösen Spanes, allogen, endoskopisch: Metatarsale	E3	31143/ 36143	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-784.fw	↔	Knochentransplantation und -transposition: Transplantation eines kortikospongiösen Spanes, allogen, endoskopisch: Phalangen Fuß	E3	31143/ 36143	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-784.fz	↔	Knochentransplantation und -transposition: Transplantation eines kortikospongiösen Spanes, allogen, endoskopisch: Skapula	E5	31145/ 36145	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-784.f0	↔	Knochentransplantation und -transposition: Transplantation eines kortikospongiösen Spanes, allogen, endoskopisch: Klavikula	E4	31144/ 36144	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-784.f1	↔	Knochentransplantation und -transposition: Transplantation eines kortikospongiösen Spanes, allogen, endoskopisch: Humerus proximal	E6	31146/ 36146	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-784.f2	↔	Knochentransplantation und -transposition: Transplantation eines kortikospongiösen Spanes, allogen, endoskopisch: Humerusschaft	E5	31145/ 36145	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-784.f3	↔	Knochentransplantation und -transposition: Transplantation eines kortikospongiösen Spanes, allogen, endoskopisch: Humerus distal	E4	31144/ 36144	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-784.f4	↔	Knochentransplantation und -transposition: Transplantation eines kortikospongiösen Spanes, allogen, endoskopisch: Radius proximal	E4	31144/ 36144	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-784.f5	↔	Knochentransplantation und -transposition: Transplantation eines kortikospongiösen Spanes, allogen, endoskopisch: Radiusschaft	E5	31145/ 36145	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-784.f6	↔	Knochentransplantation und -transposition: Transplantation eines kortikospongiösen Spanes, allogen, endoskopisch: Radius distal	E4	31144/ 36144	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-784.f7	↔	Knochentransplantation und -transposition: Transplantation eines kortikospongiösen Spanes, allogen, endoskopisch: Ulna proximal	E4	31144/ 36144	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-784.f8	↔	Knochentransplantation und -transposition: Transplantation eines kortikospongiösen Spanes, allogen, endoskopisch: Ulnaschaft	E5	31145/ 36145	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-784.f9	↔	Knochentransplantation und -transposition: Transplantation eines kortikospongiösen Spanes, allogen, endoskopisch: Ulna distal	E4	31144/ 36144	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-787.ca	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Transfixationsnagel: Karpale	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-787.cb	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Transfixationsnagel: Metakarpale	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-787.cd		Entfernung von Osteosynthesematerial: Transfixationsnagel: Becken	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-787.ce	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Transfixationsnagel: Schenkelhals	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-787.cf	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Transfixationsnagel: Femur proximal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-787.cg	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Transfixationsnagel: Femurschaft	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-787.ch	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Transfixationsnagel: Femur distal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-787.ck	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Transfixationsnagel: Tibia proximal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-787.cm	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Transfixationsnagel: Tibiaschaft	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-787.cn	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Transfixationsnagel: Tibia distal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-787.cp	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Transfixationsnagel: Fibula proximal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-787.cq	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Transfixationsnagel: Fibulaschaft	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-787.cr	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Transfixationsnagel: Fibula distal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-787.cs	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Transfixationsnagel: Talus	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-787.ct	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Transfixationsnagel: Kalkaneus	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-787.c1	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Transfixationsnagel: Humerus proximal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-787.c2	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Transfixationsnagel: Humerusschaft	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-787.c3	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Transfixationsnagel: Humerus distal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-787.c4	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Transfixationsnagel: Radius proximal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-787.c5	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Transfixationsnagel: Radiusschaft	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-787.c6	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Transfixationsnagel: Radius distal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-787.c7	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Transfixationsnagel: Ulna proximal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-787.c8	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Transfixationsnagel: Ulnaschaft	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-787.c9	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Transfixationsnagel: Ulna distal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-787.ea	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: (Blount-)Klammern: Karpale	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-787.eb	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: (Blount-)Klammern: Metakarpale	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-787.ec	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: (Blount-)Klammern: Phalangen Hand	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-787.ef	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: (Blount-)Klammern: Femur proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-787.eh	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: (Blount-)Klammern: Femur distal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-787.ej	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: (Blount-)Klammern: Patella	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-787.ek	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: (Blount-)Klammern: Tibia proximal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-787.en	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: (Blount-)Klammern: Tibia distal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-787.ep	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: (Blount-)Klammern: Fibula proximal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-787.er	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: (Blount-)Klammern: Fibula distal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-787.es	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: (Blount-)Klammern: Talus	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-787.et	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: (Blount-)Klammern: Kalkaneus	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-787.eu	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: (Blount-)Klammern: Tarsale	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-787.ev	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: (Blount-)Klammern: Metatarsale	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-787.ew	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: (Blount-)Klammern: Phalangen Fuß	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-787.ez	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: (Blount-)Klammern: Skapula	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-787.e0	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: (Blount-)Klammern: Klavikula	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-787.ga	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Intramedullärer Draht: Karpale	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-787.gb	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Intramedullärer Draht: Metakarpale	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-787.gc	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Intramedullärer Draht: Phalangen Hand	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-787.ge	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Intramedullärer Draht: Schenkelhals	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-787.gf	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Intramedullärer Draht: Femur proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-787.gg	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Intramedullärer Draht: Femurschaft	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-787.gh	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Intramedullärer Draht: Femur distal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-787.gk	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Intramedullärer Draht: Tibia proximal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-787.gm	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Intramedullärer Draht: Tibiaschaft	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-787.gn	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Intramedullärer Draht: Tibia distal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-787.gp	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Intramedullärer Draht: Fibula proximal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-787.gq	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Intramedullärer Draht: Fibulaschaft	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-787.gr	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Intramedullärer Draht: Fibula distal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-787.gu	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Intramedullärer Draht: Tarsale	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-787.gv	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Intramedullärer Draht: Metatarsale	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-787.gw	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Intramedullärer Draht: Phalangen Fuß	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-787.g0	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Intramedullärer Draht: Klavikula	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-787.g1	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Intramedullärer Draht: Humerus proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-787.g2	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Intramedullärer Draht: Humerusschaft	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-787.g3	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Intramedullärer Draht: Humerus distal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-787.g4	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Intramedullärer Draht: Radius proximal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-787.g5	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Intramedullärer Draht: Radiusschaft	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-787.g6	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Intramedullärer Draht: Radius distal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-787.g7	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Intramedullärer Draht: Ulna proximal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-787.g8	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Intramedullärer Draht: Ulnaschaft	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-787.g9	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Intramedullärer Draht: Ulna distal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-787.ka	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Winkelstabile Platte: Karpale	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-787.kb	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Winkelstabile Platte: Metakarpale	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-787.kc	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Winkelstabile Platte: Phalangen Hand	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-787.ke	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Winkelstabile Platte: Schenkelhals	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-787.kf	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Winkelstabile Platte: Femur proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-787.kh	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Winkelstabile Platte: Femur distal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-787.kj	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Winkelstabile Platte: Patella	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-787.kk	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Winkelstabile Platte: Tibia proximal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-787.km	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Winkelstabile Platte: Tibiaschaft	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-787.kn	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Winkelstabile Platte: Tibia distal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-787.kq	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Winkelstabile Platte: Fibulaschaft	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-787.kr	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Winkelstabile Platte: Fibula distal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-787.ks	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Winkelstabile Platte: Talus	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-787.ku	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Winkelstabile Platte: Tarsale	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-787.kv	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Winkelstabile Platte: Metatarsale	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-787.kz	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Winkelstabile Platte: Skapula	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-787.k0	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Winkelstabile Platte: Klavikula	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-787.k1	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Winkelstabile Platte: Humerus proximal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-787.k3	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Winkelstabile Platte: Humerus distal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-787.k5	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Winkelstabile Platte: Radiusschaft	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-787.k6	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Winkelstabile Platte: Radius distal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-787.k7	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Winkelstabile Platte: Ulna proximal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-787.k8	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Winkelstabile Platte: Ulnaschaft	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-787.k9	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Winkelstabile Platte: Ulna distal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-787.ma	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Ringfixateur: Karpale	D1	31131/ 36131	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-787.md		Entfernung von Osteosynthesematerial: Ringfixateur: Becken	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-787.me	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Ringfixateur: Schenkelhals	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-787.mf	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Ringfixateur: Femur proximal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-787.mg	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Ringfixateur: Femurschaft	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-787.mh	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Ringfixateur: Femur distal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-787.mk	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Ringfixateur: Tibia proximal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-787.mm	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Ringfixateur: Tibiaschaft	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-787.mn	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Ringfixateur: Tibia distal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-787.mq	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Ringfixateur: Fibulaschaft	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-787.mr	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Ringfixateur: Fibula distal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-787.ms	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Ringfixateur: Talus	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-787.mt	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Ringfixateur: Kalkaneus	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-787.mu	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Ringfixateur: Tarsale	D1	31131/ 36131	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-787.mv	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Ringfixateur: Metatarsale	D1	31131/ 36131	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-787.m2	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Ringfixateur: Humerusschaft	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-787.m3	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Ringfixateur: Humerus distal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-787.m4	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Ringfixateur: Radius proximal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-787.m5	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Ringfixateur: Radiusschaft	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-787.m6	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Ringfixateur: Radius distal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-787.m8	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Ringfixateur: Ulnaschaft	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-787.m9	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Ringfixateur: Ulna distal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-787.na	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Bewegungsfixateur: Karpale	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-787.nb	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Bewegungsfixateur: Metakarpale	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-787.nc	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Bewegungsfixateur: Phalangen Hand	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-787.nd		Entfernung von Osteosynthesematerial: Bewegungsfixateur: Becken	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-787.ne	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Bewegungsfixateur: Schenkelhals	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-787.nf	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Bewegungsfixateur: Femur proximal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-787.ng	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Bewegungsfixateur: Femurschaft	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-787.nh	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Bewegungsfixateur: Femur distal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-787.nk	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Bewegungsfixateur: Tibia proximal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-787.nm	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Bewegungsfixateur: Tibiaschaft	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-787.nn	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Bewegungsfixateur: Tibia distal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-787.np	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Bewegungsfixateur: Fibula proximal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-787.nq	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Bewegungsfixateur: Fibulaschaft	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-787.nr	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Bewegungsfixateur: Fibula distal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-787.ns	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Bewegungsfixateur: Talus	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-787.nt	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Bewegungsfixateur: Kalkaneus	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-787.n1	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Bewegungsfixateur: Humerus proximal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-787.n2	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Bewegungsfixateur: Humerusschaft	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-787.n3	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Bewegungsfixateur: Humerus distal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-787.n4	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Bewegungsfixateur: Radius proximal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-787.n5	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Bewegungsfixateur: Radiusschaft	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-787.n6	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Bewegungsfixateur: Radius distal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-787.n7	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Bewegungsfixateur: Ulna proximal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-787.n8	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Bewegungsfixateur: Ulnaschaft	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-787.n9	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Bewegungsfixateur: Ulna distal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-787.ps	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Transfixationsschraube: Talus	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-787.pt	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Transfixationsschraube: Kalkaneus	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-787.pu	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Transfixationsschraube: Tarsale	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-787.pv	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Transfixationsschraube: Metatarsale	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-787.0a	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Draht: Karpale	D1	31131/ 36131	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-787.0b	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Draht: Metakarpale	D1	31131/ 36131	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-787.0d		Entfernung von Osteosynthesematerial: Draht: Becken	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-787.0e	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Draht: Schenkelhals	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-787.0f	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Draht: Femur proximal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-787.0g	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Draht: Femurschaft	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-787.0h	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Draht: Femur distal	D1	31131/ 36131	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-787.0j	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Draht: Patella	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-787.0k	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Draht: Tibia proximal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-787.0m	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Draht: Tibiaschaft	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-787.0n	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Draht: Tibia distal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-787.0p	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Draht: Fibula proximal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-787.0q	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Draht: Fibulaschaft	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-787.0r	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Draht: Fibula distal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-787.0s	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Draht: Talus	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-787.0t	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Draht: Kalkaneus	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-787.0u	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Draht: Tarsale	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-787.0v	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Draht: Metatarsale	D1	31131/ 36131	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-787.00	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Draht: Klavikula	D1	31131/ 36131	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-787.01	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Draht: Humerus proximal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-787.02	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Draht: Humerusschaft	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-787.03	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Draht: Humerus distal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-787.04	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Draht: Radius proximal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-787.05	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Draht: Radiusschaft	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-787.07	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Draht: Ulna proximal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-787.08	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Draht: Ulnaschaft	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-787.09	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Draht: Ulna distal	D1	31131/ 36131	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-787.1a	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Schraube: Karpale	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-787.1b	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Schraube: Metakarpale	D1	31131/ 36131	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-787.1c	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Schraube: Phalangen Hand	D1	31131/ 36131	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-787.1d		Entfernung von Osteosynthesematerial: Schraube: Becken	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-787.1e	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Schraube: Schenkelhals	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-787.1f	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Schraube: Femur proximal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-787.1g	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Schraube: Femurschaft	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-787.1h	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Schraube: Femur distal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-787.1j	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Schraube: Patella	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-787.1k	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Schraube: Tibia proximal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-787.1m	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Schraube: Tibiaschaft	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-787.1n	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Schraube: Tibia distal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-787.1p	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Schraube: Fibula proximal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-787.1q	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Schraube: Fibulaschaft	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-787.1r	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Schraube: Fibula distal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-787.1s	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Schraube: Talus	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-787.1t	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Schraube: Kalkaneus	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-787.1u	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Schraube: Tarsale	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-787.1v	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Schraube: Metatarsale	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-787.1w	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Schraube: Phalangen Fuß	D1	31131/ 36131	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-787.1z	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Schraube: Skapula	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-787.10	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Schraube: Klavikula	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-787.11	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Schraube: Humerus proximal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-787.12	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Schraube: Humerusschaft	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-787.13	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Schraube: Humerus distal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-787.14	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Schraube: Radius proximal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-787.15	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Schraube: Radiusschaft	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-787.16	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Schraube: Radius distal	D1	31131/ 36131	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-787.17	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Schraube: Ulna proximal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-787.18	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Schraube: Ulnaschaft	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-787.19	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Schraube: Ulna distal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-787.2a	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Zuggurtung/Cerclage: Karpale	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-787.2b	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Zuggurtung/Cerclage: Metakarpale	D1	31131/ 36131	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-787.2c	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Zuggurtung/Cerclage: Phalangen Hand	D1	31131/ 36131	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-787.2d		Entfernung von Osteosynthesematerial: Zuggurtung/Cerclage: Becken	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-787.2e	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Zuggurtung/Cerclage: Schenkelhals	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-787.2f	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Zuggurtung/Cerclage: Femur proximal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-787.2g	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Zuggurtung/Cerclage: Femurschaft	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-787.2h	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Zuggurtung/Cerclage: Femur distal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-787.2j	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Zuggurtung/Cerclage: Patella	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-787.2k	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Zuggurtung/Cerclage: Tibia proximal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-787.2m	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Zuggurtung/Cerclage: Tibiaschaft	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-787.2n	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Zuggurtung/Cerclage: Tibia distal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-787.2p	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Zuggurtung/Cerclage: Fibula proximal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-787.2q	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Zuggurtung/Cerclage: Fibulaschaft	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-787.2r	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Zuggurtung/Cerclage: Fibula distal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-787.2s	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Zuggurtung/Cerclage: Talus	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-787.2t	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Zuggurtung/Cerclage: Kalkaneus	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-787.2u	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Zuggurtung/Cerclage: Tarsale	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-787.2v	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Zuggurtung/Cerclage: Metatarsale	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-787.2w	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Zuggurtung/Cerclage: Phalangen Fuß	D1	31131/ 36131	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-787.2z	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Zuggurtung/Cerclage: Skapula	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-787.20	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Zuggurtung/Cerclage: Klavikula	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-787.21	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Zuggurtung/Cerclage: Humerus proximal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-787.22	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Zuggurtung/Cerclage: Humerusschaft	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-787.23	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Zuggurtung/Cerclage: Humerus distal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-787.24	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Zuggurtung/Cerclage: Radius proximal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-787.25	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Zuggurtung/Cerclage: Radiusschaft	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-787.26	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Zuggurtung/Cerclage: Radius distal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-787.27	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Zuggurtung/Cerclage: Ulna proximal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-787.28	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Zuggurtung/Cerclage: Ulnaschaft	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-787.29	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Zuggurtung/Cerclage: Ulna distal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-787.3a	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Platte: Karpale	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-787.3b	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Platte: Metakarpale	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-787.3c	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Platte: Phalangen Hand	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-787.3d		Entfernung von Osteosynthesematerial: Platte: Becken	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-787.3e	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Platte: Schenkelhals	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-787.3f	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Platte: Femur proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-787.3g	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Platte: Femurschaft	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-787.3h	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Platte: Femur distal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-787.3j	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Platte: Patella	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-787.3k	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Platte: Tibia proximal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-787.3m	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Platte: Tibiaschaft	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-787.3n	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Platte: Tibia distal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-787.3p	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Platte: Fibula proximal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-787.3q	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Platte: Fibulaschaft	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-787.3r	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Platte: Fibula distal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-787.3s	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Platte: Talus	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-787.3t	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Platte: Kalkaneus	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-787.3u	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Platte: Tarsale	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-787.3v	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Platte: Metatarsale	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-787.3w	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Platte: Phalangen Fuß	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-787.3z	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Platte: Skapula	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-787.30	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Platte: Klavikula	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-787.31	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Platte: Humerus proximal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-787.32	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Platte: Humerusschaft	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-787.33	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Platte: Humerus distal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-787.34	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Platte: Radius proximal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-787.35	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Platte: Radiusschaft	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-787.36	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Platte: Radius distal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-787.37	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Platte: Ulna proximal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-787.38	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Platte: Ulnaschaft	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-787.39	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Platte: Ulna distal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-787.4e	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Winkelplatte/Kondylenplatte: Schenkelhals	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-787.4f	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Winkelplatte/Kondylenplatte: Femur proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-787.4g	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Winkelplatte/Kondylenplatte: Femurschaft	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-787.4h	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Winkelplatte/Kondylenplatte: Femur distal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-787.4k	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Winkelplatte/Kondylenplatte: Tibia proximal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-787.4n	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Winkelplatte/Kondylenplatte: Tibia distal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-787.41	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Winkelplatte/Kondylenplatte: Humerus proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-787.42	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Winkelplatte/Kondylenplatte: Humerusschaft	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-787.43	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Winkelplatte/Kondylenplatte: Humerus distal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-787.5e	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Dynamische Kompressionsschraube: Schenkelhals	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-787.5f	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Dynamische Kompressionsschraube: Femur proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-787.5h	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Dynamische Kompressionsschraube: Femur distal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-787.5k	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Dynamische Kompressionsschraube: Tibia proximal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-787.6f	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Marknagel: Femur proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-787.6g	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Marknagel: Femurschaft	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-787.6h	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Marknagel: Femur distal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-787.6k	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Marknagel: Tibia proximal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-787.6m	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Marknagel: Tibiaschaft	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-787.6n	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Marknagel: Tibia distal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-787.6p	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Marknagel: Fibula proximal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-787.6q	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Marknagel: Fibulaschaft	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-787.6r	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Marknagel: Fibula distal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-787.61	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Marknagel: Humerus proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-787.62	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Marknagel: Humerusschaft	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-787.63	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Marknagel: Humerus distal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-787.64	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Marknagel: Radius proximal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-787.65	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Marknagel: Radiusschaft	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-787.66	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Marknagel: Radius distal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-787.67	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Marknagel: Ulna proximal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-787.68	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Marknagel: Ulnaschaft	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-787.69	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Marknagel: Ulna distal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-787.8b	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Verriegelungsnagel: Metakarpale	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-787.8e	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Verriegelungsnagel: Schenkelhals	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-787.8f	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Verriegelungsnagel: Femur proximal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-787.8g	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Verriegelungsnagel: Femurschaft	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-787.8h	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Verriegelungsnagel: Femur distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-787.8k	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Verriegelungsnagel: Tibia proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-787.8m	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Verriegelungsnagel: Tibiaschaft	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-787.8n	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Verriegelungsnagel: Tibia distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-787.8p	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Verriegelungsnagel: Fibula proximal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-787.8q	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Verriegelungsnagel: Fibulaschaft	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-787.8r	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Verriegelungsnagel: Fibula distal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-787.8v	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Verriegelungsnagel: Metatarsale	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-787.81	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Verriegelungsnagel: Humerus proximal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-787.82	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Verriegelungsnagel: Humerusschaft	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-787.83	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Verriegelungsnagel: Humerus distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-787.84	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Verriegelungsnagel: Radius proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-787.85	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Verriegelungsnagel: Radiusschaft	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-787.86	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Verriegelungsnagel: Radius distal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-787.87	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Verriegelungsnagel: Ulna proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-787.88	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Verriegelungsnagel: Ulnaschaft	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-787.89	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Verriegelungsnagel: Ulna distal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-787.9a	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Fixateur externe: Karpale	D1	31131/ 36131	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-787.9b	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Fixateur externe: Metakarpale	D1	31131/ 36131	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-787.9c	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Fixateur externe: Phalangen Hand	D1	31131/ 36131	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-787.9d		Entfernung von Osteosynthesematerial: Fixateur externe: Becken	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-787.9f	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Fixateur externe: Femur proximal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-787.9g	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Fixateur externe: Femurschaft	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-787.9h	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Fixateur externe: Femur distal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-787.9j	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Fixateur externe: Patella	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-787.9k	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Fixateur externe: Tibia proximal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-787.9m	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Fixateur externe: Tibiaschaft	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-787.9n	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Fixateur externe: Tibia distal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-787.9p	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Fixateur externe: Fibula proximal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-787.9q	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Fixateur externe: Fibulaschaft	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-787.9r	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Fixateur externe: Fibula distal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-787.9s	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Fixateur externe: Talus	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-787.9t	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Fixateur externe: Kalkaneus	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-787.9u	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Fixateur externe: Tarsale	D1	31131/ 36131	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-787.9v	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Fixateur externe: Metatarsale	D1	31131/ 36131	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-787.9w	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Fixateur externe: Phalangen Fuß	D1	31131/ 36131	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-787.90	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Fixateur externe: Klavikula	D1	31131/ 36131	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-787.91	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Fixateur externe: Humerus proximal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-787.92	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Fixateur externe: Humerusschaft	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-787.93	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Fixateur externe: Humerus distal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-787.94	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Fixateur externe: Radius proximal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-787.95	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Fixateur externe: Radiusschaft	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-787.96	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Fixateur externe: Radius distal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-787.97	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Fixateur externe: Ulna proximal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-787.98	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Fixateur externe: Ulnaschaft	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-787.99	↔	Entfernung von Osteosynthesematerial: Fixateur externe: Ulna distal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-788.0a	↔	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Resektion (Exostose): Digitus I	D1	31131/ 36131	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	31452
5-788.0b	↔	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Resektion (Exostose): Digitus II bis V, 1 Phalanx	D1	31131/ 36131	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	31452
5-788.0c	↔	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Resektion (Exostose): Digitus II bis V, 2 Phalangen	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	31454
5-788.0d	↔	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Resektion (Exostose): Digitus II bis V, 3 Phalangen	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	31455
5-788.0e	↔	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Resektion (Exostose): Digitus II bis V, 4 Phalangen	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	31455
5-788.0f	↔	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Resektion (Exostose): Digitus II bis V, 5 oder mehr Phalangen	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-788.00	↔	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Resektion (Exostose): Os metatarsale I	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	31454
5-788.06	↔	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Resektion (Exostose): Os metatarsale II bis V, 1 Os metatarsale	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	31454
5-788.07	↔	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Resektion (Exostose): Os metatarsale II bis V, 2 Ossa metatarsalia	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	31454
5-788.08	↔	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Resektion (Exostose): Os metatarsale II bis V, 3 Ossa metatarsalia	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	31455
5-788.09	↔	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Resektion (Exostose): Os metatarsale II bis V, 4 Ossa metatarsalia	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	31455

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-788.40	↔	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Weichteilkorrektur: In Höhe des 1. Zehenstrahles	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	31454
5-788.41	↔	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Weichteilkorrektur: In Höhe des 2. bis 5. Zehenstrahles, 1 Zehenstrahl	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	31454
5-788.42	↔	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Weichteilkorrektur: In Höhe des 2. bis 5. Zehenstrahles, 2 Zehenstrahlen	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	31454
5-788.43	↔	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Weichteilkorrektur: In Höhe des 2. bis 5. Zehenstrahles, 3 Zehenstrahlen	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	31455
5-788.44	↔	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Weichteilkorrektur: In Höhe des 2. bis 5. Zehenstrahles, 4 Zehenstrahlen	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	31456
5-788.5a	↔	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Osteotomie: Digitus II bis V, 4 Phalangen	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-788.5b	↔	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Osteotomie: Digitus II bis V, 5 oder mehr Phalangen	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-788.5c	↔	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Osteotomie: Os metatarsale I, distal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	31454
5-788.5d	↔	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Osteotomie: Os metatarsale I, proximal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	31454
5-788.5e	↔	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Osteotomie: Os metatarsale I, mehrdimensionale Osteotomie	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	31455
5-788.5f	↔	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Osteotomie: Os metatarsale I, distal, Reoperation bei Rezidiv	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	31455
5-788.5g	↔	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Osteotomie: Os metatarsale I, proximal, Reoperation bei Rezidiv	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	31455
5-788.5h	↔	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Osteotomie: Os metatarsale I, Doppelosteotomie, Reoperation bei Rezidiv	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	31456

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-788.5j	↔	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Osteotomie: Os metatarsale I, mehrdimensionale Osteotomie, Reoperation bei Rezidiv	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-788.51	↔	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Osteotomie: Os metatarsale I, Doppelosteotomie	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	31455
5-788.52	↔	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Osteotomie: Os metatarsale II bis V, 1 Os metatarsale	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	31454
5-788.53	↔	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Osteotomie: Os metatarsale II bis V, 2 Ossa metatarsalia	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	31454
5-788.54	↔	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Osteotomie: Os metatarsale II bis V, 3 Ossa metatarsalia	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	31455
5-788.55	↔	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Osteotomie: Os metatarsale II bis V, 4 Ossa metatarsalia	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-788.56	↔	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Osteotomie: Digitus I	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	31454
5-788.57	↔	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Osteotomie: Digitus II bis V, 1 Phalanx	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	31454
5-788.58	↔	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Osteotomie: Digitus II bis V, 2 Phalangen	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	31454
5-788.59	↔	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Osteotomie: Digitus II bis V, 3 Phalangen	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	31455
5-788.6a	↔	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Arthroplastik: Interphalangealgelenk, Digitus II bis V, 5 oder mehr Gelenke	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-788.60	↔	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Arthroplastik: Metatarsophalangealgelenk, Digitus I	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	31454
5-788.61	↔	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Arthroplastik: Metatarsophalangealgelenk, Digitus II bis V, 1 Gelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	31454

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-788.62	↔	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Arthroplastik: Metatarsophalangealgelenk, Digitus II bis V, 2 Gelenke	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	31455
5-788.63	↔	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Arthroplastik: Metatarsophalangealgelenk, Digitus II bis V, 3 Gelenke	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	31456
5-788.64	↔	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Arthroplastik: Metatarsophalangealgelenk, Digitus II bis V, 4 Gelenke	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	31456
5-788.65	↔	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Arthroplastik: Interphalangealgelenk, Digitus I	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	31455
5-788.66	↔	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Arthroplastik: Interphalangealgelenk, Digitus II bis V, 1 Gelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	31454
5-788.67	↔	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Arthroplastik: Interphalangealgelenk, Digitus II bis V, 2 Gelenke	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	31454
5-788.68	↔	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Arthroplastik: Interphalangealgelenk, Digitus II bis V, 3 Gelenke	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	31455
5-788.69	↔	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Arthroplastik: Interphalangealgelenk, Digitus II bis V, 4 Gelenke	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	31456
5-788.70	↔	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Naht oder Plastik der plantaren Platte eines Metatarsophalangealgelenkes: Naht, 1 Gelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	31455
5-788.71	↔	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Naht oder Plastik der plantaren Platte eines Metatarsophalangealgelenkes: Naht, 2 oder mehr Gelenke	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	31455
5-788.72	↔	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Naht oder Plastik der plantaren Platte eines Metatarsophalangealgelenkes: Plastik, 1 Gelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	31455
5-788.73	↔	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes: Naht oder Plastik der plantaren Platte eines Metatarsophalangealgelenkes: Plastik, 2 oder mehr Gelenke	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	31455

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-789.ca	↔	Andere Operationen am Knochen: Stabilisierung einer Pseudarthrose ohne weitere Maßnahmen: Karpale	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-789.cb	↔	Andere Operationen am Knochen: Stabilisierung einer Pseudarthrose ohne weitere Maßnahmen: Metakarpale	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-789.cc	↔	Andere Operationen am Knochen: Stabilisierung einer Pseudarthrose ohne weitere Maßnahmen: Phalangen Hand	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-789.cu	↔	Andere Operationen am Knochen: Stabilisierung einer Pseudarthrose ohne weitere Maßnahmen: Tarsale	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-789.cv	↔	Andere Operationen am Knochen: Stabilisierung einer Pseudarthrose ohne weitere Maßnahmen: Metatarsale	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-789.cw	↔	Andere Operationen am Knochen: Stabilisierung einer Pseudarthrose ohne weitere Maßnahmen: Phalangen Fuß	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-789.c0	↔	Andere Operationen am Knochen: Stabilisierung einer Pseudarthrose ohne weitere Maßnahmen: Klavikula	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-789.c4	↔	Andere Operationen am Knochen: Stabilisierung einer Pseudarthrose ohne weitere Maßnahmen: Radius proximal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-789.c5	↔	Andere Operationen am Knochen: Stabilisierung einer Pseudarthrose ohne weitere Maßnahmen: Radiusschaft	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-789.c6	↔	Andere Operationen am Knochen: Stabilisierung einer Pseudarthrose ohne weitere Maßnahmen: Radius distal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-789.c7	↔	Andere Operationen am Knochen: Stabilisierung einer Pseudarthrose ohne weitere Maßnahmen: Ulna proximal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-789.c8	↔	Andere Operationen am Knochen: Stabilisierung einer Pseudarthrose ohne weitere Maßnahmen: Ulnaschaft	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-789.c9	↔	Andere Operationen am Knochen: Stabilisierung einer Pseudarthrose ohne weitere Maßnahmen: Ulna distal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-789.4b	↔	Andere Operationen am Knochen: Therapeutische Epiphyseolyse: Metakarpale	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-789.4c	↔	Andere Operationen am Knochen: Therapeutische Epiphyseolyse: Phalangen Hand	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-789.4e	↔	Andere Operationen am Knochen: Therapeutische Epiphyseolyse: Schenkelhals	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-789.4f	↔	Andere Operationen am Knochen: Therapeutische Epiphyseolyse: Femur proximal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-789.4h	↔	Andere Operationen am Knochen: Therapeutische Epiphyseolyse: Femur distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-789.4k	↔	Andere Operationen am Knochen: Therapeutische Epiphyseolyse: Tibia proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-789.4n	↔	Andere Operationen am Knochen: Therapeutische Epiphyseolyse: Tibia distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-789.4p	↔	Andere Operationen am Knochen: Therapeutische Epiphyseolyse: Fibula proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-789.4r	↔	Andere Operationen am Knochen: Therapeutische Epiphyseolyse: Fibula distal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-789.4s	↔	Andere Operationen am Knochen: Therapeutische Epiphyseolyse: Talus	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-789.4t	↔	Andere Operationen am Knochen: Therapeutische Epiphyseolyse: Kalkaneus	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-789.4v	↔	Andere Operationen am Knochen: Therapeutische Epiphyseolyse: Metatarsale	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-789.4w	↔	Andere Operationen am Knochen: Therapeutische Epiphyseolyse: Phalangen Fuß	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-789.41	↔	Andere Operationen am Knochen: Therapeutische Epiphyseolyse: Humerus proximal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-789.43	↔	Andere Operationen am Knochen: Therapeutische Epiphyseolyse: Humerus distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-789.44	↔	Andere Operationen am Knochen: Therapeutische Epiphyseolyse: Radius proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-789.46	↔	Andere Operationen am Knochen: Therapeutische Epiphyseolyse: Radius distal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-789.47	↔	Andere Operationen am Knochen: Therapeutische Epiphyseolyse: Ulna proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-789.49	↔	Andere Operationen am Knochen: Therapeutische Epiphyseolyse: Ulna distal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	

2.22.2 Reposition von Fraktur und Luxation

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-79a.ch	↔	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese: Durch Transfixationsnagel: Kniegelenk	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-79a.ck	↔	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese: Durch Transfixationsnagel: Oberes Sprunggelenk	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-79a.cm	↔	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese: Durch Transfixationsnagel: Unteres Sprunggelenk	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-79a.ea	↔	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese: Durch (Blount-)Klammern: Handwurzelgelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-79a.ej	↔	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese: Durch (Blount-)Klammern: Proximales Tibiofibulargelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-79a.ek	↔	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese: Durch (Blount-)Klammern: Oberes Sprunggelenk	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-79a.em	↔	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese: Durch (Blount-)Klammern: Unteres Sprunggelenk	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-79a.en	↔	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese: Durch (Blount-)Klammern: Tarsalgelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-79a.ep	↔	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese: Durch (Blount-)Klammern: Tarsometatarsalgelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-79a.eq	↔	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese: Durch (Blount-)Klammern: Metatarsophalangealgelenk	D1	31131/ 36131	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-79a.es	↔	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese: Durch (Blount-)Klammern: Humeroradialgelenk	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-79a.et	↔	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese: Durch (Blount-)Klammern: Ellenbogengelenk n.n.bez.	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-79a.e1	↔	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese: Durch (Blount-)Klammern: Akromioklavikulargelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-79a.e3	↔	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese: Durch (Blount-)Klammern: Sternoklavikulargelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-79a.e4	↔	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese: Durch (Blount-)Klammern: Humeroulnargelenk	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-79a.e5	↔	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese: Durch (Blount-)Klammern: Proximales Radioulnargelenk	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-79a.e6	↔	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese: Durch (Blount-)Klammern: Distales Radioulnargelenk	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-79a.e7	↔	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese: Durch (Blount-)Klammern: Handgelenk n.n.bez.	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-79a.e8	↔	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese: Durch (Blount-)Klammern: Radiokarpalgelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-79a.e9	↔	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese: Durch (Blount-)Klammern: Ulnokarpalgelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-79a.gc	↔	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese: Durch intramedullären Draht: Metakarpophalangealgelenk	D1	31131/ 36131	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-79a.gd	↔	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese: Durch intramedullären Draht: Interphalangealgelenk	D1	31131/ 36131	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-79a.gq	↔	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese: Durch intramedullären Draht: Metatarsophalangealgelenk	D1	31131/ 36131	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-79a.gr	↔	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese: Durch intramedullären Draht: Zehengelenk	D1	31131/ 36131	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-79a.gs	↔	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese: Durch intramedullären Draht: Humeroradialgelenk	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-79a.gt	↔	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese: Durch intramedullären Draht: Ellenbogengelenk n.n.bez.	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-79a.0a	↔	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese: Durch Schraube: Handwurzelgelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-79a.0b	↔	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese: Durch Schraube: Karpometakarpalgelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-79a.0c	↔	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese: Durch Schraube: Metakarpophalangealgelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-79a.0d	↔	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese: Durch Schraube: Interphalangealgelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-79a.0e	↔	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese: Durch Schraube: Iliosakralgelenk	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-79a.0f		Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese: Durch Schraube: Symphyse	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-79a.0j	↔	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese: Durch Schraube: Proximales Tibiofibulargelenk	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-79a.0k	↔	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese: Durch Schraube: Oberes Sprunggelenk	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-79a.0m	↔	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese: Durch Schraube: Unteres Sprunggelenk	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-79a.0n	↔	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese: Durch Schraube: Tarsalgelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-79a.0p	↔	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese: Durch Schraube: Tarsometatarsalgelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-79a.0q	↔	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese: Durch Schraube: Metatarsophalangealgelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-79a.0r	↔	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese: Durch Schraube: Zehengelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-79a.0s	↔	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese: Durch Schraube: Humeroradialgelenk	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-79a.0t	↔	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese: Durch Schraube: Ellenbogengelenk n.n.bez.	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-79a.00	↔	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese: Durch Schraube: Humeroglenoidalgelenk	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-79a.03	↔	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese: Durch Schraube: Sternoklavikulargelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-79a.04	↔	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese: Durch Schraube: Humeroulnargelenk	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-79a.05	↔	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese: Durch Schraube: Proximales Radioulnargelenk	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-79a.06	↔	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese: Durch Schraube: Distales Radioulnargelenk	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-79a.1a	↔	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Handwurzelgelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-79a.1b	↔	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Karpometakarpalgelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-79a.1c	↔	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Metakarpophalangealgelenk	D1	31131/ 36131	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-79a.1d	↔	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Interphalangealgelenk	D1	31131/ 36131	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-79a.1e	↔	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Iliosakralgelenk	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-79a.1f		Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Symphyse	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-79a.1h	↔	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Kniegelenk	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-79a.1j	↔	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Proximales Tibiofibulargelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-79a.1k	↔	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Oberes Sprunggelenk	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-79a.1m	↔	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Unteres Sprunggelenk	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-79a.1n	↔	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Tarsalgelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-79a.1p	↔	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Tarsometatarsalgelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-79a.1q	↔	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Metatarsophalangealgelenk	D1	31131/ 36131	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-79a.1r	↔	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Zehengelenk	D1	31131/ 36131	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-79a.1s	↔	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Humeroradialgelenk	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-79a.1t	↔	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Ellenbogengelenk n.n.bez.	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-79a.10	↔	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Humeroglenoidalgelenk	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-79a.11	↔	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Akromioklavikulargelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-79a.13	↔	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Sternoklavikulargelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-79a.14	↔	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Humeroulnargelenk	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-79a.15	↔	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Proximales Radioulnargelenk	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-79a.16	↔	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Distales Radioulnargelenk	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-79a.17	↔	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Handgelenk n.n.bez.	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-79a.18	↔	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Radiokarpalgelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-79a.19	↔	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Ulnokarpalgelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-79a.6a	↔	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese: Durch Fixateur externe: Handwurzelgelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-79a.6b	↔	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese: Durch Fixateur externe: Karpometakarpalgelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-79a.6c	↔	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese: Durch Fixateur externe: Metakarpophalangealgelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-79a.6d	↔	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese: Durch Fixateur externe: Interphalangealgelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-79a.6f		Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese: Durch Fixateur externe: Symphyse	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-79a.6h	↔	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese: Durch Fixateur externe: Kniegelenk	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-79a.6j	↔	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese: Durch Fixateur externe: Proximales Tibiofibulargelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-79a.6k	↔	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese: Durch Fixateur externe: Oberes Sprunggelenk	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-79a.6m	↔	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese: Durch Fixateur externe: Unteres Sprunggelenk	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-79a.6n	↔	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese: Durch Fixateur externe: Tarsalgelenk	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-79a.6p	↔	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese: Durch Fixateur externe: Tarsometatarsalgelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-79a.6q	↔	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese: Durch Fixateur externe: Metatarsophalangealgelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-79a.6r	↔	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese: Durch Fixateur externe: Zehengelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-79a.6s	↔	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese: Durch Fixateur externe: Humeroradialgelenk	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-79a.6t	↔	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese: Durch Fixateur externe: Ellenbogengelenk n.n.bez.	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-79a.61	↔	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese: Durch Fixateur externe: Akromioklavikulargelenk	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-79a.64	↔	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese: Durch Fixateur externe: Humeroulnargelenk	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-79a.65	↔	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese: Durch Fixateur externe: Proximales Radioulnargelenk	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-79a.66	↔	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese: Durch Fixateur externe: Distales Radioulnargelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-79a.67	↔	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese: Durch Fixateur externe: Handgelenk n.n.bez.	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-79a.68	↔	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese: Durch Fixateur externe: Radiokarpalgelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-79a.69	↔	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese: Durch Fixateur externe: Ulnokarpalgelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-79a.7a	↔	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese: Durch Fixateur externe mit interner Osteosynthese: Handwurzelgelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-79a.7b	↔	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese: Durch Fixateur externe mit interner Osteosynthese: Karpometakarpalgelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-79a.7c	↔	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese: Durch Fixateur externe mit interner Osteosynthese: Metakarpophalangealgelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-79a.7d	↔	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese: Durch Fixateur externe mit interner Osteosynthese: Interphalangealgelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-79a.7f		Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese: Durch Fixateur externe mit interner Osteosynthese: Symphyse	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-79a.7h	↔	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese: Durch Fixateur externe mit interner Osteosynthese: Kniegelenk	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-79a.7j	↔	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese: Durch Fixateur externe mit interner Osteosynthese: Proximales Tibiofibulargelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-79a.7k	↔	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese: Durch Fixateur externe mit interner Osteosynthese: Oberes Sprunggelenk	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-79a.7m	↔	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese: Durch Fixateur externe mit interner Osteosynthese: Unteres Sprunggelenk	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-79a.7n	↔	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese: Durch Fixateur externe mit interner Osteosynthese: Tarsalgelenk	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-79a.7p	↔	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese: Durch Fixateur externe mit interner Osteosynthese: Tarsometatarsalgelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-79a.7q	↔	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese: Durch Fixateur externe mit interner Osteosynthese: Metatarsophalangealgelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-79a.7r	↔	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese: Durch Fixateur externe mit interner Osteosynthese: Zehengelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-79a.7s	↔	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese: Durch Fixateur externe mit interner Osteosynthese: Humeroradialgelenk	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-79a.7t	↔	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese: Durch Fixateur externe mit interner Osteosynthese: Ellenbogengelenk n.n.bez.	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-79a.71	↔	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese: Durch Fixateur externe mit interner Osteosynthese: Akromioklavikulargelenk	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-79a.74	↔	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese: Durch Fixateur externe mit interner Osteosynthese: Humeroulnargelenk	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-79a.75	↔	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese: Durch Fixateur externe mit interner Osteosynthese: Proximales Radioulnargelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-79a.76	↔	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese: Durch Fixateur externe mit interner Osteosynthese: Distales Radioulnargelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-79a.77	↔	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese: Durch Fixateur externe mit interner Osteosynthese: Handgelenk n.n.bez.	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-79a.78	↔	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese: Durch Fixateur externe mit interner Osteosynthese: Radiokarpalgelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-79a.79	↔	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese: Durch Fixateur externe mit interner Osteosynthese: Ulnokarpalgelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-79a.8a	↔	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese: Durch Materialkombinationen: Handwurzelgelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-79a.8b	↔	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese: Durch Materialkombinationen: Karpometakarpalgelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-79a.8c	↔	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese: Durch Materialkombinationen: Metakarpophalangealgelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-79a.8d	↔	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese: Durch Materialkombinationen: Interphalangealgelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-79a.8e	↔	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese: Durch Materialkombinationen: Iliosakralgelenk	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-79a.8f		Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese: Durch Materialkombinationen: Symphyse	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-79a.8h	↔	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese: Durch Materialkombinationen: Kniegelenk	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-79a.8j	↔	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese: Durch Materialkombinationen: Proximales Tibiofibulargelenk	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-79a.8k	↔	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese: Durch Materialkombinationen: Oberes Sprunggelenk	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-79a.8m	↔	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese: Durch Materialkombinationen: Unteres Sprunggelenk	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-79a.8n	↔	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese: Durch Materialkombinationen: Tarsalgelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-79a.8p	↔	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese: Durch Materialkombinationen: Tarsometatarsalgelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-79a.8q	↔	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese: Durch Materialkombinationen: Metatarsophalangealgelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-79a.8r	↔	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese: Durch Materialkombinationen: Zehengelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-79a.8s	↔	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese: Durch Materialkombinationen: Humeroradialgelenk	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-79a.8t	↔	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese: Durch Materialkombinationen: Ellenbogengelenk n.n.bez.	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-79a.80	↔	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese: Durch Materialkombinationen: Humeroglenoidalgelenk	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-79a.81	↔	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese: Durch Materialkombinationen: Akromioklavikulargelenk	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-79a.83	↔	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese: Durch Materialkombinationen: Sternoklavikulargelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-79a.84	↔	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese: Durch Materialkombinationen: Humeroulnargelenk	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-79a.85	↔	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese: Durch Materialkombinationen: Proximales Radioulnargelenk	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-79a.86	↔	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese: Durch Materialkombinationen: Distales Radioulnargelenk	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-79a.87	↔	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese: Durch Materialkombinationen: Handgelenk n.n.bez.	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-79a.88	↔	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese: Durch Materialkombinationen: Radiokarpalgelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-79a.89	↔	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese: Durch Materialkombinationen: Ulnokarpalgelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-79b.ch	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch Transfixationsnagel: Kniegelenk	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-79b.ck	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch Transfixationsnagel: Oberes Sprunggelenk	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-79b.ea	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch (Blount-)Klammern: Handwurzelgelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-79b.eb	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch (Blount-)Klammern: Karpometakarpalgelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-79b.ec	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch (Blount-)Klammern: Metakarpophalangealgelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-79b.ed	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch (Blount-)Klammern: Interphalangealgelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-79b.ee	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch (Blount-)Klammern: Iliosakralgelenk	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-79b.ef		Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch (Blount-)Klammern: Symphyse	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-79b.eh	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch (Blount-)Klammern: Kniegelenk	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-79b.ej	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch (Blount-)Klammern: Proximales Tibiofibulargelenk	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-79b.ek	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch (Blount-)Klammern: Oberes Sprunggelenk	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-79b.em	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch (Blount-)Klammern: Unteres Sprunggelenk	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-79b.en	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch (Blount-)Klammern: Tarsalgelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-79b.ep	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch (Blount-)Klammern: Tarsometatarsalgelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-79b.eq	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch (Blount-)Klammern: Metatarsophalangealgelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-79b.er	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch (Blount-)Klammern: Zehengelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-79b.es	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch (Blount-)Klammern: Humeroradialgelenk	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-79b.et	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch (Blount-)Klammern: Ellenbogengelenk n.n.bez.	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-79b.e0	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch (Blount-)Klammern: Humeroglenoidalgelenk	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-79b.e1	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch (Blount-)Klammern: Akromioklavikulargelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-79b.e3	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch (Blount-)Klammern: Sternoklavikulargelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-79b.e4	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch (Blount-)Klammern: Humeroulnargelenk	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-79b.e5	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch (Blount-)Klammern: Proximales Radioulnargelenk	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-79b.e6	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch (Blount-)Klammern: Distales Radioulnargelenk	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-79b.e7	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch (Blount-)Klammern: Handgelenk n.n.bez.	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-79b.e8	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch (Blount-)Klammern: Radiokarpalgelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-79b.e9	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch (Blount-)Klammern: Ulnokarpalgelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-79b.gc	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch intramedullären Draht: Metakarpophalangealgelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-79b.gd	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch intramedullären Draht: Interphalangealgelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-79b.gh	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch intramedullären Draht: Kniegelenk	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-79b.gp	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch intramedullären Draht: Tarsometatarsalgelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-79b.gq	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch intramedullären Draht: Metatarsophalangealgelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-79b.gr	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch intramedullären Draht: Zehengelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-79b.gs	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch intramedullären Draht: Humeroradialgelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-79b.gt	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch intramedullären Draht: Ellenbogengelenk n.n.bez.	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-79b.g1	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch intramedullären Draht: Akromioklavikulargelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-79b.g3	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch intramedullären Draht: Sternoklavikulargelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-79b.g4	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch intramedullären Draht: Humeroulnargelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-79b.g5	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch intramedullären Draht: Proximales Radioulnargelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-79b.ha	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Ohne Osteosynthese: Handwurzelgelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-79b.hb	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Ohne Osteosynthese: Karpometakarpalgelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-79b.hc	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Ohne Osteosynthese: Metakarpophalangealgelenk	D1	31131/ 36131	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-79b.hd	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Ohne Osteosynthese: Interphalangealgelenk	D1	31131/ 36131	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-79b.hf		Offene Reposition einer Gelenkluxation: Ohne Osteosynthese: Symphyse	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-79b.hg	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Ohne Osteosynthese: Hüftgelenk	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-79b.hh	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Ohne Osteosynthese: Kniegelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-79b.hj	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Ohne Osteosynthese: Proximales Tibiofibulargelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-79b.hk	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Ohne Osteosynthese: Oberes Sprunggelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-79b.hm	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Ohne Osteosynthese: Unteres Sprunggelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-79b.hn	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Ohne Osteosynthese: Tarsalgelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-79b.hp	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Ohne Osteosynthese: Tarsometatarsalgelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-79b.hq	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Ohne Osteosynthese: Metatarsophalangealgelenk	D1	31131/ 36131	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-79b.hr	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Ohne Osteosynthese: Zehengelenk	D1	31131/ 36131	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-79b.hs	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Ohne Osteosynthese: Humeroradialgelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-79b.ht	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Ohne Osteosynthese: Ellenbogengelenk n.n.bez.	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-79b.h0	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Ohne Osteosynthese: Humeroglenoidalgelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-79b.h3	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Ohne Osteosynthese: Sternoklavikulargelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-79b.h4	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Ohne Osteosynthese: Humeroulnargelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-79b.h5	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Ohne Osteosynthese: Proximales Radioulnargelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-79b.h6	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Ohne Osteosynthese: Distales Radioulnargelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-79b.h7	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Ohne Osteosynthese: Handgelenk n.n.bez.	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-79b.h8	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Ohne Osteosynthese: Radiokarpalgelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-79b.h9	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Ohne Osteosynthese: Ulnokarpalgelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-79b.0a	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch Schraube: Handwurzelgelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-79b.0b	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch Schraube: Karpometakarpalgelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-79b.0c	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch Schraube: Metakarpophalangealgelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-79b.0d	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch Schraube: Interphalangealgelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-79b.0e	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch Schraube: Iliosakralgelenk	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-79b.0f		Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch Schraube: Symphyse	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-79b.0j	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch Schraube: Proximales Tibiofibulargelenk	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-79b.0k	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch Schraube: Oberes Sprunggelenk	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-79b.0m	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch Schraube: Unteres Sprunggelenk	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-79b.0n	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch Schraube: Tarsalgelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-79b.0p	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch Schraube: Tarsometatarsalgelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-79b.0q	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch Schraube: Metatarsophalangealgelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-79b.0r	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch Schraube: Zehengelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-79b.0s	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch Schraube: Humeroradialgelenk	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-79b.0t	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch Schraube: Ellenbogengelenk n.n.bez.	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-79b.00	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch Schraube: Humeroglenoidalgelenk	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-79b.03	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch Schraube: Sternoklavikulargelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-79b.04	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch Schraube: Humeroulnargelenk	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-79b.05	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch Schraube: Proximales Radioulnargelenk	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-79b.06	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch Schraube: Distales Radioulnargelenk	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-79b.1a	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch Draht oder Zuggurtung/ Cerclage: Handwurzelgelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-79b.1b	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch Draht oder Zuggurtung/ Cerclage: Karpometakarpalgelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-79b.1c	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch Draht oder Zuggurtung/ Cerclage: Metakarpophalangealgelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-79b.1d	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch Draht oder Zuggurtung/ Cerclage: Interphalangealgelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-79b.1e	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch Draht oder Zuggurtung/ Cerclage: Iliosakralgelenk	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-79b.1f		Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch Draht oder Zuggurtung/ Cerclage: Symphyse	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-79b.1h	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch Draht oder Zuggurtung/ Cerclage: Kniegelenk	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-79b.1j	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch Draht oder Zuggurtung/ Cerclage: Proximales Tibiofibulargelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-79b.1k	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch Draht oder Zuggurtung/ Cerclage: Oberes Sprunggelenk	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-79b.1m	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch Draht oder Zuggurtung/ Cerclage: Unteres Sprunggelenk	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-79b.1n	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch Draht oder Zuggurtung/ Cerclage: Tarsalgelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-79b.1p	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch Draht oder Zuggurtung/ Cerclage: Tarsometatarsalgelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-79b.1q	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch Draht oder Zuggurtung/ Cerclage: Metatarsophalangealgelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-79b.1r	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch Draht oder Zuggurtung/ Cerclage: Zehengelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-79b.1s	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch Draht oder Zuggurtung/ Cerclage: Humeroradialgelenk	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-79b.1t	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch Draht oder Zuggurtung/ Cerclage: Ellenbogengelenk n.n.bez.	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-79b.10	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch Draht oder Zuggurtung/ Cerclage: Humeroglenoidalgelenk	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-79b.11	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch Draht oder Zuggurtung/ Cerclage: Akromioklavikulargelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-79b.13	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch Draht oder Zuggurtung/ Cerclage: Sternoklavikulargelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-79b.14	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch Draht oder Zuggurtung/ Cerclage: Humeroulnargelenk	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-79b.15	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch Draht oder Zuggurtung/ Cerclage: Proximales Radioulnargelenk	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-79b.16	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch Draht oder Zuggurtung/ Cerclage: Distales Radioulnargelenk	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-79b.17	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch Draht oder Zuggurtung/ Cerclage: Handgelenk n.n.bez.	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-79b.18	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch Draht oder Zuggurtung/ Cerclage: Radiokarpalgelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-79b.19	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch Draht oder Zuggurtung/ Cerclage: Ulnokarpalgelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-79b.2a	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch Platte: Handwurzelgelenk	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-79b.2b	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch Platte: Karpometakarpalgelenk	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-79b.2c	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch Platte: Metakarpophalangealgelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-79b.2d	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch Platte: Interphalangealgelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-79b.2f		Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch Platte: Symphyse	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-79b.2j	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch Platte: Proximales Tibiofibulargelenk	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-79b.2n	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch Platte: Tarsalgelenk	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-79b.2p	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch Platte: Tarsometatarsalgelenk	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-79b.2q	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch Platte: Metatarsophalangealgelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-79b.2r	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch Platte: Zehengelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-79b.2s	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch Platte: Humeroradialgelenk	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-79b.2t	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch Platte: Ellenbogengelenk n.n.bez.	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-79b.21	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch Platte: Akromioklavikulargelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-79b.27	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch Platte: Handgelenk n.n.bez.	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-79b.28	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch Platte: Radiokarpalgelenk	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-79b.29	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch Platte: Ulnokarpalgelenk	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-79b.6a	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch Fixateur externe: Handwurzelgelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-79b.6b	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch Fixateur externe: Karpometakarpalgelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-79b.6c	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch Fixateur externe: Metakarpophalangealgelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-79b.6d	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch Fixateur externe: Interphalangealgelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-79b.6f		Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch Fixateur externe: Symphyse	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-79b.6h	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch Fixateur externe: Kniegelenk	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-79b.6j	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch Fixateur externe: Proximales Tibiofibulargelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-79b.6k	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch Fixateur externe: Oberes Sprunggelenk	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-79b.6m	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch Fixateur externe: Unteres Sprunggelenk	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-79b.6n	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch Fixateur externe: Tarsalgelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-79b.6p	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch Fixateur externe: Tarsometatarsalgelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-79b.6q	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch Fixateur externe: Metatarsophalangealgelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-79b.6r	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch Fixateur externe: Zehengelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-79b.6s	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch Fixateur externe: Humeroradialgelenk	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-79b.6t	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch Fixateur externe: Ellenbogengelenk n.n.bez.	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-79b.61	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch Fixateur externe: Akromioklavikulargelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-79b.64	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch Fixateur externe: Humeroulnargelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-79b.65	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch Fixateur externe: Proximales Radioulnargelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-79b.66	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch Fixateur externe: Distales Radioulnargelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-79b.67	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch Fixateur externe: Handgelenk n.n.bez.	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-79b.68	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch Fixateur externe: Radiokarpalgelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-79b.69	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch Fixateur externe: Ulnokarpalgelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-79b.7a	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch Fixateur externe mit interner Osteosynthese: Handwurzelgelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-79b.7b	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch Fixateur externe mit interner Osteosynthese: Karpometakarpalgelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-79b.7c	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch Fixateur externe mit interner Osteosynthese: Metakarpophalangealgelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-79b.7d	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch Fixateur externe mit interner Osteosynthese: Interphalangealgelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-79b.7f		Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch Fixateur externe mit interner Osteosynthese: Symphyse	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-79b.7h	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch Fixateur externe mit interner Osteosynthese: Kniegelenk	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-79b.7j	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch Fixateur externe mit interner Osteosynthese: Proximales Tibiofibulargelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-79b.7k	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch Fixateur externe mit interner Osteosynthese: Oberes Sprunggelenk	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-79b.7m	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch Fixateur externe mit interner Osteosynthese: Unteres Sprunggelenk	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-79b.7n	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch Fixateur externe mit interner Osteosynthese: Tarsalgelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-79b.7p	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch Fixateur externe mit interner Osteosynthese: Tarsometatarsalgelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-79b.7q	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch Fixateur externe mit interner Osteosynthese: Metatarsophalangealgelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-79b.7r	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch Fixateur externe mit interner Osteosynthese: Zehengelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-79b.7s	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch Fixateur externe mit interner Osteosynthese: Humeroradialgelenk	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-79b.7t	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch Fixateur externe mit interner Osteosynthese: Ellenbogengelenk n.n.bez.	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-79b.71	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch Fixateur externe mit interner Osteosynthese: Akromioklavikulargelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-79b.74	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch Fixateur externe mit interner Osteosynthese: Humeroulnargelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-79b.75	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch Fixateur externe mit interner Osteosynthese: Proximales Radioulnargelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-79b.76	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch Fixateur externe mit interner Osteosynthese: Distales Radioulnargelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-79b.77	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch Fixateur externe mit interner Osteosynthese: Handgelenk n.n.bez.	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-79b.78	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch Fixateur externe mit interner Osteosynthese: Radiokarpalgelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-79b.79	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch Fixateur externe mit interner Osteosynthese: Ulnokarpalgelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-79b.8a	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch Materialkombinationen: Handwurzelgelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-79b.8b	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch Materialkombinationen: Karpometakarpalgelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-79b.8c	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch Materialkombinationen: Metakarpophalangealgelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-79b.8d	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch Materialkombinationen: Interphalangealgelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-79b.8e	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch Materialkombinationen: Iliosakralgelenk	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-79b.8f		Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch Materialkombinationen: Symphyse	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-79b.8h	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch Materialkombinationen: Kniegelenk	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-79b.8j	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch Materialkombinationen: Proximales Tibiofibulargelenk	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-79b.8k	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch Materialkombinationen: Oberes Sprunggelenk	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-79b.8m	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch Materialkombinationen: Unteres Sprunggelenk	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-79b.8n	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch Materialkombinationen: Tarsalgelenk	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-79b.8p	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch Materialkombinationen: Tarsometatarsalgelenk	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-79b.8q	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch Materialkombinationen: Metatarsophalangealgelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-79b.8r	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch Materialkombinationen: Zehengelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-79b.8s	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch Materialkombinationen: Humeroradialgelenk	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-79b.8t	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch Materialkombinationen: Ellenbogengelenk n.n.bez.	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-79b.80	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch Materialkombinationen: Humeroglenoidalgelenk	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-79b.81	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch Materialkombinationen: Akromioklavikulargelenk	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-79b.83	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch Materialkombinationen: Sternoklavikulargelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-79b.84	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch Materialkombinationen: Humeroulnargelenk	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-79b.85	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch Materialkombinationen: Proximales Radioulnargelenk	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-79b.86	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch Materialkombinationen: Distales Radioulnargelenk	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-79b.87	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch Materialkombinationen: Handgelenk n.n.bez.	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-79b.88	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch Materialkombinationen: Radiokarpalgelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-79b.89	↔	Offene Reposition einer Gelenkluxation: Durch Materialkombinationen: Ulnokarpalgelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-790.ca	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Transfixationsnagel: Karpale	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-790.cb	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Transfixationsnagel: Metakarpale	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-790.cd		Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Transfixationsnagel: Becken	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-790.ce	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Transfixationsnagel: Schenkelhals	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-790.cf	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Transfixationsnagel: Femur proximal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-790.cg	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Transfixationsnagel: Femurschaft	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-790.ch	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Transfixationsnagel: Femur distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-790.ck	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Transfixationsnagel: Tibia proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-790.cm	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Transfixationsnagel: Tibiaschaft	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-790.cn	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Transfixationsnagel: Tibia distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-790.cs	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Transfixationsnagel: Talus	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-790.ct	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Transfixationsnagel: Kalkaneus	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-790.da	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Fixateur externe mit interner Osteosynthese: Karpale	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-790.db	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Fixateur externe mit interner Osteosynthese: Metakarpale	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-790.dc	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Fixateur externe mit interner Osteosynthese: Phalangen Hand	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-790.dd		Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Fixateur externe mit interner Osteosynthese: Becken	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-790.df	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Fixateur externe mit interner Osteosynthese: Femur proximal	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-790.dg	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Fixateur externe mit interner Osteosynthese: Femurschaft	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-790.dh	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Fixateur externe mit interner Osteosynthese: Femur distal	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-790.dj	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Fixateur externe mit interner Osteosynthese: Patella	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-790.dk	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Fixateur externe mit interner Osteosynthese: Tibia proximal	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-790.dm	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Fixateur externe mit interner Osteosynthese: Tibiaschaft	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-790.dn	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Fixateur externe mit interner Osteosynthese: Tibia distal	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-790.dp	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Fixateur externe mit interner Osteosynthese: Fibula proximal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-790.dq	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Fixateur externe mit interner Osteosynthese: Fibulaschaft	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-790.dr	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Fixateur externe mit interner Osteosynthese: Fibula distal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-790.ds	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Fixateur externe mit interner Osteosynthese: Talus	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-790.dt	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Fixateur externe mit interner Osteosynthese: Kalkaneus	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-790.du	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Fixateur externe mit interner Osteosynthese: Tarsale	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-790.dv	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Fixateur externe mit interner Osteosynthese: Metatarsale	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-790.dw	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Fixateur externe mit interner Osteosynthese: Phalangen Fuß	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-790.dz	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Fixateur externe mit interner Osteosynthese: Skapula	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-790.d0	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Fixateur externe mit interner Osteosynthese: Klavikula	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-790.d1	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Fixateur externe mit interner Osteosynthese: Humerus proximal	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-790.d2	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Fixateur externe mit interner Osteosynthese: Humerusschaft	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-790.d3	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Fixateur externe mit interner Osteosynthese: Humerus distal	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-790.d4	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Fixateur externe mit interner Osteosynthese: Radius proximal	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-790.d5	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Fixateur externe mit interner Osteosynthese: Radiusschaft	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-790.d6	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Fixateur externe mit interner Osteosynthese: Radius distal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-790.d7	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Fixateur externe mit interner Osteosynthese: Ulna proximal	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-790.d8	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Fixateur externe mit interner Osteosynthese: Ulnaschaft	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-790.d9	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Fixateur externe mit interner Osteosynthese: Ulna distal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-790.ka	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch winkelstabile Platte: Karpale	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-790.kb	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch winkelstabile Platte: Metakarpale	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-790.kc	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch winkelstabile Platte: Phalangen Hand	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-790.kd		Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch winkelstabile Platte: Becken	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-790.ke	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch winkelstabile Platte: Schenkelhals	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-790.kf	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch winkelstabile Platte: Femur proximal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-790.kg	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch winkelstabile Platte: Femurschaft	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-790.kh	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch winkelstabile Platte: Femur distal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-790.kj	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch winkelstabile Platte: Patella	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-790.kk	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch winkelstabile Platte: Tibia proximal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-790.km	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch winkelstabile Platte: Tibiaschaft	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-790.kn	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch winkelstabile Platte: Tibia distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-790.kp	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch winkelstabile Platte: Fibula proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-790.kq	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch winkelstabile Platte: Fibulaschaft	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-790.kr	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch winkelstabile Platte: Fibula distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-790.ks	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch winkelstabile Platte: Talus	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-790.kt	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch winkelstabile Platte: Kalkaneus	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-790.ku	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch winkelstabile Platte: Tarsale	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-790.kv	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch winkelstabile Platte: Metatarsale	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-790.kw	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch winkelstabile Platte: Phalangen Fuß	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-790.kz	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch winkelstabile Platte: Skapula	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-790.k0	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch winkelstabile Platte: Klavikula	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-790.k1	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch winkelstabile Platte: Humerus proximal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-790.k2	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch winkelstabile Platte: Humerusschaft	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-790.k3	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch winkelstabile Platte: Humerus distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-790.k4	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch winkelstabile Platte: Radius proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-790.k5	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch winkelstabile Platte: Radiusschaft	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-790.k6	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch winkelstabile Platte: Radius distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-790.k7	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch winkelstabile Platte: Ulna proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-790.k8	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch winkelstabile Platte: Ulnaschaft	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-790.k9	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch winkelstabile Platte: Ulna distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-790.mb	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Ringfixateur: Metakarpale	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-790.md		Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Ringfixateur: Becken	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-790.mf	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Ringfixateur: Femur proximal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-790.mk	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Ringfixateur: Tibia proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-790.mn	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Ringfixateur: Tibia distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-790.mr	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Ringfixateur: Fibula distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-790.ms	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Ringfixateur: Talus	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-790.mu	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Ringfixateur: Tarsale	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-790.m1	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Ringfixateur: Humerus proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-790.m3	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Ringfixateur: Humerus distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-790.m5	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Ringfixateur: Radiusschaft	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-790.m6	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Ringfixateur: Radius distal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-790.m8	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Ringfixateur: Ulnaschaft	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-790.m9	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Ringfixateur: Ulna distal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-790.na	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Platte: Karpale	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-790.nb	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Platte: Metakarpale	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-790.nc	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Platte: Phalangen Hand	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-790.nd		Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Platte: Becken	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-790.ne	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Platte: Schenkelhals	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-790.nf	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Platte: Femur proximal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-790.ng	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Platte: Femurschaft	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-790.nh	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Platte: Femur distal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-790.nj	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Platte: Patella	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-790.nk	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Platte: Tibia proximal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-790.nm	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Platte: Tibiaschaft	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-790.nn	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Platte: Tibia distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-790.np	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Platte: Fibula proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-790.nq	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Platte: Fibulaschaft	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-790.nr	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Platte: Fibula distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-790.ns	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Platte: Talus	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-790.nt	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Platte: Kalkaneus	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-790.nu	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Platte: Tarsale	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-790.nv	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Platte: Metatarsale	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-790.nw	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Platte: Phalangen Fuß	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-790.nz	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Platte: Skapula	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-790.n0	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Platte: Klavikula	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-790.n1	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Platte: Humerus proximal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-790.n2	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Platte: Humerusschaft	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-790.n3	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Platte: Humerus distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-790.n4	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Platte: Radius proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-790.n5	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Platte: Radiusschaft	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-790.n6	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Platte: Radius distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-790.n7	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Platte: Ulna proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-790.n8	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Platte: Ulnaschaft	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-790.n9	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Platte: Ulna distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-790.rd		Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Gewindestange: Becken	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-790.0a	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Schraube: Karpale	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-790.0b	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Schraube: Metakarpale	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-790.0c	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Schraube: Phalangen Hand	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-790.0d		Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Schraube: Becken	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-790.0e	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Schraube: Schenkelhals	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-790.0f	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Schraube: Femur proximal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-790.0g	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Schraube: Femurschaft	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-790.0h	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Schraube: Femur distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-790.0j	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Schraube: Patella	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-790.0k	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Schraube: Tibia proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-790.0m	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Schraube: Tibiaschaft	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-790.0n	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Schraube: Tibia distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-790.0p	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Schraube: Fibula proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-790.0q	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Schraube: Fibulaschaft	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-790.0r	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Schraube: Fibula distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-790.0s	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Schraube: Talus	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-790.0t	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Schraube: Kalkaneus	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-790.0u	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Schraube: Tarsale	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-790.0v	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Schraube: Metatarsale	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-790.0w	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Schraube: Phalangen Fuß	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-790.0z	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Schraube: Skapula	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-790.00	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Schraube: Klavikula	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-790.01	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Schraube: Humerus proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-790.02	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Schraube: Humerusschaft	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-790.03	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Schraube: Humerus distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-790.04	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Schraube: Radius proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-790.05	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Schraube: Radiusschaft	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-790.06	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Schraube: Radius distal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-790.07	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Schraube: Ulna proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-790.08	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Schraube: Ulnaschaft	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-790.09	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Schraube: Ulna distal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-790.1a	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Karpale	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-790.1b	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Metakarpale	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-790.1c	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Phalangen Hand	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-790.1d		Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Becken	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-790.1e	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Schenkelhals	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-790.1f	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Femur proximal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-790.1g	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Femurschaft	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-790.1h	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Femur distal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-790.1j	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Patella	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-790.1k	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Tibia proximal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-790.1m	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Tibiaschaft	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-790.1n	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Tibia distal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-790.1p	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Fibula proximal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-790.1q	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Fibulaschaft	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-790.1r	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Fibula distal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-790.1s	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Talus	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-790.1t	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Kalkaneus	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-790.1u	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Tarsale	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-790.1v	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Metatarsale	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-790.1w	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Phalangen Fuß	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-790.1z	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Skapula	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-790.10	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Klavikula	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-790.11	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Humerus proximal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-790.12	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Humerusschaft	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-790.13	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Humerus distal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-790.14	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Radius proximal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-790.15	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Radiusschaft	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-790.16	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Radius distal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-790.17	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Ulna proximal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-790.18	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Ulnaschaft	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-790.19	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Ulna distal	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-790.2b	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch intramedullären Draht: Metakarpale	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-790.2c	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch intramedullären Draht: Phalangen Hand	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-790.2e	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch intramedullären Draht: Schenkelhals	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-790.2f	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch intramedullären Draht: Femur proximal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-790.2g	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch intramedullären Draht: Femurschaft	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-790.2h	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch intramedullären Draht: Femur distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-790.2k	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch intramedullären Draht: Tibia proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-790.2m	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch intramedullären Draht: Tibiaschaft	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-790.2n	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch intramedullären Draht: Tibia distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-790.2p	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch intramedullären Draht: Fibula proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-790.2q	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch intramedullären Draht: Fibulaschaft	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-790.2r	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch intramedullären Draht: Fibula distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-790.2v	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch intramedullären Draht: Metatarsale	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-790.2w	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch intramedullären Draht: Phalangen Fuß	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-790.20	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch intramedullären Draht: Klavikula	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-790.21	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch intramedullären Draht: Humerus proximal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-790.22	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch intramedullären Draht: Humerusschaft	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-790.23	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch intramedullären Draht: Humerus distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-790.24	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch intramedullären Draht: Radius proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-790.25	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch intramedullären Draht: Radiusschaft	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-790.26	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch intramedullären Draht: Radius distal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-790.27	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch intramedullären Draht: Ulna proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-790.28	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch intramedullären Draht: Ulnaschaft	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-790.29	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch intramedullären Draht: Ulna distal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-790.3e	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Marknagel mit Aufbohren der Markhöhle: Schenkelhals	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-790.3f	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Marknagel mit Aufbohren der Markhöhle: Femur proximal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-790.3g	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Marknagel mit Aufbohren der Markhöhle: Femurschaft	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-790.3h	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Marknagel mit Aufbohren der Markhöhle: Femur distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-790.3k	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Marknagel mit Aufbohren der Markhöhle: Tibia proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-790.3m	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Marknagel mit Aufbohren der Markhöhle: Tibiaschaft	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-790.3n	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Marknagel mit Aufbohren der Markhöhle: Tibia distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-790.3p	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Marknagel mit Aufbohren der Markhöhle: Fibula proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-790.3q	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Marknagel mit Aufbohren der Markhöhle: Fibulaschaft	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-790.3r	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Marknagel mit Aufbohren der Markhöhle: Fibula distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-790.31	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Marknagel mit Aufbohren der Markhöhle: Humerus proximal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-790.32	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Marknagel mit Aufbohren der Markhöhle: Humerusschaft	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-790.33	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Marknagel mit Aufbohren der Markhöhle: Humerus distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-790.34	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Marknagel mit Aufbohren der Markhöhle: Radius proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-790.35	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Marknagel mit Aufbohren der Markhöhle: Radiusschaft	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-790.36	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Marknagel mit Aufbohren der Markhöhle: Radius distal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-790.37	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Marknagel mit Aufbohren der Markhöhle: Ulna proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-790.38	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Marknagel mit Aufbohren der Markhöhle: Ulnaschaft	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-790.39	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Marknagel mit Aufbohren der Markhöhle: Ulna distal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-790.4b	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Verriegelungsnagel: Metakarpale	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-790.4e	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Verriegelungsnagel: Schenkelhals	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-790.4f	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Verriegelungsnagel: Femur proximal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-790.4g	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Verriegelungsnagel: Femurschaft	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-790.4h	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Verriegelungsnagel: Femur distal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-790.4k	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Verriegelungsnagel: Tibia proximal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-790.4m	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Verriegelungsnagel: Tibiaschaft	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-790.4n	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Verriegelungsnagel: Tibia distal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-790.4p	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Verriegelungsnagel: Fibula proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-790.4q	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Verriegelungsnagel: Fibulaschaft	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-790.4r	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Verriegelungsnagel: Fibula distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-790.4v	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Verriegelungsnagel: Metatarsale	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-790.41	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Verriegelungsnagel: Humerus proximal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-790.42	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Verriegelungsnagel: Humerusschaft	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-790.43	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Verriegelungsnagel: Humerus distal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-790.44	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Verriegelungsnagel: Radius proximal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-790.45	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Verriegelungsnagel: Radiusschaft	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-790.46	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Verriegelungsnagel: Radius distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-790.47	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Verriegelungsnagel: Ulna proximal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-790.48	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Verriegelungsnagel: Ulnaschaft	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-790.49	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Verriegelungsnagel: Ulna distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-790.6a	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Fixateur externe: Karpale	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-790.6b	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Fixateur externe: Metakarpale	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-790.6c	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Fixateur externe: Phalangen Hand	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-790.6d		Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Fixateur externe: Becken	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-790.6f	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Fixateur externe: Femur proximal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-790.6g	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Fixateur externe: Femurschaft	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-790.6h	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Fixateur externe: Femur distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-790.6k	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Fixateur externe: Tibia proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-790.6m	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Fixateur externe: Tibiaschaft	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-790.6n	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Fixateur externe: Tibia distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-790.6p	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Fixateur externe: Fibula proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-790.6q	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Fixateur externe: Fibulaschaft	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-790.6r	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Fixateur externe: Fibula distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-790.6s	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Fixateur externe: Talus	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-790.6u	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Fixateur externe: Tarsale	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-790.6v	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Fixateur externe: Metatarsale	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-790.60	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Fixateur externe: Klavikula	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-790.61	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Fixateur externe: Humerus proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-790.62	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Fixateur externe: Humerusschaft	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-790.63	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Fixateur externe: Humerus distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-790.64	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Fixateur externe: Radius proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-790.65	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Fixateur externe: Radiusschaft	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-790.66	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Fixateur externe: Radius distal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-790.67	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Fixateur externe: Ulna proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-790.68	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Fixateur externe: Ulnaschaft	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-790.69	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Fixateur externe: Ulna distal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-790.7e	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Winkelplatte/Kondylenplatte: Schenkelhals	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-790.7f	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Winkelplatte/Kondylenplatte: Femur proximal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-790.7h	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Winkelplatte/Kondylenplatte: Femur distal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-790.7k	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Winkelplatte/Kondylenplatte: Tibia proximal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-790.7n	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Winkelplatte/Kondylenplatte: Tibia distal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-790.71	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Winkelplatte/Kondylenplatte: Humerus proximal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-790.73	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Winkelplatte/Kondylenplatte: Humerus distal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-790.8e	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch dynamische Kompressionsschraube: Schenkelhals	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-790.8h	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch dynamische Kompressionsschraube: Femur distal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-790.8k	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch dynamische Kompressionsschraube: Tibia proximal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-790.9a	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Materialkombinationen: Karpale	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-790.9b	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Materialkombinationen: Metakarpale	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-790.9c	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Materialkombinationen: Phalangen Hand	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-790.9d		Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Materialkombinationen: Becken	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-790.9e	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Materialkombinationen: Schenkelhals	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-790.9f	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Materialkombinationen: Femur proximal	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-790.9g	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Materialkombinationen: Femurschaft	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-790.9h	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Materialkombinationen: Femur distal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-790.9j	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Materialkombinationen: Patella	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-790.9k	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Materialkombinationen: Tibia proximal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-790.9m	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Materialkombinationen: Tibiaschaft	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-790.9n	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Materialkombinationen: Tibia distal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-790.9p	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Materialkombinationen: Fibula proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-790.9q	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Materialkombinationen: Fibulaschaft	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-790.9r	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Materialkombinationen: Fibula distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-790.9s	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Materialkombinationen: Talus	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-790.9t	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Materialkombinationen: Kalkaneus	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-790.9u	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Materialkombinationen: Tarsale	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-790.9v	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Materialkombinationen: Metatarsale	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-790.9w	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Materialkombinationen: Phalangen Fuß	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-790.9z	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Materialkombinationen: Skapula	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-790.90	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Materialkombinationen: Klavikula	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-790.91	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Materialkombinationen: Humerus proximal	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-790.92	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Materialkombinationen: Humerusschaft	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-790.93	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Materialkombinationen: Humerus distal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-790.94	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Materialkombinationen: Radius proximal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-790.95	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Materialkombinationen: Radiusschaft	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-790.96	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Materialkombinationen: Radius distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-790.97	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Materialkombinationen: Ulna proximal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-790.98	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Materialkombinationen: Ulnaschaft	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-790.99	↔	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Materialkombinationen: Ulna distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-791.cg	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Transfixationsnagel: Femurschaft	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-791.cm	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Transfixationsnagel: Tibiaschaft	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-791.cq	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Transfixationsnagel: Fibulaschaft	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-791.c2	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Transfixationsnagel: Humerusschaft	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-791.c5	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Transfixationsnagel: Radiusschaft	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-791.c8	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Transfixationsnagel: Ulnaschaft	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-791.dg	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Fixateur externe mit interner Osteosynthese: Femurschaft	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-791.dm	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Fixateur externe mit interner Osteosynthese: Tibiaschaft	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-791.dq	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Fixateur externe mit interner Osteosynthese: Fibulaschaft	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-791.d2	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Fixateur externe mit interner Osteosynthese: Humerusschaft	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-791.d5	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Fixateur externe mit interner Osteosynthese: Radiusschaft	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-791.d8	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Fixateur externe mit interner Osteosynthese: Ulnaschaft	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-791.gg	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens: Durch intramedullären Draht: Femurschaft	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-791.gm	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens: Durch intramedullären Draht: Tibiaschaft	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-791.gq	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens: Durch intramedullären Draht: Fibulaschaft	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-791.g2	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens: Durch intramedullären Draht: Humerusschaft	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-791.g5	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens: Durch intramedullären Draht: Radiusschaft	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-791.g8	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens: Durch intramedullären Draht: Ulnaschaft	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-791.hg	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens: Ohne Osteosynthese: Femurschaft	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-791.hm	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens: Ohne Osteosynthese: Tibiaschaft	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-791.hq	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens: Ohne Osteosynthese: Fibulaschaft	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-791.h2	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens: Ohne Osteosynthese: Humerusschaft	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-791.h5	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens: Ohne Osteosynthese: Radiusschaft	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-791.h8	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens: Ohne Osteosynthese: Ulnaschaft	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-791.kg	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens: Durch winkelstabile Platte: Femurschaft	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-791.km	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens: Durch winkelstabile Platte: Tibiaschaft	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-791.kq	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens: Durch winkelstabile Platte: Fibulaschaft	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-791.k2	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens: Durch winkelstabile Platte: Humerusschaft	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-791.k5	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens: Durch winkelstabile Platte: Radiusschaft	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-791.k8	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens: Durch winkelstabile Platte: Ulnaschaft	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-791.mm	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Ringfixateur: Tibiaschaft	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-791.m5	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Ringfixateur: Radiusschaft	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-791.m8	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Ringfixateur: Ulnaschaft	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-791.0g	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Schraube: Femurschaft	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-791.0m	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Schraube: Tibiaschaft	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-791.0q	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Schraube: Fibulaschaft	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-791.02	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Schraube: Humerusschaft	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-791.05	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Schraube: Radiusschaft	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-791.08	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Schraube: Ulnaschaft	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-791.1g	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Femurschaft	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-791.1m	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Tibiaschaft	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-791.1q	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Fibulaschaft	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-791.12	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Humerusschaft	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-791.15	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Radiusschaft	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-791.18	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Ulnaschaft	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-791.2g	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Platte: Femurschaft	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-791.2m	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Platte: Tibiaschaft	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-791.2q	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Platte: Fibulaschaft	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-791.22	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Platte: Humerusschaft	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-791.25	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Platte: Radiusschaft	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-791.28	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Platte: Ulnaschaft	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-791.6g	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Marknagel: Femurschaft	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-791.6m	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Marknagel: Tibiaschaft	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-791.6q	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Marknagel: Fibulaschaft	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-791.62	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Marknagel: Humerusschaft	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-791.65	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Marknagel: Radiusschaft	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-791.68	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Marknagel: Ulnaschaft	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-791.7g	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Verriegelungsnagel: Femurschaft	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-791.7m	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Verriegelungsnagel: Tibiaschaft	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-791.7q	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Verriegelungsnagel: Fibulaschaft	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-791.72	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Verriegelungsnagel: Humerusschaft	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-791.75	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Verriegelungsnagel: Radiusschaft	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-791.78	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Verriegelungsnagel: Ulnaschaft	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-791.8g	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Fixateur externe: Femurschaft	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-791.8m	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Fixateur externe: Tibiaschaft	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-791.8q	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Fixateur externe: Fibulaschaft	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-791.82	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Fixateur externe: Humerusschaft	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-791.85	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Fixateur externe: Radiusschaft	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-791.88	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Fixateur externe: Ulnaschaft	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-791.9g	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Materialkombinationen: Femurschaft	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-791.9m	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Materialkombinationen: Tibiaschaft	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-791.9q	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Materialkombinationen: Fibulaschaft	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-791.92	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Materialkombinationen: Humerusschaft	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-791.95	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Materialkombinationen: Radiusschaft	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-791.98	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Materialkombinationen: Ulnaschaft	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-792.gg	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens: Durch intramedullären Draht: Femurschaft	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-792.gm	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens: Durch intramedullären Draht: Tibiaschaft	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-792.gq	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens: Durch intramedullären Draht: Fibulaschaft	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-792.g2	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens: Durch intramedullären Draht: Humerusschaft	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-792.g5	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens: Durch intramedullären Draht: Radiusschaft	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-792.g8	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens: Durch intramedullären Draht: Ulnaschaft	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-792.hg	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens: Ohne Osteosynthese: Femurschaft	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-792.hm	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens: Ohne Osteosynthese: Tibiaschaft	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-792.hq	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens: Ohne Osteosynthese: Fibulaschaft	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-792.h2	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens: Ohne Osteosynthese: Humerusschaft	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-792.h5	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens: Ohne Osteosynthese: Radiusschaft	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-792.h8	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens: Ohne Osteosynthese: Ulnaschaft	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-792.kg	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens: Durch winkelstabile Platte: Femurschaft	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-792.km	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens: Durch winkelstabile Platte: Tibiaschaft	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-792.kq	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens: Durch winkelstabile Platte: Fibulaschaft	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-792.k2	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens: Durch winkelstabile Platte: Humerusschaft	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-792.k5	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens: Durch winkelstabile Platte: Radiusschaft	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-792.k8	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens: Durch winkelstabile Platte: Ulnaschaft	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-792.mm	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Ringfixateur: Tibiaschaft	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-792.m2	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Ringfixateur: Humerusschaft	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-792.m5	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Ringfixateur: Radiusschaft	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-792.0g	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Schraube: Femurschaft	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-792.0m	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Schraube: Tibiaschaft	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-792.0q	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Schraube: Fibulaschaft	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-792.02	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Schraube: Humerusschaft	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-792.05	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Schraube: Radiusschaft	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-792.08	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Schraube: Ulnaschaft	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-792.1g	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Femurschaft	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-792.1m	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Tibiaschaft	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-792.1q	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Fibulaschaft	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-792.12	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Humerusschaft	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-792.15	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Radiusschaft	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-792.18	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Ulnaschaft	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-792.2g	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Platte: Femurschaft	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-792.2m	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Platte: Tibiaschaft	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-792.2q	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Platte: Fibulaschaft	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-792.22	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Platte: Humerusschaft	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-792.25	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Platte: Radiusschaft	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-792.28	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Platte: Ulnaschaft	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-792.6g	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Marknagel: Femurschaft	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-792.6m	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Marknagel: Tibiaschaft	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-792.6q	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Marknagel: Fibulaschaft	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-792.62	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Marknagel: Humerusschaft	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-792.65	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Marknagel: Radiusschaft	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-792.68	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Marknagel: Ulnaschaft	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-792.7g	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Verriegelungsnagel: Femurschaft	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-792.7m	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Verriegelungsnagel: Tibiaschaft	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-792.7q	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Verriegelungsnagel: Fibulaschaft	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-792.72	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Verriegelungsnagel: Humerusschaft	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-792.75	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Verriegelungsnagel: Radiusschaft	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-792.78	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Verriegelungsnagel: Ulnaschaft	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-792.8g	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Fixateur externe: Femurschaft	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-792.8m	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Fixateur externe: Tibiaschaft	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-792.8q	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Fixateur externe: Fibulaschaft	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-792.82	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Fixateur externe: Humerusschaft	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-792.85	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Fixateur externe: Radiusschaft	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-792.88	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Fixateur externe: Ulnaschaft	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-792.9g	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Materialkombinationen: Femurschaft	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-792.9m	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Materialkombinationen: Tibiaschaft	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-792.9q	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Materialkombinationen: Fibulaschaft	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-792.92	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Materialkombinationen: Humerusschaft	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-792.95	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Materialkombinationen: Radiusschaft	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-792.98	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Materialkombinationen: Ulnaschaft	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-793.be	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Marknagel: Schenkelhals	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-793.bf	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Marknagel: Femur proximal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-793.bh	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Marknagel: Femur distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-793.bk	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Marknagel: Tibia proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-793.bn	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Marknagel: Tibia distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-793.bp	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Marknagel: Fibula proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-793.br	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Marknagel: Fibula distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-793.b1	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Marknagel: Humerus proximal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-793.b3	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Marknagel: Humerus distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-793.b4	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Marknagel: Radius proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-793.b6	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Marknagel: Radius distal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-793.b7	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Marknagel: Ulna proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-793.b9	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Marknagel: Ulna distal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-793.ce	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Transfixationsnagel: Schenkelhals	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-793.cf	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Transfixationsnagel: Femur proximal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-793.ch	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Transfixationsnagel: Femur distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-793.ck	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Transfixationsnagel: Tibia proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-793.cn	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Transfixationsnagel: Tibia distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-793.cp	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Transfixationsnagel: Fibula proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-793.cr	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Transfixationsnagel: Fibula distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-793.c1	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Transfixationsnagel: Humerus proximal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-793.c3	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Transfixationsnagel: Humerus distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-793.c4	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Transfixationsnagel: Radius proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-793.c6	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Transfixationsnagel: Radius distal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-793.c7	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Transfixationsnagel: Ulna proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-793.c9	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Transfixationsnagel: Ulna distal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-793.ef	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch (Blount-)Klammern: Femur proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-793.eh	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch (Blount-)Klammern: Femur distal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-793.ej	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch (Blount-)Klammern: Patella	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-793.ek	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch (Blount-)Klammern: Tibia proximal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-793.en	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch (Blount-)Klammern: Tibia distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-793.ep	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch (Blount-)Klammern: Fibula proximal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-793.er	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch (Blount-)Klammern: Fibula distal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-793.ge	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch intramedullären Draht: Schenkelhals	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-793.gf	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch intramedullären Draht: Femur proximal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-793.gh	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch intramedullären Draht: Femur distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-793.gk	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch intramedullären Draht: Tibia proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-793.gn	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch intramedullären Draht: Tibia distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-793.gp	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch intramedullären Draht: Fibula proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-793.gr	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch intramedullären Draht: Fibula distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-793.g1	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch intramedullären Draht: Humerus proximal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-793.g3	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch intramedullären Draht: Humerus distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-793.g4	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch intramedullären Draht: Radius proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-793.g6	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch intramedullären Draht: Radius distal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-793.g7	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch intramedullären Draht: Ulna proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-793.g9	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch intramedullären Draht: Ulna distal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-793.he	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Ohne Osteosynthese: Schenkelhals	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-793.hf	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Ohne Osteosynthese: Femur proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-793.hh	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Ohne Osteosynthese: Femur distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-793.hj	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Ohne Osteosynthese: Patella	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-793.hk	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Ohne Osteosynthese: Tibia proximal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-793.hn	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Ohne Osteosynthese: Tibia distal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-793.hp	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Ohne Osteosynthese: Fibula proximal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-793.hr	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Ohne Osteosynthese: Fibula distal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-793.h1	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Ohne Osteosynthese: Humerus proximal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-793.h3	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Ohne Osteosynthese: Humerus distal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-793.h4	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Ohne Osteosynthese: Radius proximal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-793.h6	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Ohne Osteosynthese: Radius distal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-793.h7	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Ohne Osteosynthese: Ulna proximal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-793.h9	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Ohne Osteosynthese: Ulna distal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-793.kf	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch winkelstabile Platte: Femur proximal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-793.kh	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch winkelstabile Platte: Femur distal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-793.kk	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch winkelstabile Platte: Tibia proximal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-793.kn	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch winkelstabile Platte: Tibia distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-793.k1	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch winkelstabile Platte: Humerus proximal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-793.k3	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch winkelstabile Platte: Humerus distal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-793.k6	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch winkelstabile Platte: Radius distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-793.k9	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch winkelstabile Platte: Ulna distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-793.mf	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Ringfixateur: Femur proximal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-793.mh	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Ringfixateur: Femur distal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-793.m1	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Ringfixateur: Humerus proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-793.m4	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Ringfixateur: Radius proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-793.m6	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Ringfixateur: Radius distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-793.m7	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Ringfixateur: Ulna proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-793.m9	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Ringfixateur: Ulna distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-793.nf	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Bewegungsfixateur: Femur proximal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-793.nh	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Bewegungsfixateur: Femur distal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-793.nk	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Bewegungsfixateur: Tibia proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-793.nn	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Bewegungsfixateur: Tibia distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-793.np	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Bewegungsfixateur: Fibula proximal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-793.nr	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Bewegungsfixateur: Fibula distal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-793.n1	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Bewegungsfixateur: Humerus proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-793.n3	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Bewegungsfixateur: Humerus distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-793.n4	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Bewegungsfixateur: Radius proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-793.n6	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Bewegungsfixateur: Radius distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-793.n7	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Bewegungsfixateur: Ulna proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-793.n9	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Bewegungsfixateur: Ulna distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-793.0e	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Offene Reposition einer Epiphysenlösung ohne Osteosynthese: Schenkelhals	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-793.0f	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Offene Reposition einer Epiphysenlösung ohne Osteosynthese: Femur proximal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-793.0h	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Offene Reposition einer Epiphysenlösung ohne Osteosynthese: Femur distal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-793.0k	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Offene Reposition einer Epiphysenlösung ohne Osteosynthese: Tibia proximal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-793.0n	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Offene Reposition einer Epiphysenlösung ohne Osteosynthese: Tibia distal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-793.0p	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Offene Reposition einer Epiphysenlösung ohne Osteosynthese: Fibula proximal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-793.0r	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Offene Reposition einer Epiphysenlösung ohne Osteosynthese: Fibula distal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-793.01	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Offene Reposition einer Epiphysenlösung ohne Osteosynthese: Humerus proximal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-793.03	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Offene Reposition einer Epiphysenlösung ohne Osteosynthese: Humerus distal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-793.04	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Offene Reposition einer Epiphysenlösung ohne Osteosynthese: Radius proximal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-793.06	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Offene Reposition einer Epiphysenlösung ohne Osteosynthese: Radius distal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-793.07	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Offene Reposition einer Epiphysenlösung ohne Osteosynthese: Ulna proximal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-793.09	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Offene Reposition einer Epiphysenlösung ohne Osteosynthese: Ulna distal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-793.1e	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Schraube: Schenkelhals	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-793.1f	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Schraube: Femur proximal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-793.1h	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Schraube: Femur distal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-793.1j	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Schraube: Patella	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-793.1k	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Schraube: Tibia proximal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-793.1n	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Schraube: Tibia distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-793.1p	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Schraube: Fibula proximal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-793.1r	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Schraube: Fibula distal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-793.11	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Schraube: Humerus proximal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-793.13	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Schraube: Humerus distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-793.14	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Schraube: Radius proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-793.16	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Schraube: Radius distal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-793.17	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Schraube: Ulna proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-793.19	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Schraube: Ulna distal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-793.2e	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Schenkelhals	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-793.2f	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Femur proximal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-793.2h	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Femur distal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-793.2j	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Patella	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-793.2k	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Tibia proximal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-793.2n	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Tibia distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-793.2p	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Fibula proximal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-793.2r	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Fibula distal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-793.21	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Humerus proximal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-793.23	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Humerus distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-793.24	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Radius proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-793.26	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Radius distal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-793.27	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Ulna proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-793.29	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Ulna distal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-793.3f	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Platte: Femur proximal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-793.3h	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Platte: Femur distal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-793.3j	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Platte: Patella	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-793.3k	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Platte: Tibia proximal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-793.3n	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Platte: Tibia distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-793.3p	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Platte: Fibula proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-793.3r	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Platte: Fibula distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-793.31	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Platte: Humerus proximal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-793.33	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Platte: Humerus distal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-793.34	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Platte: Radius proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-793.36	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Platte: Radius distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-793.37	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Platte: Ulna proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-793.39	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Platte: Ulna distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-793.4e	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Winkelplatte/Kondylenplatte: Schenkelhals	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-793.4f	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Winkelplatte/Kondylenplatte: Femur proximal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-793.4h	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Winkelplatte/Kondylenplatte: Femur distal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-793.4k	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Winkelplatte/Kondylenplatte: Tibia proximal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-793.4n	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Winkelplatte/Kondylenplatte: Tibia distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-793.41	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Winkelplatte/Kondylenplatte: Humerus proximal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-793.43	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Winkelplatte/Kondylenplatte: Humerus distal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-793.5e	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch dynamische Kompressionsschraube: Schenkelhals	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-793.5f	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch dynamische Kompressionsschraube: Femur proximal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-793.5h	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch dynamische Kompressionsschraube: Femur distal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-793.5k	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch dynamische Kompressionsschraube: Tibia proximal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-793.6f	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Fixateur externe: Femur proximal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-793.6h	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Fixateur externe: Femur distal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-793.6k	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Fixateur externe: Tibia proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-793.6n	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Fixateur externe: Tibia distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-793.6p	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Fixateur externe: Fibula proximal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-793.6r	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Fixateur externe: Fibula distal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-793.61	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Fixateur externe: Humerus proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-793.63	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Fixateur externe: Humerus distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-793.64	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Fixateur externe: Radius proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-793.66	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Fixateur externe: Radius distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-793.67	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Fixateur externe: Ulna proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-793.69	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Fixateur externe: Ulna distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-793.7f	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Fixateur externe mit interner Osteosynthese: Femur proximal	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-793.7h	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Fixateur externe mit interner Osteosynthese: Femur distal	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-793.7k	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Fixateur externe mit interner Osteosynthese: Tibia proximal	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-793.7n	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Fixateur externe mit interner Osteosynthese: Tibia distal	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-793.7p	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Fixateur externe mit interner Osteosynthese: Fibula proximal	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-793.7r	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Fixateur externe mit interner Osteosynthese: Fibula distal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-793.71	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Fixateur externe mit interner Osteosynthese: Humerus proximal	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-793.73	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Fixateur externe mit interner Osteosynthese: Humerus distal	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-793.74	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Fixateur externe mit interner Osteosynthese: Radius proximal	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-793.76	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Fixateur externe mit interner Osteosynthese: Radius distal	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-793.77	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Fixateur externe mit interner Osteosynthese: Ulna proximal	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-793.79	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Fixateur externe mit interner Osteosynthese: Ulna distal	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-793.8e	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Materialkombinationen: Schenkelhals	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-793.8f	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Materialkombinationen: Femur proximal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-793.8h	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Materialkombinationen: Femur distal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-793.8j	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Materialkombinationen: Patella	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-793.8k	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Materialkombinationen: Tibia proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-793.8n	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Materialkombinationen: Tibia distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-793.8p	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Materialkombinationen: Fibula proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-793.8r	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Materialkombinationen: Fibula distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-793.81	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Materialkombinationen: Humerus proximal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-793.83	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Materialkombinationen: Humerus distal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-793.84	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Materialkombinationen: Radius proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-793.86	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Materialkombinationen: Radius distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-793.87	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Materialkombinationen: Ulna proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-793.89	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Materialkombinationen: Ulna distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-793.9e	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Materialkombinationen mit Rekonstruktion der Gelenkfläche: Schenkelhals	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-793.9h	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Materialkombinationen mit Rekonstruktion der Gelenkfläche: Femur distal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-793.9j	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Materialkombinationen mit Rekonstruktion der Gelenkfläche: Patella	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-793.9k	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Materialkombinationen mit Rekonstruktion der Gelenkfläche: Tibia proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-793.9n	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Materialkombinationen mit Rekonstruktion der Gelenkfläche: Tibia distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-793.9p	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Materialkombinationen mit Rekonstruktion der Gelenkfläche: Fibula proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-793.9r	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Materialkombinationen mit Rekonstruktion der Gelenkfläche: Fibula distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-793.91	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Materialkombinationen mit Rekonstruktion der Gelenkfläche: Humerus proximal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-793.93	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Materialkombinationen mit Rekonstruktion der Gelenkfläche: Humerus distal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-793.94	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Materialkombinationen mit Rekonstruktion der Gelenkfläche: Radius proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-793.96	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Materialkombinationen mit Rekonstruktion der Gelenkfläche: Radius distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-793.97	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Materialkombinationen mit Rekonstruktion der Gelenkfläche: Ulna proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-793.99	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Materialkombinationen mit Rekonstruktion der Gelenkfläche: Ulna distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-794.an	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Marknagel mit Gelenkkomponente: Tibia distal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-794.ap	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Marknagel mit Gelenkkomponente: Fibula proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-794.ar	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Marknagel mit Gelenkkomponente: Fibula distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-794.a4	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Marknagel mit Gelenkkomponente: Radius proximal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-794.a7	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Marknagel mit Gelenkkomponente: Ulna proximal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-794.a9	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Marknagel mit Gelenkkomponente: Ulna distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-794.be	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Marknagel: Schenkelhals	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-794.bf	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Marknagel: Femur proximal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-794.bh	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Marknagel: Femur distal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-794.bk	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Marknagel: Tibia proximal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-794.bn	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Marknagel: Tibia distal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-794.bp	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Marknagel: Fibula proximal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-794.br	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Marknagel: Fibula distal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-794.b1	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Marknagel: Humerus proximal	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-794.b3	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Marknagel: Humerus distal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-794.b4	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Marknagel: Radius proximal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-794.b6	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Marknagel: Radius distal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-794.b7	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Marknagel: Ulna proximal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-794.b9	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Marknagel: Ulna distal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-794.ce	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Transfixationsnagel: Schenkelhals	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-794.cf	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Transfixationsnagel: Femur proximal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-794.ch	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Transfixationsnagel: Femur distal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-794.ck	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Transfixationsnagel: Tibia proximal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-794.cn	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Transfixationsnagel: Tibia distal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-794.cp	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Transfixationsnagel: Fibula proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-794.cr	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Transfixationsnagel: Fibula distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-794.c1	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Transfixationsnagel: Humerus proximal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-794.c3	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Transfixationsnagel: Humerus distal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-794.c4	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Transfixationsnagel: Radius proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-794.c6	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Transfixationsnagel: Radius distal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-794.c7	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Transfixationsnagel: Ulna proximal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-794.c9	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Transfixationsnagel: Ulna distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-794.ef	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch (Blount-)Klammern: Femur proximal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-794.eh	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch (Blount-)Klammern: Femur distal	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-794.ej	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch (Blount-)Klammern: Patella	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-794.ek	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch (Blount-)Klammern: Tibia proximal	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-794.en	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch (Blount-)Klammern: Tibia distal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-794.ep	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch (Blount-)Klammern: Fibula proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-794.er	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch (Blount-)Klammern: Fibula distal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-794.ge	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch intramedullären Draht: Schenkelhals	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-794.gf	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch intramedullären Draht: Femur proximal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-794.gh	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch intramedullären Draht: Femur distal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-794.gk	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch intramedullären Draht: Tibia proximal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-794.gn	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch intramedullären Draht: Tibia distal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-794.gp	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch intramedullären Draht: Fibula proximal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-794.gr	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch intramedullären Draht: Fibula distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-794.g1	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch intramedullären Draht: Humerus proximal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-794.g3	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch intramedullären Draht: Humerus distal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-794.g4	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch intramedullären Draht: Radius proximal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-794.g6	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch intramedullären Draht: Radius distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-794.g7	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch intramedullären Draht: Ulna proximal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-794.g9	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch intramedullären Draht: Ulna distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-794.he	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Ohne Osteosynthese: Schenkelhals	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-794.hf	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Ohne Osteosynthese: Femur proximal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-794.hh	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Ohne Osteosynthese: Femur distal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-794.hj	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Ohne Osteosynthese: Patella	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-794.hk	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Ohne Osteosynthese: Tibia proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-794.hn	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Ohne Osteosynthese: Tibia distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-794.hp	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Ohne Osteosynthese: Fibula proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-794.hr	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Ohne Osteosynthese: Fibula distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-794.h1	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Ohne Osteosynthese: Humerus proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-794.h3	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Ohne Osteosynthese: Humerus distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-794.h4	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Ohne Osteosynthese: Radius proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-794.h6	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Ohne Osteosynthese: Radius distal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-794.h7	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Ohne Osteosynthese: Ulna proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-794.h9	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Ohne Osteosynthese: Ulna distal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-794.kh	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch winkelstabile Platte: Femur distal	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-794.kk	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch winkelstabile Platte: Tibia proximal	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-794.kn	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch winkelstabile Platte: Tibia distal	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-794.k1	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch winkelstabile Platte: Humerus proximal	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-794.k6	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch winkelstabile Platte: Radius distal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-794.k7	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch winkelstabile Platte: Ulna proximal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-794.k9	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch winkelstabile Platte: Ulna distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-794.mh	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Ringfixateur: Femur distal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-794.mk	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Ringfixateur: Tibia proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-794.mn	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Ringfixateur: Tibia distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-794.mr	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Ringfixateur: Fibula distal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-794.m1	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Ringfixateur: Humerus proximal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-794.m6	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Ringfixateur: Radius distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-794.m7	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Ringfixateur: Ulna proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-794.nf	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Bewegungsfixateur: Femur proximal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-794.nh	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Bewegungsfixateur: Femur distal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-794.nk	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Bewegungsfixateur: Tibia proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-794.nn	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Bewegungsfixateur: Tibia distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-794.np	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Bewegungsfixateur: Fibula proximal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-794.nr	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Bewegungsfixateur: Fibula distal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-794.n1	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Bewegungsfixateur: Humerus proximal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-794.n3	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Bewegungsfixateur: Humerus distal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-794.n4	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Bewegungsfixateur: Radius proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-794.n6	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Bewegungsfixateur: Radius distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-794.n7	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Bewegungsfixateur: Ulna proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-794.n9	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Bewegungsfixateur: Ulna distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-794.0e	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Schraube: Schenkelhals	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-794.0f	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Schraube: Femur proximal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-794.0h	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Schraube: Femur distal	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-794.0j	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Schraube: Patella	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-794.0k	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Schraube: Tibia proximal	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-794.0n	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Schraube: Tibia distal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-794.0p	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Schraube: Fibula proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-794.0r	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Schraube: Fibula distal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-794.01	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Schraube: Humerus proximal	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-794.03	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Schraube: Humerus distal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-794.04	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Schraube: Radius proximal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-794.06	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Schraube: Radius distal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-794.07	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Schraube: Ulna proximal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-794.09	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Schraube: Ulna distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-794.1e	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Schenkelhals	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-794.1f	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Femur proximal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-794.1h	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Femur distal	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-794.1j	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Patella	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-794.1k	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Tibia proximal	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-794.1n	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Tibia distal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-794.1p	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Fibula proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-794.1r	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Fibula distal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-794.11	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Humerus proximal	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-794.13	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Humerus distal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-794.14	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Radius proximal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-794.16	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Radius distal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-794.17	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Ulna proximal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-794.19	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Ulna distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-794.2f	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Platte: Femur proximal	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-794.2h	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Platte: Femur distal	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-794.2k	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Platte: Tibia proximal	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-794.2n	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Platte: Tibia distal	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-794.2p	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Platte: Fibula proximal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-794.2r	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Platte: Fibula distal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-794.21	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Platte: Humerus proximal	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-794.23	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Platte: Humerus distal	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-794.24	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Platte: Radius proximal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-794.26	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Platte: Radius distal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-794.27	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Platte: Ulna proximal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-794.29	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Platte: Ulna distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-794.3e	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Winkelplatte/Kondylenplatte: Schenkelhals	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-794.3f	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Winkelplatte/Kondylenplatte: Femur proximal	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-794.3h	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Winkelplatte/Kondylenplatte: Femur distal	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-794.3k	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Winkelplatte/Kondylenplatte: Tibia proximal	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-794.3n	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Winkelplatte/Kondylenplatte: Tibia distal	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-794.31	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Winkelplatte/Kondylenplatte: Humerus proximal	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-794.33	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Winkelplatte/Kondylenplatte: Humerus distal	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-794.4e	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch dynamische Kompressionsschraube: Schenkelhals	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-794.4f	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch dynamische Kompressionsschraube: Femur proximal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-794.4h	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch dynamische Kompressionsschraube: Femur distal	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-794.4k	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch dynamische Kompressionsschraube: Tibia proximal	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-794.5f	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Fixateur externe: Femur proximal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-794.5h	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Fixateur externe: Femur distal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-794.5k	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Fixateur externe: Tibia proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-794.5n	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Fixateur externe: Tibia distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-794.5p	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Fixateur externe: Fibula proximal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-794.5r	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Fixateur externe: Fibula distal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-794.51	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Fixateur externe: Humerus proximal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-794.53	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Fixateur externe: Humerus distal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-794.54	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Fixateur externe: Radius proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-794.56	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Fixateur externe: Radius distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-794.57	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Fixateur externe: Ulna proximal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-794.59	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Fixateur externe: Ulna distal	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-794.6f	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Fixateur externe mit interner Osteosynthese: Femur proximal	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-794.6h	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Fixateur externe mit interner Osteosynthese: Femur distal	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-794.6j	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Fixateur externe mit interner Osteosynthese: Patella	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-794.6k	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Fixateur externe mit interner Osteosynthese: Tibia proximal	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-794.6n	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Fixateur externe mit interner Osteosynthese: Tibia distal	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-794.6p	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Fixateur externe mit interner Osteosynthese: Fibula proximal	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-794.6r	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Fixateur externe mit interner Osteosynthese: Fibula distal	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-794.61	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Fixateur externe mit interner Osteosynthese: Humerus proximal	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-794.63	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Fixateur externe mit interner Osteosynthese: Humerus distal	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-794.64	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Fixateur externe mit interner Osteosynthese: Radius proximal	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-794.66	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Fixateur externe mit interner Osteosynthese: Radius distal	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-794.67	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Fixateur externe mit interner Osteosynthese: Ulna proximal	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-794.69	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Fixateur externe mit interner Osteosynthese: Ulna distal	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-794.7e	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Materialkombinationen: Schenkelhals	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-794.7f	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Materialkombinationen: Femur proximal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-794.7h	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Materialkombinationen: Femur distal	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-794.7j	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Materialkombinationen: Patella	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-794.7k	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Materialkombinationen: Tibia proximal	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-794.7n	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Materialkombinationen: Tibia distal	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-794.7p	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Materialkombinationen: Fibula proximal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-794.7r	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Materialkombinationen: Fibula distal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-794.71	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Materialkombinationen: Humerus proximal	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-794.73	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Materialkombinationen: Humerus distal	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-794.74	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Materialkombinationen: Radius proximal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-794.76	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Materialkombinationen: Radius distal	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-794.77	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Materialkombinationen: Ulna proximal	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-794.79	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Materialkombinationen: Ulna distal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-794.8h	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Materialkombinationen mit Rekonstruktion der Gelenkfläche: Femur distal	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-794.8j	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Materialkombinationen mit Rekonstruktion der Gelenkfläche: Patella	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-794.8k	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Materialkombinationen mit Rekonstruktion der Gelenkfläche: Tibia proximal	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-794.8n	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Materialkombinationen mit Rekonstruktion der Gelenkfläche: Tibia distal	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-794.8r	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Materialkombinationen mit Rekonstruktion der Gelenkfläche: Fibula distal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-794.81	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Materialkombinationen mit Rekonstruktion der Gelenkfläche: Humerus proximal	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-794.83	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Materialkombinationen mit Rekonstruktion der Gelenkfläche: Humerus distal	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-794.84	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Materialkombinationen mit Rekonstruktion der Gelenkfläche: Radius proximal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-794.86	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Materialkombinationen mit Rekonstruktion der Gelenkfläche: Radius distal	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-794.87	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Materialkombinationen mit Rekonstruktion der Gelenkfläche: Ulna proximal	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-794.89	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Materialkombinationen mit Rekonstruktion der Gelenkfläche: Ulna distal	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-795.ea	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen: Durch (Blount-)Klammern: Karpale	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-795.eb	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen: Durch (Blount-)Klammern: Metakarpale	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-795.ec	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen: Durch (Blount-)Klammern: Phalangen Hand	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-795.eu	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen: Durch (Blount-)Klammern: Tarsale	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-795.ev	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen: Durch (Blount-)Klammern: Metatarsale	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-795.ew	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen: Durch (Blount-)Klammern: Phalangen Fuß	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-795.ez	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen: Durch (Blount-)Klammern: Skapula	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-795.e0	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen: Durch (Blount-)Klammern: Klavikula	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-795.ga	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen: Durch intramedullären Draht: Karpale	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-795.gb	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen: Durch intramedullären Draht: Metakarpale	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-795.gc	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen: Durch intramedullären Draht: Phalangen Hand	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-795.gu	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen: Durch intramedullären Draht: Tarsale	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-795.gv	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen: Durch intramedullären Draht: Metatarsale	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-795.gw	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen: Durch intramedullären Draht: Phalangen Fuß	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-795.g0	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen: Durch intramedullären Draht: Klavikula	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-795.ha	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen: Ohne Osteosynthese: Karpale	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-795.hb	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen: Ohne Osteosynthese: Metakarpale	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-795.hc	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen: Ohne Osteosynthese: Phalangen Hand	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-795.hu	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen: Ohne Osteosynthese: Tarsale	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-795.hv	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen: Ohne Osteosynthese: Metatarsale	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-795.hw	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen: Ohne Osteosynthese: Phalangen Fuß	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-795.hz	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen: Ohne Osteosynthese: Skapula	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-795.h0	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen: Ohne Osteosynthese: Klavikula	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-795.ka	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen: Durch winkelstabile Platte: Karpale	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-795.kb	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen: Durch winkelstabile Platte: Metakarpale	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-795.kc	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen: Durch winkelstabile Platte: Phalangen Hand	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-795.ku	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen: Durch winkelstabile Platte: Tarsale	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-795.kv	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen: Durch winkelstabile Platte: Metatarsale	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-795.kw	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen: Durch winkelstabile Platte: Phalangen Fuß	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-795.kz	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen: Durch winkelstabile Platte: Skapula	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-795.k0	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen: Durch winkelstabile Platte: Klavikula	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-795.ma	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen: Durch Ringfixateur: Karpale	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-795.mu	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen: Durch Ringfixateur: Tarsale	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-795.pb	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen: Durch Verriegelungsnagel: Metakarpale	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-795.pv	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen: Durch Verriegelungsnagel: Metatarsale	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-795.1a	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen: Durch Schraube: Karpale	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-795.1b	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen: Durch Schraube: Metakarpale	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-795.1c	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen: Durch Schraube: Phalangen Hand	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-795.1u	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen: Durch Schraube: Tarsale	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-795.1v	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen: Durch Schraube: Metatarsale	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-795.1w	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen: Durch Schraube: Phalangen Fuß	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-795.1z	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen: Durch Schraube: Skapula	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-795.10	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen: Durch Schraube: Klavikula	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-795.2a	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Karpale	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-795.2b	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Metakarpale	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-795.2c	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Phalangen Hand	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-795.2u	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Tarsale	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-795.2v	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Metatarsale	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-795.2w	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Phalangen Fuß	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-795.2z	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Skapula	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-795.20	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Klavikula	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-795.3a	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen: Durch Platte: Karpale	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-795.3b	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen: Durch Platte: Metakarpale	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-795.3c	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen: Durch Platte: Phalangen Hand	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-795.3u	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen: Durch Platte: Tarsale	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-795.3v	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen: Durch Platte: Metatarsale	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-795.3w	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen: Durch Platte: Phalangen Fuß	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-795.3z	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen: Durch Platte: Skapula	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-795.30	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen: Durch Platte: Klavikula	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-795.4a	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen: Durch Fixateur externe: Karpale	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-795.4b	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen: Durch Fixateur externe: Metakarpale	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-795.4c	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen: Durch Fixateur externe: Phalangen Hand	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-795.4u	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen: Durch Fixateur externe: Tarsale	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-795.4v	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen: Durch Fixateur externe: Metatarsale	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-795.4w	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen: Durch Fixateur externe: Phalangen Fuß	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-795.4z	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen: Durch Fixateur externe: Skapula	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-795.40	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen: Durch Fixateur externe: Klavikula	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-795.5a	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen: Durch Fixateur externe mit interner Osteosynthese: Karpale	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-795.5b	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen: Durch Fixateur externe mit interner Osteosynthese: Metakarpale	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-795.5c	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen: Durch Fixateur externe mit interner Osteosynthese: Phalangen Hand	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-795.5u	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen: Durch Fixateur externe mit interner Osteosynthese: Tarsale	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-795.5v	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen: Durch Fixateur externe mit interner Osteosynthese: Metatarsale	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-795.5w	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen: Durch Fixateur externe mit interner Osteosynthese: Phalangen Fuß	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-795.5z	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen: Durch Fixateur externe mit interner Osteosynthese: Skapula	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-795.50	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen: Durch Fixateur externe mit interner Osteosynthese: Klavikula	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-795.6a	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen: Durch Materialkombinationen: Karpale	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-795.6b	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen: Durch Materialkombinationen: Metakarpale	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-795.6c	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen: Durch Materialkombinationen: Phalangen Hand	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-795.6u	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen: Durch Materialkombinationen: Tarsale	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-795.6v	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen: Durch Materialkombinationen: Metatarsale	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-795.6w	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen: Durch Materialkombinationen: Phalangen Fuß	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-795.6z	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen: Durch Materialkombinationen: Skapula	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-795.60	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen: Durch Materialkombinationen: Klavikula	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-795.8a	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen: Durch Materialkombinationen mit Rekonstruktion der Gelenkfläche: Karpale	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-795.8b	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen: Durch Materialkombinationen mit Rekonstruktion der Gelenkfläche: Metakarpale	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-795.8c	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen: Durch Materialkombinationen mit Rekonstruktion der Gelenkfläche: Phalangen Hand	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-795.8u	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen: Durch Materialkombinationen mit Rekonstruktion der Gelenkfläche: Tarsale	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-795.8v	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen: Durch Materialkombinationen mit Rekonstruktion der Gelenkfläche: Metatarsale	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-795.8w	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen: Durch Materialkombinationen mit Rekonstruktion der Gelenkfläche: Phalangen Fuß	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-795.8z	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen: Durch Materialkombinationen mit Rekonstruktion der Gelenkfläche: Skapula	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-795.80	↔	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen: Durch Materialkombinationen mit Rekonstruktion der Gelenkfläche: Klavikula	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-796.ea	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen: Durch (Blount-)Klammern: Karpale	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-796.eb	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen: Durch (Blount-)Klammern: Metakarpale	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-796.ec	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen: Durch (Blount-)Klammern: Phalangen Hand	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-796.eu	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen: Durch (Blount-)Klammern: Tarsale	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-796.ev	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen: Durch (Blount-)Klammern: Metatarsale	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-796.ew	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen: Durch (Blount-)Klammern: Phalangen Fuß	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-796.ez	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen: Durch (Blount-)Klammern: Skapula	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-796.e0	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen: Durch (Blount-)Klammern: Klavikula	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-796.ga	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen: Durch intramedullären Draht: Karpale	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-796.gb	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen: Durch intramedullären Draht: Metakarpale	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-796.gc	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen: Durch intramedullären Draht: Phalangen Hand	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-796.gu	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen: Durch intramedullären Draht: Tarsale	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-796.gv	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen: Durch intramedullären Draht: Metatarsale	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-796.gw	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen: Durch intramedullären Draht: Phalangen Fuß	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-796.g0	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen: Durch intramedullären Draht: Klavikula	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-796.ha	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen: Ohne Osteosynthese: Karpale	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-796.hb	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen: Ohne Osteosynthese: Metakarpale	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-796.hc	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen: Ohne Osteosynthese: Phalangen Hand	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-796.hu	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen: Ohne Osteosynthese: Tarsale	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-796.hv	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen: Ohne Osteosynthese: Metatarsale	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-796.hw	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen: Ohne Osteosynthese: Phalangen Fuß	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-796.hz	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen: Ohne Osteosynthese: Skapula	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-796.h0	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen: Ohne Osteosynthese: Klavikula	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-796.ka	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen: Durch winkelstabile Platte: Karpale	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-796.kb	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen: Durch winkelstabile Platte: Metakarpale	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-796.kc	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen: Durch winkelstabile Platte: Phalangen Hand	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-796.ku	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen: Durch winkelstabile Platte: Tarsale	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-796.kv	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen: Durch winkelstabile Platte: Metatarsale	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-796.kw	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen: Durch winkelstabile Platte: Phalangen Fuß	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-796.kz	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen: Durch winkelstabile Platte: Skapula	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-796.k0	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen: Durch winkelstabile Platte: Klavikula	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-796.mb	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen: Durch Ringfixateur: Metakarpale	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-796.mu	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen: Durch Ringfixateur: Tarsale	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-796.nc	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen: Durch Bewegungsfixateur: Phalangen Hand	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-796.pb	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen: Durch Verriegelungsnagel: Metakarpale	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-796.pv	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen: Durch Verriegelungsnagel: Metatarsale	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-796.0a	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen: Durch Schraube: Karpale	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-796.0b	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen: Durch Schraube: Metakarpale	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-796.0c	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen: Durch Schraube: Phalangen Hand	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-796.0u	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen: Durch Schraube: Tarsale	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-796.0v	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen: Durch Schraube: Metatarsale	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-796.0w	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen: Durch Schraube: Phalangen Fuß	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-796.0z	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen: Durch Schraube: Skapula	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-796.00	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen: Durch Schraube: Klavikula	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-796.1a	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Karpale	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-796.1b	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Metakarpale	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-796.1c	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Phalangen Hand	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-796.1u	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Tarsale	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-796.1v	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Metatarsale	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-796.1w	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Phalangen Fuß	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-796.1z	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Skapula	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-796.10	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Klavikula	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-796.2a	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen: Durch Platte: Karpale	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-796.2b	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen: Durch Platte: Metakarpale	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-796.2c	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen: Durch Platte: Phalangen Hand	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-796.2u	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen: Durch Platte: Tarsale	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-796.2v	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen: Durch Platte: Metatarsale	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-796.2w	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen: Durch Platte: Phalangen Fuß	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-796.2z	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen: Durch Platte: Skapula	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-796.20	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen: Durch Platte: Klavikula	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-796.3a	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen: Durch Fixateur externe: Karpale	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-796.3b	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen: Durch Fixateur externe: Metakarpale	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-796.3c	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen: Durch Fixateur externe: Phalangen Hand	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-796.3u	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen: Durch Fixateur externe: Tarsale	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-796.3v	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen: Durch Fixateur externe: Metatarsale	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-796.3w	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen: Durch Fixateur externe: Phalangen Fuß	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-796.30	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen: Durch Fixateur externe: Klavikula	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-796.4a	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen: Durch Fixateur externe mit interner Osteosynthese: Karpale	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-796.4b	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen: Durch Fixateur externe mit interner Osteosynthese: Metakarpale	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-796.4c	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen: Durch Fixateur externe mit interner Osteosynthese: Phalangen Hand	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-796.4u	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen: Durch Fixateur externe mit interner Osteosynthese: Tarsale	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-796.4v	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen: Durch Fixateur externe mit interner Osteosynthese: Metatarsale	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-796.4w	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen: Durch Fixateur externe mit interner Osteosynthese: Phalangen Fuß	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-796.40	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen: Durch Fixateur externe mit interner Osteosynthese: Klavikula	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-796.5a	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen: Durch Materialkombinationen: Karpale	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-796.5b	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen: Durch Materialkombinationen: Metakarpale	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-796.5c	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen: Durch Materialkombinationen: Phalangen Hand	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-796.5u	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen: Durch Materialkombinationen: Tarsale	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-796.5v	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen: Durch Materialkombinationen: Metatarsale	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-796.5w	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen: Durch Materialkombinationen: Phalangen Fuß	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-796.5z	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen: Durch Materialkombinationen: Skapula	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-796.50	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen: Durch Materialkombinationen: Klavikula	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-796.6a	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen: Durch Materialkombinationen mit Rekonstruktion der Gelenkfläche: Karpale	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-796.6b	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen: Durch Materialkombinationen mit Rekonstruktion der Gelenkfläche: Metakarpale	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-796.6c	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen: Durch Materialkombinationen mit Rekonstruktion der Gelenkfläche: Phalangen Hand	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-796.6u	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen: Durch Materialkombinationen mit Rekonstruktion der Gelenkfläche: Tarsale	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-796.6v	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen: Durch Materialkombinationen mit Rekonstruktion der Gelenkfläche: Metatarsale	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-796.6w	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen: Durch Materialkombinationen mit Rekonstruktion der Gelenkfläche: Phalangen Fuß	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-796.6z	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen: Durch Materialkombinationen mit Rekonstruktion der Gelenkfläche: Skapula	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-796.60	↔	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen: Durch Materialkombinationen mit Rekonstruktion der Gelenkfläche: Klavikula	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-797.es	↔	Offene Reposition einer Fraktur an Talus und Kalkaneus: Durch (Blount-)Klammern: Talus	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-797.et	↔	Offene Reposition einer Fraktur an Talus und Kalkaneus: Durch (Blount-)Klammern: Kalkaneus	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-797.hs	↔	Offene Reposition einer Fraktur an Talus und Kalkaneus: Ohne Osteosynthese: Talus	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-797.ht	↔	Offene Reposition einer Fraktur an Talus und Kalkaneus: Ohne Osteosynthese: Kalkaneus	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-797.ks	↔	Offene Reposition einer Fraktur an Talus und Kalkaneus: Durch winkelstabile Platte: Talus	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-797.kt	↔	Offene Reposition einer Fraktur an Talus und Kalkaneus: Durch winkelstabile Platte: Kalkaneus	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-797.mt	↔	Offene Reposition einer Fraktur an Talus und Kalkaneus: Durch Ringfixateur: Kalkaneus	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-797.1s	↔	Offene Reposition einer Fraktur an Talus und Kalkaneus: Durch Schraube: Talus	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-797.1t	↔	Offene Reposition einer Fraktur an Talus und Kalkaneus: Durch Schraube: Kalkaneus	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-797.2s	↔	Offene Reposition einer Fraktur an Talus und Kalkaneus: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Talus	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-797.2t	↔	Offene Reposition einer Fraktur an Talus und Kalkaneus: Durch Draht oder Zuggurtung/Cerclage: Kalkaneus	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-797.3s	↔	Offene Reposition einer Fraktur an Talus und Kalkaneus: Durch Platte: Talus	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-797.3t	↔	Offene Reposition einer Fraktur an Talus und Kalkaneus: Durch Platte: Kalkaneus	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-797.4s	↔	Offene Reposition einer Fraktur an Talus und Kalkaneus: Durch Fixateur externe: Talus	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-797.4t	↔	Offene Reposition einer Fraktur an Talus und Kalkaneus: Durch Fixateur externe: Kalkaneus	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-797.5s	↔	Offene Reposition einer Fraktur an Talus und Kalkaneus: Durch Fixateur externe mit interner Osteosynthese: Talus	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-797.5t	↔	Offene Reposition einer Fraktur an Talus und Kalkaneus: Durch Fixateur externe mit interner Osteosynthese: Kalkaneus	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-797.6s	↔	Offene Reposition einer Fraktur an Talus und Kalkaneus: Durch Materialkombinationen: Talus	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-797.6t	↔	Offene Reposition einer Fraktur an Talus und Kalkaneus: Durch Materialkombinationen: Kalkaneus	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-797.7s	↔	Offene Reposition einer Fraktur an Talus und Kalkaneus: Durch Materialkombinationen mit Rekonstruktion der Gelenkfläche: Talus	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-797.7t	↔	Offene Reposition einer Fraktur an Talus und Kalkaneus: Durch Materialkombinationen mit Rekonstruktion der Gelenkfläche: Kalkaneus	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-798.h		Offene Reposition einer Beckenrand- und Beckenringfraktur: Ohne Osteosynthese	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-798.m		Offene Reposition einer Beckenrand- und Beckenringfraktur: Durch Ringfixateur	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-798.0		Offene Reposition einer Beckenrand- und Beckenringfraktur: Durch Draht	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-798.1		Offene Reposition einer Beckenrand- und Beckenringfraktur: Durch Zuggurtung/Cerclage	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-798.2		Offene Reposition einer Beckenrand- und Beckenringfraktur: Durch Schraube, Beckenrand	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-798.3		Offene Reposition einer Beckenrand- und Beckenringfraktur: Durch Schraube, hinterer Beckenring	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-798.4		Offene Reposition einer Beckenrand- und Beckenringfraktur: Durch Platte, vorderer Beckenring	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-798.5		Offene Reposition einer Beckenrand- und Beckenringfraktur: Durch Platte, hinterer Beckenring	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-798.6		Offene Reposition einer Beckenrand- und Beckenringfraktur: Durch Fixateur externe	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-798.7		Offene Reposition einer Beckenrand- und Beckenringfraktur: Durch Fixateur interne	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-798.8		Offene Reposition einer Beckenrand- und Beckenringfraktur: Durch Gewindestange	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-798.9		Offene Reposition einer Beckenrand- und Beckenringfraktur: Durch Materialkombinationen	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-799.1	↔	Offene Reposition einer Azetabulum- und Hüftkopffraktur mit Osteosynthese: Durch Schraube, ventral	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-799.2	↔	Offene Reposition einer Azetabulum- und Hüftkopffraktur mit Osteosynthese: Durch Schraube, dorsal	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-799.3	↔	Offene Reposition einer Azetabulum- und Hüftkopffraktur mit Osteosynthese: Durch Platte, ventral	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-799.4	↔	Offene Reposition einer Azetabulum- und Hüftkopffraktur mit Osteosynthese: Durch Platte, dorsal	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-799.5	↔	Offene Reposition einer Azetabulum- und Hüftkopffraktur mit Osteosynthese: Durch Materialkombinationen, dorsal	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-799.6	↔	Offene Reposition einer Azetabulum- und Hüftkopffraktur mit Osteosynthese: Durch Materialkombinationen, ventral	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-799.7	↔	Offene Reposition einer Azetabulum- und Hüftkopffraktur mit Osteosynthese: Durch Materialkombinationen, dorsal und ventral (kombiniert)	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-799.8	↔	Offene Reposition einer Azetabulum- und Hüftkopffraktur mit Osteosynthese: Transfixation eines Hüftgelenkes mit Fixateur externe	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	

2.22.3 Offen chirurgische und andere Gelenkoperationen

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-800.ag	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Einlegen eines Medikamententrägers: Hüftgelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-800.ah	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Einlegen eines Medikamententrägers: Kniegelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-800.ak	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Einlegen eines Medikamententrägers: Oberes Sprunggelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-800.am	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Einlegen eines Medikamententrägers: Unteres Sprunggelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-800.an	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Einlegen eines Medikamententrägers: Tarsalgelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-800.ap	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Einlegen eines Medikamententrägers: Tarsometatarsalgelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-800.aq	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Einlegen eines Medikamententrägers: Metatarsophalangealgelenk	D1	31131/ 36131	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-800.ar	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Einlegen eines Medikamententrägers: Zehengelenk	D1	31131/ 36131	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-800.as	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Einlegen eines Medikamententrägers: Humeroradialgelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-800.at	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Einlegen eines Medikamententrägers: Ellenbogengelenk n.n.bez.	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-800.a0	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Einlegen eines Medikamententrägers: Humeroglenoidalgelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-800.a1	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Einlegen eines Medikamententrägers: Akromioklavikulargelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-800.a3	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Einlegen eines Medikamententrägers: Sternoklavikulargelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-800.a4	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Einlegen eines Medikamententrägers: Humeroulnargelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-800.a5	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Einlegen eines Medikamententrägers: Proximales Radioulnargelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-800.a6	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Einlegen eines Medikamententrägers: Distales Radioulnargelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-800.a7	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Einlegen eines Medikamententrägers: Handgelenk n.n.bez.	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-800.a8	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Einlegen eines Medikamententrägers: Radiokarpalgelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-800.a9	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Einlegen eines Medikamententrägers: Ulnokarpalgelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-800.bg	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Entfernen eines Medikamententrägers: Hüftgelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-800.bh	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Entfernen eines Medikamententrägers: Kniegelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-800.bk	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Entfernen eines Medikamententrägers: Oberes Sprunggelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-800.bm	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Entfernen eines Medikamententrägers: Unteres Sprunggelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-800.bn	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Entfernen eines Medikamententrägers: Tarsalgelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-800.bp	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Entfernen eines Medikamententrägers: Tarsometatarsalgelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-800.bq	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Entfernen eines Medikamententrägers: Metatarsophalangealgelenk	D1	31131/ 36131	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-800.br	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Entfernen eines Medikamententrägers: Zehengelenk	D1	31131/ 36131	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-800.bs	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Entfernen eines Medikamententrägers: Humeroradialgelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-800.bt	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Entfernen eines Medikamententrägers: Ellenbogengelenk n.n.bez.	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-800.b0	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Entfernen eines Medikamententrägers: Humeroglenoidalgelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-800.b1	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Entfernen eines Medikamententrägers: Akromioklavikulargelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-800.b3	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Entfernen eines Medikamententrägers: Sternoklavikulargelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-800.b4	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Entfernen eines Medikamententrägers: Humeroulnargelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-800.b5	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Entfernen eines Medikamententrägers: Proximales Radioulnargelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-800.b6	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Entfernen eines Medikamententrägers: Distales Radioulnargelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-800.b7	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Entfernen eines Medikamententrägers: Handgelenk n.n.bez.	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-800.b8	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Entfernen eines Medikamententrägers: Radiokarpalgelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-800.b9	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Entfernen eines Medikamententrägers: Ulnokarpalgelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-800.cg	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Resektion von Bandanteilen und/oder Bandresten: Hüftgelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-800.ch	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Resektion von Bandanteilen und/oder Bandresten: Kniegelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-800.ck	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Resektion von Bandanteilen und/oder Bandresten: Oberes Sprunggelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-800.cm	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Resektion von Bandanteilen und/oder Bandresten: Unteres Sprunggelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-800.cn	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Resektion von Bandanteilen und/oder Bandresten: Tarsalgelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-800.cp	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Resektion von Bandanteilen und/oder Bandresten: Tarsometatarsalgelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-800.cq	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Resektion von Bandanteilen und/oder Bandresten: Metatarsophalangealgelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-800.cr	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Resektion von Bandanteilen und/oder Bandresten: Zehengelenk	D1	31131/ 36131	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-800.cs	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Resektion von Bandanteilen und/oder Bandresten: Humeroradialgelenk	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-800.ct	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Resektion von Bandanteilen und/oder Bandresten: Ellenbogengelenk n.n.bez.	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-800.c0	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Resektion von Bandanteilen und/oder Bandresten: Humeroglenoidalgelenk	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-800.c1	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Resektion von Bandanteilen und/oder Bandresten: Akromioklavikulargelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-800.c3	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Resektion von Bandanteilen und/oder Bandresten: Sternoklavikulargelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-800.c4	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Resektion von Bandanteilen und/oder Bandresten: Humeroulnargelenk	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-800.c5	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Resektion von Bandanteilen und/oder Bandresten: Proximales Radioulnargelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-800.c6	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Resektion von Bandanteilen und/oder Bandresten: Distales Radioulnargelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-800.c7	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Resektion von Bandanteilen und/oder Bandresten: Handgelenk n.n.bez.	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-800.c8	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Resektion von Bandanteilen und/oder Bandresten: Radiokarpalgelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-800.c9	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Resektion von Bandanteilen und/oder Bandresten: Ulnokarpalgelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-800.0g	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Arthrotomie: Hüftgelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-800.0h	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Arthrotomie: Kniegelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-800.0k	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Arthrotomie: Oberes Sprunggelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-800.0m	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Arthrotomie: Unteres Sprunggelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-800.0n	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Arthrotomie: Tarsalgelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-800.0p	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Arthrotomie: Tarsometatarsalgelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-800.0q	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Arthrotomie: Metatarsophalangealgelenk	D1	31131/ 36131	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-800.0r	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Arthrotomie: Zehengelenk	D1	31131/ 36131	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-800.0s	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Arthrotomie: Humeroradialgelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-800.0t	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Arthrotomie: Ellenbogengelenk n.n.bez.	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-800.00	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Arthrotomie: Humeroglenoidalgelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-800.01	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Arthrotomie: Akromioklavikulargelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-800.03	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Arthrotomie: Sternoklavikulargelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-800.04	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Arthrotomie: Humeroulnargelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-800.05	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Arthrotomie: Proximales Radioulnargelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-800.06	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Arthrotomie: Distales Radioulnargelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-800.07	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Arthrotomie: Handgelenk n.n.bez.	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-800.08	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Arthrotomie: Radiokarpalgelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-800.09	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Arthrotomie: Ulnokarpalgelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-800.1g	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Gelenkspülung mit Drainage, aseptisch: Hüftgelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-800.1h	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Gelenkspülung mit Drainage, aseptisch: Kniegelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-800.1k	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Gelenkspülung mit Drainage, aseptisch: Oberes Sprunggelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-800.1m	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Gelenkspülung mit Drainage, aseptisch: Unteres Sprunggelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-800.1n	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Gelenkspülung mit Drainage, aseptisch: Tarsalgelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-800.1p	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Gelenkspülung mit Drainage, aseptisch: Tarsometatarsalgelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-800.1q	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Gelenkspülung mit Drainage, aseptisch: Metatarsophalangealgelenk	D1	31131/ 36131	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-800.1r	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Gelenkspülung mit Drainage, aseptisch: Zehengelenk	D1	31131/ 36131	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-800.1s	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Gelenkspülung mit Drainage, aseptisch: Humeroradialgelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-800.1t	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Gelenkspülung mit Drainage, aseptisch: Ellenbogengelenk n.n.bez.	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-800.10	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Gelenkspülung mit Drainage, aseptisch: Humeroglenoidalgelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-800.11	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Gelenkspülung mit Drainage, aseptisch: Akromioklavikulargelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-800.13	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Gelenkspülung mit Drainage, aseptisch: Sternoklavikulargelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-800.14	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Gelenkspülung mit Drainage, aseptisch: Humeroulnargelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-800.15	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Gelenkspülung mit Drainage, aseptisch: Proximales Radioulnargelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-800.16	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Gelenkspülung mit Drainage, aseptisch: Distales Radioulnargelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-800.17	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Gelenkspülung mit Drainage, aseptisch: Handgelenk n.n.bez.	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-800.18	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Gelenkspülung mit Drainage, aseptisch: Radiokarpalgelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-800.19	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Gelenkspülung mit Drainage, aseptisch: Ulnokarpalgelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-800.2g	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Gelenkspülung mit Drainage, septisch: Hüftgelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-800.2h	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Gelenkspülung mit Drainage, septisch: Kniegelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-800.2k	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Gelenkspülung mit Drainage, septisch: Oberes Sprunggelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-800.2m	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Gelenkspülung mit Drainage, septisch: Unteres Sprunggelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-800.2n	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Gelenkspülung mit Drainage, septisch: Tarsalgelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-800.2p	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Gelenkspülung mit Drainage, septisch: Tarsometatarsalgelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-800.2q	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Gelenkspülung mit Drainage, septisch: Metatarsophalangealgelenk	D1	31131/ 36131	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-800.2r	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Gelenkspülung mit Drainage, septisch: Zehengelenk	D1	31131/ 36131	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-800.2s	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Gelenkspülung mit Drainage, septisch: Humeroradialgelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-800.2t	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Gelenkspülung mit Drainage, septisch: Ellenbogengelenk n.n.bez.	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-800.20	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Gelenkspülung mit Drainage, septisch: Humeroglenoidalgelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-800.21	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Gelenkspülung mit Drainage, septisch: Akromioklavikulargelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-800.23	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Gelenkspülung mit Drainage, septisch: Sternoklavikulargelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-800.24	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Gelenkspülung mit Drainage, septisch: Humeroulnargelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-800.25	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Gelenkspülung mit Drainage, septisch: Proximales Radioulnargelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-800.26	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Gelenkspülung mit Drainage, septisch: Distales Radioulnargelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-800.27	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Gelenkspülung mit Drainage, septisch: Handgelenk n.n.bez.	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-800.28	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Gelenkspülung mit Drainage, septisch: Radiokarpalgelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-800.29	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Gelenkspülung mit Drainage, septisch: Ulnokarpalgelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-800.3e	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Debridement: Iliosakralgelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-800.3f		Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Debridement: Symphyse	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-800.3g	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Debridement: Hüftgelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-800.3h	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Debridement: Kniegelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-800.3j	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Debridement: Proximales Tibiofibulargelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-800.3k	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Debridement: Oberes Sprunggelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-800.3m	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Debridement: Unteres Sprunggelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-800.3n	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Debridement: Tarsalgelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-800.3p	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Debridement: Tarsometatarsalgelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-800.3q	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Debridement: Metatarsophalangealgelenk	D1	31131/ 36131	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-800.3r	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Debridement: Zehengelenk	D1	31131/ 36131	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-800.3s	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Debridement: Humeroradialgelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-800.3t	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Debridement: Ellenbogengelenk n.n.bez.	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-800.30	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Debridement: Humeroglenoidalgelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-800.31	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Debridement: Akromioklavikulargelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-800.33	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Debridement: Sternoklavikulargelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-800.34	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Debridement: Humeroulnargelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-800.35	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Debridement: Proximales Radioulnargelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-800.36	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Debridement: Distales Radioulnargelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-800.37	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Debridement: Handgelenk n.n.bez.	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-800.38	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Debridement: Radiokarpalgelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-800.39	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Debridement: Ulnokarpalgelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-800.4f		Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Synovialektomie, partiell: Symphyse	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-800.4g	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Synovialektomie, partiell: Hüftgelenk	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-800.4h	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Synovialektomie, partiell: Kniegelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-800.4j	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Synovialektomie, partiell: Proximales Tibiofibulargelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-800.4k	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Synovialektomie, partiell: Oberes Sprunggelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-800.4m	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Synovialektomie, partiell: Unteres Sprunggelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-800.4n	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Synovialektomie, partiell: Tarsalgelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-800.4p	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Synovialektomie, partiell: Tarsometatarsalgelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-800.4q	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Synovialektomie, partiell: Metatarsophalangealgelenk	D1	31131/ 36131	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-800.4r	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Synovialektomie, partiell: Zehengelenk	D1	31131/ 36131	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-800.4s	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Synovialektomie, partiell: Humeroradialgelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-800.4t	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Synovialektomie, partiell: Ellenbogengelenk n.n.bez.	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-800.40	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Synovialektomie, partiell: Humeroglenoidalgelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-800.41	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Synovialektomie, partiell: Akromioklavikulargelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-800.43	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Synovialektomie, partiell: Sternoklavikulargelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-800.44	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Synovialektomie, partiell: Humeroulnargelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-800.45	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Synovialektomie, partiell: Proximales Radioulnargelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-800.46	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Synovialektomie, partiell: Distales Radioulnargelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-800.47	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Synovialektomie, partiell: Handgelenk n.n.bez.	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-800.48	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Synovialektomie, partiell: Radiokarpalgelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-800.49	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Synovialektomie, partiell: Ulnokarpalgelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-800.5g	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Synovialektomie, total: Hüftgelenk	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-800.5h	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Synovialektomie, total: Kniegelenk	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-800.5k	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Synovialektomie, total: Oberes Sprunggelenk	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-800.5m	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Synovialektomie, total: Unteres Sprunggelenk	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-800.5n	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Synovialektomie, total: Tarsalgelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-800.5p	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Synovialektomie, total: Tarsometatarsalgelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-800.5q	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Synovialektomie, total: Metatarsophalangealgelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-800.5r	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Synovialektomie, total: Zehengelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-800.5s	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Synovialektomie, total: Humeroradialgelenk	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-800.5t	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Synovialektomie, total: Ellenbogengelenk n.n.bez.	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-800.50	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Synovialektomie, total: Humeroglenoidalgelenk	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-800.51	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Synovialektomie, total: Akromioklavikulargelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-800.53	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Synovialektomie, total: Sternoklavikulargelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-800.54	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Synovialektomie, total: Humeroulnargelenk	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-800.55	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Synovialektomie, total: Proximales Radioulnargelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-800.56	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Synovialektomie, total: Distales Radioulnargelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-800.57	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Synovialektomie, total: Handgelenk n.n.bez.	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-800.58	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Synovialektomie, total: Radiokarpalgelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-800.59	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Synovialektomie, total: Ulnokarpalgelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-800.6g	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Gelenkmobilisation [Arthrolyse]: Hüftgelenk	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-800.6h	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Gelenkmobilisation [Arthrolyse]: Kniegelenk	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-800.6k	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Gelenkmobilisation [Arthrolyse]: Oberes Sprunggelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-800.6m	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Gelenkmobilisation [Arthrolyse]: Unteres Sprunggelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-800.6q	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Gelenkmobilisation [Arthrolyse]: Metatarsophalangealgelenk	D1	31131/ 36131	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-800.6r	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Gelenkmobilisation [Arthrolyse]: Zehengelenk	D1	31131/ 36131	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-800.6s	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Gelenkmobilisation [Arthrolyse]: Humeroradialgelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-800.6t	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Gelenkmobilisation [Arthrolyse]: Ellenbogengelenk n.n.bez.	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-800.60	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Gelenkmobilisation [Arthrolyse]: Humeroglenoidalgelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-800.61	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Gelenkmobilisation [Arthrolyse]: Akromioklavikulargelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-800.63	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Gelenkmobilisation [Arthrolyse]: Sternoklavikulargelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-800.64	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Gelenkmobilisation [Arthrolyse]: Humeroulnargelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-800.65	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Gelenkmobilisation [Arthrolyse]: Proximales Radioulnargelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-800.66	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Gelenkmobilisation [Arthrolyse]: Distales Radioulnargelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-800.67	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Gelenkmobilisation [Arthrolyse]: Handgelenk n.n.bez.	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-800.68	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Gelenkmobilisation [Arthrolyse]: Radiokarpalgelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-800.69	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Gelenkmobilisation [Arthrolyse]: Ulnokarpalgelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-800.7e	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Entfernung periartikulärer Verkalkungen: Iliosakralgelenk	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-800.7f		Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Entfernung periartikulärer Verkalkungen: Symphyse	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-800.7g	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Entfernung periartikulärer Verkalkungen: Hüftgelenk	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-800.7h	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Entfernung periartikulärer Verkalkungen: Kniegelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-800.7j	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Entfernung periartikulärer Verkalkungen: Proximales Tibiofibulargelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-800.7k	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Entfernung periartikulärer Verkalkungen: Oberes Sprunggelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-800.7m	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Entfernung periartikulärer Verkalkungen: Unteres Sprunggelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-800.7n	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Entfernung periartikulärer Verkalkungen: Tarsalgelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-800.7p	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Entfernung periartikulärer Verkalkungen: Tarsometatarsalgelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-800.7q	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Entfernung periartikulärer Verkalkungen: Metatarsophalangealgelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-800.7r	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Entfernung periartikulärer Verkalkungen: Zehengelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-800.7s	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Entfernung periartikulärer Verkalkungen: Humeroradialgelenk	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-800.7t	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Entfernung periartikulärer Verkalkungen: Ellenbogengelenk n.n.bez.	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-800.70	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Entfernung periartikulärer Verkalkungen: Humeroglenoidalgelenk	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-800.71	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Entfernung periartikulärer Verkalkungen: Akromioklavikulargelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-800.73	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Entfernung periartikulärer Verkalkungen: Sternoklavikulargelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-800.74	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Entfernung periartikulärer Verkalkungen: Humeroulnargelenk	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-800.75	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Entfernung periartikulärer Verkalkungen: Proximales Radioulnargelenk	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-800.76	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Entfernung periartikulärer Verkalkungen: Distales Radioulnargelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-800.77	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Entfernung periartikulärer Verkalkungen: Handgelenk n.n.bez.	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-800.78	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Entfernung periartikulärer Verkalkungen: Radiokarpalgelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-800.79	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Entfernung periartikulärer Verkalkungen: Ulnokarpalgelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-800.8g	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Entfernung freier Gelenkkörper: Hüftgelenk	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-800.8h	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Entfernung freier Gelenkkörper: Kniegelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-800.8k	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Entfernung freier Gelenkkörper: Oberes Sprunggelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-800.8m	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Entfernung freier Gelenkkörper: Unteres Sprunggelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-800.8n	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Entfernung freier Gelenkkörper: Tarsalgelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-800.8p	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Entfernung freier Gelenkkörper: Tarsometatarsalgelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-800.8q	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Entfernung freier Gelenkkörper: Metatarsophalangealgelenk	D1	31131/ 36131	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-800.8r	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Entfernung freier Gelenkkörper: Zehengelenk	D1	31131/ 36131	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-800.8s	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Entfernung freier Gelenkkörper: Humeroradialgelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-800.8t	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Entfernung freier Gelenkkörper: Ellenbogengelenk n.n.bez.	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-800.80	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Entfernung freier Gelenkkörper: Humeroglenoidalgelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-800.81	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Entfernung freier Gelenkkörper: Akromioklavikulargelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-800.83	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Entfernung freier Gelenkkörper: Sternoklavikulargelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-800.84	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Entfernung freier Gelenkkörper: Humeroulnargelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-800.85	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Entfernung freier Gelenkkörper: Proximales Radioulnargelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-800.86	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Entfernung freier Gelenkkörper: Distales Radioulnargelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-800.87	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Entfernung freier Gelenkkörper: Handgelenk n.n.bez.	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-800.88	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Entfernung freier Gelenkkörper: Radiokarpalgelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-800.89	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Entfernung freier Gelenkkörper: Ulnokarpalgelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-800.9g	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Zystenexstirpation: Hüftgelenk	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-800.9h	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Zystenexstirpation: Kniegelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-800.9k	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Zystenexstirpation: Oberes Sprunggelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-800.9m	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Zystenexstirpation: Unteres Sprunggelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-800.9n	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Zystenexstirpation: Tarsalgelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-800.9p	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Zystenexstirpation: Tarsometatarsalgelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-800.9q	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Zystenexstirpation: Metatarsophalangealgelenk	D1	31131/ 36131	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-800.9r	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Zystenexstirpation: Zehengelenk	D1	31131/ 36131	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-800.9s	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Zystenexstirpation: Humeroradialgelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-800.9t	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Zystenexstirpation: Ellenbogengelenk n.n.bez.	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-800.90	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Zystenexstirpation: Humeroglenoidalgelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-800.91	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Zystenexstirpation: Akromioklavikulargelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-800.93	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Zystenexstirpation: Sternoklavikulargelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-800.94	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Zystenexstirpation: Humeroulnargelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-800.95	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Zystenexstirpation: Proximales Radioulnargelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-800.96	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Zystenexstirpation: Distales Radioulnargelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-800.97	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Zystenexstirpation: Handgelenk n.n.bez.	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-800.98	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Zystenexstirpation: Radiokarpalgelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-800.99	↔	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes: Zystenexstirpation: Ulnokarpalgelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-801.ah	↔	Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Entnahme eines Knorpeltransplantates: Kniegelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-801.bg	↔	Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Knorpeltransplantation: Hüftgelenk	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-801.bh	↔	Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Knorpeltransplantation: Kniegelenk	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-801.bk	↔	Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Knorpeltransplantation: Oberes Sprunggelenk	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-801.bm	↔	Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Knorpeltransplantation: Unteres Sprunggelenk	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-801.bq	↔	Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Knorpeltransplantation: Metatarsophalangealgelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-801.bs	↔	Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Knorpeltransplantation: Humeroradialgelenk	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-801.bt	↔	Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Knorpeltransplantation: Ellenbogengelenk n.n.bez.	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-801.b0	↔	Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Knorpeltransplantation: Humeroglenoidalgelenk	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-801.b4	↔	Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Knorpeltransplantation: Humeroulnargelenk	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-801.b7	↔	Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Knorpeltransplantation: Handgelenk n.n.bez.	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-801.b8	↔	Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Knorpeltransplantation: Radiokarpalgelenk	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-801.b9	↔	Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Knorpeltransplantation: Ulnokarpalgelenk	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-801.d	↔	Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Resektion des Discus triangularis	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-801.gg	↔	Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Knorpelglättung, mechanisch (Chondroplastik): Hüftgelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-801.gh	↔	Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Knorpelglättung, mechanisch (Chondroplastik): Kniegelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-801.gk	↔	Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Knorpelglättung, mechanisch (Chondroplastik): Oberes Sprunggelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-801.gm	↔	Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Knorpelglättung, mechanisch (Chondroplastik): Unteres Sprunggelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-801.gn	↔	Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Knorpelglättung, mechanisch (Chondroplastik): Tarsalgelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-801.gp	↔	Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Knorpelglättung, mechanisch (Chondroplastik): Tarsometatarsalgelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-801.gq	↔	Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Knorpelglättung, mechanisch (Chondroplastik): Metatarsophalangealgelenk	D1	31131/ 36131	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-801.gr	↔	Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Knorpelglättung, mechanisch (Chondroplastik): Zehengelenk	D1	31131/ 36131	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-801.gs	↔	Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Knorpelglättung, mechanisch (Chondroplastik): Humeroradialgelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-801.gt	↔	Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Knorpelglättung, mechanisch (Chondroplastik): Ellenbogengelenk n.n.bez.	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-801.g0	↔	Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Knorpelglättung, mechanisch (Chondroplastik): Humeroglenoidalgelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-801.g1	↔	Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Knorpelglättung, mechanisch (Chondroplastik): Akromioklavikulargelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-801.g3	↔	Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Knorpelglättung, mechanisch (Chondroplastik): Sternoklavikulargelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-801.g4	↔	Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Knorpelglättung, mechanisch (Chondroplastik): Humeroulnargelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-801.g5	↔	Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Knorpelglättung, mechanisch (Chondroplastik): Proximales Radioulnargelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-801.g6	↔	Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Knorpelglättung, mechanisch (Chondroplastik): Distales Radioulnargelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-801.g7	↔	Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Knorpelglättung, mechanisch (Chondroplastik): Handgelenk n.n.bez.	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-801.hg	↔	Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Subchondrale Knocheneröffnung (z.B. nach Pridie, Mikrofrakturierung, Abrasionsarthroplastik): Hüftgelenk	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-801.hh	↔	Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Subchondrale Knocheneröffnung (z.B. nach Pridie, Mikrofrakturierung, Abrasionsarthroplastik): Kniegelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-801.hk	↔	Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Subchondrale Knocheneröffnung (z.B. nach Pridie, Mikrofrakturierung, Abrasionsarthroplastik): Oberes Sprunggelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-801.hm	↔	Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Subchondrale Knocheneröffnung (z.B. nach Pridie, Mikrofrakturierung, Abrasionsarthroplastik): Unteres Sprunggelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-801.hn	↔	Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Subchondrale Knocheneröffnung (z.B. nach Pridie, Mikrofrakturierung, Abrasionsarthroplastik): Tarsalgelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-801.hp	↔	Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Subchondrale Knocheneröffnung (z.B. nach Pridie, Mikrofrakturierung, Abrasionsarthroplastik): Tarsometatarsalgelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-801.hq	↔	Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Subchondrale Knocheneröffnung (z.B. nach Pridie, Mikrofrakturierung, Abrasionsarthroplastik): Metatarsophalangealgelenk	D1	31131/ 36131	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-801.hr	↔	Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Subchondrale Knocheneröffnung (z.B. nach Pridie, Mikrofrakturierung, Abrasionsarthroplastik): Zehengelenk	D1	31131/ 36131	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-801.hs	↔	Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Subchondrale Knocheneröffnung (z.B. nach Pridie, Mikrofrakturierung, Abrasionsarthroplastik): Humeroradialgelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-801.ht	↔	Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Subchondrale Knocheneröffnung (z.B. nach Pridie, Mikrofrakturierung, Abrasionsarthroplastik): Ellenbogengelenk n.n.bez.	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-801.h0	↔	Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Subchondrale Knocheneröffnung (z.B. nach Pridie, Mikrofrakturierung, Abrasionsarthroplastik): Humeroglenoidalgelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-801.h1	↔	Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Subchondrale Knocheneröffnung (z.B. nach Pridie, Mikrofrakturierung, Abrasionsarthroplastik): Akromioklavikulargelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-801.h3	↔	Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Subchondrale Knocheneröffnung (z.B. nach Pridie, Mikrofrakturierung, Abrasionsarthroplastik): Sternoklavikulargelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-801.h4	↔	Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Subchondrale Knocheneröffnung (z.B. nach Pridie, Mikrofrakturierung, Abrasionsarthroplastik): Humeroulnargelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-801.h5	↔	Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Subchondrale Knocheneröffnung (z.B. nach Pridie, Mikrofrakturierung, Abrasionsarthroplastik): Proximales Radioulnargelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-801.h6	↔	Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Subchondrale Knocheneröffnung (z.B. nach Pridie, Mikrofrakturierung, Abrasionsarthroplastik): Distales Radioulnargelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-801.h7	↔	Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Subchondrale Knocheneröffnung (z.B. nach Pridie, Mikrofrakturierung, Abrasionsarthroplastik): Handgelenk n.n.bez.	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-801.kh	↔	Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Autogene matrixinduzierte Chondrozytentransplantation: Kniegelenk	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-801.0g	↔	Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Exzision von erkranktem Gewebe am Gelenkknorpel: Hüftgelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-801.0h	↔	Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Exzision von erkranktem Gewebe am Gelenkknorpel: Kniegelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-801.0k	↔	Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Exzision von erkranktem Gewebe am Gelenkknorpel: Oberes Sprunggelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-801.0m	↔	Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Exzision von erkranktem Gewebe am Gelenkknorpel: Unteres Sprunggelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-801.0n	↔	Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Exzision von erkranktem Gewebe am Gelenkknorpel: Tarsalgelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-801.0p	↔	Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Exzision von erkranktem Gewebe am Gelenkknorpel: Tarsometatarsalgelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-801.0q	↔	Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Exzision von erkranktem Gewebe am Gelenkknorpel: Metatarsophalangealgelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-801.0r	↔	Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Exzision von erkranktem Gewebe am Gelenkknorpel: Zehengelenk	D1	31131/ 36131	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-801.0s	↔	Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Exzision von erkranktem Gewebe am Gelenkknorpel: Humeroradialgelenk	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-801.0t	↔	Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Exzision von erkranktem Gewebe am Gelenkknorpel: Ellenbogengelenk n.n.bez.	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-801.00	↔	Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Exzision von erkranktem Gewebe am Gelenkknorpel: Humeroglenoidalgelenk	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-801.01	↔	Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Exzision von erkranktem Gewebe am Gelenkknorpel: Akromioklavikulargelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-801.03	↔	Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Exzision von erkranktem Gewebe am Gelenkknorpel: Sternoklavikulargelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-801.04	↔	Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Exzision von erkranktem Gewebe am Gelenkknorpel: Humeroulnargelenk	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-801.05	↔	Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Exzision von erkranktem Gewebe am Gelenkknorpel: Proximales Radioulnargelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-801.06	↔	Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Exzision von erkranktem Gewebe am Gelenkknorpel: Distales Radioulnargelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-801.07	↔	Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Exzision von erkranktem Gewebe am Gelenkknorpel: Handgelenk n.n.bez.	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-801.08	↔	Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Exzision von erkranktem Gewebe am Gelenkknorpel: Radiokarpalgelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-801.09	↔	Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Exzision von erkranktem Gewebe am Gelenkknorpel: Ulnokarpalgelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-801.3g	↔	Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Refixation eines osteochondralen Fragmentes: Hüftgelenk	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-801.3h	↔	Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Refixation eines osteochondralen Fragmentes: Kniegelenk	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-801.3k	↔	Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Refixation eines osteochondralen Fragmentes: Oberes Sprunggelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-801.3m	↔	Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Refixation eines osteochondralen Fragmentes: Unteres Sprunggelenk	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-801.3n	↔	Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Refixation eines osteochondralen Fragmentes: Tarsalgelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-801.3p	↔	Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Refixation eines osteochondralen Fragmentes: Tarsometatarsalgelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-801.3q	↔	Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Refixation eines osteochondralen Fragmentes: Metatarsophalangealgelenk	D1	31131/ 36131	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-801.3r	↔	Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Refixation eines osteochondralen Fragmentes: Zehengelenk	D1	31131/ 36131	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-801.3s	↔	Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Refixation eines osteochondralen Fragmentes: Humeroradialgelenk	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-801.3t	↔	Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Refixation eines osteochondralen Fragmentes: Ellenbogengelenk n.n.bez.	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-801.30	↔	Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Refixation eines osteochondralen Fragmentes: Humeroglenoidalgelenk	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-801.31	↔	Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Refixation eines osteochondralen Fragmentes: Akromioklavikulargelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-801.33	↔	Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Refixation eines osteochondralen Fragmentes: Sternoklavikulargelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-801.34	↔	Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Refixation eines osteochondralen Fragmentes: Humeroulnargelenk	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-801.35	↔	Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Refixation eines osteochondralen Fragmentes: Proximales Radioulnargelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-801.36	↔	Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Refixation eines osteochondralen Fragmentes: Distales Radioulnargelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-801.37	↔	Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Refixation eines osteochondralen Fragmentes: Handgelenk n.n.bez.	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-801.38	↔	Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Refixation eines osteochondralen Fragmentes: Radiokarpalgelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-801.39	↔	Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Refixation eines osteochondralen Fragmentes: Ulnokarpalgelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-801.4g	↔	Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Subchondrale Spongiosaplastik mit Fragmentfixation: Hüftgelenk	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-801.4h	↔	Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Subchondrale Spongiosaplastik mit Fragmentfixation: Kniegelenk	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-801.4k	↔	Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Subchondrale Spongiosaplastik mit Fragmentfixation: Oberes Sprunggelenk	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-801.4m	↔	Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Subchondrale Spongiosaplastik mit Fragmentfixation: Unteres Sprunggelenk	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-801.4n	↔	Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Subchondrale Spongiosaplastik mit Fragmentfixation: Tarsalgelenk	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-801.4p	↔	Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Subchondrale Spongiosaplastik mit Fragmentfixation: Tarsometatarsalgelenk	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-801.4q	↔	Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Subchondrale Spongiosaplastik mit Fragmentfixation: Metatarsophalangealgelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-801.4r	↔	Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Subchondrale Spongiosaplastik mit Fragmentfixation: Zehengelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-801.4s	↔	Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Subchondrale Spongiosaplastik mit Fragmentfixation: Humeroradialgelenk	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-801.4t	↔	Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Subchondrale Spongiosaplastik mit Fragmentfixation: Ellenbogengelenk n.n.bez.	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-801.40	↔	Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Subchondrale Spongiosaplastik mit Fragmentfixation: Humeroglenoidalgelenk	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-801.44	↔	Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Subchondrale Spongiosaplastik mit Fragmentfixation: Humeroulnargelenk	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-801.45	↔	Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Subchondrale Spongiosaplastik mit Fragmentfixation: Proximales Radioulnargelenk	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-801.46	↔	Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Subchondrale Spongiosaplastik mit Fragmentfixation: Distales Radioulnargelenk	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-801.47	↔	Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Subchondrale Spongiosaplastik mit Fragmentfixation: Handgelenk n.n.bez.	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-801.48	↔	Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Subchondrale Spongiosaplastik mit Fragmentfixation: Radiokarpalgelenk	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-801.49	↔	Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Subchondrale Spongiosaplastik mit Fragmentfixation: Ulnokarpalgelenk	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-801.5	↔	Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Meniskusresektion, partiell	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-801.6	↔	Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Meniskusresektion, komplett	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-801.7	↔	Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Meniskusrefixation	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-801.8	↔	Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Exzision eines Meniskusganglions	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-801.9	↔	Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Meniskustransplantation	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-802.a	↔	Offen chirurgische Refixation (Reinsertion) und Naht am Kapselbandapparat des Kniegelenkes: Knöcherne Refixation (Reinsertion) des medialen Kapselbandapparates	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-802.b	↔	Offen chirurgische Refixation (Reinsertion) und Naht am Kapselbandapparat des Kniegelenkes: Knöcherne Refixation (Reinsertion) des lateralen Kapselbandapparates	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-802.0	↔	Offen chirurgische Refixation (Reinsertion) und Naht am Kapselbandapparat des Kniegelenkes: Naht des vorderen Kreuzbandes	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-802.1	↔	Offen chirurgische Refixation (Reinsertion) und Naht am Kapselbandapparat des Kniegelenkes: Naht des hinteren Kreuzbandes	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-802.2	↔	Offen chirurgische Refixation (Reinsertion) und Naht am Kapselbandapparat des Kniegelenkes: Knöcherne Refixation (Reinsertion) des vorderen Kreuzbandes	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-802.3	↔	Offen chirurgische Refixation (Reinsertion) und Naht am Kapselbandapparat des Kniegelenkes: Knöcherne Refixation (Reinsertion) des hinteren Kreuzbandes	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-802.4	↔	Offen chirurgische Refixation (Reinsertion) und Naht am Kapselbandapparat des Kniegelenkes: Naht des medialen Kapselbandapparates	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-802.5	↔	Offen chirurgische Refixation (Reinsertion) und Naht am Kapselbandapparat des Kniegelenkes: Naht des medialen Kapselbandapparates mit Eingriff am Meniskus	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-802.6	↔	Offen chirurgische Refixation (Reinsertion) und Naht am Kapselbandapparat des Kniegelenkes: Naht des lateralen Kapselbandapparates	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-802.7	↔	Offen chirurgische Refixation (Reinsertion) und Naht am Kapselbandapparat des Kniegelenkes: Naht des lateralen Kapselbandapparates mit Eingriff am Meniskus	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-802.8	↔	Offen chirurgische Refixation (Reinsertion) und Naht am Kapselbandapparat des Kniegelenkes: Kombinierte Rekonstruktion	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-802.9	↔	Offen chirurgische Refixation (Reinsertion) und Naht am Kapselbandapparat des Kniegelenkes: Naht des dorsalen Kapselbandapparates	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-803.a	↔	Offen chirurgische Bandplastik am Kniegelenk: Dorsolateraler Bandapparat	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-803.b	↔	Offen chirurgische Bandplastik am Kniegelenk: Vorderes Kreuzband mit allogener Sehne	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-803.c	↔	Offen chirurgische Bandplastik am Kniegelenk: Hinteres Kreuzband mit allogener Sehne	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-803.0	↔	Offen chirurgische Bandplastik am Kniegelenk: Vorderes Kreuzband mit autogener Patellarsehne	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-803.1	↔	Offen chirurgische Bandplastik am Kniegelenk: Vorderes Kreuzband mit sonstiger autogener Sehne	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-803.2	↔	Offen chirurgische Bandplastik am Kniegelenk: Vorderes Kreuzband mit alloplastischem Bandersatz	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-803.3	↔	Offen chirurgische Bandplastik am Kniegelenk: Hinteres Kreuzband mit autogener Patellarsehne	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-803.4	↔	Offen chirurgische Bandplastik am Kniegelenk: Hinteres Kreuzband mit sonstiger autogener Sehne	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-803.5	↔	Offen chirurgische Bandplastik am Kniegelenk: Hinteres Kreuzband mit alloplastischem Bandersatz	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-803.6	↔	Offen chirurgische Bandplastik am Kniegelenk: Medialer Bandapparat	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-803.7	↔	Offen chirurgische Bandplastik am Kniegelenk: Lateraler Bandapparat	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-803.8	↔	Offen chirurgische Bandplastik am Kniegelenk: Kombinierte Bandplastik	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-803.9	↔	Offen chirurgische Bandplastik am Kniegelenk: Dorsomedialer Bandapparat	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-804.0	↔	Offen chirurgische Operationen an der Patella und ihrem Halteapparat: Retinakulumspaltung, lateral	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-804.1	↔	Offen chirurgische Operationen an der Patella und ihrem Halteapparat: Retinakulumspaltung, lateral mit Zügelungsoperation	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-804.2	↔	Offen chirurgische Operationen an der Patella und ihrem Halteapparat: Verlagerung des Patellarsehnenansatzes (z.B. nach Bandi, Elmslie)	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-804.3	↔	Offen chirurgische Operationen an der Patella und ihrem Halteapparat: Verlagerung des Patellarsehnenansatzes mit Knochenspan	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-804.4	↔	Offen chirurgische Operationen an der Patella und ihrem Halteapparat: Patellaosteotomie	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-804.5	↔	Offen chirurgische Operationen an der Patella und ihrem Halteapparat: Teilresektion der Patella	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-804.6	↔	Offen chirurgische Operationen an der Patella und ihrem Halteapparat: Patellektomie	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-804.7	↔	Offen chirurgische Operationen an der Patella und ihrem Halteapparat: Naht des medialen Retinakulums	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-804.8	↔	Offen chirurgische Operationen an der Patella und ihrem Halteapparat: Rekonstruktion des medialen patellofemoralen Ligamentes [MPFL]	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-805.0	↔	Offen chirurgische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Refixation des Limbus (z.B. nach Bankart)	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-805.1	↔	Offen chirurgische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Refixation eines knöchernen Limbusabrisses	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-805.2	↔	Offen chirurgische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Vordere Pfannenrandplastik	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-805.3	↔	Offen chirurgische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Hintere Pfannenrandplastik	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-805.4	↔	Offen chirurgische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Vordere Kapselplastik	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-805.5	↔	Offen chirurgische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Hintere Kapselplastik	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-805.6	↔	Offen chirurgische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Akromioplastik mit Durchtrennung des Ligamentum coracoacromiale	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-805.7	↔	Offen chirurgische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Rekonstruktion der Rotatorenmanschette durch Naht	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-805.8	↔	Offen chirurgische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Rekonstruktion der Rotatorenmanschette durch Sehnenverlagerung	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-805.9	↔	Offen chirurgische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Rekonstruktion der Rotatorenmanschette durch Transplantat	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-806.a	↔	Offen chirurgische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Sprunggelenkes: Bandplastik der Syndesmose	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-806.b	↔	Offen chirurgische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Sprunggelenkes: Bandplastik des unteren Sprunggelenkes	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-806.c	↔	Offen chirurgische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Sprunggelenkes: Naht des lateralen Bandapparates	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-806.d	↔	Offen chirurgische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Sprunggelenkes: Naht des medialen Bandapparates	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-806.3	↔	Offen chirurgische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Sprunggelenkes: Naht der Syndesmose	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-806.4	↔	Offen chirurgische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Sprunggelenkes: Bandplastik des lateralen Bandapparates mit autogener Sehne	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-806.5	↔	Offen chirurgische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Sprunggelenkes: Bandplastik des lateralen Bandapparates mit Periostlappen oder ortsständigem Gewebe [Broström-Gould]	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-806.6	↔	Offen chirurgische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Sprunggelenkes: Bandplastik des lateralen Bandapparates mit alloplastischem Bandersatz	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-806.7	↔	Offen chirurgische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Sprunggelenkes: Fesselung der Peronealsehnen	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-806.8	↔	Offen chirurgische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Sprunggelenkes: Naht eines Bandes des unteren Sprunggelenkes	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-806.9	↔	Offen chirurgische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Sprunggelenkes: Bandplastik des medialen Bandapparates	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-807.0	↔	Offen chirurgische Refixation am Kapselbandapparat anderer Gelenke: Naht eines Kapsel- oder Kollateralbandes	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-807.1	↔	Offen chirurgische Refixation am Kapselbandapparat anderer Gelenke: Naht mehrerer Kapsel- oder Kollateralbänder	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-807.2	↔	Offen chirurgische Refixation am Kapselbandapparat anderer Gelenke: Naht des radioulnaren Ringbandes	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-807.30	↔	Offen chirurgische Refixation am Kapselbandapparat anderer Gelenke: Naht des distalen radioulnaren Bandapparates: Naht ohne Stabilisierung des distalen radioulnaren Bandapparates	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-807.31	↔	Offen chirurgische Refixation am Kapselbandapparat anderer Gelenke: Naht des distalen radioulnaren Bandapparates: Naht mit Stabilisierung des distalen radioulnaren Bandapparates	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-807.4	↔	Offen chirurgische Refixation am Kapselbandapparat anderer Gelenke: Naht des Bandapparates der Klavikula	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-807.5	↔	Offen chirurgische Refixation am Kapselbandapparat anderer Gelenke: Naht des Bandapparates der Klavikula mit Plattenstabilisierung	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-807.6	↔	Offen chirurgische Refixation am Kapselbandapparat anderer Gelenke: Naht des Bandapparates der Klavikula mit Schrauben- oder Drahtfixation	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-807.70	↔	Offen chirurgische Refixation am Kapselbandapparat anderer Gelenke: Naht oder Plastik des Kapselbandapparates des Ellenbogengelenkes: Naht des medialen Kapselbandapparates	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-807.71	↔	Offen chirurgische Refixation am Kapselbandapparat anderer Gelenke: Naht oder Plastik des Kapselbandapparates des Ellenbogengelenkes: Naht des lateralen Kapselbandapparates	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-807.72	↔	Offen chirurgische Refixation am Kapselbandapparat anderer Gelenke: Naht oder Plastik des Kapselbandapparates des Ellenbogengelenkes: Plastik des medialen Kapselbandapparates	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-807.73	↔	Offen chirurgische Refixation am Kapselbandapparat anderer Gelenke: Naht oder Plastik des Kapselbandapparates des Ellenbogengelenkes: Plastik des lateralen Kapselbandapparates	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-808.aa	↔	Offen chirurgische Arthrodese: Fußwurzel und/oder Mittelfuß: Zwei Gelenkfächer, Reoperation bei Rezidiv	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-808.ab	↔	Offen chirurgische Arthrodese: Fußwurzel und/oder Mittelfuß: Drei Gelenkfächer, Reoperation bei Rezidiv	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-808.ac	↔	Offen chirurgische Arthrodese: Fußwurzel und/oder Mittelfuß: Vier Gelenkfächer, Reoperation bei Rezidiv	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-808.ad	↔	Offen chirurgische Arthrodese: Fußwurzel und/oder Mittelfuß: Fünf oder mehr Gelenkfächer, Reoperation bei Rezidiv	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-808.ae	↔	Offen chirurgische Arthrodese: Fußwurzel und/oder Mittelfuß: Ein Gelenkfach, Reoperation bei Rezidiv mittels eines kortikospongiösen Spanes	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-808.af	↔	Offen chirurgische Arthrodese: Fußwurzel und/oder Mittelfuß: Zwei oder mehr Gelenkfächer, Reoperation bei Rezidiv mittels eines kortikospongiösen Spanes	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-808.a4	↔	Offen chirurgische Arthrodese: Fußwurzel und/oder Mittelfuß: Ein Gelenkfach	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-808.a5	↔	Offen chirurgische Arthrodese: Fußwurzel und/oder Mittelfuß: Zwei Gelenkfächer	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-808.a6	↔	Offen chirurgische Arthrodese: Fußwurzel und/oder Mittelfuß: Drei Gelenkfächer	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-808.a7	↔	Offen chirurgische Arthrodese: Fußwurzel und/oder Mittelfuß: Vier Gelenkfächer	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-808.a8	↔	Offen chirurgische Arthrodese: Fußwurzel und/oder Mittelfuß: Fünf oder mehr Gelenkfächer	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-808.a9	↔	Offen chirurgische Arthrodese: Fußwurzel und/oder Mittelfuß: Ein Gelenkfach, Reoperation bei Rezidiv	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-808.ba	↔	Offen chirurgische Arthrodese: Zehengelenk: Metatarsophalangealgelenk, Digitus II bis V, 2 Gelenke	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-808.bb	↔	Offen chirurgische Arthrodese: Zehengelenk: Metatarsophalangealgelenk, Digitus II bis V, 3 Gelenke	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-808.bc	↔	Offen chirurgische Arthrodese: Zehengelenk: Metatarsophalangealgelenk, Digitus II bis V, 4 Gelenke	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-808.bd	↔	Offen chirurgische Arthrodese: Zehengelenk: Interphalangealgelenk, Digitus II bis V, 1 Gelenk	D1	31131/ 36131	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-808.be	↔	Offen chirurgische Arthrodese: Zehengelenk: Interphalangealgelenk, Digitus II bis V, 2 Gelenke	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-808.bf	↔	Offen chirurgische Arthrodese: Zehengelenk: Interphalangealgelenk, Digitus II bis V, 3 Gelenke	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-808.bg	↔	Offen chirurgische Arthrodese: Zehengelenk: Interphalangealgelenk, Digitus II bis V, 4 Gelenke	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-808.bh	↔	Offen chirurgische Arthrodese: Zehengelenk: Interphalangealgelenk, Digitus II bis V, 5 oder mehr Gelenke	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-808.bx	↔	Offen chirurgische Arthrodese: Zehengelenk: Sonstige	D1	31131/ 36131	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-808.b0	↔	Offen chirurgische Arthrodese: Zehengelenk: Metatarsophalangealgelenk, Digitus I	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-808.b1	↔	Offen chirurgische Arthrodese: Zehengelenk: Interphalangealgelenk, Digitus I	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-808.b7	↔	Offen chirurgische Arthrodese: Zehengelenk: Metatarsophalangealgelenk, Digitus I, Reoperation bei Rezidiv	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-808.b8	↔	Offen chirurgische Arthrodese: Zehengelenk: Metatarsophalangealgelenk, Digitus I, Reoperation bei Rezidiv mittels eines kortikospongiösen Spanes	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-808.b9	↔	Offen chirurgische Arthrodese: Zehengelenk: Metatarsophalangealgelenk, Digitus II bis V, 1 Gelenk	D1	31131/ 36131	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-808.0	↔	Offen chirurgische Arthrodese: Iliosakralgelenk	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-808.1		Offen chirurgische Arthrodese: Symphyse	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-808.2	↔	Offen chirurgische Arthrodese: Hüftgelenk	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-808.3	↔	Offen chirurgische Arthrodese: Kniegelenk	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-808.4	↔	Offen chirurgische Arthrodese: Schultergelenk	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-808.5	↔	Offen chirurgische Arthrodese: Ellenbogengelenk	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-808.6	↔	Offen chirurgische Arthrodese: Handgelenk	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-808.70	↔	Offen chirurgische Arthrodese: Oberes Sprunggelenk: Ohne weiteres Gelenk	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-808.71	↔	Offen chirurgische Arthrodese: Oberes Sprunggelenk: Mit unterem Sprunggelenk	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-808.80	↔	Offen chirurgische Arthrodese: Unteres Sprunggelenk: Eine Sprunggelenkskammer	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-808.81	↔	Offen chirurgische Arthrodese: Unteres Sprunggelenk: Zwei Sprunggelenkskammern	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-808.82	↔	Offen chirurgische Arthrodese: Unteres Sprunggelenk: Drei Sprunggelenkskammern	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-809.0g	↔	Andere Gelenkoperationen: Durchtrennung eines Bandes, offen chirurgisch: Hüftgelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-809.0h	↔	Andere Gelenkoperationen: Durchtrennung eines Bandes, offen chirurgisch: Kniegelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-809.0k	↔	Andere Gelenkoperationen: Durchtrennung eines Bandes, offen chirurgisch: Oberes Sprunggelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-809.0m	↔	Andere Gelenkoperationen: Durchtrennung eines Bandes, offen chirurgisch: Unteres Sprunggelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-809.0n	↔	Andere Gelenkoperationen: Durchtrennung eines Bandes, offen chirurgisch: Tarsalgelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-809.0p	↔	Andere Gelenkoperationen: Durchtrennung eines Bandes, offen chirurgisch: Tarsometatarsalgelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-809.0q	↔	Andere Gelenkoperationen: Durchtrennung eines Bandes, offen chirurgisch: Metatarsophalangealgelenk	D1	31131/ 36131	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-809.0r	↔	Andere Gelenkoperationen: Durchtrennung eines Bandes, offen chirurgisch: Zehengelenk	D1	31131/ 36131	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-809.0s	↔	Andere Gelenkoperationen: Durchtrennung eines Bandes, offen chirurgisch: Humeroradialgelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-809.0t	↔	Andere Gelenkoperationen: Durchtrennung eines Bandes, offen chirurgisch: Ellenbogengelenk n.n.bez.	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-809.00	↔	Andere Gelenkoperationen: Durchtrennung eines Bandes, offen chirurgisch: Humeroglenoidalgelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-809.01	↔	Andere Gelenkoperationen: Durchtrennung eines Bandes, offen chirurgisch: Akromioklavikulargelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-809.03	↔	Andere Gelenkoperationen: Durchtrennung eines Bandes, offen chirurgisch: Sternoklavikulargelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-809.04	↔	Andere Gelenkoperationen: Durchtrennung eines Bandes, offen chirurgisch: Humeroulnargelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-809.05	↔	Andere Gelenkoperationen: Durchtrennung eines Bandes, offen chirurgisch: Proximales Radioulnargelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-809.06	↔	Andere Gelenkoperationen: Durchtrennung eines Bandes, offen chirurgisch: Distales Radioulnargelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-809.07	↔	Andere Gelenkoperationen: Durchtrennung eines Bandes, offen chirurgisch: Handgelenk n.n.bez.	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-809.08	↔	Andere Gelenkoperationen: Durchtrennung eines Bandes, offen chirurgisch: Radiokarpalgelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-809.09	↔	Andere Gelenkoperationen: Durchtrennung eines Bandes, offen chirurgisch: Ulnokarpalgelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-809.1g	↔	Andere Gelenkoperationen: Arthrorise, offen chirurgisch: Hüftgelenk	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-809.1h	↔	Andere Gelenkoperationen: Arthrorise, offen chirurgisch: Kniegelenk	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-809.1k	↔	Andere Gelenkoperationen: Arthrorise, offen chirurgisch: Oberes Sprunggelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-809.1m	↔	Andere Gelenkoperationen: Arthrorise, offen chirurgisch: Unteres Sprunggelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-809.1q	↔	Andere Gelenkoperationen: Arthrorise, offen chirurgisch: Metatarsophalangealgelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-809.1r	↔	Andere Gelenkoperationen: Arthrorise, offen chirurgisch: Zehengelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-809.1s	↔	Andere Gelenkoperationen: Arthrorise, offen chirurgisch: Humeroradialgelenk	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-809.1t	↔	Andere Gelenkoperationen: Arthrorise, offen chirurgisch: Ellenbogengelenk n.n.bez.	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-809.10	↔	Andere Gelenkoperationen: Arthrorise, offen chirurgisch: Humeroglenoidalgelenk	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-809.14	↔	Andere Gelenkoperationen: Arthrorise, offen chirurgisch: Humeroulnargelenk	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-809.15	↔	Andere Gelenkoperationen: Arthrorise, offen chirurgisch: Proximales Radioulnargelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-809.16	↔	Andere Gelenkoperationen: Arthrorise, offen chirurgisch: Distales Radioulnargelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-809.17	↔	Andere Gelenkoperationen: Arthrorise, offen chirurgisch: Handgelenk n.n.bez.	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-809.18	↔	Andere Gelenkoperationen: Arthrorise, offen chirurgisch: Radiokarpalgelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-809.19	↔	Andere Gelenkoperationen: Arthrorise, offen chirurgisch: Ulnokarpalgelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-809.2g	↔	Andere Gelenkoperationen: Temporäre Fixation eines Gelenkes, offen chirurgisch: Hüftgelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-809.2h	↔	Andere Gelenkoperationen: Temporäre Fixation eines Gelenkes, offen chirurgisch: Kniegelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-809.2j	↔	Andere Gelenkoperationen: Temporäre Fixation eines Gelenkes, offen chirurgisch: Proximales Tibiofibulargelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-809.2k	↔	Andere Gelenkoperationen: Temporäre Fixation eines Gelenkes, offen chirurgisch: Oberes Sprunggelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-809.2m	↔	Andere Gelenkoperationen: Temporäre Fixation eines Gelenkes, offen chirurgisch: Unteres Sprunggelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-809.2n	↔	Andere Gelenkoperationen: Temporäre Fixation eines Gelenkes, offen chirurgisch: Tarsalgelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-809.2p	↔	Andere Gelenkoperationen: Temporäre Fixation eines Gelenkes, offen chirurgisch: Tarsometatarsalgelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-809.2q	↔	Andere Gelenkoperationen: Temporäre Fixation eines Gelenkes, offen chirurgisch: Metatarsophalangealgelenk	D1	31131/ 36131	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-809.2r	↔	Andere Gelenkoperationen: Temporäre Fixation eines Gelenkes, offen chirurgisch: Zehengelenk	D1	31131/ 36131	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-809.2s	↔	Andere Gelenkoperationen: Temporäre Fixation eines Gelenkes, offen chirurgisch: Humeroradialgelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-809.2t	↔	Andere Gelenkoperationen: Temporäre Fixation eines Gelenkes, offen chirurgisch: Ellenbogengelenk n.n.bez.	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-809.20	↔	Andere Gelenkoperationen: Temporäre Fixation eines Gelenkes, offen chirurgisch: Humeroglenoidalgelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-809.23	↔	Andere Gelenkoperationen: Temporäre Fixation eines Gelenkes, offen chirurgisch: Sternoklavikulargelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-809.24	↔	Andere Gelenkoperationen: Temporäre Fixation eines Gelenkes, offen chirurgisch: Humeroulnargelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-809.25	↔	Andere Gelenkoperationen: Temporäre Fixation eines Gelenkes, offen chirurgisch: Proximales Radioulnargelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-809.26	↔	Andere Gelenkoperationen: Temporäre Fixation eines Gelenkes, offen chirurgisch: Distales Radioulnargelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-809.27	↔	Andere Gelenkoperationen: Temporäre Fixation eines Gelenkes, offen chirurgisch: Handgelenk n.n.bez.	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-809.28	↔	Andere Gelenkoperationen: Temporäre Fixation eines Gelenkes, offen chirurgisch: Radiokarpalgelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-809.29	↔	Andere Gelenkoperationen: Temporäre Fixation eines Gelenkes, offen chirurgisch: Ulnokarpalgelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-809.4e	↔	Andere Gelenkoperationen: Temporäre Fixation eines Gelenkes, perkutan: Iliosakralgelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-809.4f		Andere Gelenkoperationen: Temporäre Fixation eines Gelenkes, perkutan: Symphyse	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-809.4g	↔	Andere Gelenkoperationen: Temporäre Fixation eines Gelenkes, perkutan: Hüftgelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-809.4h	↔	Andere Gelenkoperationen: Temporäre Fixation eines Gelenkes, perkutan: Kniegelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-809.4j	↔	Andere Gelenkoperationen: Temporäre Fixation eines Gelenkes, perkutan: Proximales Tibiofibulargelenk	D1	31131/ 36131	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-809.4k	↔	Andere Gelenkoperationen: Temporäre Fixation eines Gelenkes, perkutan: Oberes Sprunggelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-809.4m	↔	Andere Gelenkoperationen: Temporäre Fixation eines Gelenkes, perkutan: Unteres Sprunggelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-809.4n	↔	Andere Gelenkoperationen: Temporäre Fixation eines Gelenkes, perkutan: Tarsalgelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-809.4p	↔	Andere Gelenkoperationen: Temporäre Fixation eines Gelenkes, perkutan: Tarsometatarsalgelenk	D1	31131/ 36131	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-809.4q	↔	Andere Gelenkoperationen: Temporäre Fixation eines Gelenkes, perkutan: Metatarsophalangealgelenk	D1	31131/ 36131	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-809.4r	↔	Andere Gelenkoperationen: Temporäre Fixation eines Gelenkes, perkutan: Zehengelenk	D1	31131/ 36131	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-809.4s	↔	Andere Gelenkoperationen: Temporäre Fixation eines Gelenkes, perkutan: Humeroradialgelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-809.4t	↔	Andere Gelenkoperationen: Temporäre Fixation eines Gelenkes, perkutan: Ellenbogengelenk n.n.bez.	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-809.40	↔	Andere Gelenkoperationen: Temporäre Fixation eines Gelenkes, perkutan: Humeroglenoidalgelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-809.41	↔	Andere Gelenkoperationen: Temporäre Fixation eines Gelenkes, perkutan: Akromioklavikulargelenk	D1	31131/ 36131	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-809.43	↔	Andere Gelenkoperationen: Temporäre Fixation eines Gelenkes, perkutan: Sternoklavikulargelenk	D1	31131/ 36131	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-809.44	↔	Andere Gelenkoperationen: Temporäre Fixation eines Gelenkes, perkutan: Humeroulnargelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-809.45	↔	Andere Gelenkoperationen: Temporäre Fixation eines Gelenkes, perkutan: Proximales Radioulnargelenk	D1	31131/ 36131	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-809.46	↔	Andere Gelenkoperationen: Temporäre Fixation eines Gelenkes, perkutan: Distales Radioulnargelenk	D1	31131/ 36131	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-809.47	↔	Andere Gelenkoperationen: Temporäre Fixation eines Gelenkes, perkutan: Handgelenk n.n.bez.	D1	31131/ 36131	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-809.48	↔	Andere Gelenkoperationen: Temporäre Fixation eines Gelenkes, perkutan: Radiokarpalgelenk	D1	31131/ 36131	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-809.49	↔	Andere Gelenkoperationen: Temporäre Fixation eines Gelenkes, perkutan: Ulnokarpalgelenk	D1	31131/ 36131	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-809.5	↔	Andere Gelenkoperationen: Fusion des distalen Tibiofibulargelenkes, offen chirurgisch	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	

2.22.4 Arthroskopische Gelenkoperationen

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-810.0g	↔	Arthroskopische Gelenkoperation: Gelenkspülung mit Drainage, aseptisch: Hüftgelenk	E3	31143/ 36143	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-810.0h	↔	Arthroskopische Gelenkoperation: Gelenkspülung mit Drainage, aseptisch: Kniegelenk	E2	31142/ 36142	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	31453
5-810.0k	↔	Arthroskopische Gelenkoperation: Gelenkspülung mit Drainage, aseptisch: Oberes Sprunggelenk	E2	31142/ 36142	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	31453
5-810.0m	↔	Arthroskopische Gelenkoperation: Gelenkspülung mit Drainage, aseptisch: Unteres Sprunggelenk	E2	31142/ 36142	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-810.0q	↔	Arthroskopische Gelenkoperation: Gelenkspülung mit Drainage, aseptisch: Metatarsophalangealgelenk	E2	31142/ 36142	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-810.0r	↔	Arthroskopische Gelenkoperation: Gelenkspülung mit Drainage, aseptisch: Zehengelenk	E2	31142/ 36142	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-810.0s	↔	Arthroskopische Gelenkoperation: Gelenkspülung mit Drainage, aseptisch: Humeroradialgelenk	E2	31142/ 36142	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-810.0t	↔	Arthroskopische Gelenkoperation: Gelenkspülung mit Drainage, aseptisch: Ellenbogengelenk n.n.bez.	E2	31142/ 36142	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	31453
5-810.00	↔	Arthroskopische Gelenkoperation: Gelenkspülung mit Drainage, aseptisch: Humeroglenoidalgelenk	E2	31142/ 36142	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	31453
5-810.01	↔	Arthroskopische Gelenkoperation: Gelenkspülung mit Drainage, aseptisch: Akromioklavikulargelenk	E2	31142/ 36142	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	31453
5-810.03	↔	Arthroskopische Gelenkoperation: Gelenkspülung mit Drainage, aseptisch: Sternoklavikulargelenk	E2	31142/ 36142	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-810.04	↔	Arthroskopische Gelenkoperation: Gelenkspülung mit Drainage, aseptisch: Humeroulnargelenk	E2	31142/ 36142	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	31453
5-810.05	↔	Arthroskopische Gelenkoperation: Gelenkspülung mit Drainage, aseptisch: Proximales Radioulnargelenk	E2	31142/ 36142	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	31453

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-810.06	↔	Arthroskopische Gelenkoperation: Gelenkspülung mit Drainage, aseptisch: Distales Radioulnargelenk	E2	31142/ 36142	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	31453
5-810.07	↔	Arthroskopische Gelenkoperation: Gelenkspülung mit Drainage, aseptisch: Handgelenk n.n.bez.	E2	31142/ 36142	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	31453
5-810.08	↔	Arthroskopische Gelenkoperation: Gelenkspülung mit Drainage, aseptisch: Radiokarpalgelenk	E2	31142/ 36142	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	31453
5-810.09	↔	Arthroskopische Gelenkoperation: Gelenkspülung mit Drainage, aseptisch: Ulnokarpalgelenk	E2	31142/ 36142	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	31453
5-810.1g	↔	Arthroskopische Gelenkoperation: Gelenkspülung mit Drainage, septisch: Hüftgelenk	E4	31144/ 36144	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-810.1h	↔	Arthroskopische Gelenkoperation: Gelenkspülung mit Drainage, septisch: Kniegelenk	E3	31143/ 36143	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	31455
5-810.1k	↔	Arthroskopische Gelenkoperation: Gelenkspülung mit Drainage, septisch: Oberes Sprunggelenk	E3	31143/ 36143	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-810.1m	↔	Arthroskopische Gelenkoperation: Gelenkspülung mit Drainage, septisch: Unteres Sprunggelenk	E3	31143/ 36143	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-810.1q	↔	Arthroskopische Gelenkoperation: Gelenkspülung mit Drainage, septisch: Metatarsophalangealgelenk	E2	31142/ 36142	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-810.1r	↔	Arthroskopische Gelenkoperation: Gelenkspülung mit Drainage, septisch: Zehengelenk	E2	31142/ 36142	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-810.1s	↔	Arthroskopische Gelenkoperation: Gelenkspülung mit Drainage, septisch: Humeroradialgelenk	E3	31143/ 36143	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-810.1t	↔	Arthroskopische Gelenkoperation: Gelenkspülung mit Drainage, septisch: Ellenbogengelenk n.n.bez.	E3	31143/ 36143	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-810.10	↔	Arthroskopische Gelenkoperation: Gelenkspülung mit Drainage, septisch: Humeroglenoidalgelenk	E3	31143/ 36143	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-810.11	↔	Arthroskopische Gelenkoperation: Gelenkspülung mit Drainage, septisch: Akromioklavikulargelenk	E2	31142/ 36142	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-810.13	↔	Arthroskopische Gelenkoperation: Gelenkspülung mit Drainage, septisch: Sternoklavikulargelenk	E2	31142/ 36142	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-810.14	↔	Arthroskopische Gelenkoperation: Gelenkspülung mit Drainage, septisch: Humeroulnargelenk	E3	31143/ 36143	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-810.15	↔	Arthroskopische Gelenkoperation: Gelenkspülung mit Drainage, septisch: Proximales Radioulnargelenk	E3	31143/ 36143	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-810.16	↔	Arthroskopische Gelenkoperation: Gelenkspülung mit Drainage, septisch: Distales Radioulnargelenk	E2	31142/ 36142	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-810.17	↔	Arthroskopische Gelenkoperation: Gelenkspülung mit Drainage, septisch: Handgelenk n.n.bez.	E2	31142/ 36142	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-810.18	↔	Arthroskopische Gelenkoperation: Gelenkspülung mit Drainage, septisch: Radiokarpalgelenk	E2	31142/ 36142	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-810.19	↔	Arthroskopische Gelenkoperation: Gelenkspülung mit Drainage, septisch: Ulnokarpalgelenk	E2	31142/ 36142	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-810.2g	↔	Arthroskopische Gelenkoperation: Gelenkmobilisation [Arthrolyse]: Hüftgelenk	E5	31145/ 36145	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	31457
5-810.2h	↔	Arthroskopische Gelenkoperation: Gelenkmobilisation [Arthrolyse]: Kniegelenk	E5	31145/ 36145	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	31457
5-810.2k	↔	Arthroskopische Gelenkoperation: Gelenkmobilisation [Arthrolyse]: Oberes Sprunggelenk	E5	31145/ 36145	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	31457
5-810.2m	↔	Arthroskopische Gelenkoperation: Gelenkmobilisation [Arthrolyse]: Unteres Sprunggelenk	E5	31145/ 36145	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	31457
5-810.2q	↔	Arthroskopische Gelenkoperation: Gelenkmobilisation [Arthrolyse]: Metatarsophalangealgelenk	E3	31143/ 36143	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	31455
5-810.2r	↔	Arthroskopische Gelenkoperation: Gelenkmobilisation [Arthrolyse]: Zehengelenk	E2	31142/ 36142	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-810.2s	↔	Arthroskopische Gelenkoperation: Gelenkmobilisation [Arthrolyse]: Humeroradialgelenk	E5	31145/ 36145	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	31457

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-810.2t	↔	Arthroskopische Gelenkoperation: Gelenkmobilisation [Arthrolyse]: Ellenbogengelenk n.n.bez.	E5	31145/ 36145	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	31457
5-810.20	↔	Arthroskopische Gelenkoperation: Gelenkmobilisation [Arthrolyse]: Humeroglenoidalgelenk	E5	31145/ 36145	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	31457
5-810.22	↔	Arthroskopische Gelenkoperation: Gelenkmobilisation [Arthrolyse]: Thorakoskapulargelenk(raum)	E6	31146/ 36146	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-810.24	↔	Arthroskopische Gelenkoperation: Gelenkmobilisation [Arthrolyse]: Humeroulnargelenk	E5	31145/ 36145	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	31457
5-810.25	↔	Arthroskopische Gelenkoperation: Gelenkmobilisation [Arthrolyse]: Proximales Radioulnargelenk	E5	31145/ 36145	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	31457
5-810.27	↔	Arthroskopische Gelenkoperation: Gelenkmobilisation [Arthrolyse]: Handgelenk n.n.bez.	E5	31145/ 36145	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	31457
5-810.3g	↔	Arthroskopische Gelenkoperation: Entfernung von Osteosynthesematerial: Hüftgelenk	E6	31146/ 36146	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-810.3h	↔	Arthroskopische Gelenkoperation: Entfernung von Osteosynthesematerial: Kniegelenk	E5	31145/ 36145	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	31457
5-810.3k	↔	Arthroskopische Gelenkoperation: Entfernung von Osteosynthesematerial: Oberes Sprunggelenk	E5	31145/ 36145	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	31457
5-810.3m	↔	Arthroskopische Gelenkoperation: Entfernung von Osteosynthesematerial: Unteres Sprunggelenk	E5	31145/ 36145	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	31457
5-810.3q	↔	Arthroskopische Gelenkoperation: Entfernung von Osteosynthesematerial: Metatarsophalangealgelenk	E4	31144/ 36144	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-810.3r	↔	Arthroskopische Gelenkoperation: Entfernung von Osteosynthesematerial: Zehengelenk	E1	31141/ 36141	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	31452
5-810.3s	↔	Arthroskopische Gelenkoperation: Entfernung von Osteosynthesematerial: Humeroradialgelenk	E5	31145/ 36145	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	31457
5-810.3t	↔	Arthroskopische Gelenkoperation: Entfernung von Osteosynthesematerial: Ellenbogengelenk n.n.bez.	E5	31145/ 36145	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	31457

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-810.30	↔	Arthroskopische Gelenkoperation: Entfernung von Osteosynthesematerial: Humeroglenoidalgelenk	E5	31145/ 36145	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	31457
5-810.34	↔	Arthroskopische Gelenkoperation: Entfernung von Osteosynthesematerial: Humeroulnargelenk	E5	31145/ 36145	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	31457
5-810.35	↔	Arthroskopische Gelenkoperation: Entfernung von Osteosynthesematerial: Proximales Radioulnargelenk	E5	31145/ 36145	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-810.37	↔	Arthroskopische Gelenkoperation: Entfernung von Osteosynthesematerial: Handgelenk n.n.bez.	E5	31145/ 36145	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	31457
5-810.4g	↔	Arthroskopische Gelenkoperation: Entfernung freier Gelenkkörper: Hüftgelenk	E5	31145/ 36145	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	31457
5-810.4h	↔	Arthroskopische Gelenkoperation: Entfernung freier Gelenkkörper: Kniegelenk	E3	31143/ 36143	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	31455
5-810.4k	↔	Arthroskopische Gelenkoperation: Entfernung freier Gelenkkörper: Oberes Sprunggelenk	E4	31144/ 36144	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	31456
5-810.4m	↔	Arthroskopische Gelenkoperation: Entfernung freier Gelenkkörper: Unteres Sprunggelenk	E3	31143/ 36143	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	31455
5-810.4q	↔	Arthroskopische Gelenkoperation: Entfernung freier Gelenkkörper: Metatarsophalangealgelenk	E2	31142/ 36142	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-810.4r	↔	Arthroskopische Gelenkoperation: Entfernung freier Gelenkkörper: Zehengelenk	E2	31142/ 36142	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-810.4s	↔	Arthroskopische Gelenkoperation: Entfernung freier Gelenkkörper: Humeroradialgelenk	E4	31144/ 36144	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	31456
5-810.4t	↔	Arthroskopische Gelenkoperation: Entfernung freier Gelenkkörper: Ellenbogengelenk n.n.bez.	E4	31144/ 36144	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	31456
5-810.40	↔	Arthroskopische Gelenkoperation: Entfernung freier Gelenkkörper: Humeroglenoidalgelenk	E4	31144/ 36144	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	31456
5-810.41	↔	Arthroskopische Gelenkoperation: Entfernung freier Gelenkkörper: Akromioklavikulargelenk	E2	31142/ 36142	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	31453

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-810.44	↔	Arthroskopische Gelenkoperation: Entfernung freier Gelenkkörper: Humeroulnargelenk	E4	31144/ 36144	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	31456
5-810.45	↔	Arthroskopische Gelenkoperation: Entfernung freier Gelenkkörper: Proximales Radioulnargelenk	E4	31144/ 36144	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	31456
5-810.47	↔	Arthroskopische Gelenkoperation: Entfernung freier Gelenkkörper: Handgelenk n.n.bez.	E4	31144/ 36144	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	31456
5-810.5g	↔	Arthroskopische Gelenkoperation: Entfernung periartikulärer Verkalkungen: Hüftgelenk	E5	31145/ 36145	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	31457
5-810.5h	↔	Arthroskopische Gelenkoperation: Entfernung periartikulärer Verkalkungen: Kniegelenk	E4	31144/ 36144	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	31456
5-810.5s	↔	Arthroskopische Gelenkoperation: Entfernung periartikulärer Verkalkungen: Humeroradialgelenk	E5	31145/ 36145	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	31457
5-810.5t	↔	Arthroskopische Gelenkoperation: Entfernung periartikulärer Verkalkungen: Ellenbogengelenk n.n.bez.	E5	31145/ 36145	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	31457
5-810.50	↔	Arthroskopische Gelenkoperation: Entfernung periartikulärer Verkalkungen: Humeroglenoidalgelenk	E5	31145/ 36145	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	31457
5-810.51	↔	Arthroskopische Gelenkoperation: Entfernung periartikulärer Verkalkungen: Akromioklavikulargelenk	E4	31144/ 36144	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	31456
5-810.52	↔	Arthroskopische Gelenkoperation: Entfernung periartikulärer Verkalkungen: Thorakoskapulargelenk(raum)	E5	31145/ 36145	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-810.54	↔	Arthroskopische Gelenkoperation: Entfernung periartikulärer Verkalkungen: Humeroulnargelenk	E5	31145/ 36145	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	31457
5-810.57	↔	Arthroskopische Gelenkoperation: Entfernung periartikulärer Verkalkungen: Handgelenk n.n.bez.	E5	31145/ 36145	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	31457
5-810.6h	↔	Arthroskopische Gelenkoperation: Arthroskopisch assistierte Versorgung einer Fraktur: Kniegelenk	E5	31145/ 36145	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	31457
5-810.6s	↔	Arthroskopische Gelenkoperation: Arthroskopisch assistierte Versorgung einer Fraktur: Humeroradialgelenk	E6	31146/ 36146	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-810.6t	↔	Arthroskopische Gelenkoperation: Arthroskopisch assistierte Versorgung einer Fraktur: Ellenbogengelenk n.n.bez.	E6	31146/ 36146	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-810.60	↔	Arthroskopische Gelenkoperation: Arthroskopisch assistierte Versorgung einer Fraktur: Humeroglenoidalgelenk	E6	31146/ 36146	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	31457
5-810.67	↔	Arthroskopische Gelenkoperation: Arthroskopisch assistierte Versorgung einer Fraktur: Handgelenk n.n.bez.	E4	31144/ 36144	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-810.7g	↔	Arthroskopische Gelenkoperation: Einlegen eines Medikamententrägers: Hüftgelenk	E3	31143/ 36143	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	31455
5-810.7h	↔	Arthroskopische Gelenkoperation: Einlegen eines Medikamententrägers: Kniegelenk	E2	31142/ 36142	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	31453
5-810.7k	↔	Arthroskopische Gelenkoperation: Einlegen eines Medikamententrägers: Oberes Sprunggelenk	E2	31142/ 36142	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-810.7m	↔	Arthroskopische Gelenkoperation: Einlegen eines Medikamententrägers: Unteres Sprunggelenk	E2	31142/ 36142	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-810.7s	↔	Arthroskopische Gelenkoperation: Einlegen eines Medikamententrägers: Humeroradialgelenk	E2	31142/ 36142	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-810.7t	↔	Arthroskopische Gelenkoperation: Einlegen eines Medikamententrägers: Ellenbogengelenk n.n.bez.	E2	31142/ 36142	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-810.70	↔	Arthroskopische Gelenkoperation: Einlegen eines Medikamententrägers: Humeroglenoidalgelenk	E2	31142/ 36142	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	31453
5-810.71	↔	Arthroskopische Gelenkoperation: Einlegen eines Medikamententrägers: Akromioklavikulargelenk	E2	31142/ 36142	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-810.74	↔	Arthroskopische Gelenkoperation: Einlegen eines Medikamententrägers: Humeroulnargelenk	E2	31142/ 36142	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-810.75	↔	Arthroskopische Gelenkoperation: Einlegen eines Medikamententrägers: Proximales Radioulnargelenk	E2	31142/ 36142	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-810.77	↔	Arthroskopische Gelenkoperation: Einlegen eines Medikamententrägers: Handgelenk n.n.bez.	E2	31142/ 36142	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-810.8g	↔	Arthroskopische Gelenkoperation: Entfernen eines Medikamententrägers: Hüftgelenk	E3	31143/ 36143	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-810.8h	↔	Arthroskopische Gelenkoperation: Entfernen eines Medikamententrägers: Kniegelenk	E2	31142/ 36142	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-810.8k	↔	Arthroskopische Gelenkoperation: Entfernen eines Medikamententrägers: Oberes Sprunggelenk	E2	31142/ 36142	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-810.8m	↔	Arthroskopische Gelenkoperation: Entfernen eines Medikamententrägers: Unteres Sprunggelenk	E2	31142/ 36142	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-810.8s	↔	Arthroskopische Gelenkoperation: Entfernen eines Medikamententrägers: Humeroradialgelenk	E2	31142/ 36142	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-810.8t	↔	Arthroskopische Gelenkoperation: Entfernen eines Medikamententrägers: Ellenbogengelenk n.n.bez.	E2	31142/ 36142	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-810.80	↔	Arthroskopische Gelenkoperation: Entfernen eines Medikamententrägers: Humeroglenoidalgelenk	E2	31142/ 36142	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-810.81	↔	Arthroskopische Gelenkoperation: Entfernen eines Medikamententrägers: Akromioklavikulargelenk	E2	31142/ 36142	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-810.84	↔	Arthroskopische Gelenkoperation: Entfernen eines Medikamententrägers: Humeroulnargelenk	E2	31142/ 36142	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-810.85	↔	Arthroskopische Gelenkoperation: Entfernen eines Medikamententrägers: Proximales Radioulnargelenk	E2	31142/ 36142	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-810.87	↔	Arthroskopische Gelenkoperation: Entfernen eines Medikamententrägers: Handgelenk n.n.bez.	E2	31142/ 36142	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-810.9g	↔	Arthroskopische Gelenkoperation: Resektion von Bandanteilen und/ oder Bandresten: Hüftgelenk	E3	31143/ 36143	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	31455
5-810.9h	↔	Arthroskopische Gelenkoperation: Resektion von Bandanteilen und/ oder Bandresten: Kniegelenk	E3	31143/ 36143	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	31455
5-810.9k	↔	Arthroskopische Gelenkoperation: Resektion von Bandanteilen und/ oder Bandresten: Oberes Sprunggelenk	E2	31142/ 36142	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	31453

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-810.9s	↔	Arthroskopische Gelenkoperation: Resektion von Bandanteilen und/ oder Bandresten: Humeroradialgelenk	E3	31143/ 36143	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	31455
5-810.9t	↔	Arthroskopische Gelenkoperation: Resektion von Bandanteilen und/ oder Bandresten: Ellenbogengelenk n.n.bez.	E3	31143/ 36143	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	31455
5-810.90	↔	Arthroskopische Gelenkoperation: Resektion von Bandanteilen und/ oder Bandresten: Humeroglenoidalgelenk	E3	31143/ 36143	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	31455
5-810.91	↔	Arthroskopische Gelenkoperation: Resektion von Bandanteilen und/ oder Bandresten: Akromioklavikulargelenk	E3	31143/ 36143	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	31455
5-810.94	↔	Arthroskopische Gelenkoperation: Resektion von Bandanteilen und/ oder Bandresten: Humeroulnargelenk	E3	31143/ 36143	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	31455
5-810.95	↔	Arthroskopische Gelenkoperation: Resektion von Bandanteilen und/ oder Bandresten: Proximales Radioulnargelenk	E3	31143/ 36143	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	31455
5-810.96	↔	Arthroskopische Gelenkoperation: Resektion von Bandanteilen und/ oder Bandresten: Distales Radioulnargelenk	E2	31142/ 36142	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	31453
5-810.97	↔	Arthroskopische Gelenkoperation: Resektion von Bandanteilen und/ oder Bandresten: Handgelenk n.n.bez.	E2	31142/ 36142	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	31453
5-810.98	↔	Arthroskopische Gelenkoperation: Resektion von Bandanteilen und/ oder Bandresten: Radiokarpalgelenk	E2	31142/ 36142	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	31453
5-810.99	↔	Arthroskopische Gelenkoperation: Resektion von Bandanteilen und/ oder Bandresten: Ulnokarpalgelenk	E2	31142/ 36142	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	31453
5-811.0h	↔	Arthroskopische Operation an der Synovialis: Resektion einer Plica synovialis: Kniegelenk	E1	31141/ 36141	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	31452
5-811.07	↔	Arthroskopische Operation an der Synovialis: Resektion einer Plica synovialis: Handgelenk n.n.bez.	E2	31142/ 36142	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	31453
5-811.1h	↔	Arthroskopische Operation an der Synovialis: Resektion an einem Fettkörper (z.B. Hoffa-Fettkörper): Kniegelenk	E1	31141/ 36141	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	31452
5-811.2g	↔	Arthroskopische Operation an der Synovialis: Synovektomie, partiell: Hüftgelenk	E2	31142/ 36142	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	31453

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-811.2h	↔	Arthroskopische Operation an der Synovialis: Synovektomie, partiell: Kniegelenk	E2	31142/ 36142	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	31453
5-811.2k	↔	Arthroskopische Operation an der Synovialis: Synovektomie, partiell: Oberes Sprunggelenk	E2	31142/ 36142	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	31453
5-811.2m	↔	Arthroskopische Operation an der Synovialis: Synovektomie, partiell: Unteres Sprunggelenk	E2	31142/ 36142	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	31453
5-811.2r	↔	Arthroskopische Operation an der Synovialis: Synovektomie, partiell: Zehengelenk	E1	31141/ 36141	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	31453
5-811.2s	↔	Arthroskopische Operation an der Synovialis: Synovektomie, partiell: Humeroradialgelenk	E2	31142/ 36142	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	31453
5-811.2t	↔	Arthroskopische Operation an der Synovialis: Synovektomie, partiell: Ellenbogengelenk n.n.bez.	E2	31142/ 36142	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	31453
5-811.20	↔	Arthroskopische Operation an der Synovialis: Synovektomie, partiell: Humeroglenoidalgelenk	E2	31142/ 36142	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	31453
5-811.21	↔	Arthroskopische Operation an der Synovialis: Synovektomie, partiell: Akromioklavikulargelenk	E2	31142/ 36142	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	31453
5-811.24	↔	Arthroskopische Operation an der Synovialis: Synovektomie, partiell: Humeroulnargelenk	E2	31142/ 36142	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	31453
5-811.25	↔	Arthroskopische Operation an der Synovialis: Synovektomie, partiell: Proximales Radioulnargelenk	E2	31142/ 36142	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	31453
5-811.26	↔	Arthroskopische Operation an der Synovialis: Synovektomie, partiell: Distales Radioulnargelenk	E2	31142/ 36142	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	31453
5-811.27	↔	Arthroskopische Operation an der Synovialis: Synovektomie, partiell: Handgelenk n.n.bez.	E2	31142/ 36142	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	31453
5-811.28	↔	Arthroskopische Operation an der Synovialis: Synovektomie, partiell: Radiokarpalgelenk	E2	31142/ 36142	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	31453
5-811.29	↔	Arthroskopische Operation an der Synovialis: Synovektomie, partiell: Ulnokarpalgelenk	E2	31142/ 36142	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	31453

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-811.3g	↔	Arthroskopische Operation an der Synovialis: Synovektomie, total: Hüftgelenk	E5	31145/ 36145	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	31457
5-811.3h	↔	Arthroskopische Operation an der Synovialis: Synovektomie, total: Kniegelenk	E4	31144/ 36144	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	31456
5-811.3k	↔	Arthroskopische Operation an der Synovialis: Synovektomie, total: Oberes Sprunggelenk	E3	31143/ 36143	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	31455
5-811.3m	↔	Arthroskopische Operation an der Synovialis: Synovektomie, total: Unteres Sprunggelenk	E3	31143/ 36143	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-811.3s	↔	Arthroskopische Operation an der Synovialis: Synovektomie, total: Humeroradialgelenk	E4	31144/ 36144	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	31456
5-811.3t	↔	Arthroskopische Operation an der Synovialis: Synovektomie, total: Ellenbogengelenk n.n.bez.	E4	31144/ 36144	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	31456
5-811.30	↔	Arthroskopische Operation an der Synovialis: Synovektomie, total: Humeroglenoidalgelenk	E4	31144/ 36144	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	31456
5-811.31	↔	Arthroskopische Operation an der Synovialis: Synovektomie, total: Akromioklavikulargelenk	E4	31144/ 36144	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	31456
5-811.34	↔	Arthroskopische Operation an der Synovialis: Synovektomie, total: Humeroulnargelenk	E4	31144/ 36144	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	31456
5-811.35	↔	Arthroskopische Operation an der Synovialis: Synovektomie, total: Proximales Radioulnargelenk	E4	31144/ 36144	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	31456
5-811.36	↔	Arthroskopische Operation an der Synovialis: Synovektomie, total: Distales Radioulnargelenk	E3	31143/ 36143	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	31456
5-811.37	↔	Arthroskopische Operation an der Synovialis: Synovektomie, total: Handgelenk n.n.bez.	E4	31144/ 36144	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	31456
5-811.38	↔	Arthroskopische Operation an der Synovialis: Synovektomie, total: Radiokarpalgelenk	E3	31143/ 36143	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	31456
5-811.39	↔	Arthroskopische Operation an der Synovialis: Synovektomie, total: Ulnokarpalgelenk	E3	31143/ 36143	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	31456

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-811.4g	↔	Arthroskopische Operation an der Synovialis: Elektrothermische Denervierung von Synovialis und Kapselgewebe: Hüftgelenk	E2	31142/ 36142	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	31453
5-811.4h	↔	Arthroskopische Operation an der Synovialis: Elektrothermische Denervierung von Synovialis und Kapselgewebe: Kniegelenk	E2	31142/ 36142	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	31453
5-811.4k	↔	Arthroskopische Operation an der Synovialis: Elektrothermische Denervierung von Synovialis und Kapselgewebe: Oberes Sprunggelenk	E2	31142/ 36142	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	31453
5-811.4m	↔	Arthroskopische Operation an der Synovialis: Elektrothermische Denervierung von Synovialis und Kapselgewebe: Unteres Sprunggelenk	E2	31142/ 36142	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	31453
5-811.4n	↔	Arthroskopische Operation an der Synovialis: Elektrothermische Denervierung von Synovialis und Kapselgewebe: Tarsalgelenk	E2	31142/ 36142	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-811.4p	↔	Arthroskopische Operation an der Synovialis: Elektrothermische Denervierung von Synovialis und Kapselgewebe: Tarsometatarsalgelenk	E2	31142/ 36142	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-811.4q	↔	Arthroskopische Operation an der Synovialis: Elektrothermische Denervierung von Synovialis und Kapselgewebe: Metatarsophalangealgelenk	E2	31142/ 36142	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-811.4r	↔	Arthroskopische Operation an der Synovialis: Elektrothermische Denervierung von Synovialis und Kapselgewebe: Zehengelenk	E2	31142/ 36142	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-811.4s	↔	Arthroskopische Operation an der Synovialis: Elektrothermische Denervierung von Synovialis und Kapselgewebe: Humeroradialgelenk	E2	31142/ 36142	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	31453
5-811.4t	↔	Arthroskopische Operation an der Synovialis: Elektrothermische Denervierung von Synovialis und Kapselgewebe: Ellenbogengelenk n.n.bez.	E2	31142/ 36142	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	31453
5-811.40	↔	Arthroskopische Operation an der Synovialis: Elektrothermische Denervierung von Synovialis und Kapselgewebe: Humeroglenoidalgelenk	E2	31142/ 36142	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	31453

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-811.41	↔	Arthroskopische Operation an der Synovialis: Elektrothermische Denervierung von Synovialis und Kapselgewebe: Akromioklavikulargelenk	E2	31142/ 36142	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	31453
5-811.44	↔	Arthroskopische Operation an der Synovialis: Elektrothermische Denervierung von Synovialis und Kapselgewebe: Humeroulnargelenk	E2	31142/ 36142	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	31453
5-811.45	↔	Arthroskopische Operation an der Synovialis: Elektrothermische Denervierung von Synovialis und Kapselgewebe: Proximales Radioulnargelenk	E2	31142/ 36142	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	31453
5-811.46	↔	Arthroskopische Operation an der Synovialis: Elektrothermische Denervierung von Synovialis und Kapselgewebe: Distales Radioulnargelenk	E2	31142/ 36142	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	31453
5-811.47	↔	Arthroskopische Operation an der Synovialis: Elektrothermische Denervierung von Synovialis und Kapselgewebe: Handgelenk n.n.bez.	E2	31142/ 36142	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-811.48	↔	Arthroskopische Operation an der Synovialis: Elektrothermische Denervierung von Synovialis und Kapselgewebe: Radiokarpalgelenk	E2	31142/ 36142	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	31453
5-811.49	↔	Arthroskopische Operation an der Synovialis: Elektrothermische Denervierung von Synovialis und Kapselgewebe: Ulnokarpalgelenk	E2	31142/ 36142	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	31453
5-812.b	↔	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Resektion des Discus triangularis	E4	31144/ 36144	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	31456
5-812.eg	↔	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Knorpelglättung (Chondroplastik): Hüftgelenk	E2	31142/ 36142	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	31453
5-812.eh	↔	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Knorpelglättung (Chondroplastik): Kniegelenk	E2	31142/ 36142	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	31453
5-812.ek	↔	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Knorpelglättung (Chondroplastik): Oberes Sprunggelenk	E2	31142/ 36142	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	31453
5-812.en	↔	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Knorpelglättung (Chondroplastik): Tarsalgelenk	E2	31142/ 36142	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-812.eq	↔	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Knorpelglättung (Chondroplastik): Metatarsophalangealgelenk	E2	31142/ 36142	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-812.es	↔	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Knorpelglättung (Chondroplastik): Humeroradialgelenk	E2	31142/ 36142	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	31453
5-812.et	↔	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Knorpelglättung (Chondroplastik): Ellenbogengelenk n.n.bez.	E2	31142/ 36142	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	31453
5-812.e0	↔	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Knorpelglättung (Chondroplastik): Humeroglenoidalgelenk	E2	31142/ 36142	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	31453
5-812.e1	↔	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Knorpelglättung (Chondroplastik): Akromioklavikulargelenk	E2	31142/ 36142	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	31453
5-812.e4	↔	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Knorpelglättung (Chondroplastik): Humeroulnargelenk	E2	31142/ 36142	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	31453
5-812.e5	↔	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Knorpelglättung (Chondroplastik): Proximales Radioulnargelenk	E2	31142/ 36142	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	31453
5-812.e7	↔	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Knorpelglättung (Chondroplastik): Handgelenk n.n.bez.	E2	31142/ 36142	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	31453
5-812.fg	↔	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Subchondrale Knocheneröffnung (z.B. nach Pridie, Mikrofrakturierung, Abrasionsarthroplastik): Hüftgelenk	E4	31144/ 36144	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	31456
5-812.fh	↔	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Subchondrale Knocheneröffnung (z.B. nach Pridie, Mikrofrakturierung, Abrasionsarthroplastik): Kniegelenk	E3	31143/ 36143	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	31455
5-812.fk	↔	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Subchondrale Knocheneröffnung (z.B. nach Pridie, Mikrofrakturierung, Abrasionsarthroplastik): Oberes Sprunggelenk	E3	31143/ 36143	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	31455
5-812.fm	↔	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Subchondrale Knocheneröffnung (z.B. nach Pridie, Mikrofrakturierung, Abrasionsarthroplastik): Unteres Sprunggelenk	E3	31143/ 36143	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	31455
5-812.fn	↔	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Subchondrale Knocheneröffnung (z.B. nach Pridie, Mikrofrakturierung, Abrasionsarthroplastik): Tarsalgelenk	E2	31142/ 36142	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	31453

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-812.fs	↔	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Subchondrale Knocheneröffnung (z.B. nach Pridie, Mikrofrakturierung, Abrasionsarthroplastik): Humeroradialgelenk	E3	31143/ 36143	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	31455
5-812.ft	↔	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Subchondrale Knocheneröffnung (z.B. nach Pridie, Mikrofrakturierung, Abrasionsarthroplastik): Ellenbogengelenk n.n.bez.	E3	31143/ 36143	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	31455
5-812.f0	↔	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Subchondrale Knocheneröffnung (z.B. nach Pridie, Mikrofrakturierung, Abrasionsarthroplastik): Humeroglenoidalgelenk	E3	31143/ 36143	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	31455
5-812.f1	↔	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Subchondrale Knocheneröffnung (z.B. nach Pridie, Mikrofrakturierung, Abrasionsarthroplastik): Akromioklavikulargelenk	E3	31143/ 36143	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	31455
5-812.f4	↔	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Subchondrale Knocheneröffnung (z.B. nach Pridie, Mikrofrakturierung, Abrasionsarthroplastik): Humeroulnargelenk	E3	31143/ 36143	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	31455
5-812.f5	↔	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Subchondrale Knocheneröffnung (z.B. nach Pridie, Mikrofrakturierung, Abrasionsarthroplastik): Proximales Radioulnargelenk	E2	31142/ 36142	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	31453
5-812.f7	↔	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Subchondrale Knocheneröffnung (z.B. nach Pridie, Mikrofrakturierung, Abrasionsarthroplastik): Handgelenk n.n.bez.	E3	31143/ 36143	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	31455
5-812.hh	↔	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Autogene matrixinduzierte Chondrozytentransplantation: Kniegelenk	E5	31145/ 36145	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-812.kg	↔	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Resektion eines oder mehrerer Osteophyten: Hüftgelenk	E4	31144/ 36144	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	31456
5-812.kh	↔	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Resektion eines oder mehrerer Osteophyten: Kniegelenk	E3	31143/ 36143	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	31455
5-812.kk	↔	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Resektion eines oder mehrerer Osteophyten: Oberes Sprunggelenk	E2	31142/ 36142	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	31453

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-812.km	↔	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Resektion eines oder mehrerer Osteophyten: Unteres Sprunggelenk	E2	31142/ 36142	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	31453
5-812.kn	↔	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Resektion eines oder mehrerer Osteophyten: Tarsalgelenk	E2	31142/ 36142	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	31453
5-812.kp	↔	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Resektion eines oder mehrerer Osteophyten: Tarsometatarsalgelenk	E2	31142/ 36142	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-812.kq	↔	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Resektion eines oder mehrerer Osteophyten: Metatarsophalangealgelenk	E2	31142/ 36142	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-812.kr	↔	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Resektion eines oder mehrerer Osteophyten: Zehengelenk	E2	31142/ 36142	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-812.ks	↔	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Resektion eines oder mehrerer Osteophyten: Humeroradialgelenk	E2	31142/ 36142	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	31453
5-812.kt	↔	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Resektion eines oder mehrerer Osteophyten: Ellenbogengelenk n.n.bez.	E2	31142/ 36142	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	31453
5-812.k0	↔	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Resektion eines oder mehrerer Osteophyten: Humeroglenoidalgelenk	E3	31143/ 36143	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	31455
5-812.k1	↔	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Resektion eines oder mehrerer Osteophyten: Akromioklavikulargelenk	E2	31142/ 36142	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	31453
5-812.k4	↔	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Resektion eines oder mehrerer Osteophyten: Humeroulnargelenk	E2	31142/ 36142	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	31453
5-812.k5	↔	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Resektion eines oder mehrerer Osteophyten: Proximales Radioulnargelenk	E2	31142/ 36142	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	31453
5-812.k6	↔	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Resektion eines oder mehrerer Osteophyten: Distales Radioulnargelenk	E2	31142/ 36142	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	31453

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-812.k7	↔	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Resektion eines oder mehrerer Osteophyten: Handgelenk n.n.bez.	E3	31143/ 36143	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-812.k8	↔	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Resektion eines oder mehrerer Osteophyten: Radiokarpalgelenk	E2	31142/ 36142	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	31453
5-812.k9	↔	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Resektion eines oder mehrerer Osteophyten: Ulnokarpalgelenk	E2	31142/ 36142	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	31453
5-812.n0	↔	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Naht oder Rekonstruktion des Discus triangularis [TFCC]: Refixation, kapsulär	E5	31145/ 36145	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	31457
5-812.n1	↔	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Naht oder Rekonstruktion des Discus triangularis [TFCC]: Refixation, knöchern	E5	31145/ 36145	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	31457
5-812.n2	↔	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Naht oder Rekonstruktion des Discus triangularis [TFCC]: Rekonstruktion durch Transplantat	E5	31145/ 36145	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	31457
5-812.0g	↔	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Exzision von erkranktem Gewebe am Gelenkknorpel: Hüftgelenk	E2	31142/ 36142	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	31453
5-812.0h	↔	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Exzision von erkranktem Gewebe am Gelenkknorpel: Kniegelenk	E2	31142/ 36142	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	31453
5-812.0k	↔	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Exzision von erkranktem Gewebe am Gelenkknorpel: Oberes Sprunggelenk	E2	31142/ 36142	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	31453
5-812.0m	↔	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Exzision von erkranktem Gewebe am Gelenkknorpel: Unteres Sprunggelenk	E2	31142/ 36142	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	31453
5-812.0q	↔	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Exzision von erkranktem Gewebe am Gelenkknorpel: Metatarsophalangealgelenk	E2	31142/ 36142	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-812.0r	↔	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Exzision von erkranktem Gewebe am Gelenkknorpel: Zehengelenk	E2	31142/ 36142	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-812.0s	↔	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Exzision von erkranktem Gewebe am Gelenkknorpel: Humeroradialgelenk	E2	31142/ 36142	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	31453
5-812.0t	↔	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Exzision von erkranktem Gewebe am Gelenkknorpel: Ellenbogengelenk n.n.bez.	E2	31142/ 36142	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	31453
5-812.00	↔	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Exzision von erkranktem Gewebe am Gelenkknorpel: Humeroglenoidalgelenk	E2	31142/ 36142	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	31453
5-812.01	↔	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Exzision von erkranktem Gewebe am Gelenkknorpel: Akromioklavikulargelenk	E2	31142/ 36142	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	31453
5-812.04	↔	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Exzision von erkranktem Gewebe am Gelenkknorpel: Humeroulnargelenk	E2	31142/ 36142	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	31453
5-812.05	↔	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Exzision von erkranktem Gewebe am Gelenkknorpel: Proximales Radioulnargelenk	E2	31142/ 36142	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	31453
5-812.06	↔	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Exzision von erkranktem Gewebe am Gelenkknorpel: Distales Radioulnargelenk	E2	31142/ 36142	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	31453
5-812.07	↔	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Exzision von erkranktem Gewebe am Gelenkknorpel: Handgelenk n.n.bez.	E2	31142/ 36142	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	31453
5-812.08	↔	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Exzision von erkranktem Gewebe am Gelenkknorpel: Radiokarpalgelenk	E2	31142/ 36142	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	31453

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-812.09	↔	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Exzision von erkranktem Gewebe am Gelenkknorpel: Ulnokarpalgelenk	E2	31142/ 36142	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	31453
5-812.3g	↔	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Refixation eines osteochondralen Fragmentes: Hüftgelenk	E5	31145/ 36145	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	31457
5-812.3h	↔	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Refixation eines osteochondralen Fragmentes: Kniegelenk	E4	31144/ 36144	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	31456
5-812.3k	↔	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Refixation eines osteochondralen Fragmentes: Oberes Sprunggelenk	E4	31144/ 36144	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	31456
5-812.3m	↔	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Refixation eines osteochondralen Fragmentes: Unteres Sprunggelenk	E4	31144/ 36144	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	31456
5-812.3s	↔	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Refixation eines osteochondralen Fragmentes: Humeroradialgelenk	E4	31144/ 36144	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-812.3t	↔	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Refixation eines osteochondralen Fragmentes: Ellenbogengelenk n.n.bez.	E4	31144/ 36144	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-812.30	↔	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Refixation eines osteochondralen Fragmentes: Humeroglenoidalgelenk	E5	31145/ 36145	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	31457
5-812.34	↔	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Refixation eines osteochondralen Fragmentes: Humeroulnargelenk	E4	31144/ 36144	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	31456
5-812.35	↔	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Refixation eines osteochondralen Fragmentes: Proximales Radioulnargelenk	E4	31144/ 36144	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-812.37	↔	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Refixation eines osteochondralen Fragmentes: Handgelenk n.n.bez.	E4	31144/ 36144	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	31456
5-812.39	↔	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Refixation eines osteochondralen Fragmentes: Ulnokarpalgelenk	E4	31144/ 36144	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	31456
5-812.5	↔	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Meniskusresektion, partiell	E2	31142/ 36142	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	31453

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-812.6	↔	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Meniskusresektion, total	E3	31143/ 36143	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	31455
5-812.7	↔	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Meniskusrefixation	E4	31144/ 36144	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	31456
5-812.8h	↔	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Entnahme eines Knorpeltransplantates: Kniegelenk	E3	31143/ 36143	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-812.9h	↔	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Knorpeltransplantation: Kniegelenk	E5	31145/ 36145	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	31457
5-812.9k	↔	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Knorpeltransplantation: Oberes Sprunggelenk	E5	31145/ 36145	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	31457
5-812.9s	↔	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Knorpeltransplantation: Humeroradialgelenk	E4	31144/ 36144	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-812.9t	↔	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Knorpeltransplantation: Ellenbogengelenk n.n.bez.	E4	31144/ 36144	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-812.90	↔	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Knorpeltransplantation: Humeroglenoidalgelenk	E4	31144/ 36144	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-812.97	↔	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken: Knorpeltransplantation: Handgelenk n.n.bez.	E4	31144/ 36144	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	31456
5-813.a	↔	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Kniegelenkes: Naht des medialen Kapselbandapparates	E5	31145/ 36145	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	31457
5-813.b	↔	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Kniegelenkes: Naht des lateralen Kapselbandapparates	E5	31145/ 36145	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	31457
5-813.c	↔	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Kniegelenkes: Naht des dorsalen Kapselbandapparates	E7	31147/ 36147	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	31457
5-813.d	↔	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Kniegelenkes: Plastik des medialen Kapselbandapparates	E7	31147/ 36147	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	31456
5-813.e	↔	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Kniegelenkes: Plastik des lateralen Kapselbandapparates	E7	31147/ 36147	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	31457

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-813.f	↔	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Kniegelenkes: Plastik des dorsalen Kapselbandapparates	E7	31147/ 36147	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	31457
5-813.g	↔	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Kniegelenkes: Plastik des vorderen Kreuzbandes mit allogener Sehne	E5	31145/ 36145	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-813.h	↔	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Kniegelenkes: Plastik des hinteren Kreuzbandes mit allogener Sehne	E5	31145/ 36145	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-813.j	↔	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Kniegelenkes: Augmentation des vorderen Kreuzbandes	E6	31146/ 36146	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	31457
5-813.k	↔	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Kniegelenkes: Augmentation des hinteren Kreuzbandes	E6	31146/ 36146	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	31457
5-813.0	↔	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Kniegelenkes: Naht des vorderen Kreuzbandes	E5	31145/ 36145	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	31457
5-813.1	↔	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Kniegelenkes: Naht des hinteren Kreuzbandes	E7	31147/ 36147	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	31457
5-813.2	↔	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Kniegelenkes: Knöcherne Refixation eines Kreuzbandes	E6	31146/ 36146	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	31457
5-813.3	↔	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Kniegelenkes: Plastik des vorderen Kreuzbandes mit autogener Patellarsehne	E6	31146/ 36146	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	31457
5-813.4	↔	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Kniegelenkes: Plastik des vorderen Kreuzbandes mit sonstiger autogener Sehne	E6	31146/ 36146	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	31457
5-813.5	↔	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Kniegelenkes: Plastik des vorderen Kreuzbandes mit alloplastischem Bandersatz	E5	31145/ 36145	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-813.6	↔	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Kniegelenkes: Plastik des hinteren Kreuzbandes mit autogener Patellarsehne	E6	31146/ 36146	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	31457

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-813.7	↔	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Kniegelenkes: Plastik des hinteren Kreuzbandes mit sonstiger autogener Sehne	E6	31146/ 36146	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	31457
5-813.8	↔	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Kniegelenkes: Plastik des hinteren Kreuzbandes mit alloplastischem Bandersatz	E5	31145/ 36145	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-813.9	↔	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Kniegelenkes: Durchtrennung der Kniegelenkskapsel (Lateral release)	E3	31143/ 36143	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	31455
5-814.b	↔	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Stabilisierung des Akromioklavikulargelenkes durch Fixationsverfahren	E6	31146/ 36146	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	31457
5-814.e	↔	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Obere Kapselplastik	E7	31147/ 36147	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-814.0	↔	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Refixation des Labrum glenoidale durch Naht	E6	31146/ 36146	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	31457
5-814.1	↔	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Refixation des Labrum glenoidale durch sonstige Verfahren	E5	31145/ 36145	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	31457
5-814.2	↔	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Refixation eines knöchernen Labrumabrisses (Bankart-Läsion)	E6	31146/ 36146	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	31457
5-814.3	↔	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Erweiterung des subakromialen Raumes	E5	31145/ 36145	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	31457
5-814.4	↔	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Sonstige Rekonstruktion der Rotatorenmanschette	E7	31147/ 36147	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	31457
5-814.5	↔	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Kapselraffung mit Fixation am Glenoid durch Naht	E5	31145/ 36145	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	31457

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-814.60	↔	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Rekonstruktion der Rotatorenmanschette durch Transplantation: Mit Sehnentransplantat	E7	31147/ 36147	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	31457
5-814.61	↔	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Rekonstruktion der Rotatorenmanschette durch Transplantation: Mit Dermistransplantat	E7	31147/ 36147	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	31457
5-814.62	↔	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Rekonstruktion der Rotatorenmanschette durch Transplantation: Mit Faszia-lata-Transplantat	E7	31147/ 36147	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	31457
5-814.7	↔	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Tenotomie der langen Bizepssehne	E2	31142/ 36142	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	31453
5-814.8	↔	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Naht der langen Bizepssehne	E6	31146/ 36146	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	31457
5-814.9	↔	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes: Tenodese der langen Bizepssehne	E5	31145/ 36145	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	31457
5-815.0	↔	Arthroskopische Entfernung und arthroskopischer Wechsel eines Bandersatzes am Kniegelenk: Entfernung eines vorderen Kreuzbandtransplantates	E3	31143/ 36143	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-815.1	↔	Arthroskopische Entfernung und arthroskopischer Wechsel eines Bandersatzes am Kniegelenk: Entfernung eines hinteren Kreuzbandtransplantates	E3	31143/ 36143	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-815.20	↔	Arthroskopische Entfernung und arthroskopischer Wechsel eines Bandersatzes am Kniegelenk: Wechsel eines vorderen Kreuzbandtransplantates: Mit autogener Patellarsehne	E6	31146/ 36146	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-815.21	↔	Arthroskopische Entfernung und arthroskopischer Wechsel eines Bandersatzes am Kniegelenk: Wechsel eines vorderen Kreuzbandtransplantates: Mit sonstiger autogener Sehne	E6	31146/ 36146	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-815.22	↔	Arthroskopische Entfernung und arthroskopischer Wechsel eines Bandersatzes am Kniegelenk: Wechsel eines vorderen Kreuzbandtransplantates: Mit alloplastischem Bandersatz	E6	31146/ 36146	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-815.23	↔	Arthroskopische Entfernung und arthroskopischer Wechsel eines Bandersatzes am Kniegelenk: Wechsel eines vorderen Kreuzbandtransplantates: Mit allogener Sehne	E6	31146/ 36146	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-815.30	↔	Arthroskopische Entfernung und arthroskopischer Wechsel eines Bandersatzes am Kniegelenk: Wechsel eines hinteren Kreuzbandtransplantates: Mit autogener Patellarsehne	E7	31147/ 36147	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-815.31	↔	Arthroskopische Entfernung und arthroskopischer Wechsel eines Bandersatzes am Kniegelenk: Wechsel eines hinteren Kreuzbandtransplantates: Mit sonstiger autogener Sehne	E7	31147/ 36147	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-815.32	↔	Arthroskopische Entfernung und arthroskopischer Wechsel eines Bandersatzes am Kniegelenk: Wechsel eines hinteren Kreuzbandtransplantates: Mit alloplastischem Bandersatz	E7	31147/ 36147	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-815.33	↔	Arthroskopische Entfernung und arthroskopischer Wechsel eines Bandersatzes am Kniegelenk: Wechsel eines hinteren Kreuzbandtransplantates: Mit allogener Sehne	E7	31147/ 36147	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-816.1	↔	Arthroskopische Operationen am Labrum acetabulare: Glättung und (Teil-)Resektion	E7	31147/ 36147	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-819.0g	↔	Andere arthroskopische Operationen: Durchtrennung eines Bandes: Hüftgelenk	E2	31142/ 36142	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	31453
5-819.0h	↔	Andere arthroskopische Operationen: Durchtrennung eines Bandes: Kniegelenk	E1	31141/ 36141	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	31452
5-819.0k	↔	Andere arthroskopische Operationen: Durchtrennung eines Bandes: Oberes Sprunggelenk	E2	31142/ 36142	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	31453
5-819.0m	↔	Andere arthroskopische Operationen: Durchtrennung eines Bandes: Unteres Sprunggelenk	E2	31142/ 36142	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	31453
5-819.0q	↔	Andere arthroskopische Operationen: Durchtrennung eines Bandes: Metatarsophalangealgelenk	E2	31142/ 36142	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	31453
5-819.0s	↔	Andere arthroskopische Operationen: Durchtrennung eines Bandes: Humeroradialgelenk	E2	31142/ 36142	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	31453

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-819.0t	↔	Andere arthroskopische Operationen: Durchtrennung eines Bandes: Ellenbogengelenk n.n.bez.	E2	31142/ 36142	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	31453
5-819.00	↔	Andere arthroskopische Operationen: Durchtrennung eines Bandes: Humeroglenoidalgelenk	E2	31142/ 36142	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	31453
5-819.01	↔	Andere arthroskopische Operationen: Durchtrennung eines Bandes: Akromioklavikulargelenk	E2	31142/ 36142	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	31453
5-819.04	↔	Andere arthroskopische Operationen: Durchtrennung eines Bandes: Humeroulnargelenk	E2	31142/ 36142	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	31453
5-819.05	↔	Andere arthroskopische Operationen: Durchtrennung eines Bandes: Proximales Radioulnargelenk	E2	31142/ 36142	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	31453
5-819.07	↔	Andere arthroskopische Operationen: Durchtrennung eines Bandes: Handgelenk n.n.bez.	E2	31142/ 36142	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	31453
5-819.08	↔	Andere arthroskopische Operationen: Durchtrennung eines Bandes: Radiokarpalgelenk	E2	31142/ 36142	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	31453
5-819.09	↔	Andere arthroskopische Operationen: Durchtrennung eines Bandes: Ulnokarpalgelenk	E2	31142/ 36142	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	31453
5-819.1h	↔	Andere arthroskopische Operationen: Debridement einer Sehne: Kniegelenk	E2	31142/ 36142	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	31453
5-819.1k	↔	Andere arthroskopische Operationen: Debridement einer Sehne: Oberes Sprunggelenk	E2	31142/ 36142	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	31453
5-819.1s	↔	Andere arthroskopische Operationen: Debridement einer Sehne: Humeroradialgelenk	E2	31142/ 36142	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	31453
5-819.1t	↔	Andere arthroskopische Operationen: Debridement einer Sehne: Ellenbogengelenk n.n.bez.	E2	31142/ 36142	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-819.10	↔	Andere arthroskopische Operationen: Debridement einer Sehne: Humeroglenoidalgelenk	E3	31143/ 36143	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	31455
5-819.2h	↔	Andere arthroskopische Operationen: Resektion eines Ganglions: Kniegelenk	E3	31143/ 36143	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	31455

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-819.20	↔	Andere arthroskopische Operationen: Resektion eines Ganglions: Humeroglenoidalgelenk	E3	31143/ 36143	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	31455
5-819.4	↔	Andere arthroskopische Operationen: Bandplastik des lateralen Bandapparates des Sprunggelenkes mit ortsständigem Gewebe [Broström-Gould]	E5	31145/ 36145	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	31457

2.22.5 Endoprothetischer Gelenk- und Knochenersatz

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-820.00	↔	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Nicht zementiert	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-820.01	↔	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Zementiert	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-820.02	↔	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Hybrid (teilzementiert)	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-820.20	↔	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese, Sonderprothese: Nicht zementiert	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-820.21	↔	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese, Sonderprothese: Zementiert	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-820.22	↔	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese, Sonderprothese: Hybrid (teilzementiert)	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-820.30	↔	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Femurkopfprothese: Nicht zementiert	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-820.31	↔	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Femurkopfprothese: Zementiert	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-820.40	↔	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Duokopfprothese: Nicht zementiert	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-820.41	↔	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Duokopfprothese: Zementiert	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-820.94	↔	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Kurzschaft-Femurkopfprothese: Mit Pfannenprothese, nicht zementiert	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-820.95	↔	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Kurzschaft-Femurkopfprothese: Mit Pfannenprothese, zementiert	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-820.96	↔	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Kurzschaft-Femurkopfprothese: Mit Pfannenprothese, hybrid (teilzementiert)	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-821.a	↔	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Entfernung einer Femurkopfkappe	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-821.b	↔	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Entfernung einer Gelenkpfannenprothese	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-821.c	↔	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Entfernung einer Gelenkpfannenstützschale	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-821.d	↔	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Entfernung einer Gelenkschnapp-Pfanne	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-821.e	↔	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Entfernung einer Totalendoprothese, Sonderprothese	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-821.f0	↔	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Duokopfprothese: In Duokopfprothese, nicht zementiert	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-821.f1	↔	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Duokopfprothese: In Duokopfprothese, zementiert oder n.n.bez.	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-821.f2	↔	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Duokopfprothese: In Totalendoprothese, nicht zementiert	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-821.f3	↔	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Duokopfprothese: In Totalendoprothese, zementiert oder n.n.bez.	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-821.f4	↔	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Duokopfprothese: In Totalendoprothese, Sonderprothese	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-821.f5	↔	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Duokopfprothese: Isolierter Wechsel des Duokopfes	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-821.g3	↔	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Oberflächenersatzprothese: In Totalendoprothese, nicht zementiert	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-821.g4	↔	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Oberflächenersatzprothese: In Totalendoprothese, zementiert, hybrid oder n.n.bez.	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-821.g5	↔	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Oberflächenersatzprothese: In Totalendoprothese, Sonderprothese	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-821.h	↔	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Entfernung einer Oberflächenersatzprothese	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-821.j0	↔	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer schenkelhalserhaltenden Femurkopfprothese [Kurzschaft-Femurkopfprothese]: In Totalendoprothese, nicht zementiert	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-821.j1	↔	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer schenkelhalserhaltenden Femurkopfprothese [Kurzschaft-Femurkopfprothese]: In Totalendoprothese, zementiert, hybrid oder n.n.bez.	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-821.j2	↔	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer schenkelhalserhaltenden Femurkopfprothese [Kurzschaft-Femurkopfprothese]: In Totalendoprothese, Sonderprothese	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-821.k	↔	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Entfernung einer schenkelhalserhaltenden Femurkopfprothese [Kurzschaft-Femurkopfprothese]	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-821.0	↔	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Revision (ohne Wechsel)	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-821.10	↔	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Femurkopfprothese: In Femurkopfprothese, nicht zementiert	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-821.11	↔	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Femurkopfprothese: In Femurkopfprothese, zementiert oder n.n.bez.	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-821.12	↔	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Femurkopfprothese: In Totalendoprothese, nicht zementiert	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-821.13	↔	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Femurkopfprothese: In Totalendoprothese, zementiert oder n.n.bez.	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-821.14	↔	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Femurkopfprothese: In Totalendoprothese, hybrid (teilzementiert)	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-821.15	↔	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Femurkopfprothese: In Totalendoprothese, Sonderprothese	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-821.16	↔	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Femurkopfprothese: In Duokopfprothese	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-821.18	↔	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Femurkopfprothese: Isolierter Wechsel des Aufsteckkopfes	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-821.2a	↔	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Gelenkpfannenprothese: Isolierter Wechsel eines Inlays ohne Pfannenwechsel	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-821.2b	↔	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Gelenkpfannenprothese: Isolierter Wechsel eines Inlays ohne Pfannenwechsel, mit Wechsel des Aufsteckkopfes	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-821.20	↔	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Gelenkpfannenprothese: In Gelenkpfannenprothese, nicht zementiert	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-821.22	↔	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Gelenkpfannenprothese: In Gelenkpfannenprothese, zementiert oder n.n.bez.	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-821.24	↔	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Gelenkpfannenprothese: In Gelenkpfannenprothese, nicht zementiert, mit Wechsel des Aufsteckkopfes	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-821.25	↔	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Gelenkpfannenprothese: In Gelenkpfannenprothese, zementiert oder n.n.bez., mit Wechsel des Aufsteckkopfes	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-821.31	↔	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer zementierten Totalendoprothese: In Totalendoprothese, zementiert oder n.n.bez.	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-821.32	↔	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer zementierten Totalendoprothese: In Totalendoprothese, hybrid (teilzementiert)	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-821.33	↔	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer zementierten Totalendoprothese: In Totalendoprothese, Sonderprothese	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-821.40	↔	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer nicht zementierten Totalendoprothese: In Totalendoprothese, nicht zementiert	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-821.41	↔	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer nicht zementierten Totalendoprothese: In Totalendoprothese, zementiert oder n.n.bez.	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-821.42	↔	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer nicht zementierten Totalendoprothese: In Totalendoprothese, hybrid (teilzementiert)	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-821.43	↔	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer nicht zementierten Totalendoprothese: In Totalendoprothese, Sonderprothese	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-821.50	↔	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Totalendoprothese, hybrid (teilzementiert): In Totalendoprothese, nicht zementiert	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-821.51	↔	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Totalendoprothese, hybrid (teilzementiert): In Totalendoprothese, zementiert oder n.n.bez.	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-821.52	↔	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Totalendoprothese, hybrid (teilzementiert): In Totalendoprothese, hybrid (teilzementiert)	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-821.53	↔	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Totalendoprothese, hybrid (teilzementiert): In Totalendoprothese, Sonderprothese	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-821.60	↔	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Totalendoprothese, Sonderprothese: In Totalendoprothese, nicht zementiert	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-821.61	↔	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Totalendoprothese, Sonderprothese: In Totalendoprothese, zementiert oder n.n.bez.	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-821.62	↔	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Totalendoprothese, Sonderprothese: In Totalendoprothese, hybrid (teilzementiert)	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-821.63	↔	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Totalendoprothese, Sonderprothese: In Totalendoprothese, Sonderprothese	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-821.8	↔	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Entfernung einer Femurkopfprothese	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-821.9	↔	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Entfernung einer Duokopfprothese	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-822.f0	↔	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Implantation eines endoprothetischen Gelenkersatzes ohne Bewegungsfunktion: Nicht zementiert	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-822.f1	↔	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Implantation eines endoprothetischen Gelenkersatzes ohne Bewegungsfunktion: Zementiert	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-822.f2	↔	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Implantation eines endoprothetischen Gelenkersatzes ohne Bewegungsfunktion: Hybrid (teilzementiert)	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-822.g0	↔	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese: Nicht zementiert	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-822.g1	↔	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese: Zementiert	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-822.g2	↔	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächenersatzprothese: Hybrid (teilzementiert)	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-822.h0	↔	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Femoral und tibial schaftverankerte Prothese: Nicht zementiert	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-822.h1	↔	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Femoral und tibial schaftverankerte Prothese: Zementiert	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-822.h2	↔	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Femoral und tibial schaftverankerte Prothese: Hybrid (teilzementiert)	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-822.j1	↔	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Endoprothese mit erweiterter Beugefähigkeit: Zementiert	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-822.j2	↔	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Endoprothese mit erweiterter Beugefähigkeit: Hybrid (teilzementiert)	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-822.00	↔	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Unikondyläre Schlittenprothese: Nicht zementiert	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-822.01	↔	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Unikondyläre Schlittenprothese: Zementiert	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-822.02	↔	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Unikondyläre Schlittenprothese: Hybrid (teilzementiert)	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-822.80	↔	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Patellaersatz: Patellarückfläche, nicht zementiert	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-822.81	↔	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Patellaersatz: Patellarückfläche, zementiert	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-822.83	↔	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Patellaersatz: Patellofemoraler Ersatz, nicht zementiert	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-822.84	↔	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Patellaersatz: Patellofemoraler Ersatz, zementiert	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-822.86	↔	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Patellaersatz: Isolierter Ersatz der femoralen Gleitfläche, nicht zementiert	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-822.87	↔	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Patellaersatz: Isolierter Ersatz der femoralen Gleitfläche, zementiert	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-822.90	↔	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Sonderprothese: Nicht zementiert	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-822.91	↔	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Sonderprothese: Zementiert	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-822.92	↔	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Sonderprothese: Hybrid (teilzementiert)	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-823.a	↔	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Entfernung einer Sonderprothese	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-823.ba	↔	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer Endoprothese mit erweiterter Beugefähigkeit: In eine femoral und tibial schaftverankerte Prothese, nicht zementiert	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-823.bb	↔	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer Endoprothese mit erweiterter Beugefähigkeit: In eine femoral und tibial schaftverankerte Prothese, (teil-)zementiert	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-823.b0	↔	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer Endoprothese mit erweiterter Beugefähigkeit: Nur Inlaywechsel	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-823.b7	↔	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer Endoprothese mit erweiterter Beugefähigkeit: In eine Sonderprothese, nicht zementiert	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-823.b8	↔	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer Endoprothese mit erweiterter Beugefähigkeit: In eine Sonderprothese, (teil-)zementiert	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-823.b9	↔	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer Endoprothese mit erweiterter Beugefähigkeit: In eine Endoprothese mit erweiterter Beugefähigkeit (teil-)zementiert	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-823.d	↔	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Entfernung einer Endoprothese mit erweiterter Beugefähigkeit	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-823.e	↔	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Entfernung eines interpositionellen nicht verankerten Implantates	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-823.fd	↔	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer bikompartimentellen Teilgelenkersatzprothese: In eine bikompartimentelle Teilgelenkersatzprothese	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-823.fe	↔	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer bikompartimentellen Teilgelenkersatzprothese: In eine bikondyläre Oberflächenprothese, nicht zementiert	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-823.ff	↔	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer bikompartimentellen Teilgelenkersatzprothese: In eine bikondyläre Oberflächenprothese, (teil-)zementiert	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-823.fg	↔	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer bikompartimentellen Teilgelenkersatzprothese: In eine femoral und tibial schaftverankerte Prothese, nicht zementiert	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-823.fh	↔	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer bikompartimentellen Teilgelenkersatzprothese: In eine femoral und tibial schaftverankerte Prothese, (teil-)zementiert	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-823.g	↔	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Entfernung einer bikompartimentellen Teilgelenkersatzprothese	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-823.h0	↔	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel eines endoprothetischen Gelenkersatzes ohne Bewegungsfunktion: (Teil-)Wechsel ohne Wiederherstellung der Gelenkfunktion	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-823.h1	↔	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel eines endoprothetischen Gelenkersatzes ohne Bewegungsfunktion: (Teil-)Wechsel mit Wiederherstellung der Gelenkfunktion	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-823.j	↔	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Entfernung eines endoprothetischen Gelenkersatzes ohne Bewegungsfunktion	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-823.k0	↔	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer femoral und tibial schaftverankerten Prothese: Typgleich	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-823.k1	↔	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer femoral und tibial schaftverankerten Prothese: In eine andere femoral und tibial schaftverankerte Prothese, nicht zementiert	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-823.k2	↔	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer femoral und tibial schaftverankerten Prothese: In eine andere femoral und tibial schaftverankerte Prothese, (teil-)zementiert	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-823.k3	↔	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer femoral und tibial schaftverankerten Prothese: In eine Sonderprothese, nicht zementiert	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-823.k4	↔	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer femoral und tibial schaftverankerten Prothese: In eine Sonderprothese, (teil-)zementiert	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-823.k5	↔	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer femoral und tibial schaftverankerten Prothese: Teilwechsel Femurteil	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-823.k6	↔	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer femoral und tibial schaftverankerten Prothese: Teilwechsel Tibiateil	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-823.k7	↔	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer femoral und tibial schaftverankerten Prothese: Teilwechsel Kopplungselement	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-823.m	↔	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Entfernung einer femoral und tibial schaftverankerten Prothese	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-823.0	↔	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Revision (ohne Wechsel)	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-823.1a	↔	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer unikondylären Schlittenprothese: In bikondyläre Oberflächenprothese, nicht zementiert	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-823.1b	↔	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer unikondylären Schlittenprothese: In bikondyläre Oberflächenprothese, zementiert	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-823.1c	↔	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer unikondylären Schlittenprothese: In bikondyläre Oberflächenprothese, hybrid (teilzementiert)	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-823.1d	↔	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer unikondylären Schlittenprothese: In femoral und tibial schaftverankerte Prothese, nicht zementiert	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-823.1e	↔	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer unikondylären Schlittenprothese: In femoral und tibial schaftverankerte Prothese, zementiert	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-823.1f	↔	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer unikondylären Schlittenprothese: In femoral und tibial schaftverankerte Prothese, hybrid (teilzementiert)	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-823.10	↔	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer unikondylären Schlittenprothese: In unikondyläre Oberflächenprothese, nicht zementiert	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-823.11	↔	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer unikondylären Schlittenprothese: In unikondyläre Oberflächenprothese zementiert	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-823.19	↔	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer unikondylären Schlittenprothese: Nur Inlaywechsel	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-823.2a	↔	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer bikondylären Oberflächenersatzprothese: In eine femoral und tibial schaftverankerte Prothese, nicht zementiert	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-823.2b	↔	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer bikondylären Oberflächenersatzprothese: In eine femoral und tibial schaftverankerte Prothese, (teil-)zementiert	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-823.20	↔	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer bikondylären Oberflächenersatzprothese: Typgleich	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-823.21	↔	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer bikondylären Oberflächenersatzprothese: In eine andere Oberflächenersatzprothese, nicht zementiert	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-823.22	↔	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer bikondylären Oberflächenersatzprothese: In eine andere Oberflächenersatzprothese, (teil-)zementiert	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-823.25	↔	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer bikondylären Oberflächenersatzprothese: In eine Sonderprothese, nicht zementiert	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-823.26	↔	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer bikondylären Oberflächenersatzprothese: In eine Sonderprothese, (teil-)zementiert	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-823.27	↔	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer bikondylären Oberflächenersatzprothese: Nur Inlaywechsel	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-823.28	↔	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer bikondylären Oberflächenersatzprothese: Teilwechsel Femurteil	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-823.29	↔	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer bikondylären Oberflächenersatzprothese: Teilwechsel Tibiateil	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-823.40	↔	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer Sonderprothese: Typgleich	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-823.41	↔	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer Sonderprothese: Teilwechsel Femurteil	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-823.42	↔	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer Sonderprothese: Teilwechsel Tibiateil	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-823.43	↔	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer Sonderprothese: Teilwechsel Kopplungselement	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-823.50	↔	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel eines Patellaersatzes: In Patellarückfläche, nicht zementiert	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-823.51	↔	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel eines Patellaersatzes: In Patellarückfläche, zementiert	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-823.52	↔	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel eines Patellaersatzes: In patellofemoralen Ersatz, nicht zementiert	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-823.53	↔	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel eines Patellaersatzes: In patellofemoralen Ersatz, (teil-)zementiert	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-823.54	↔	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel eines Patellaersatzes: In Ersatz der femoralen Gleitfläche, nicht zementiert	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-823.55	↔	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel eines Patellaersatzes: In Ersatz der femoralen Gleitfläche, zementiert	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-823.6	↔	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Entfernung einer unikondylären Schlittenprothese	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-823.7	↔	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Entfernung einer bikondylären Oberflächenersatzprothese	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-823.9	↔	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Entfernung eines Patellaersatzes	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-824.a	↔	Implantation einer Endoprothese an Gelenken der oberen Extremität: Daumensattelgelenkendoprothese	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-824.00	↔	Implantation einer Endoprothese an Gelenken der oberen Extremität: Teilprothese im Bereich des proximalen Humerus: Oberflächenersatzprothese	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-824.01	↔	Implantation einer Endoprothese an Gelenken der oberen Extremität: Teilprothese im Bereich des proximalen Humerus: Humeruskopfprothese	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-824.1	↔	Implantation einer Endoprothese an Gelenken der oberen Extremität: Glenoidprothese	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-824.20	↔	Implantation einer Endoprothese an Gelenken der oberen Extremität: Totalendoprothese Schultergelenk: Konventionell (nicht invers)	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-824.21	↔	Implantation einer Endoprothese an Gelenken der oberen Extremität: Totalendoprothese Schultergelenk: Invers	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-824.3	↔	Implantation einer Endoprothese an Gelenken der oberen Extremität: Radiuskopfprothese	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-824.40	↔	Implantation einer Endoprothese an Gelenken der oberen Extremität: Totalendoprothese Ellenbogengelenk, gekoppelt: Humeroulnargelenk, ohne Ersatz des Radiuskopfes	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-824.41	↔	Implantation einer Endoprothese an Gelenken der oberen Extremität: Totalendoprothese Ellenbogengelenk, gekoppelt: Humeroulnargelenk, mit Ersatz des Radiuskopfes	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-824.50	↔	Implantation einer Endoprothese an Gelenken der oberen Extremität: Totalendoprothese Ellenbogengelenk, ungekoppelt: Humeroulnargelenk, ohne Ersatz des Radiuskopfes	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-824.51	↔	Implantation einer Endoprothese an Gelenken der oberen Extremität: Totalendoprothese Ellenbogengelenk, ungekoppelt: Humeroulnargelenk, mit Ersatz des Radiuskopfes	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-824.52	↔	Implantation einer Endoprothese an Gelenken der oberen Extremität: Totalendoprothese Ellenbogengelenk, ungekoppelt: Humeroradialgelenk	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-824.60	↔	Implantation einer Endoprothese an Gelenken der oberen Extremität: Teilprothese im Bereich des distalen Humerus: Oberflächenersatzprothese	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-824.61	↔	Implantation einer Endoprothese an Gelenken der oberen Extremität: Teilprothese im Bereich des distalen Humerus: Schaftverankerte Prothese	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-824.70	↔	Implantation einer Endoprothese an Gelenken der oberen Extremität: Ulnakopfprothese: Ohne Kopplung am Radius	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-824.71	↔	Implantation einer Endoprothese an Gelenken der oberen Extremität: Ulnakopfprothese: Mit Kopplung am Radius	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-824.8	↔	Implantation einer Endoprothese an Gelenken der oberen Extremität: Handgelenkendoprothese	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-824.90	↔	Implantation einer Endoprothese an Gelenken der oberen Extremität: Fingergelenkendoprothese: Eine Endoprothese	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-824.91	↔	Implantation einer Endoprothese an Gelenken der oberen Extremität: Fingergelenkendoprothese: Zwei Endoprothesen	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-824.92	↔	Implantation einer Endoprothese an Gelenken der oberen Extremität: Fingergelenkendoprothese: Drei Endoprothesen	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-824.93	↔	Implantation einer Endoprothese an Gelenken der oberen Extremität: Fingergelenkendoprothese: Vier Endoprothesen	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-824.94	↔	Implantation einer Endoprothese an Gelenken der oberen Extremität: Fingergelenkendoprothese: Fünf Endoprothesen	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-824.95	↔	Implantation einer Endoprothese an Gelenken der oberen Extremität: Fingergelenkendoprothese: Sechs oder mehr Endoprothesen	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-825.a	↔	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese an Gelenken der oberen Extremität: Entfernung einer Totalendoprothese Ellenbogengelenk	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-825.b	↔	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese an Gelenken der oberen Extremität: Entfernung einer Handgelenkendoprothese	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-825.c	↔	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese an Gelenken der oberen Extremität: Entfernung einer Fingergelenkendoprothese	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-825.d	↔	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese an Gelenken der oberen Extremität: Wechsel einer Daumensattelgelenkendoprothese	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-825.e	↔	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese an Gelenken der oberen Extremität: Entfernung einer Daumensattelgelenkendoprothese	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-825.f	↔	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese an Gelenken der oberen Extremität: Wechsel einer Oberflächenersatzprothese am proximalen Humerus	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-825.g	↔	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese an Gelenken der oberen Extremität: Entfernung einer Oberflächenersatzprothese am proximalen Humerus	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-825.h	↔	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese an Gelenken der oberen Extremität: Wechsel einer Glenoidprothese	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-825.j	↔	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese an Gelenken der oberen Extremität: Entfernung einer Glenoidprothese	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-825.k0	↔	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese an Gelenken der oberen Extremität: Teilwechsel einer Totalendoprothese Schultergelenk: Glenoidteil	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-825.k1	↔	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese an Gelenken der oberen Extremität: Teilwechsel einer Totalendoprothese Schultergelenk: Humerusteil	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-825.m0	↔	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese an Gelenken der oberen Extremität: Wechsel einer Teilprothese im Bereich des distalen Humerus: In eine Oberflächenersatzprothese	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-825.m1	↔	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese an Gelenken der oberen Extremität: Wechsel einer Teilprothese im Bereich des distalen Humerus: In eine schaftverankerte Prothese	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-825.m2	↔	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese an Gelenken der oberen Extremität: Wechsel einer Teilprothese im Bereich des distalen Humerus: In eine gekoppelte Totalendoprothese am Humeroulnargelenk, ohne Ersatz des Radiuskopfes	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-825.m3	↔	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese an Gelenken der oberen Extremität: Wechsel einer Teilprothese im Bereich des distalen Humerus: In eine gekoppelte Totalendoprothese am Humeroulnargelenk, mit Ersatz des Radiuskopfes	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-825.m4	↔	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese an Gelenken der oberen Extremität: Wechsel einer Teilprothese im Bereich des	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
		distalen Humerus: In eine ungekoppelte Totalendoprothese am Humeroulnargelenk, ohne Ersatz des Radiuskopfes							
5-825.m5	↔	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese an Gelenken der oberen Extremität: Wechsel einer Teilprothese im Bereich des distalen Humerus: In eine ungekoppelte Totalendoprothese am Humeroulnargelenk, mit Ersatz des Radiuskopfes	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-825.m6	↔	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese an Gelenken der oberen Extremität: Wechsel einer Teilprothese im Bereich des distalen Humerus: In eine Totalendoprothese am Humeroradialgelenk	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-825.n	↔	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese an Gelenken der oberen Extremität: Entfernung einer Teilprothese im Bereich des distalen Humerus	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-825.p0	↔	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese an Gelenken der oberen Extremität: Wechsel einer Ulnakopfprothese: In eine Ulnakopfprothese ohne Kopplung am Radius	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-825.p1	↔	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese an Gelenken der oberen Extremität: Wechsel einer Ulnakopfprothese: In eine Ulnakopfprothese mit Kopplung am Radius	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-825.q	↔	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese an Gelenken der oberen Extremität: Entfernung einer Ulnakopfprothese	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-825.00	↔	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese an Gelenken der oberen Extremität: Revision (ohne Wechsel): Schultergelenk	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-825.01	↔	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese an Gelenken der oberen Extremität: Revision (ohne Wechsel): Ellenbogengelenk	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-825.02	↔	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese an Gelenken der oberen Extremität: Revision (ohne Wechsel): Handgelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-825.03	↔	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese an Gelenken der oberen Extremität: Revision (ohne Wechsel): Daumensattelgelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-825.04	↔	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese an Gelenken der oberen Extremität: Revision (ohne Wechsel): Fingergelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-825.10	↔	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese an Gelenken der oberen Extremität: Wechsel einer Humeruskopfprothese: In eine Humeruskopfprothese	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-825.11	↔	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese an Gelenken der oberen Extremität: Wechsel einer Humeruskopfprothese: In eine Totalendoprothese Schultergelenk, konventionell	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-825.12	↔	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese an Gelenken der oberen Extremität: Wechsel einer Humeruskopfprothese: In eine Totalendoprothese Schultergelenk, invers	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-825.20	↔	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese an Gelenken der oberen Extremität: Wechsel einer Totalendoprothese Schultergelenk: In eine Totalendoprothese, konventionell	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-825.21	↔	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese an Gelenken der oberen Extremität: Wechsel einer Totalendoprothese Schultergelenk: In eine Totalendoprothese, invers	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-825.3	↔	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese an Gelenken der oberen Extremität: Wechsel einer Radiuskopfprothese	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-825.4	↔	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese an Gelenken der oberen Extremität: Wechsel einer Totalendoprothese Ellenbogengelenk	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-825.5	↔	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese an Gelenken der oberen Extremität: Wechsel einer Handgelenkendoprothese	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-825.6	↔	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese an Gelenken der oberen Extremität: Wechsel einer Fingergelenkendoprothese	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-825.7	↔	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese an Gelenken der oberen Extremität: Entfernung einer Humeruskopfprothese	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-825.8	↔	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese an Gelenken der oberen Extremität: Entfernung einer Totalendoprothese Schultergelenk	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-825.9	↔	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese an Gelenken der oberen Extremität: Entfernung einer Radiuskopfprothese	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-826.00	↔	Implantation einer Endoprothese an Gelenken der unteren Extremität: Sprunggelenkendoprothese: Nicht zementiert	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-826.01	↔	Implantation einer Endoprothese an Gelenken der unteren Extremität: Sprunggelenkendoprothese: Zementiert	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-826.1	↔	Implantation einer Endoprothese an Gelenken der unteren Extremität: Fußwurzelendoprothese	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-826.2	↔	Implantation einer Endoprothese an Gelenken der unteren Extremität: Vorfuß- oder Zehenendoprothese	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-827.0	↔	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese an Gelenken der unteren Extremität: Revision (ohne Wechsel)	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-827.10	↔	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese an Gelenken der unteren Extremität: Wechsel einer Sprunggelenkendoprothese: In Sprunggelenkendoprothese, nicht zementiert	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-827.11	↔	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese an Gelenken der unteren Extremität: Wechsel einer Sprunggelenkendoprothese: In Sprunggelenkendoprothese, zementiert	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-827.12	↔	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese an Gelenken der unteren Extremität: Wechsel einer Sprunggelenkendoprothese: Teilwechsel Tibiateil	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-827.13	↔	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese an Gelenken der unteren Extremität: Wechsel einer Sprunggelenkendoprothese: Teilwechsel Gleitkern	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-827.14	↔	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese an Gelenken der unteren Extremität: Wechsel einer Sprunggelenkendoprothese: Teilwechsel Talusteil	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-827.2	↔	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese an Gelenken der unteren Extremität: Wechsel einer Fußwurzelendoprothese	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-827.3	↔	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese an Gelenken der unteren Extremität: Wechsel einer Vorfuß- oder Zehenendoprothese	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-827.5	↔	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese an Gelenken der unteren Extremität: Entfernung einer Sprunggelenkendoprothese	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-827.6	↔	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese an Gelenken der unteren Extremität: Entfernung einer Fußwurzelendoprothese	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-827.7	↔	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese an Gelenken der unteren Extremität: Entfernung einer Vorfuß- oder Zehenendoprothese	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-829.h	↔	Andere gelenkplastische Eingriffe: Pfannenbodenplastik am Hüftgelenk	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-829.00	↔	Andere gelenkplastische Eingriffe: Arthroplastik am Hüftgelenk mit Osteotomie des Beckens: Einfache Osteotomie	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-829.01	↔	Andere gelenkplastische Eingriffe: Arthroplastik am Hüftgelenk mit Osteotomie des Beckens: Tripelosteotomie	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-829.02	↔	Andere gelenkplastische Eingriffe: Arthroplastik am Hüftgelenk mit Osteotomie des Beckens: Periazetabuläre Osteotomie	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-829.1	↔	Andere gelenkplastische Eingriffe: Pfannendachplastik am Hüftgelenk	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-829.2	↔	Andere gelenkplastische Eingriffe: Girdlestone-Resektion am Hüftgelenk, primär	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-829.3	↔	Andere gelenkplastische Eingriffe: Resektionsarthroplastik am Schultergelenk	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-829.4	↔	Andere gelenkplastische Eingriffe: Resektionsarthroplastik am Ellenbogengelenk	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-829.5	↔	Andere gelenkplastische Eingriffe: Resektionsarthroplastik am Handgelenk	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-829.6	↔	Andere gelenkplastische Eingriffe: Resektionsarthroplastik am Kniegelenk	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-829.70	↔	Andere gelenkplastische Eingriffe: Resektionsarthroplastik am Sprunggelenk: Oberes Sprunggelenk	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-829.71	↔	Andere gelenkplastische Eingriffe: Resektionsarthroplastik am Sprunggelenk: Unteres Sprunggelenk	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-829.72	↔	Andere gelenkplastische Eingriffe: Resektionsarthroplastik am Sprunggelenk: Oberes und unteres Sprunggelenk	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-829.80	↔	Andere gelenkplastische Eingriffe: Resektionsarthroplastik am Tarsalgelenk und/oder Tarsometatarsalgelenk: 1 Gelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-829.81	↔	Andere gelenkplastische Eingriffe: Resektionsarthroplastik am Tarsalgelenk und/oder Tarsometatarsalgelenk: 2 Gelenke	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-829.82	↔	Andere gelenkplastische Eingriffe: Resektionsarthroplastik am Tarsalgelenk und/oder Tarsometatarsalgelenk: 3 Gelenke	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-829.83	↔	Andere gelenkplastische Eingriffe: Resektionsarthroplastik am Tarsalgelenk und/oder Tarsometatarsalgelenk: 4 Gelenke	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-829.84	↔	Andere gelenkplastische Eingriffe: Resektionsarthroplastik am Tarsalgelenk und/oder Tarsometatarsalgelenk: 5 oder mehr Gelenke	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	

2.22.6 Operationen an der Wirbelsäule

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-83b.00		Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule: Durch Drahtcerclage: 1 Segment	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-83b.01		Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule: Durch Drahtcerclage: 2 Segmente	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-83b.02		Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule: Durch Drahtcerclage: 3 Segmente	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-83b.04		Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule: Durch Drahtcerclage: 4 Segmente	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-83b.05		Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule: Durch Drahtcerclage: 5 Segmente	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-83b.06		Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule: Durch Drahtcerclage: 6 Segmente	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-83b.10		Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule: Durch Klammersystem: 1 Segment	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-83b.11		Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule: Durch Klammersystem: 2 Segmente	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-83b.12		Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule: Durch Klammersystem: 3 Segmente	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-83b.14		Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule: Durch Klammersystem: 4 Segmente	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-83b.15		Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule: Durch Klammersystem: 5 Segmente	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-83b.16		Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule: Durch Klammersystem: 6 Segmente	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-83b.20		Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule: Durch Schrauben: 1 Segment	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-83b.21		Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule: Durch Schrauben: 2 Segmente	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-83b.22		Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule: Durch Schrauben: 3 Segmente	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-83b.24		Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule: Durch Schrauben: 4 Segmente	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-83b.25		Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule: Durch Schrauben: 5 Segmente	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-83b.26		Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule: Durch Schrauben: 6 Segmente	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-83b.30		Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule: Durch ventrales Schrauben-Platten-System: 1 Segment	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-83b.31		Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule: Durch ventrales Schrauben-Platten-System: 2 Segmente	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-83b.32		Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule: Durch ventrales Schrauben-Platten-System: 3 Segmente	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-83b.34		Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule: Durch ventrales Schrauben-Platten-System: 4 Segmente	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-83b.35		Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule: Durch ventrales Schrauben-Platten-System: 5 Segmente	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-83b.36		Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule: Durch ventrales Schrauben-Platten-System: 6 Segmente	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-83b.40		Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule: Durch dorsales Schrauben-Platten-System: 1 Segment	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-83b.41		Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule: Durch dorsales Schrauben-Platten-System: 2 Segmente	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-83b.42		Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule: Durch dorsales Schrauben-Platten-System: 3 Segmente	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-83b.44		Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule: Durch dorsales Schrauben-Platten-System: 4 Segmente	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-83b.45		Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule: Durch dorsales Schrauben-Platten-System: 5 Segmente	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-83b.46		Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule: Durch dorsales Schrauben-Platten-System: 6 Segmente	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-83b.50		Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule: Durch Schrauben-Stab-System: 1 Segment	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-83b.51		Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule: Durch Schrauben-Stab-System: 2 Segmente	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-83b.52		Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule: Durch Schrauben-Stab-System: 3 Segmente	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-83b.54		Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule: Durch Schrauben-Stab-System: 4 Segmente	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-83b.55		Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule: Durch Schrauben-Stab-System: 5 Segmente	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-83b.56		Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule: Durch Schrauben-Stab-System: 6 Segmente	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-83b.60		Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule: Durch Hakenplatten: 1 Segment	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-83b.61		Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule: Durch Hakenplatten: 2 Segmente	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-83b.62		Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule: Durch Hakenplatten: 3 Segmente	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-83b.64		Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule: Durch Hakenplatten: 4 Segmente	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-83b.65		Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule: Durch Hakenplatten: 5 Segmente	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-83b.66		Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule: Durch Hakenplatten: 6 Segmente	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-83b.70		Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule: Durch intervertebrale Cages: 1 Segment	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-83b.71		Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule: Durch intervertebrale Cages: 2 Segmente	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-83b.72		Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule: Durch intervertebrale Cages: 3 Segmente	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-83b.74		Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule: Durch intervertebrale Cages: 4 Segmente	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-83b.75		Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule: Durch intervertebrale Cages: 5 Segmente	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-83b.76		Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule: Durch intervertebrale Cages: 6 Segmente	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-83b.80		Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule: Durch Fixateur externe: 1 Segment	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-83b.81		Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule: Durch Fixateur externe: 2 Segmente	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-83b.82		Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule: Durch Fixateur externe: 3 Segmente	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-83b.84		Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule: Durch Fixateur externe: 4 Segmente	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-83b.85		Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule: Durch Fixateur externe: 5 Segmente	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-83b.86		Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule: Durch Fixateur externe: 6 Segmente	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-830.0		Inzision von erkranktem Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule: Debridement	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-830.1		Inzision von erkranktem Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule: Sequesterotomie	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-830.3		Inzision von erkranktem Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule: Entfernung eines Fremdkörpers	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-830.5		Inzision von erkranktem Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule: Revision einer Fistel	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-830.6		Inzision von erkranktem Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule: Revision einer Fistel mit Sequesterotomie	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-830.7		Inzision von erkranktem Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule: Einbringen eines Medikamententrägers	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-831.00		Exzision von erkranktem Bandscheibengewebe: Exzision einer Bandscheibe: Offen chirurgisch	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-831.01		Exzision von erkranktem Bandscheibengewebe: Exzision einer Bandscheibe: Endoskopisch	E4	31144/ 36144	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-831.02		Exzision von erkranktem Bandscheibengewebe: Exzision einer Bandscheibe: Perkutan	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-831.03		Exzision von erkranktem Bandscheibengewebe: Exzision einer Bandscheibe: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch	E4	31144/ 36144	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-831.04		Exzision von erkranktem Bandscheibengewebe: Exzision einer Bandscheibe: Umsteigen perkutan - offen chirurgisch	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-831.20		Exzision von erkranktem Bandscheibengewebe: Exzision einer Bandscheibe mit Radikulodekompression: Offen chirurgisch	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-831.21		Exzision von erkranktem Bandscheibengewebe: Exzision einer Bandscheibe mit Radikulodekompression: Endoskopisch	E5	31145/ 36145	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-831.22		Exzision von erkranktem Bandscheibengewebe: Exzision einer Bandscheibe mit Radikulodekompression: Perkutan	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-831.23		Exzision von erkranktem Bandscheibengewebe: Exzision einer Bandscheibe mit Radikulodekompression: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch	E5	31145/ 36145	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-831.24		Exzision von erkranktem Bandscheibengewebe: Exzision einer Bandscheibe mit Radikulodekompression: Umsteigen perkutan - offen chirurgisch	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-831.30		Exzision von erkranktem Bandscheibengewebe: Exzision von extraforaminal gelegenem Bandscheibengewebe: Offen chirurgisch	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-831.31		Exzision von erkranktem Bandscheibengewebe: Exzision von extraforaminal gelegenem Bandscheibengewebe: Endoskopisch	E5	31145/ 36145	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-831.32		Exzision von erkranktem Bandscheibengewebe: Exzision von extraforaminal gelegenem Bandscheibengewebe: Perkutan	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-831.33		Exzision von erkranktem Bandscheibengewebe: Exzision von extraforaminal gelegenem Bandscheibengewebe: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch	E5	31145/ 36145	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-831.34		Exzision von erkranktem Bandscheibengewebe: Exzision von extraforaminal gelegenem Bandscheibengewebe: Umsteigen perkutan - offen chirurgisch	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-831.8		Exzision von erkranktem Bandscheibengewebe: Perkutane Volumenreduktion der Bandscheibe	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-831.90		Exzision von erkranktem Bandscheibengewebe: Entfernung eines freien Sequesters: Offen chirurgisch	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-831.91		Exzision von erkranktem Bandscheibengewebe: Entfernung eines freien Sequesters: Endoskopisch	E4	31144/ 36144	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-831.92		Exzision von erkranktem Bandscheibengewebe: Entfernung eines freien Sequesters: Perkutan	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-831.93		Exzision von erkranktem Bandscheibengewebe: Entfernung eines freien Sequesters: Umsteigen endoskopisch - offen chirurgisch	E4	31144/ 36144	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-831.94		Exzision von erkranktem Bandscheibengewebe: Entfernung eines freien Sequesters: Umsteigen perkutan - offen chirurgisch	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-832.0		Exzision von (erkranktem) Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule: Spondylophyt	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-832.1		Exzision von (erkranktem) Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule: Wirbelkörper, partiell	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-832.2		Exzision von (erkranktem) Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule: Wirbelkörper, total	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-832.3		Exzision von (erkranktem) Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule: Densresektion	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-832.4		Exzision von (erkranktem) Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule: Arthrektomie, partiell	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-832.5		Exzision von (erkranktem) Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule: Arthrektomie, total	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-832.6		Exzision von (erkranktem) Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule: Unkoforaminektomie	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-832.7		Exzision von (erkranktem) Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule: Mehrere Wirbelsegmente (und angrenzende Strukturen)	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-832.9		Exzision von (erkranktem) Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule: Wirbelbogen (und angrenzende Strukturen)	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-835.c0		Knochenersatz an der Wirbelsäule: Verwendung von humaner demineralisierter Knochenmatrix: Ohne Anreicherung von Knochenwachstumszellen	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-835.c1		Knochenersatz an der Wirbelsäule: Verwendung von humaner demineralisierter Knochenmatrix: Mit Anreicherung von Knochenwachstumszellen	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-835.d0		Knochenersatz an der Wirbelsäule: Verwendung von allogenem Knochentransplantat: Ohne Anreicherung von Knochenwachstumszellen	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-835.d1		Knochenersatz an der Wirbelsäule: Verwendung von allogenem Knochentransplantat: Mit Anreicherung von Knochenwachstumszellen	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-835.e0		Knochenersatz an der Wirbelsäule: Verwendung von xenogenem Knochentransplantat: Ohne Anreicherung von Knochenwachstumszellen	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-835.e1		Knochenersatz an der Wirbelsäule: Verwendung von xenogenem Knochentransplantat: Mit Anreicherung von Knochenwachstumszellen	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-836.30		Spondylodese: Dorsal: 1 Segment	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-836.31		Spondylodese: Dorsal: 2 Segmente	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-836.34		Spondylodese: Dorsal: 3 Segmente	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-836.35		Spondylodese: Dorsal: 4 Segmente	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-836.36		Spondylodese: Dorsal: 5 Segmente	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-836.37		Spondylodese: Dorsal: 6 Segmente	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-836.40		Spondylodese: Dorsal und ventral kombiniert, interkorporal: 1 Segment	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-836.41		Spondylodese: Dorsal und ventral kombiniert, interkorporal: 2 Segmente	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-836.44		Spondylodese: Dorsal und ventral kombiniert, interkorporal: 3 Segmente	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-836.45		Spondylodese: Dorsal und ventral kombiniert, interkorporal: 4 Segmente	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-836.46		Spondylodese: Dorsal und ventral kombiniert, interkorporal: 5 Segmente	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-836.47		Spondylodese: Dorsal und ventral kombiniert, interkorporal: 6 Segmente	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-836.50		Spondylodese: Ventral: 1 Segment	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-836.51		Spondylodese: Ventral: 2 Segmente	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-836.55		Spondylodese: Ventral: 3 Segmente	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-836.56		Spondylodese: Ventral: 4 Segmente	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-836.57		Spondylodese: Ventral: 5 Segmente	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-836.58		Spondylodese: Ventral: 6 Segmente	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-837.a0		Wirbelkörperersatz: Wirbelkörperersatz durch sonstige Materialien: 1 Wirbelkörper	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-837.a1		Wirbelkörperersatz: Wirbelkörperersatz durch sonstige Materialien: 2 Wirbelkörper	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-837.a2		Wirbelkörperersatz: Wirbelkörperersatz durch sonstige Materialien: 3 Wirbelkörper	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-837.a3		Wirbelkörperersatz: Wirbelkörperersatz durch sonstige Materialien: 4 Wirbelkörper	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-837.a4		Wirbelkörperersatz: Wirbelkörperersatz durch sonstige Materialien: 5 oder mehr Wirbelkörper	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-837.00		Wirbelkörperersatz: Wirbelkörperersatz durch Implantat: 1 Wirbelkörper	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-837.01		Wirbelkörperersatz: Wirbelkörperersatz durch Implantat: 2 Wirbelkörper	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-837.02		Wirbelkörperersatz: Wirbelkörperersatz durch Implantat: 3 Wirbelkörper	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-837.04		Wirbelkörperersatz: Wirbelkörperersatz durch Implantat: 4 Wirbelkörper	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-837.05		Wirbelkörperersatz: Wirbelkörperersatz durch Implantat: 5 oder mehr Wirbelkörper	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-838.0		Komplexe Rekonstruktionen der Wirbelsäule (bei Kindern und Jugendlichen): Epiphyseodese, dorso-ventral	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-838.1		Komplexe Rekonstruktionen der Wirbelsäule (bei Kindern und Jugendlichen): Epiphyseodese mit dorsaler Wirbelfusion, unilateral	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-838.2		Komplexe Rekonstruktionen der Wirbelsäule (bei Kindern und Jugendlichen): Epiphyseodese mit dorsaler Wirbelfusion, bilateral	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-838.3		Komplexe Rekonstruktionen der Wirbelsäule (bei Kindern und Jugendlichen): Subkutane Harrington-Instrumentation	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-839.d0		Andere Operationen an der Wirbelsäule: Entfernung eines interspinösen Spreizers: 1 Segment	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-839.d2		Andere Operationen an der Wirbelsäule: Entfernung eines interspinösen Spreizers: 2 Segmente	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-839.d3		Andere Operationen an der Wirbelsäule: Entfernung eines interspinösen Spreizers: 3 oder mehr Segmente	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-839.j0		Andere Operationen an der Wirbelsäule: Augmentation der Bandscheibe (Nukleus) mit Implantat: 1 Segment	D6	31136/ 36136	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-839.j1		Andere Operationen an der Wirbelsäule: Augmentation der Bandscheibe (Nukleus) mit Implantat: 2 Segmente	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-839.j2		Andere Operationen an der Wirbelsäule: Augmentation der Bandscheibe (Nukleus) mit Implantat: 3 oder mehr Segmente	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-839.0		Andere Operationen an der Wirbelsäule: Entfernung von Osteosynthesematerial	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-839.10		Andere Operationen an der Wirbelsäule: Implantation einer Bandscheibenendoprothese: 1 Segment	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-839.11		Andere Operationen an der Wirbelsäule: Implantation einer Bandscheibenendoprothese: 2 Segmente	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-839.12		Andere Operationen an der Wirbelsäule: Implantation einer Bandscheibenendoprothese: 3 Segmente	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-839.13		Andere Operationen an der Wirbelsäule: Implantation einer Bandscheibenendoprothese: 4 oder mehr Segmente	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-839.2		Andere Operationen an der Wirbelsäule: Revision einer Bandscheibenendoprothese (ohne Wechsel)	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-839.3		Andere Operationen an der Wirbelsäule: Wechsel einer Bandscheibenendoprothese	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-839.4		Andere Operationen an der Wirbelsäule: Entfernung einer Bandscheibenendoprothese	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	

2.22.7 Operationen an der Hand

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-840.a0	↔	Operationen an Sehnen der Hand: Verlängerung: Beugesehnen Handgelenk	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-840.a1	↔	Operationen an Sehnen der Hand: Verlängerung: Beugesehnen Langfinger	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-840.a2	↔	Operationen an Sehnen der Hand: Verlängerung: Beugesehnen Daumen	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-840.a3	↔	Operationen an Sehnen der Hand: Verlängerung: Strecksehnen Handgelenk	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-840.a4	↔	Operationen an Sehnen der Hand: Verlängerung: Strecksehnen Langfinger	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-840.a5	↔	Operationen an Sehnen der Hand: Verlängerung: Strecksehnen Daumen	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-840.b0	↔	Operationen an Sehnen der Hand: Verkürzung: Beugesehnen Handgelenk	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-840.b1	↔	Operationen an Sehnen der Hand: Verkürzung: Beugesehnen Langfinger	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-840.b2	↔	Operationen an Sehnen der Hand: Verkürzung: Beugesehnen Daumen	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-840.b3	↔	Operationen an Sehnen der Hand: Verkürzung: Strecksehnen Handgelenk	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-840.b4	↔	Operationen an Sehnen der Hand: Verkürzung: Strecksehnen Langfinger	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-840.b5	↔	Operationen an Sehnen der Hand: Verkürzung: Strecksehnen Daumen	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-840.c0	↔	Operationen an Sehnen der Hand: (Partielle) Transposition: Beugesehnen Handgelenk	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-840.c1	↔	Operationen an Sehnen der Hand: (Partielle) Transposition: Beugesehnen Langfinger	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-840.c2	↔	Operationen an Sehnen der Hand: (Partielle) Transposition: Beugesehnen Daumen	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-840.c3	↔	Operationen an Sehnen der Hand: (Partielle) Transposition: Strecksehnen Handgelenk	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-840.c4	↔	Operationen an Sehnen der Hand: (Partielle) Transposition: Strecksehnen Langfinger	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-840.c5	↔	Operationen an Sehnen der Hand: (Partielle) Transposition: Strecksehnen Daumen	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-840.d0	↔	Operationen an Sehnen der Hand: Schaffung eines Transplantatlagers: Beugesehnen Handgelenk	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-840.d1	↔	Operationen an Sehnen der Hand: Schaffung eines Transplantatlagers: Beugesehnen Langfinger	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-840.d2	↔	Operationen an Sehnen der Hand: Schaffung eines Transplantatlagers: Beugesehnen Daumen	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-840.d3	↔	Operationen an Sehnen der Hand: Schaffung eines Transplantatlagers: Strecksehnen Handgelenk	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-840.d4	↔	Operationen an Sehnen der Hand: Schaffung eines Transplantatlagers: Strecksehnen Langfinger	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-840.d5	↔	Operationen an Sehnen der Hand: Schaffung eines Transplantatlagers: Strecksehnen Daumen	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-840.e0	↔	Operationen an Sehnen der Hand: Transplantation: Beugesehnen Handgelenk	C5	31125/ 36125	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-840.e1	↔	Operationen an Sehnen der Hand: Transplantation: Beugesehnen Langfinger	C5	31125/ 36125	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-840.e2	↔	Operationen an Sehnen der Hand: Transplantation: Beugesehnen Daumen	C5	31125/ 36125	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-840.e3	↔	Operationen an Sehnen der Hand: Transplantation: Strecksehnen Handgelenk	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-840.e4	↔	Operationen an Sehnen der Hand: Transplantation: Strecksehnen Langfinger	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-840.e5	↔	Operationen an Sehnen der Hand: Transplantation: Strecksehnen Daumen	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-840.f0	↔	Operationen an Sehnen der Hand: Revision eines Implantates (ohne Wechsel): Beugesehnen Handgelenk	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-840.f1	↔	Operationen an Sehnen der Hand: Revision eines Implantates (ohne Wechsel): Beugesehnen Langfinger	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-840.f2	↔	Operationen an Sehnen der Hand: Revision eines Implantates (ohne Wechsel): Beugesehnen Daumen	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-840.f3	↔	Operationen an Sehnen der Hand: Revision eines Implantates (ohne Wechsel): Strecksehnen Handgelenk	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-840.f4	↔	Operationen an Sehnen der Hand: Revision eines Implantates (ohne Wechsel): Strecksehnen Langfinger	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-840.f5	↔	Operationen an Sehnen der Hand: Revision eines Implantates (ohne Wechsel): Strecksehnen Daumen	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-840.g0	↔	Operationen an Sehnen der Hand: Wechsel eines Implantates: Beugesehnen Handgelenk	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-840.g1	↔	Operationen an Sehnen der Hand: Wechsel eines Implantates: Beugesehnen Langfinger	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-840.g2	↔	Operationen an Sehnen der Hand: Wechsel eines Implantates: Beugesehnen Daumen	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-840.g3	↔	Operationen an Sehnen der Hand: Wechsel eines Implantates: Strecksehnen Handgelenk	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-840.g4	↔	Operationen an Sehnen der Hand: Wechsel eines Implantates: Strecksehnen Langfinger	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-840.g5	↔	Operationen an Sehnen der Hand: Wechsel eines Implantates: Strecksehnen Daumen	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-840.h0	↔	Operationen an Sehnen der Hand: Entfernung eines Implantates: Beugesehnen Handgelenk	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-840.h1	↔	Operationen an Sehnen der Hand: Entfernung eines Implantates: Beugesehnen Langfinger	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-840.h2	↔	Operationen an Sehnen der Hand: Entfernung eines Implantates: Beugesehnen Daumen	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-840.h3	↔	Operationen an Sehnen der Hand: Entfernung eines Implantates: Strecksehnen Handgelenk	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-840.h4	↔	Operationen an Sehnen der Hand: Entfernung eines Implantates: Strecksehnen Langfinger	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-840.h5	↔	Operationen an Sehnen der Hand: Entfernung eines Implantates: Strecksehnen Daumen	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-840.k0	↔	Operationen an Sehnen der Hand: Sehnenplastik: Beugesehnen Handgelenk	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-840.k1	↔	Operationen an Sehnen der Hand: Sehnenplastik: Beugesehnen Langfinger	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-840.k2	↔	Operationen an Sehnen der Hand: Sehnenplastik: Beugesehnen Daumen	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-840.k3	↔	Operationen an Sehnen der Hand: Sehnenplastik: Strecksehnen Handgelenk	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-840.k4	↔	Operationen an Sehnen der Hand: Sehnenplastik: Strecksehnen Langfinger	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-840.k5	↔	Operationen an Sehnen der Hand: Sehnenplastik: Strecksehnen Daumen	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-840.k6	↔	Operationen an Sehnen der Hand: Sehnenplastik: Sehnenscheiden Handgelenk	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-840.k7	↔	Operationen an Sehnen der Hand: Sehnenplastik: Sehnenscheiden Langfinger	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-840.k8	↔	Operationen an Sehnen der Hand: Sehnenplastik: Sehnenscheiden Daumen	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-840.k9	↔	Operationen an Sehnen der Hand: Sehnenplastik: Sehnenscheiden Hohlhand	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-840.m0	↔	Operationen an Sehnen der Hand: Sehnenkopplung: Beugesehnen Handgelenk	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-840.m1	↔	Operationen an Sehnen der Hand: Sehnenkopplung: Beugesehnen Langfinger	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-840.m2	↔	Operationen an Sehnen der Hand: Sehnenkopplung: Beugesehnen Daumen	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-840.m3	↔	Operationen an Sehnen der Hand: Sehnenkopplung: Strecksehnen Handgelenk	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-840.m4	↔	Operationen an Sehnen der Hand: Sehnenkopplung: Strecksehnen Langfinger	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-840.m5	↔	Operationen an Sehnen der Hand: Sehnenkopplung: Strecksehnen Daumen	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-840.n0	↔	Operationen an Sehnen der Hand: Knöcherne Refixation: Beugesehnen Handgelenk	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-840.n1	↔	Operationen an Sehnen der Hand: Knöcherne Refixation: Beugesehnen Langfinger	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-840.n2	↔	Operationen an Sehnen der Hand: Knöcherne Refixation: Beugesehnen Daumen	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-840.n3	↔	Operationen an Sehnen der Hand: Knöcherne Refixation: Strecksehnen Handgelenk	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-840.n4	↔	Operationen an Sehnen der Hand: Knöcherne Refixation: Strecksehnen Langfinger	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-840.n5	↔	Operationen an Sehnen der Hand: Knöcherne Refixation: Strecksehnen Daumen	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-840.q0	↔	Operationen an Sehnen der Hand: Tenotomie, offen chirurgisch: Beugesehnen Handgelenk	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-840.q1	↔	Operationen an Sehnen der Hand: Tenotomie, offen chirurgisch: Beugesehnen Langfinger	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-840.q2	↔	Operationen an Sehnen der Hand: Tenotomie, offen chirurgisch: Beugesehnen Daumen	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-840.q3	↔	Operationen an Sehnen der Hand: Tenotomie, offen chirurgisch: Strecksehnen Handgelenk	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-840.q4	↔	Operationen an Sehnen der Hand: Tenotomie, offen chirurgisch: Strecksehnen Langfinger	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-840.q5	↔	Operationen an Sehnen der Hand: Tenotomie, offen chirurgisch: Strecksehnen Daumen	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-840.s0	↔	Operationen an Sehnen der Hand: Exploration: Beugesehnen Handgelenk	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-840.s1	↔	Operationen an Sehnen der Hand: Exploration: Beugesehnen Langfinger	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-840.s2	↔	Operationen an Sehnen der Hand: Exploration: Beugesehnen Daumen	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-840.s3	↔	Operationen an Sehnen der Hand: Exploration: Strecksehnen Handgelenk	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-840.s4	↔	Operationen an Sehnen der Hand: Exploration: Strecksehnen Langfinger	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-840.s5	↔	Operationen an Sehnen der Hand: Exploration: Strecksehnen Daumen	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-840.s6	↔	Operationen an Sehnen der Hand: Exploration: Sehnenscheiden Handgelenk	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-840.s7	↔	Operationen an Sehnen der Hand: Exploration: Sehnenscheiden Langfinger	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-840.s8	↔	Operationen an Sehnen der Hand: Exploration: Sehnenscheiden Daumen	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-840.s9	↔	Operationen an Sehnen der Hand: Exploration: Sehnenscheiden Hohlhand	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-840.00	↔	Operationen an Sehnen der Hand: Inzision: Beugesehnen Handgelenk	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-840.01	↔	Operationen an Sehnen der Hand: Inzision: Beugesehnen Langfinger	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-840.02	↔	Operationen an Sehnen der Hand: Inzision: Beugesehnen Daumen	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-840.03	↔	Operationen an Sehnen der Hand: Inzision: Strecksehnen Handgelenk	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-840.04	↔	Operationen an Sehnen der Hand: Inzision: Strecksehnen Langfinger	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-840.05	↔	Operationen an Sehnen der Hand: Inzision: Strecksehnen Daumen	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-840.06	↔	Operationen an Sehnen der Hand: Inzision: Sehnenscheiden Handgelenk	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-840.07	↔	Operationen an Sehnen der Hand: Inzision: Sehnenscheiden Langfinger	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-840.08	↔	Operationen an Sehnen der Hand: Inzision: Sehnenscheiden Daumen	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-840.09	↔	Operationen an Sehnen der Hand: Inzision: Sehnenscheiden Hohlhand	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-840.30	↔	Operationen an Sehnen der Hand: Sehnenfachspaltung: Beugesehnen Handgelenk	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-840.31	↔	Operationen an Sehnen der Hand: Sehnenfachspaltung: Beugesehnen Langfinger	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-840.32	↔	Operationen an Sehnen der Hand: Sehnenfachspaltung: Beugesehnen Daumen	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-840.33	↔	Operationen an Sehnen der Hand: Sehnenfachspaltung: Strecksehnen Handgelenk	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-840.34	↔	Operationen an Sehnen der Hand: Sehnenfachspaltung: Strecksehnen Langfinger	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-840.35	↔	Operationen an Sehnen der Hand: Sehnenfachspaltung: Strecksehnen Daumen	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-840.36	↔	Operationen an Sehnen der Hand: Sehnenfachspaltung: Sehnenscheiden Handgelenk	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-840.37	↔	Operationen an Sehnen der Hand: Sehnenfachspaltung: Sehnenscheiden Langfinger	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-840.38	↔	Operationen an Sehnen der Hand: Sehnenfachspaltung: Sehnenscheiden Daumen	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-840.39	↔	Operationen an Sehnen der Hand: Sehnenfachspaltung: Sehnenscheiden Hohlhand	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-840.40	↔	Operationen an Sehnen der Hand: Debridement: Beugesehnen Handgelenk	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-840.41	↔	Operationen an Sehnen der Hand: Debridement: Beugesehnen Langfinger	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-840.42	↔	Operationen an Sehnen der Hand: Debridement: Beugesehnen Daumen	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-840.43	↔	Operationen an Sehnen der Hand: Debridement: Strecksehnen Handgelenk	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-840.44	↔	Operationen an Sehnen der Hand: Debridement: Strecksehnen Langfinger	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-840.45	↔	Operationen an Sehnen der Hand: Debridement: Strecksehnen Daumen	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-840.46	↔	Operationen an Sehnen der Hand: Debridement: Sehnenscheiden Handgelenk	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-840.47	↔	Operationen an Sehnen der Hand: Debridement: Sehnenscheiden Langfinger	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-840.48	↔	Operationen an Sehnen der Hand: Debridement: Sehnenscheiden Daumen	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-840.49	↔	Operationen an Sehnen der Hand: Debridement: Sehnenscheiden Hohlhand	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-840.50	↔	Operationen an Sehnen der Hand: Exzision: Beugesehnen Handgelenk	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-840.51	↔	Operationen an Sehnen der Hand: Exzision: Beugesehnen Langfinger	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-840.52	↔	Operationen an Sehnen der Hand: Exzision: Beugesehnen Daumen	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-840.53	↔	Operationen an Sehnen der Hand: Exzision: Strecksehnen Handgelenk	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-840.54	↔	Operationen an Sehnen der Hand: Exzision: Strecksehnen Langfinger	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-840.55	↔	Operationen an Sehnen der Hand: Exzision: Strecksehnen Daumen	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-840.56	↔	Operationen an Sehnen der Hand: Exzision: Sehnenscheiden Handgelenk	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-840.57	↔	Operationen an Sehnen der Hand: Exzision: Sehnenscheiden Langfinger	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-840.58	↔	Operationen an Sehnen der Hand: Exzision: Sehnenscheiden Daumen	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-840.59	↔	Operationen an Sehnen der Hand: Exzision: Sehnenscheiden Hohlhand	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-840.60	↔	Operationen an Sehnen der Hand: Naht, primär: Beugesehnen Handgelenk	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-840.61	↔	Operationen an Sehnen der Hand: Naht, primär: Beugesehnen Langfinger	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-840.62	↔	Operationen an Sehnen der Hand: Naht, primär: Beugesehnen Daumen	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-840.63	↔	Operationen an Sehnen der Hand: Naht, primär: Strecksehnen Handgelenk	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-840.64	↔	Operationen an Sehnen der Hand: Naht, primär: Strecksehnen Langfinger	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-840.65	↔	Operationen an Sehnen der Hand: Naht, primär: Strecksehnen Daumen	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-840.66	↔	Operationen an Sehnen der Hand: Naht, primär: Sehnenscheiden Handgelenk	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-840.67	↔	Operationen an Sehnen der Hand: Naht, primär: Sehnenscheiden Langfinger	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-840.68	↔	Operationen an Sehnen der Hand: Naht, primär: Sehnenscheiden Daumen	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-840.69	↔	Operationen an Sehnen der Hand: Naht, primär: Sehnenscheiden Hohlhand	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-840.70	↔	Operationen an Sehnen der Hand: Naht, sekundär: Beugesehnen Handgelenk	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-840.71	↔	Operationen an Sehnen der Hand: Naht, sekundär: Beugesehnen Langfinger	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-840.72	↔	Operationen an Sehnen der Hand: Naht, sekundär: Beugesehnen Daumen	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-840.73	↔	Operationen an Sehnen der Hand: Naht, sekundär: Strecksehnen Handgelenk	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-840.74	↔	Operationen an Sehnen der Hand: Naht, sekundär: Strecksehnen Langfinger	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-840.75	↔	Operationen an Sehnen der Hand: Naht, sekundär: Strecksehnen Daumen	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-840.80	↔	Operationen an Sehnen der Hand: Tenolyse: Beugesehnen Handgelenk	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-840.81	↔	Operationen an Sehnen der Hand: Tenolyse: Beugesehnen Langfinger	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-840.82	↔	Operationen an Sehnen der Hand: Tenolyse: Beugesehnen Daumen	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-840.83	↔	Operationen an Sehnen der Hand: Tenolyse: Strecksehnen Handgelenk	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-840.84	↔	Operationen an Sehnen der Hand: Tenolyse: Strecksehnen Langfinger	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-840.85	↔	Operationen an Sehnen der Hand: Tenolyse: Strecksehnen Daumen	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-840.86	↔	Operationen an Sehnen der Hand: Tenolyse: Sehnenscheiden Handgelenk	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-840.87	↔	Operationen an Sehnen der Hand: Tenolyse: Sehnenscheiden Langfinger	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-840.88	↔	Operationen an Sehnen der Hand: Tenolyse: Sehnenscheiden Daumen	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-840.89	↔	Operationen an Sehnen der Hand: Tenolyse: Sehnenscheiden Hohlhand	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-840.90	↔	Operationen an Sehnen der Hand: Tenodese: Beugesehnen Handgelenk	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-840.91	↔	Operationen an Sehnen der Hand: Tenodese: Beugesehnen Langfinger	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-840.92	↔	Operationen an Sehnen der Hand: Tenodese: Beugesehnen Daumen	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-840.93	↔	Operationen an Sehnen der Hand: Tenodese: Strecksehnen Handgelenk	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-840.94	↔	Operationen an Sehnen der Hand: Tenodese: Strecksehnen Langfinger	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-840.95	↔	Operationen an Sehnen der Hand: Tenodese: Strecksehnen Daumen	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-841.a0	↔	Operationen an Bändern der Hand: Knöcherne Refixation: Radiokarpalband	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-841.a1	↔	Operationen an Bändern der Hand: Knöcherne Refixation: Retinaculum flexorum	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-841.a2	↔	Operationen an Bändern der Hand: Knöcherne Refixation: Andere Bänder der Handwurzelgelenke	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-841.a3	↔	Operationen an Bändern der Hand: Knöcherne Refixation: Bänder der Mittelhand	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-841.a4	↔	Operationen an Bändern der Hand: Knöcherne Refixation: Bänder der Metakarpophalangealgelenke der Langfinger	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-841.a5	↔	Operationen an Bändern der Hand: Knöcherne Refixation: Bänder des Metakarpophalangealgelenkes am Daumen	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-841.a6	↔	Operationen an Bändern der Hand: Knöcherne Refixation: Bänder der Interphalangealgelenke der Langfinger	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-841.a7	↔	Operationen an Bändern der Hand: Knöcherne Refixation: Bänder des Interphalangealgelenkes am Daumen	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-841.b0	↔	Operationen an Bändern der Hand: Plastische Rekonstruktion mit allogenem Material: Radiokarpalband	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-841.b1	↔	Operationen an Bändern der Hand: Plastische Rekonstruktion mit allogenem Material: Retinaculum flexorum	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-841.b2	↔	Operationen an Bändern der Hand: Plastische Rekonstruktion mit allogenem Material: Andere Bänder der Handwurzelgelenke	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-841.b3	↔	Operationen an Bändern der Hand: Plastische Rekonstruktion mit allogenem Material: Bänder der Mittelhand	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-841.b4	↔	Operationen an Bändern der Hand: Plastische Rekonstruktion mit allogenem Material: Bänder der Metakarpophalangealgelenke der Langfinger	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-841.b5	↔	Operationen an Bändern der Hand: Plastische Rekonstruktion mit allogenem Material: Bänder des Metakarpophalangealgelenkes am Daumen	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-841.b6	↔	Operationen an Bändern der Hand: Plastische Rekonstruktion mit allogenem Material: Bänder der Interphalangealgelenke der Langfinger	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-841.b7	↔	Operationen an Bändern der Hand: Plastische Rekonstruktion mit allogenem Material: Bänder des Interphalangealgelenkes am Daumen	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-841.c0	↔	Operationen an Bändern der Hand: Plastische Rekonstruktion mit allogenem Material und interligamentärer Fixation: Radiokarpalband	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-841.c1	↔	Operationen an Bändern der Hand: Plastische Rekonstruktion mit allogenem Material und interligamentärer Fixation: Retinaculum flexorum	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-841.c2	↔	Operationen an Bändern der Hand: Plastische Rekonstruktion mit allogenem Material und interligamentärer Fixation: Andere Bänder der Handwurzelgelenke	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-841.c3	↔	Operationen an Bändern der Hand: Plastische Rekonstruktion mit allogenem Material und interligamentärer Fixation: Bänder der Mittelhand	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-841.c4	↔	Operationen an Bändern der Hand: Plastische Rekonstruktion mit allogenem Material und interligamentärer Fixation: Bänder der Metakarpophalangealgelenke der Langfinger	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-841.c5	↔	Operationen an Bändern der Hand: Plastische Rekonstruktion mit allogenem Material und interligamentärer Fixation: Bänder des Metakarpophalangealgelenkes am Daumen	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-841.c6	↔	Operationen an Bändern der Hand: Plastische Rekonstruktion mit allogenem Material und interligamentärer Fixation: Bänder der Interphalangealgelenke der Langfinger	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-841.c7	↔	Operationen an Bändern der Hand: Plastische Rekonstruktion mit allogenem Material und interligamentärer Fixation: Bänder des Interphalangealgelenkes am Daumen	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-841.d0	↔	Operationen an Bändern der Hand: Plastische Rekonstruktion mit allogenem Material und transossärer Fixation: Radiokarpalband	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-841.d1	↔	Operationen an Bändern der Hand: Plastische Rekonstruktion mit allogenem Material und transossärer Fixation: Retinaculum flexorum	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-841.d2	↔	Operationen an Bändern der Hand: Plastische Rekonstruktion mit allogenem Material und transossärer Fixation: Andere Bänder der Handwurzelgelenke	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-841.d3	↔	Operationen an Bändern der Hand: Plastische Rekonstruktion mit allogenem Material und transossärer Fixation: Bänder der Mittelhand	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-841.d4	↔	Operationen an Bändern der Hand: Plastische Rekonstruktion mit allogenem Material und transossärer Fixation: Bänder der Metakarpophalangealgelenke der Langfinger	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-841.d5	↔	Operationen an Bändern der Hand: Plastische Rekonstruktion mit allogenem Material und transossärer Fixation: Bänder des Metakarpophalangealgelenkes am Daumen	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-841.d6	↔	Operationen an Bändern der Hand: Plastische Rekonstruktion mit allogenem Material und transossärer Fixation: Bänder der Interphalangealgelenke der Langfinger	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-841.d7	↔	Operationen an Bändern der Hand: Plastische Rekonstruktion mit allogenem Material und transossärer Fixation: Bänder des Interphalangealgelenkes am Daumen	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-841.e0	↔	Operationen an Bändern der Hand: Plastische Rekonstruktion mit alloplastischem Material: Radiokarpalband	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-841.e1	↔	Operationen an Bändern der Hand: Plastische Rekonstruktion mit alloplastischem Material: Retinaculum flexorum	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-841.e2	↔	Operationen an Bändern der Hand: Plastische Rekonstruktion mit alloplastischem Material: Andere Bänder der Handwurzelgelenke	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-841.e3	↔	Operationen an Bändern der Hand: Plastische Rekonstruktion mit alloplastischem Material: Bänder der Mittelhand	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-841.e4	↔	Operationen an Bändern der Hand: Plastische Rekonstruktion mit alloplastischem Material: Bänder der Metakarpophalangealgelenke der Langfinger	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-841.e5	↔	Operationen an Bändern der Hand: Plastische Rekonstruktion mit alloplastischem Material: Bänder des Metakarpophalangealgelenkes am Daumen	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-841.e6	↔	Operationen an Bändern der Hand: Plastische Rekonstruktion mit alloplastischem Material: Bänder der Interphalangealgelenke der Langfinger	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-841.e7	↔	Operationen an Bändern der Hand: Plastische Rekonstruktion mit alloplastischem Material: Bänder des Interphalangealgelenkes am Daumen	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-841.f0	↔	Operationen an Bändern der Hand: Plastische Rekonstruktion mit alloplastischem Material und interligamentärer Fixation: Radiokarpalband	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-841.f1	↔	Operationen an Bändern der Hand: Plastische Rekonstruktion mit alloplastischem Material und interligamentärer Fixation: Retinaculum flexorum	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-841.f2	↔	Operationen an Bändern der Hand: Plastische Rekonstruktion mit alloplastischem Material und interligamentärer Fixation: Andere Bänder der Handwurzelgelenke	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-841.f3	↔	Operationen an Bändern der Hand: Plastische Rekonstruktion mit alloplastischem Material und interligamentärer Fixation: Bänder der Mittelhand	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-841.f4	↔	Operationen an Bändern der Hand: Plastische Rekonstruktion mit alloplastischem Material und interligamentärer Fixation: Bänder der Metakarpophalangealgelenke der Langfinger	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-841.f5	↔	Operationen an Bändern der Hand: Plastische Rekonstruktion mit alloplastischem Material und interligamentärer Fixation: Bänder des Metakarpophalangealgelenkes am Daumen	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-841.f6	↔	Operationen an Bändern der Hand: Plastische Rekonstruktion mit alloplastischem Material und interligamentärer Fixation: Bänder der Interphalangealgelenke der Langfinger	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-841.f7	↔	Operationen an Bändern der Hand: Plastische Rekonstruktion mit alloplastischem Material und interligamentärer Fixation: Bänder des Interphalangealgelenkes am Daumen	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-841.g0	↔	Operationen an Bändern der Hand: Plastische Rekonstruktion mit alloplastischem Material und transossärer Fixation: Radiokarpalband	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-841.g1	↔	Operationen an Bändern der Hand: Plastische Rekonstruktion mit alloplastischem Material und transossärer Fixation: Retinaculum flexorum	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-841.g2	↔	Operationen an Bändern der Hand: Plastische Rekonstruktion mit alloplastischem Material und transossärer Fixation: Andere Bänder der Handwurzelgelenke	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-841.g3	↔	Operationen an Bändern der Hand: Plastische Rekonstruktion mit alloplastischem Material und transossärer Fixation: Bänder der Mittelhand	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-841.g4	↔	Operationen an Bändern der Hand: Plastische Rekonstruktion mit alloplastischem Material und transossärer Fixation: Bänder der Metakarpophalangealgelenke der Langfinger	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-841.g5	↔	Operationen an Bändern der Hand: Plastische Rekonstruktion mit alloplastischem Material und transossärer Fixation: Bänder des Metakarpophalangealgelenkes am Daumen	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-841.g6	↔	Operationen an Bändern der Hand: Plastische Rekonstruktion mit alloplastischem Material und transossärer Fixation: Bänder der Interphalangealgelenke der Langfinger	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-841.g7	↔	Operationen an Bändern der Hand: Plastische Rekonstruktion mit alloplastischem Material und transossärer Fixation: Bänder des Interphalangealgelenkes am Daumen	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-841.h0	↔	Operationen an Bändern der Hand: Plastische Rekonstruktion mit xenogenem Material: Radiokarpalband	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-841.h1	↔	Operationen an Bändern der Hand: Plastische Rekonstruktion mit xenogenem Material: Retinaculum flexorum	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-841.h2	↔	Operationen an Bändern der Hand: Plastische Rekonstruktion mit xenogenem Material: Andere Bänder der Handwurzelgelenke	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-841.h3	↔	Operationen an Bändern der Hand: Plastische Rekonstruktion mit xenogenem Material: Bänder der Mittelhand	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-841.h4	↔	Operationen an Bändern der Hand: Plastische Rekonstruktion mit xenogenem Material: Bänder der Metakarpophalangealgelenke der Langfinger	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-841.h5	↔	Operationen an Bändern der Hand: Plastische Rekonstruktion mit xenogenem Material: Bänder des Metakarpophalangealgelenkes am Daumen	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-841.h6	↔	Operationen an Bändern der Hand: Plastische Rekonstruktion mit xenogenem Material: Bänder der Interphalangealgelenke der Langfinger	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-841.h7	↔	Operationen an Bändern der Hand: Plastische Rekonstruktion mit xenogenem Material: Bänder des Interphalangealgelenkes am Daumen	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-841.j0	↔	Operationen an Bändern der Hand: Plastische Rekonstruktion mit xenogenem Material und interligamentärer Fixation: Radiokarpalband	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-841.j1	↔	Operationen an Bändern der Hand: Plastische Rekonstruktion mit xenogenem Material und interligamentärer Fixation: Retinaculum flexorum	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-841.j2	↔	Operationen an Bändern der Hand: Plastische Rekonstruktion mit xenogenem Material und interligamentärer Fixation: Andere Bänder der Handwurzelgelenke	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-841.j3	↔	Operationen an Bändern der Hand: Plastische Rekonstruktion mit xenogenem Material und interligamentärer Fixation: Bänder der Mittelhand	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-841.j4	↔	Operationen an Bändern der Hand: Plastische Rekonstruktion mit xenogenem Material und interligamentärer Fixation: Bänder der Metakarpophalangealgelenke der Langfinger	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-841.j5	↔	Operationen an Bändern der Hand: Plastische Rekonstruktion mit xenogenem Material und interligamentärer Fixation: Bänder des Metakarpophalangealgelenkes am Daumen	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-841.j6	↔	Operationen an Bändern der Hand: Plastische Rekonstruktion mit xenogenem Material und interligamentärer Fixation: Bänder der Interphalangealgelenke der Langfinger	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-841.j7	↔	Operationen an Bändern der Hand: Plastische Rekonstruktion mit xenogenem Material und interligamentärer Fixation: Bänder des Interphalangealgelenkes am Daumen	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-841.k0	↔	Operationen an Bändern der Hand: Plastische Rekonstruktion mit xenogenem Material und transossärer Fixation: Radiokarpalband	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-841.k1	↔	Operationen an Bändern der Hand: Plastische Rekonstruktion mit xenogenem Material und transossärer Fixation: Retinaculum flexorum	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-841.k2	↔	Operationen an Bändern der Hand: Plastische Rekonstruktion mit xenogenem Material und transossärer Fixation: Andere Bänder der Handwurzelgelenke	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-841.k3	↔	Operationen an Bändern der Hand: Plastische Rekonstruktion mit xenogenem Material und transossärer Fixation: Bänder der Mittelhand	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-841.k4	↔	Operationen an Bändern der Hand: Plastische Rekonstruktion mit xenogenem Material und transossärer Fixation: Bänder der Metakarpophalangealgelenke der Langfinger	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-841.k5	↔	Operationen an Bändern der Hand: Plastische Rekonstruktion mit xenogenem Material und transossärer Fixation: Bänder des Metakarpophalangealgelenkes am Daumen	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-841.k6	↔	Operationen an Bändern der Hand: Plastische Rekonstruktion mit xenogenem Material und transossärer Fixation: Bänder der Interphalangealgelenke der Langfinger	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-841.k7	↔	Operationen an Bändern der Hand: Plastische Rekonstruktion mit xenogenem Material und transossärer Fixation: Bänder des Interphalangealgelenkes am Daumen	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-841.00	↔	Operationen an Bändern der Hand: Inzision: Radiokarpalband	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-841.01	↔	Operationen an Bändern der Hand: Inzision: Retinaculum flexorum	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-841.02	↔	Operationen an Bändern der Hand: Inzision: Andere Bänder der Handwurzelgelenke	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-841.03	↔	Operationen an Bändern der Hand: Inzision: Bänder der Mittelhand	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-841.04	↔	Operationen an Bändern der Hand: Inzision: Bänder der Metakarpophalangealgelenke der Langfinger	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-841.05	↔	Operationen an Bändern der Hand: Inzision: Bänder des Metakarpophalangealgelenkes am Daumen	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-841.06	↔	Operationen an Bändern der Hand: Inzision: Bänder der Interphalangealgelenke der Langfinger	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-841.07	↔	Operationen an Bändern der Hand: Inzision: Bänder des Interphalangealgelenkes am Daumen	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-841.10	↔	Operationen an Bändern der Hand: Durchtrennung: Radiokarpalband	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-841.11	↔	Operationen an Bändern der Hand: Durchtrennung: Retinaculum flexorum	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-841.12	↔	Operationen an Bändern der Hand: Durchtrennung: Andere Bänder der Handwurzelgelenke	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-841.13	↔	Operationen an Bändern der Hand: Durchtrennung: Bänder der Mittelhand	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-841.14	↔	Operationen an Bändern der Hand: Durchtrennung: Bänder der Metakarpophalangealgelenke der Langfinger	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-841.15	↔	Operationen an Bändern der Hand: Durchtrennung: Bänder des Metakarpophalangealgelenkes am Daumen	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-841.16	↔	Operationen an Bändern der Hand: Durchtrennung: Bänder der Interphalangealgelenke der Langfinger	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-841.17	↔	Operationen an Bändern der Hand: Durchtrennung: Bänder des Interphalangealgelenkes am Daumen	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-841.20	↔	Operationen an Bändern der Hand: Exzision, partiell: Radiokarpalband	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-841.21	↔	Operationen an Bändern der Hand: Exzision, partiell: Retinaculum flexorum	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-841.22	↔	Operationen an Bändern der Hand: Exzision, partiell: Andere Bänder der Handwurzelgelenke	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-841.23	↔	Operationen an Bändern der Hand: Exzision, partiell: Bänder der Mittelhand	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-841.24	↔	Operationen an Bändern der Hand: Exzision, partiell: Bänder der Metakarpophalangealgelenke der Langfinger	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-841.25	↔	Operationen an Bändern der Hand: Exzision, partiell: Bänder des Metakarpophalangealgelenkes am Daumen	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-841.26	↔	Operationen an Bändern der Hand: Exzision, partiell: Bänder der Interphalangealgelenke der Langfinger	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-841.27	↔	Operationen an Bändern der Hand: Exzision, partiell: Bänder des Interphalangealgelenkes am Daumen	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-841.30	↔	Operationen an Bändern der Hand: Exzision, total: Radiokarpalband	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-841.31	↔	Operationen an Bändern der Hand: Exzision, total: Retinaculum flexorum	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-841.32	↔	Operationen an Bändern der Hand: Exzision, total: Andere Bänder der Handwurzelgelenke	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-841.33	↔	Operationen an Bändern der Hand: Exzision, total: Bänder der Mittelhand	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-841.34	↔	Operationen an Bändern der Hand: Exzision, total: Bänder der Metakarpophalangealgelenke der Langfinger	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-841.35	↔	Operationen an Bändern der Hand: Exzision, total: Bänder des Metakarpophalangealgelenkes am Daumen	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-841.36	↔	Operationen an Bändern der Hand: Exzision, total: Bänder der Interphalangealgelenke der Langfinger	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-841.37	↔	Operationen an Bändern der Hand: Exzision, total: Bänder des Interphalangealgelenkes am Daumen	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-841.40	↔	Operationen an Bändern der Hand: Naht, primär: Radiokarpalband	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-841.41	↔	Operationen an Bändern der Hand: Naht, primär: Retinaculum flexorum	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-841.42	↔	Operationen an Bändern der Hand: Naht, primär: Andere Bänder der Handwurzelgelenke	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-841.43	↔	Operationen an Bändern der Hand: Naht, primär: Bänder der Mittelhand	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-841.44	↔	Operationen an Bändern der Hand: Naht, primär: Bänder der Metakarpophalangealgelenke der Langfinger	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-841.45	↔	Operationen an Bändern der Hand: Naht, primär: Bänder des Metakarpophalangealgelenkes am Daumen	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-841.46	↔	Operationen an Bändern der Hand: Naht, primär: Bänder der Interphalangealgelenke der Langfinger	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-841.47	↔	Operationen an Bändern der Hand: Naht, primär: Bänder des Interphalangealgelenkes am Daumen	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-841.50	↔	Operationen an Bändern der Hand: Naht, sekundär: Radiokarpalband	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-841.51	↔	Operationen an Bändern der Hand: Naht, sekundär: Retinaculum flexorum	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-841.52	↔	Operationen an Bändern der Hand: Naht, sekundär: Andere Bänder der Handwurzelgelenke	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-841.53	↔	Operationen an Bändern der Hand: Naht, sekundär: Bänder der Mittelhand	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-841.54	↔	Operationen an Bändern der Hand: Naht, sekundär: Bänder der Metakarpophalangealgelenke der Langfinger	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-841.55	↔	Operationen an Bändern der Hand: Naht, sekundär: Bänder des Metakarpophalangealgelenkes am Daumen	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-841.56	↔	Operationen an Bändern der Hand: Naht, sekundär: Bänder der Interphalangealgelenke der Langfinger	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-841.57	↔	Operationen an Bändern der Hand: Naht, sekundär: Bänder des Interphalangealgelenkes am Daumen	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-841.60	↔	Operationen an Bändern der Hand: Plastische Rekonstruktion mit autogenem Material: Radiokarpalband	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-841.61	↔	Operationen an Bändern der Hand: Plastische Rekonstruktion mit autogenem Material: Retinaculum flexorum	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-841.62	↔	Operationen an Bändern der Hand: Plastische Rekonstruktion mit autogenem Material: Andere Bänder der Handwurzelgelenke	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-841.63	↔	Operationen an Bändern der Hand: Plastische Rekonstruktion mit autogenem Material: Bänder der Mittelhand	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-841.64	↔	Operationen an Bändern der Hand: Plastische Rekonstruktion mit autogenem Material: Bänder der Metakarpophalangealgelenke der Langfinger	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-841.65	↔	Operationen an Bändern der Hand: Plastische Rekonstruktion mit autogenem Material: Bänder des Metakarpophalangealgelenkes am Daumen	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-841.66	↔	Operationen an Bändern der Hand: Plastische Rekonstruktion mit autogenem Material: Bänder der Interphalangealgelenke der Langfinger	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-841.67	↔	Operationen an Bändern der Hand: Plastische Rekonstruktion mit autogenem Material: Bänder des Interphalangealgelenkes am Daumen	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-841.70	↔	Operationen an Bändern der Hand: Plastische Rekonstruktion mit autogenem Material und interligamentärer Fixation: Radiokarpalband	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-841.71	↔	Operationen an Bändern der Hand: Plastische Rekonstruktion mit autogenem Material und interligamentärer Fixation: Retinaculum flexorum	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-841.72	↔	Operationen an Bändern der Hand: Plastische Rekonstruktion mit autogenem Material und interligamentärer Fixation: Andere Bänder der Handwurzelgelenke	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-841.73	↔	Operationen an Bändern der Hand: Plastische Rekonstruktion mit autogenem Material und interligamentärer Fixation: Bänder der Mittelhand	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-841.74	↔	Operationen an Bändern der Hand: Plastische Rekonstruktion mit autogenem Material und interligamentärer Fixation: Bänder der Metakarpophalangealgelenke der Langfinger	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-841.75	↔	Operationen an Bändern der Hand: Plastische Rekonstruktion mit autogenem Material und interligamentärer Fixation: Bänder des Metakarpophalangealgelenkes am Daumen	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-841.76	↔	Operationen an Bändern der Hand: Plastische Rekonstruktion mit autogenem Material und interligamentärer Fixation: Bänder der Interphalangealgelenke der Langfinger	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-841.77	↔	Operationen an Bändern der Hand: Plastische Rekonstruktion mit autogenem Material und interligamentärer Fixation: Bänder des Interphalangealgelenkes am Daumen	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-841.80	↔	Operationen an Bändern der Hand: Plastische Rekonstruktion mit autogenem Material und transossärer Fixation: Radiokarpalband	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-841.81	↔	Operationen an Bändern der Hand: Plastische Rekonstruktion mit autogenem Material und transossärer Fixation: Retinaculum flexorum	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-841.82	↔	Operationen an Bändern der Hand: Plastische Rekonstruktion mit autogenem Material und transossärer Fixation: Andere Bänder der Handwurzelgelenke	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-841.83	↔	Operationen an Bändern der Hand: Plastische Rekonstruktion mit autogenem Material und transossärer Fixation: Bänder der Mittelhand	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-841.84	↔	Operationen an Bändern der Hand: Plastische Rekonstruktion mit autogenem Material und transossärer Fixation: Bänder der Metakarpophalangealgelenke der Langfinger	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-841.85	↔	Operationen an Bändern der Hand: Plastische Rekonstruktion mit autogenem Material und transossärer Fixation: Bänder des Metakarpophalangealgelenkes am Daumen	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-841.86	↔	Operationen an Bändern der Hand: Plastische Rekonstruktion mit autogenem Material und transossärer Fixation: Bänder der Interphalangealgelenke der Langfinger	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-841.87	↔	Operationen an Bändern der Hand: Plastische Rekonstruktion mit autogenem Material und transossärer Fixation: Bänder des Interphalangealgelenkes am Daumen	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-841.90	↔	Operationen an Bändern der Hand: Entfernung eines Transplantates: Radiokarpalband	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-841.91	↔	Operationen an Bändern der Hand: Entfernung eines Transplantates: Retinaculum flexorum	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-841.92	↔	Operationen an Bändern der Hand: Entfernung eines Transplantates: Andere Bänder der Handwurzelgelenke	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-841.93	↔	Operationen an Bändern der Hand: Entfernung eines Transplantates: Bänder der Mittelhand	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-841.94	↔	Operationen an Bändern der Hand: Entfernung eines Transplantates: Bänder der Metakarpophalangealgelenke der Langfinger	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-841.95	↔	Operationen an Bändern der Hand: Entfernung eines Transplantates: Bänder des Metakarpophalangealgelenkes am Daumen	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-841.96	↔	Operationen an Bändern der Hand: Entfernung eines Transplantates: Bänder der Interphalangealgelenke der Langfinger	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-841.97	↔	Operationen an Bändern der Hand: Entfernung eines Transplantates: Bänder des Interphalangealgelenkes am Daumen	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-842.a0	↔	Operationen an Faszien der Hohlhand und der Finger: Einlegen eines Medikamententrägers: Ein Finger	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-842.a1	↔	Operationen an Faszien der Hohlhand und der Finger: Einlegen eines Medikamententrägers: Mehrere Finger	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-842.b0	↔	Operationen an Faszien der Hohlhand und der Finger: Entfernen eines Medikamententrägers: Ein Finger	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-842.b1	↔	Operationen an Faszien der Hohlhand und der Finger: Entfernen eines Medikamententrägers: Mehrere Finger	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-842.0	↔	Operationen an Faszien der Hohlhand und der Finger: Fasziotomie, offen chirurgisch	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-842.1	↔	Operationen an Faszien der Hohlhand und der Finger: Fasziotomie, perkutan	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-842.2	↔	Operationen an Faszien der Hohlhand und der Finger: Fasziektomie partiell, Hohlhand isoliert	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-842.3	↔	Operationen an Faszien der Hohlhand und der Finger: Fasziektomie total, Hohlhand isoliert	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-842.40	↔	Operationen an Faszien der Hohlhand und der Finger: Fasziektomie mit 1 Neurolyse: Ein Finger	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-842.41	↔	Operationen an Faszien der Hohlhand und der Finger: Fasziektomie mit 1 Neurolyse: Mehrere Finger	C5	31125/ 36125	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-842.50	↔	Operationen an Faszien der Hohlhand und der Finger: Fasziektomie mit mehreren Neurolysen: Ein Finger	C5	31125/ 36125	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-842.51	↔	Operationen an Faszien der Hohlhand und der Finger: Fasziektomie mit mehreren Neurolysen: Mehrere Finger	C6	31126/ 36126	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-842.60	↔	Operationen an Faszien der Hohlhand und der Finger: Fasziektomie mit 1 Neurolyse und 1 Arteriolyse: Ein Finger	C5	31125/ 36125	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-842.61	↔	Operationen an Faszien der Hohlhand und der Finger: Fasziektomie mit 1 Neurolyse und 1 Arteriolyse: Mehrere Finger	C6	31126/ 36126	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-842.70	↔	Operationen an Faszien der Hohlhand und der Finger: Fasziektomie mit mehreren Neurolysen und mehreren Arteriolysen: Ein Finger	C5	31125/ 36125	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-842.71	↔	Operationen an Faszien der Hohlhand und der Finger: Fasziektomie mit mehreren Neurolysen und mehreren Arteriolysen: Mehrere Finger	C7	31127/ 36127	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-842.80	↔	Operationen an Faszien der Hohlhand und der Finger: Fasziektomie mit Arthrolyse: Ein Finger	C5	31125/ 36125	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-842.81	↔	Operationen an Faszien der Hohlhand und der Finger: Fasziektomie mit Arthrolyse: Mehrere Finger	C6	31126/ 36126	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-842.90	↔	Operationen an Faszien der Hohlhand und der Finger: Exploration: Ein Finger	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-842.91	↔	Operationen an Faszien der Hohlhand und der Finger: Exploration: Mehrere Finger	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-843.a	↔	Operationen an Muskeln der Hand: Verlängerung	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-843.b	↔	Operationen an Muskeln der Hand: Verkürzung	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-843.c	↔	Operationen an Muskeln der Hand: Exploration	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-843.d	↔	Operationen an Muskeln der Hand: Einlegen eines Medikamententrägers	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-843.e	↔	Operationen an Muskeln der Hand: Entfernen eines Medikamententrägers	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-843.0	↔	Operationen an Muskeln der Hand: Inzision	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-843.1	↔	Operationen an Muskeln der Hand: Durchtrennung, partiell	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-843.2	↔	Operationen an Muskeln der Hand: Durchtrennung, total	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-843.3	↔	Operationen an Muskeln der Hand: Desinsertion	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-843.4	↔	Operationen an Muskeln der Hand: Exzision, partiell	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-843.5	↔	Operationen an Muskeln der Hand: Exzision, total	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-843.6	↔	Operationen an Muskeln der Hand: Naht	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-843.7	↔	Operationen an Muskeln der Hand: Reinsertion	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-843.8	↔	Operationen an Muskeln der Hand: Transposition	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-843.9	↔	Operationen an Muskeln der Hand: Transplantation	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-844.00	↔	Operation an Gelenken der Hand: Arthrotomie: Handwurzelgelenk, einzeln	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	31453
5-844.01	↔	Operation an Gelenken der Hand: Arthrotomie: Handwurzelgelenk, mehrere	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	31453
5-844.02	↔	Operation an Gelenken der Hand: Arthrotomie: Daumensattelgelenk	D1	31131/ 36131	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	31451
5-844.03	↔	Operation an Gelenken der Hand: Arthrotomie: Metakarpophalangealgelenk, einzeln	D1	31131/ 36131	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	31451
5-844.04	↔	Operation an Gelenken der Hand: Arthrotomie: Metakarpophalangealgelenk, mehrere	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	31453
5-844.05	↔	Operation an Gelenken der Hand: Arthrotomie: Interphalangealgelenk, einzeln	D1	31131/ 36131	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	31451
5-844.06	↔	Operation an Gelenken der Hand: Arthrotomie: Interphalangealgelenk, mehrere, an einem Finger	D1	31131/ 36131	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	31451
5-844.07	↔	Operation an Gelenken der Hand: Arthrotomie: Interphalangealgelenk, mehrere, an mehreren Fingern	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-844.10	↔	Operation an Gelenken der Hand: Exzision von erkranktem Gewebe: Handwurzelgelenk, einzeln	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	31453
5-844.11	↔	Operation an Gelenken der Hand: Exzision von erkranktem Gewebe: Handwurzelgelenk, mehrere	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	31454
5-844.12	↔	Operation an Gelenken der Hand: Exzision von erkranktem Gewebe: Daumensattelgelenk	D1	31131/ 36131	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	31451

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-844.13	↔	Operation an Gelenken der Hand: Exzision von erkranktem Gewebe: Metakarpophalangealgelenk, einzeln	D1	31131/ 36131	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	31451
5-844.14	↔	Operation an Gelenken der Hand: Exzision von erkranktem Gewebe: Metakarpophalangealgelenk, mehrere	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	31453
5-844.15	↔	Operation an Gelenken der Hand: Exzision von erkranktem Gewebe: Interphalangealgelenk, einzeln	D1	31131/ 36131	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	31451
5-844.16	↔	Operation an Gelenken der Hand: Exzision von erkranktem Gewebe: Interphalangealgelenk, mehrere, an einem Finger	D1	31131/ 36131	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	31451
5-844.17	↔	Operation an Gelenken der Hand: Exzision von erkranktem Gewebe: Interphalangealgelenk, mehrere, an mehreren Fingern	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-844.20	↔	Operation an Gelenken der Hand: Gelenkspülung mit Drainage: Handwurzelgelenk, einzeln	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	31453
5-844.21	↔	Operation an Gelenken der Hand: Gelenkspülung mit Drainage: Handwurzelgelenk, mehrere	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-844.22	↔	Operation an Gelenken der Hand: Gelenkspülung mit Drainage: Daumensattelgelenk	D1	31131/ 36131	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-844.23	↔	Operation an Gelenken der Hand: Gelenkspülung mit Drainage: Metakarpophalangealgelenk, einzeln	D1	31131/ 36131	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	31451
5-844.24	↔	Operation an Gelenken der Hand: Gelenkspülung mit Drainage: Metakarpophalangealgelenk, mehrere	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-844.25	↔	Operation an Gelenken der Hand: Gelenkspülung mit Drainage: Interphalangealgelenk, einzeln	D1	31131/ 36131	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	31451
5-844.26	↔	Operation an Gelenken der Hand: Gelenkspülung mit Drainage: Interphalangealgelenk, mehrere, an einem Finger	D1	31131/ 36131	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-844.27	↔	Operation an Gelenken der Hand: Gelenkspülung mit Drainage: Interphalangealgelenk, mehrere, an mehreren Fingern	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-844.30	↔	Operation an Gelenken der Hand: Debridement: Handwurzelgelenk, einzeln	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	31453

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-844.31	↔	Operation an Gelenken der Hand: Debridement: Handwurzelgelenk, mehrere	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	31453
5-844.32	↔	Operation an Gelenken der Hand: Debridement: Daumensattelgelenk	D1	31131/ 36131	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	31451
5-844.33	↔	Operation an Gelenken der Hand: Debridement: Metakarpophalangealgelenk, einzeln	D1	31131/ 36131	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	31451
5-844.34	↔	Operation an Gelenken der Hand: Debridement: Metakarpophalangealgelenk, mehrere	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	31453
5-844.35	↔	Operation an Gelenken der Hand: Debridement: Interphalangealgelenk, einzeln	D1	31131/ 36131	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	31451
5-844.36	↔	Operation an Gelenken der Hand: Debridement: Interphalangealgelenk, mehrere, an einem Finger	D1	31131/ 36131	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	31451
5-844.37	↔	Operation an Gelenken der Hand: Debridement: Interphalangealgelenk, mehrere, an mehreren Fingern	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-844.40	↔	Operation an Gelenken der Hand: Gelenkflächenglättung: Handwurzelgelenk, einzeln	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	31453
5-844.41	↔	Operation an Gelenken der Hand: Gelenkflächenglättung: Handwurzelgelenk, mehrere	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	31453
5-844.42	↔	Operation an Gelenken der Hand: Gelenkflächenglättung: Daumensattelgelenk	D1	31131/ 36131	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	31451
5-844.43	↔	Operation an Gelenken der Hand: Gelenkflächenglättung: Metakarpophalangealgelenk, einzeln	D1	31131/ 36131	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	31451
5-844.44	↔	Operation an Gelenken der Hand: Gelenkflächenglättung: Metakarpophalangealgelenk, mehrere	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-844.45	↔	Operation an Gelenken der Hand: Gelenkflächenglättung: Interphalangealgelenk, einzeln	D1	31131/ 36131	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	31451
5-844.46	↔	Operation an Gelenken der Hand: Gelenkflächenglättung: Interphalangealgelenk, mehrere, an einem Finger	D1	31131/ 36131	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	31451

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-844.47	↔	Operation an Gelenken der Hand: Gelenkflächenglättung: Interphalangealgelenk, mehrere, an mehreren Fingern	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-844.52	↔	Operation an Gelenken der Hand: Gelenkmobilisation [Arthrolyse]: Daumensattelgelenk	D1	31131/ 36131	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	31451
5-844.53	↔	Operation an Gelenken der Hand: Gelenkmobilisation [Arthrolyse]: Metakarpophalangealgelenk, einzeln	D1	31131/ 36131	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	31451
5-844.54	↔	Operation an Gelenken der Hand: Gelenkmobilisation [Arthrolyse]: Metakarpophalangealgelenk, mehrere	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	31453
5-844.55	↔	Operation an Gelenken der Hand: Gelenkmobilisation [Arthrolyse]: Interphalangealgelenk, einzeln	D1	31131/ 36131	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	31451
5-844.56	↔	Operation an Gelenken der Hand: Gelenkmobilisation [Arthrolyse]: Interphalangealgelenk, mehrere, an einem Finger	D1	31131/ 36131	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	31451
5-844.57	↔	Operation an Gelenken der Hand: Gelenkmobilisation [Arthrolyse]: Interphalangealgelenk, mehrere, an mehreren Fingern	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	31453
5-844.60	↔	Operation an Gelenken der Hand: Entfernung freier Gelenkkörper: Handwurzelgelenk, einzeln	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	31453
5-844.61	↔	Operation an Gelenken der Hand: Entfernung freier Gelenkkörper: Handwurzelgelenk, mehrere	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	31453
5-844.62	↔	Operation an Gelenken der Hand: Entfernung freier Gelenkkörper: Daumensattelgelenk	D1	31131/ 36131	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	31451
5-844.63	↔	Operation an Gelenken der Hand: Entfernung freier Gelenkkörper: Metakarpophalangealgelenk, einzeln	D1	31131/ 36131	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	31451
5-844.64	↔	Operation an Gelenken der Hand: Entfernung freier Gelenkkörper: Metakarpophalangealgelenk, mehrere	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	31453
5-844.65	↔	Operation an Gelenken der Hand: Entfernung freier Gelenkkörper: Interphalangealgelenk, einzeln	D1	31131/ 36131	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	31451
5-844.66	↔	Operation an Gelenken der Hand: Entfernung freier Gelenkkörper: Interphalangealgelenk, mehrere, an einem Finger	D1	31131/ 36131	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	31451

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-844.67	↔	Operation an Gelenken der Hand: Entfernung freier Gelenkkörper: Interphalangealgelenk, mehrere, an mehreren Fingern	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-844.70	↔	Operation an Gelenken der Hand: Entfernung eines Fremdkörpers: Handwurzelgelenk, einzeln	D1	31131/ 36131	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	31451
5-844.71	↔	Operation an Gelenken der Hand: Entfernung eines Fremdkörpers: Handwurzelgelenk, mehrere	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	31453
5-844.72	↔	Operation an Gelenken der Hand: Entfernung eines Fremdkörpers: Daumensattelgelenk	D1	31131/ 36131	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	31451
5-844.73	↔	Operation an Gelenken der Hand: Entfernung eines Fremdkörpers: Metakarpophalangealgelenk, einzeln	D1	31131/ 36131	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	31451
5-844.74	↔	Operation an Gelenken der Hand: Entfernung eines Fremdkörpers: Metakarpophalangealgelenk, mehrere	D1	31131/ 36131	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	31451
5-844.75	↔	Operation an Gelenken der Hand: Entfernung eines Fremdkörpers: Interphalangealgelenk, einzeln	D1	31131/ 36131	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	31452
5-844.76	↔	Operation an Gelenken der Hand: Entfernung eines Fremdkörpers: Interphalangealgelenk, mehrere, an einem Finger	D1	31131/ 36131	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	31451
5-844.77	↔	Operation an Gelenken der Hand: Entfernung eines Fremdkörpers: Interphalangealgelenk, mehrere, an mehreren Fingern	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	31453
5-845.00	↔	Synovialektomie an der Hand: Sehnen und Sehnenscheiden, partiell: Beugesehnen Handgelenk	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-845.01	↔	Synovialektomie an der Hand: Sehnen und Sehnenscheiden, partiell: Beugesehnen Langfinger	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-845.02	↔	Synovialektomie an der Hand: Sehnen und Sehnenscheiden, partiell: Beugesehnen Daumen	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-845.03	↔	Synovialektomie an der Hand: Sehnen und Sehnenscheiden, partiell: Strecksehnen Handgelenk	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-845.04	↔	Synovialektomie an der Hand: Sehnen und Sehnenscheiden, partiell: Strecksehnen Langfinger	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-845.05	↔	Synovialektomie an der Hand: Sehnen und Sehnenscheiden, partiell: Strecksehnen Daumen	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-845.10	↔	Synovialektomie an der Hand: Sehnen und Sehnenscheiden, total: Beugesehnen Handgelenk	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-845.11	↔	Synovialektomie an der Hand: Sehnen und Sehnenscheiden, total: Beugesehnen Langfinger	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-845.12	↔	Synovialektomie an der Hand: Sehnen und Sehnenscheiden, total: Beugesehnen Daumen	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-845.13	↔	Synovialektomie an der Hand: Sehnen und Sehnenscheiden, total: Strecksehnen Handgelenk	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-845.14	↔	Synovialektomie an der Hand: Sehnen und Sehnenscheiden, total: Strecksehnen Langfinger	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-845.15	↔	Synovialektomie an der Hand: Sehnen und Sehnenscheiden, total: Strecksehnen Daumen	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-845.2	↔	Synovialektomie an der Hand: Handwurzelgelenk, einzeln	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-845.3	↔	Synovialektomie an der Hand: Handwurzelgelenk, mehrere	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-845.4	↔	Synovialektomie an der Hand: Daumensattelgelenk	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-845.5	↔	Synovialektomie an der Hand: Metakarpophalangealgelenk, einzeln	D1	31131/ 36131	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-845.6	↔	Synovialektomie an der Hand: Metakarpophalangealgelenk, mehrere	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-845.7	↔	Synovialektomie an der Hand: Interphalangealgelenk, einzeln	D1	31131/ 36131	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-845.8	↔	Synovialektomie an der Hand: Interphalangealgelenk, mehrere, an einem Finger	D1	31131/ 36131	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-845.9	↔	Synovialektomie an der Hand: Interphalangealgelenk, mehrere, an mehreren Fingern	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-846.0	↔	Arthrodese an Gelenken der Hand: Handwurzelgelenk, einzeln	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-846.1	↔	Arthrodese an Gelenken der Hand: Handwurzelgelenk, einzeln, mit Spongiosaplastik	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-846.2	↔	Arthrodese an Gelenken der Hand: Handwurzelgelenk, mehrere	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-846.3	↔	Arthrodese an Gelenken der Hand: Handwurzelgelenk, mehrere, mit Spongiosaplastik	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-846.4	↔	Arthrodese an Gelenken der Hand: Interphalangealgelenk, einzeln	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-846.5	↔	Arthrodese an Gelenken der Hand: Interphalangealgelenk, einzeln, mit Spongiosaplastik	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-846.6	↔	Arthrodese an Gelenken der Hand: Interphalangealgelenk, mehrere	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-846.7	↔	Arthrodese an Gelenken der Hand: Interphalangealgelenk, mehrere, mit Spongiosaplastik	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-847.00	↔	Resektionsarthroplastik an Gelenken der Hand: Rekonstruktion mit autogenem Material: Handwurzelgelenk, einzeln	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	31456
5-847.01	↔	Resektionsarthroplastik an Gelenken der Hand: Rekonstruktion mit autogenem Material: Handwurzelgelenk, mehrere	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	31457
5-847.02	↔	Resektionsarthroplastik an Gelenken der Hand: Rekonstruktion mit autogenem Material: Daumensattelgelenk	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	31456
5-847.03	↔	Resektionsarthroplastik an Gelenken der Hand: Rekonstruktion mit autogenem Material: Metakarpophalangealgelenk, einzeln	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	31454
5-847.04	↔	Resektionsarthroplastik an Gelenken der Hand: Rekonstruktion mit autogenem Material: Metakarpophalangealgelenk, mehrere	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-847.05	↔	Resektionsarthroplastik an Gelenken der Hand: Rekonstruktion mit autogenem Material: Interphalangealgelenk, einzeln	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	31453
5-847.06	↔	Resektionsarthroplastik an Gelenken der Hand: Rekonstruktion mit autogenem Material: Interphalangealgelenk, mehrere, an einem Finger	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-847.07	↔	Resektionsarthroplastik an Gelenken der Hand: Rekonstruktion mit autogenem Material: Interphalangealgelenk, mehrere, an mehreren Fingern	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-847.10	↔	Resektionsarthroplastik an Gelenken der Hand: Rekonstruktion mit autogenem Material und Sehneninterposition: Handwurzelgelenk, einzeln	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	31456
5-847.11	↔	Resektionsarthroplastik an Gelenken der Hand: Rekonstruktion mit autogenem Material und Sehneninterposition: Handwurzelgelenk, mehrere	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	31457
5-847.12	↔	Resektionsarthroplastik an Gelenken der Hand: Rekonstruktion mit autogenem Material und Sehneninterposition: Daumensattelgelenk	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	31456
5-847.13	↔	Resektionsarthroplastik an Gelenken der Hand: Rekonstruktion mit autogenem Material und Sehneninterposition: Metakarpophalangealgelenk, einzeln	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	31454
5-847.14	↔	Resektionsarthroplastik an Gelenken der Hand: Rekonstruktion mit autogenem Material und Sehneninterposition: Metakarpophalangealgelenk, mehrere	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-847.15	↔	Resektionsarthroplastik an Gelenken der Hand: Rekonstruktion mit autogenem Material und Sehneninterposition: Interphalangealgelenk, einzeln	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	31453
5-847.16	↔	Resektionsarthroplastik an Gelenken der Hand: Rekonstruktion mit autogenem Material und Sehneninterposition: Interphalangealgelenk, mehrere, an einem Finger	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-847.17	↔	Resektionsarthroplastik an Gelenken der Hand: Rekonstruktion mit autogenem Material und Sehneninterposition: Interphalangealgelenk, mehrere, an mehreren Fingern	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-847.20	↔	Resektionsarthroplastik an Gelenken der Hand: Rekonstruktion mit autogenem Material und Sehnenaufhängung: Handwurzelgelenk, einzeln	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	31456
5-847.21	↔	Resektionsarthroplastik an Gelenken der Hand: Rekonstruktion mit autogenem Material und Sehnenaufhängung: Handwurzelgelenk, mehrere	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	31457
5-847.22	↔	Resektionsarthroplastik an Gelenken der Hand: Rekonstruktion mit autogenem Material und Sehnenaufhängung: Daumensattelgelenk	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	31456
5-847.23	↔	Resektionsarthroplastik an Gelenken der Hand: Rekonstruktion mit autogenem Material und Sehnenaufhängung: Metakarpophalangealgelenk, einzeln	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	31454
5-847.24	↔	Resektionsarthroplastik an Gelenken der Hand: Rekonstruktion mit autogenem Material und Sehnenaufhängung: Metakarpophalangealgelenk, mehrere	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	31456
5-847.25	↔	Resektionsarthroplastik an Gelenken der Hand: Rekonstruktion mit autogenem Material und Sehnenaufhängung: Interphalangealgelenk, einzeln	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	31453
5-847.26	↔	Resektionsarthroplastik an Gelenken der Hand: Rekonstruktion mit autogenem Material und Sehnenaufhängung: Interphalangealgelenk, mehrere, an einem Finger	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-847.27	↔	Resektionsarthroplastik an Gelenken der Hand: Rekonstruktion mit autogenem Material und Sehnenaufhängung: Interphalangealgelenk, mehrere, an mehreren Fingern	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-847.30	↔	Resektionsarthroplastik an Gelenken der Hand: Rekonstruktion mit autogenem Material, mit Sehneninterposition und Sehnenaufhängung: Handwurzelgelenk, einzeln	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	31456
5-847.31	↔	Resektionsarthroplastik an Gelenken der Hand: Rekonstruktion mit autogenem Material, mit Sehneninterposition und Sehnenaufhängung: Handwurzelgelenk, mehrere	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	31457

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-847.32	↔	Resektionsarthroplastik an Gelenken der Hand: Rekonstruktion mit autogenem Material, mit Sehneninterposition und Sehnenaufhängung: Daumensattelgelenk	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	31456
5-847.33	↔	Resektionsarthroplastik an Gelenken der Hand: Rekonstruktion mit autogenem Material, mit Sehneninterposition und Sehnenaufhängung: Metakarpophalangealgelenk, einzeln	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	31454
5-847.34	↔	Resektionsarthroplastik an Gelenken der Hand: Rekonstruktion mit autogenem Material, mit Sehneninterposition und Sehnenaufhängung: Metakarpophalangealgelenk, mehrere	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	31456
5-847.35	↔	Resektionsarthroplastik an Gelenken der Hand: Rekonstruktion mit autogenem Material, mit Sehneninterposition und Sehnenaufhängung: Interphalangealgelenk, einzeln	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-847.36	↔	Resektionsarthroplastik an Gelenken der Hand: Rekonstruktion mit autogenem Material, mit Sehneninterposition und Sehnenaufhängung: Interphalangealgelenk, mehrere, an einem Finger	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	31453
5-847.37	↔	Resektionsarthroplastik an Gelenken der Hand: Rekonstruktion mit autogenem Material, mit Sehneninterposition und Sehnenaufhängung: Interphalangealgelenk, mehrere, an mehreren Fingern	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	31456
5-847.40	↔	Resektionsarthroplastik an Gelenken der Hand: Rekonstruktion mit autogenem Material und Rekonstruktion der Gelenkfläche: Handwurzelgelenk, einzeln	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	31456
5-847.41	↔	Resektionsarthroplastik an Gelenken der Hand: Rekonstruktion mit autogenem Material und Rekonstruktion der Gelenkfläche: Handwurzelgelenk, mehrere	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	31457
5-847.42	↔	Resektionsarthroplastik an Gelenken der Hand: Rekonstruktion mit autogenem Material und Rekonstruktion der Gelenkfläche: Daumensattelgelenk	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	31456
5-847.43	↔	Resektionsarthroplastik an Gelenken der Hand: Rekonstruktion mit autogenem Material und Rekonstruktion der Gelenkfläche: Metakarpophalangealgelenk, einzeln	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	31454

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-847.44	↔	Resektionsarthroplastik an Gelenken der Hand: Rekonstruktion mit autogenem Material und Rekonstruktion der Gelenkfläche: Metakarpophalangealgelenk, mehrere	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	31456
5-847.45	↔	Resektionsarthroplastik an Gelenken der Hand: Rekonstruktion mit autogenem Material und Rekonstruktion der Gelenkfläche: Interphalangealgelenk, einzeln	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	31453
5-847.46	↔	Resektionsarthroplastik an Gelenken der Hand: Rekonstruktion mit autogenem Material und Rekonstruktion der Gelenkfläche: Interphalangealgelenk, mehrere, an einem Finger	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-847.47	↔	Resektionsarthroplastik an Gelenken der Hand: Rekonstruktion mit autogenem Material und Rekonstruktion der Gelenkfläche: Interphalangealgelenk, mehrere, an mehreren Fingern	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-847.50	↔	Resektionsarthroplastik an Gelenken der Hand: Rekonstruktion mit alloplastischem Material: Handwurzelgelenk, einzeln	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	31456
5-847.51	↔	Resektionsarthroplastik an Gelenken der Hand: Rekonstruktion mit alloplastischem Material: Handwurzelgelenk, mehrere	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	31457
5-847.52	↔	Resektionsarthroplastik an Gelenken der Hand: Rekonstruktion mit alloplastischem Material: Daumensattelgelenk	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	31456
5-847.53	↔	Resektionsarthroplastik an Gelenken der Hand: Rekonstruktion mit alloplastischem Material: Metakarpophalangealgelenk, einzeln	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-847.54	↔	Resektionsarthroplastik an Gelenken der Hand: Rekonstruktion mit alloplastischem Material: Metakarpophalangealgelenk, mehrere	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	31456
5-847.55	↔	Resektionsarthroplastik an Gelenken der Hand: Rekonstruktion mit alloplastischem Material: Interphalangealgelenk, einzeln	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-847.56	↔	Resektionsarthroplastik an Gelenken der Hand: Rekonstruktion mit alloplastischem Material: Interphalangealgelenk, mehrere, an einem Finger	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-847.57	↔	Resektionsarthroplastik an Gelenken der Hand: Rekonstruktion mit alloplastischem Material: Interphalangealgelenk, mehrere, an mehreren Fingern	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-847.60	↔	Resektionsarthroplastik an Gelenken der Hand: Rekonstruktion mit alloplastischem Material und Rekonstruktion des Kapselbandapparates: Handwurzelgelenk, einzeln	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	31456
5-847.61	↔	Resektionsarthroplastik an Gelenken der Hand: Rekonstruktion mit alloplastischem Material und Rekonstruktion des Kapselbandapparates: Handwurzelgelenk, mehrere	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-847.62	↔	Resektionsarthroplastik an Gelenken der Hand: Rekonstruktion mit alloplastischem Material und Rekonstruktion des Kapselbandapparates: Daumensattelgelenk	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	31456
5-847.63	↔	Resektionsarthroplastik an Gelenken der Hand: Rekonstruktion mit alloplastischem Material und Rekonstruktion des Kapselbandapparates: Metakarpophalangealgelenk, einzeln	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	31454
5-847.64	↔	Resektionsarthroplastik an Gelenken der Hand: Rekonstruktion mit alloplastischem Material und Rekonstruktion des Kapselbandapparates: Metakarpophalangealgelenk, mehrere	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-847.65	↔	Resektionsarthroplastik an Gelenken der Hand: Rekonstruktion mit alloplastischem Material und Rekonstruktion des Kapselbandapparates: Interphalangealgelenk, einzeln	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	31453
5-847.66	↔	Resektionsarthroplastik an Gelenken der Hand: Rekonstruktion mit alloplastischem Material und Rekonstruktion des Kapselbandapparates: Interphalangealgelenk, mehrere, an einem Finger	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-847.67	↔	Resektionsarthroplastik an Gelenken der Hand: Rekonstruktion mit alloplastischem Material und Rekonstruktion des Kapselbandapparates: Interphalangealgelenk, mehrere, an mehreren Fingern	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	31456
5-847.70	↔	Resektionsarthroplastik an Gelenken der Hand: Rekonstruktion mit xenogenem Material: Handwurzelgelenk, einzeln	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-847.71	↔	Resektionsarthroplastik an Gelenken der Hand: Rekonstruktion mit xenogenem Material: Handwurzelgelenk, mehrere	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-847.72	↔	Resektionsarthroplastik an Gelenken der Hand: Rekonstruktion mit xenogenem Material: Daumensattelgelenk	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	31456
5-847.73	↔	Resektionsarthroplastik an Gelenken der Hand: Rekonstruktion mit xenogenem Material: Metakarpophalangealgelenk, einzeln	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-847.74	↔	Resektionsarthroplastik an Gelenken der Hand: Rekonstruktion mit xenogenem Material: Metakarpophalangealgelenk, mehrere	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-847.75	↔	Resektionsarthroplastik an Gelenken der Hand: Rekonstruktion mit xenogenem Material: Interphalangealgelenk, einzeln	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-847.76	↔	Resektionsarthroplastik an Gelenken der Hand: Rekonstruktion mit xenogenem Material: Interphalangealgelenk, mehrere, an einem Finger	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-847.77	↔	Resektionsarthroplastik an Gelenken der Hand: Rekonstruktion mit xenogenem Material: Interphalangealgelenk, mehrere, an mehreren Fingern	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-848.1	↔	Operationen bei kongenitalen Anomalien der Hand: Radialisation	C5	31125/ 36125	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-848.2	↔	Operationen bei kongenitalen Anomalien der Hand: Resektion von Schnürringen mit plastischer Rekonstruktion	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-849.a	↔	Andere Operationen an der Hand: Freie Transplantation einer Zehe als Fingerersatz	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-849.0	↔	Andere Operationen an der Hand: Exzision eines Ganglions	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-849.1	↔	Andere Operationen an der Hand: Temporäre Fixation eines Gelenkes	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-849.3	↔	Andere Operationen an der Hand: Radikale Exzision von erkranktem Gewebe	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-849.4	↔	Andere Operationen an der Hand: Radikale Exzision von erkranktem Gewebe mit spezieller Gefäß- und Nervenpräparation	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-849.5	↔	Andere Operationen an der Hand: Radikale Exzision von erkranktem Gewebe mit erweiterter Präparation	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-849.6	↔	Andere Operationen an der Hand: Arthrorise	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-849.7	↔	Andere Operationen an der Hand: Transposition eines Fingers zum Finger	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-849.80	↔	Andere Operationen an der Hand: Transposition eines Fingers zum Daumen (Pollizisation): Ohne Rekonstruktion des Metakarpale I	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-849.81	↔	Andere Operationen an der Hand: Transposition eines Fingers zum Daumen (Pollizisation): Mit Rekonstruktion des Metakarpale I	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-849.9	↔	Andere Operationen an der Hand: Freie Transplantation eines Fingers	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	

2.22.8 Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-850.aa	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Fremdkörperentfernung aus einer Faszie: Fuß	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-850.a0	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Fremdkörperentfernung aus einer Faszie: Kopf und Hals	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-850.a1	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Fremdkörperentfernung aus einer Faszie: Schulter und Axilla	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-850.a2	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Fremdkörperentfernung aus einer Faszie: Oberarm	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-850.a3	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Fremdkörperentfernung aus einer Faszie: Unterarm	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-850.a5	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Fremdkörperentfernung aus einer Faszie: Brustwand und Rücken	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-850.a6	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Fremdkörperentfernung aus einer Faszie: Bauchregion	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-850.a7	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Fremdkörperentfernung aus einer Faszie: Leisten- und Genitalregion und Gesäß	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-850.a8	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Fremdkörperentfernung aus einer Faszie: Oberschenkel und Knie	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-850.a9	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Fremdkörperentfernung aus einer Faszie: Unterschenkel	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-850.ba	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Debridement eines Muskels: Fuß	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-850.b0	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Debridement eines Muskels: Kopf und Hals	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-850.b1	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Debridement eines Muskels: Schulter und Axilla	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-850.b2	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Debridement eines Muskels: Oberarm	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-850.b3	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Debridement eines Muskels: Unterarm	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-850.b5	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Debridement eines Muskels: Brustwand und Rücken	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-850.b6	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Debridement eines Muskels: Bauchregion	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-850.b7	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Debridement eines Muskels: Leisten- und Genitalregion und Gesäß	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-850.b8	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Debridement eines Muskels: Oberschenkel und Knie	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-850.b9	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Debridement eines Muskels: Unterschenkel	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-850.ca	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Debridement einer Sehne: Fuß	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-850.c0	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Debridement einer Sehne: Kopf und Hals	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-850.c1	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Debridement einer Sehne: Schulter und Axilla	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-850.c2	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Debridement einer Sehne: Oberarm	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-850.c3	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Debridement einer Sehne: Unterarm	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-850.c5	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Debridement einer Sehne: Brustwand und Rücken	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-850.c7	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Debridement einer Sehne: Leisten- und Genitalregion und Gesäß	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-850.c8	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Debridement einer Sehne: Oberschenkel und Knie	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-850.c9	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Debridement einer Sehne: Unterschenkel	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-850.da	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Debridement einer Faszie: Fuß	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-850.d0	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Debridement einer Faszie: Kopf und Hals	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-850.d1	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Debridement einer Faszie: Schulter und Axilla	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-850.d2	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Debridement einer Faszie: Oberarm	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-850.d3	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Debridement einer Faszie: Unterarm	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-850.d5	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Debridement einer Faszie: Brustwand und Rücken	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-850.d6	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Debridement einer Faszie: Bauchregion	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-850.d7	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Debridement einer Faszie: Leisten- und Genitalregion und Gesäß	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-850.d8	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Debridement einer Faszie: Oberschenkel und Knie	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-850.d9	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Debridement einer Faszie: Unterschenkel	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-850.ea	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Exploration eines Muskels: Fuß	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-850.e0	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Exploration eines Muskels: Kopf und Hals	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-850.e1	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Exploration eines Muskels: Schulter und Axilla	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-850.e2	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Exploration eines Muskels: Oberarm	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-850.e3	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Exploration eines Muskels: Unterarm	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-850.e5	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Exploration eines Muskels: Brustwand und Rücken	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-850.e6	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Exploration eines Muskels: Bauchregion	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-850.e7	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Exploration eines Muskels: Leisten- und Genitalregion und Gesäß	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-850.e8	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Exploration eines Muskels: Oberschenkel und Knie	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-850.e9	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Exploration eines Muskels: Unterschenkel	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-850.fa	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Exploration einer Sehne: Fuß	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-850.f0	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Exploration einer Sehne: Kopf und Hals	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-850.f1	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Exploration einer Sehne: Schulter und Axilla	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-850.f2	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Exploration einer Sehne: Oberarm	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-850.f3	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Exploration einer Sehne: Unterarm	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-850.f5	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Exploration einer Sehne: Brustwand und Rücken	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-850.f6	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Exploration einer Sehne: Bauchregion	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-850.f7	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Exploration einer Sehne: Leisten- und Genitalregion und Gesäß	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-850.f8	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Exploration einer Sehne: Oberschenkel und Knie	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-850.f9	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Exploration einer Sehne: Unterschenkel	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-850.ga	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Exploration einer Faszie: Fuß	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-850.g0	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Exploration einer Faszie: Kopf und Hals	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-850.g1	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Exploration einer Faszie: Schulter und Axilla	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-850.g2	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Exploration einer Faszie: Oberarm	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-850.g3	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Exploration einer Faszie: Unterarm	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-850.g5	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Exploration einer Faszie: Brustwand und Rücken	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-850.g6	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Exploration einer Faszie: Bauchregion	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-850.g7	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Exploration einer Faszie: Leisten- und Genitalregion und Gesäß	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-850.g8	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Exploration einer Faszie: Oberschenkel und Knie	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-850.g9	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Exploration einer Faszie: Unterschenkel	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-850.ha	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Einlegen eines Medikamententrägers, subfaszial: Fuß	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-850.h0	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Einlegen eines Medikamententrägers, subfaszial: Kopf und Hals	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-850.h1	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Einlegen eines Medikamententrägers, subfaszial: Schulter und Axilla	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-850.h2	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Einlegen eines Medikamententrägers, subfaszial: Oberarm	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-850.h3	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Einlegen eines Medikamententrägers, subfaszial: Unterarm	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-850.h5	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Einlegen eines Medikamententrägers, subfaszial: Brustwand und Rücken	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-850.h6	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Einlegen eines Medikamententrägers, subfaszial: Bauchregion	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-850.h7	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Einlegen eines Medikamententrägers, subfaszial: Leisten- und Genitalregion und Gesäß	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-850.h8	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Einlegen eines Medikamententrägers, subfaszial: Oberschenkel und Knie	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-850.h9	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Einlegen eines Medikamententrägers, subfaszial: Unterschenkel	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-850.ja	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Entfernen eines Medikamententrägers, subfaszial: Fuß	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-850.j0	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Entfernen eines Medikamententrägers, subfaszial: Kopf und Hals	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-850.j1	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Entfernen eines Medikamententrägers, subfaszial: Schulter und Axilla	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-850.j2	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Entfernen eines Medikamententrägers, subfaszial: Oberarm	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-850.j3	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Entfernen eines Medikamententrägers, subfaszial: Unterarm	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-850.j5	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Entfernen eines Medikamententrägers, subfaszial: Brustwand und Rücken	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-850.j6	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Entfernen eines Medikamententrägers, subfaszial: Bauchregion	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-850.j7	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Entfernen eines Medikamententrägers, subfaszial: Leisten- und Genitalregion und Gesäß	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-850.j8	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Entfernen eines Medikamententrägers, subfaszial: Oberschenkel und Knie	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-850.j9	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Entfernen eines Medikamententrägers, subfaszial: Unterschenkel	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-850.0a	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Inzision eines Muskels, längs: Fuß	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-850.00	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Inzision eines Muskels, längs: Kopf und Hals	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-850.01	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Inzision eines Muskels, längs: Schulter und Axilla	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-850.02	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Inzision eines Muskels, längs: Oberarm	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-850.03	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Inzision eines Muskels, längs: Unterarm	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-850.05	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Inzision eines Muskels, längs: Brustwand und Rücken	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-850.06	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Inzision eines Muskels, längs: Bauchregion	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-850.07	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Inzision eines Muskels, längs: Leisten- und Genitalregion und Gesäß	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-850.08	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Inzision eines Muskels, längs: Oberschenkel und Knie	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-850.09	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Inzision eines Muskels, längs: Unterschenkel	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-850.1a	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Inzision eines Muskels, quer: Fuß	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-850.10	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Inzision eines Muskels, quer: Kopf und Hals	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-850.11	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Inzision eines Muskels, quer: Schulter und Axilla	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-850.12	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Inzision eines Muskels, quer: Oberarm	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-850.13	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Inzision eines Muskels, quer: Unterarm	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-850.15	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Inzision eines Muskels, quer: Brustwand und Rücken	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-850.16	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Inzision eines Muskels, quer: Bauchregion	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-850.17	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Inzision eines Muskels, quer: Leisten- und Genitalregion und Gesäß	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-850.18	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Inzision eines Muskels, quer: Oberschenkel und Knie	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-850.19	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Inzision eines Muskels, quer: Unterschenkel	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-850.2a	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Inzision einer Sehne, längs: Fuß	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-850.20	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Inzision einer Sehne, längs: Kopf und Hals	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-850.21	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Inzision einer Sehne, längs: Schulter und Axilla	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-850.22	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Inzision einer Sehne, längs: Oberarm	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-850.23	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Inzision einer Sehne, längs: Unterarm	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-850.25	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Inzision einer Sehne, längs: Brustwand und Rücken	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-850.27	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Inzision einer Sehne, längs: Leisten- und Genitalregion und Gesäß	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-850.28	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Inzision einer Sehne, längs: Oberschenkel und Knie	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-850.29	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Inzision einer Sehne, längs: Unterschenkel	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-850.3a	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Inzision einer Sehne, quer: Fuß	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-850.30	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Inzision einer Sehne, quer: Kopf und Hals	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-850.31	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Inzision einer Sehne, quer: Schulter und Axilla	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-850.32	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Inzision einer Sehne, quer: Oberarm	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-850.33	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Inzision einer Sehne, quer: Unterarm	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-850.35	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Inzision einer Sehne, quer: Brustwand und Rücken	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-850.37	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Inzision einer Sehne, quer: Leisten- und Genitalregion und Gesäß	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-850.38	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Inzision einer Sehne, quer: Oberschenkel und Knie	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-850.39	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Inzision einer Sehne, quer: Unterschenkel	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-850.4a	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Inzision einer Sehnenscheide isoliert, längs: Fuß	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-850.40	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Inzision einer Sehnenscheide isoliert, längs: Kopf und Hals	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-850.41	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Inzision einer Sehnenscheide isoliert, längs: Schulter und Axilla	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-850.42	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Inzision einer Sehnenscheide isoliert, längs: Oberarm	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-850.43	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Inzision einer Sehnenscheide isoliert, längs: Unterarm	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-850.45	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Inzision einer Sehnenscheide isoliert, längs: Brustwand und Rücken	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-850.47	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Inzision einer Sehnenscheide isoliert, längs: Leisten- und Genitalregion und Gesäß	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-850.48	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Inzision einer Sehnenscheide isoliert, längs: Oberschenkel und Knie	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-850.49	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Inzision einer Sehnenscheide isoliert, längs: Unterschenkel	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-850.5a	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Inzision einer Sehnenscheide isoliert, quer: Fuß	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-850.50	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Inzision einer Sehnenscheide isoliert, quer: Kopf und Hals	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-850.51	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Inzision einer Sehnenscheide isoliert, quer: Schulter und Axilla	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-850.52	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Inzision einer Sehnenscheide isoliert, quer: Oberarm	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-850.53	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Inzision einer Sehnenscheide isoliert, quer: Unterarm	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-850.55	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Inzision einer Sehnenscheide isoliert, quer: Brustwand und Rücken	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-850.57	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Inzision einer Sehnenscheide isoliert, quer: Leisten- und Genitalregion und Gesäß	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-850.58	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Inzision einer Sehnenscheide isoliert, quer: Oberschenkel und Knie	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-850.59	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Inzision einer Sehnenscheide isoliert, quer: Unterschenkel	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-850.6a	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Inzision einer Faszie, offen chirurgisch: Fuß	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-850.60	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Inzision einer Faszie, offen chirurgisch: Kopf und Hals	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-850.61	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Inzision einer Faszie, offen chirurgisch: Schulter und Axilla	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-850.62	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Inzision einer Faszie, offen chirurgisch: Oberarm	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-850.63	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Inzision einer Faszie, offen chirurgisch: Unterarm	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-850.65	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Inzision einer Faszie, offen chirurgisch: Brustwand und Rücken	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-850.66	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Inzision einer Faszie, offen chirurgisch: Bauchregion	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-850.67	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Inzision einer Faszie, offen chirurgisch: Leisten- und Genitalregion und Gesäß	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-850.68	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Inzision einer Faszie, offen chirurgisch: Oberschenkel und Knie	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-850.69	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Inzision einer Faszie, offen chirurgisch: Unterschenkel	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-850.72	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Inzision einer Faszie, perkutan: Oberarm	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-850.73	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Inzision einer Faszie, perkutan: Unterarm	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-850.78	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Inzision einer Faszie, perkutan: Oberschenkel und Knie	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-850.79	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Inzision einer Faszie, perkutan: Unterschenkel	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-850.8a	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Fremdkörperentfernung aus einem Muskel: Fuß	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-850.80	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Fremdkörperentfernung aus einem Muskel: Kopf und Hals	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-850.81	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Fremdkörperentfernung aus einem Muskel: Schulter und Axilla	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-850.82	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Fremdkörperentfernung aus einem Muskel: Oberarm	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-850.83	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Fremdkörperentfernung aus einem Muskel: Unterarm	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-850.85	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Fremdkörperentfernung aus einem Muskel: Brustwand und Rücken	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-850.86	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Fremdkörperentfernung aus einem Muskel: Bauchregion	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-850.87	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Fremdkörperentfernung aus einem Muskel: Leisten- und Genitalregion und Gesäß	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-850.88	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Fremdkörperentfernung aus einem Muskel: Oberschenkel und Knie	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-850.89	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Fremdkörperentfernung aus einem Muskel: Unterschenkel	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-850.9a	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Fremdkörperentfernung aus einer Sehne: Fuß	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-850.90	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Fremdkörperentfernung aus einer Sehne: Kopf und Hals	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-850.91	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Fremdkörperentfernung aus einer Sehne: Schulter und Axilla	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-850.92	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Fremdkörperentfernung aus einer Sehne: Oberarm	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-850.93	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Fremdkörperentfernung aus einer Sehne: Unterarm	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-850.95	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Fremdkörperentfernung aus einer Sehne: Brustwand und Rücken	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-850.96	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Fremdkörperentfernung aus einer Sehne: Bauchregion	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-850.97	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Fremdkörperentfernung aus einer Sehne: Leisten- und Genitalregion und Gesäß	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-850.98	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Fremdkörperentfernung aus einer Sehne: Oberschenkel und Knie	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-850.99	↔	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie: Fremdkörperentfernung aus einer Sehne: Unterschenkel	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-851.a2	↔	Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie: Fasziotomie längs, perkutan: Oberarm	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-851.a3	↔	Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie: Fasziotomie längs, perkutan: Unterarm	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-851.a8	↔	Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie: Fasziotomie längs, perkutan: Oberschenkel und Knie	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-851.a9	↔	Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie: Fasziotomie längs, perkutan: Unterschenkel	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-851.ba	↔	Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie: Fasziotomie längs, offen chirurgisch, partiell, mehrere Segmente: Fuß	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-851.b0	↔	Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie: Fasziotomie längs, offen chirurgisch, partiell, mehrere Segmente: Kopf und Hals	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-851.b1	↔	Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie: Fasziotomie längs, offen chirurgisch, partiell, mehrere Segmente: Schulter und Axilla	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-851.b2	↔	Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie: Fasziotomie längs, offen chirurgisch, partiell, mehrere Segmente: Oberarm	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-851.b3	↔	Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie: Fasziotomie längs, offen chirurgisch, partiell, mehrere Segmente: Unterarm	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-851.b5	↔	Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie: Fasziotomie längs, offen chirurgisch, partiell, mehrere Segmente: Brustwand und Rücken	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-851.b6	↔	Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie: Fasziotomie längs, offen chirurgisch, partiell, mehrere Segmente: Bauchregion	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-851.b7	↔	Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie: Fasziotomie längs, offen chirurgisch, partiell, mehrere Segmente: Leisten- und Genitalregion und Gesäß	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-851.b8	↔	Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie: Fasziotomie längs, offen chirurgisch, partiell, mehrere Segmente: Oberschenkel und Knie	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-851.b9	↔	Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie: Fasziotomie längs, offen chirurgisch, partiell, mehrere Segmente: Unterschenkel	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-851.ca	↔	Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie: Fasziotomie längs, offen chirurgisch, total, mehrere Segmente: Fuß	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-851.c0	↔	Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie: Fasziotomie längs, offen chirurgisch, total, mehrere Segmente: Kopf und Hals	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-851.c1	↔	Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie: Fasziotomie längs, offen chirurgisch, total, mehrere Segmente: Schulter und Axilla	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-851.c2	↔	Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie: Fasziotomie längs, offen chirurgisch, total, mehrere Segmente: Oberarm	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-851.c3	↔	Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie: Fasziotomie längs, offen chirurgisch, total, mehrere Segmente: Unterarm	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-851.c5	↔	Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie: Fasziotomie längs, offen chirurgisch, total, mehrere Segmente: Brustwand und Rücken	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-851.c6	↔	Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie: Fasziotomie längs, offen chirurgisch, total, mehrere Segmente: Bauchregion	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-851.c7	↔	Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie: Fasziotomie längs, offen chirurgisch, total, mehrere Segmente: Leisten- und Genitalregion und Gesäß	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-851.c8	↔	Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie: Fasziotomie längs, offen chirurgisch, total, mehrere Segmente: Oberschenkel und Knie	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-851.c9	↔	Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie: Fasziotomie längs, offen chirurgisch, total, mehrere Segmente: Unterschenkel	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-851.da	↔	Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie: Desinsertion: Fuß	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-851.d2	↔	Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie: Desinsertion: Oberarm	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-851.d3	↔	Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie: Desinsertion: Unterarm	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-851.d7	↔	Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie: Desinsertion: Leisten- und Genitalregion und Gesäß	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-851.d8	↔	Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie: Desinsertion: Oberschenkel und Knie	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-851.d9	↔	Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie: Desinsertion: Unterschenkel	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-851.0a	↔	Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie: Durchtrennung eines Muskels: Fuß	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-851.00	↔	Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie: Durchtrennung eines Muskels: Kopf und Hals	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-851.01	↔	Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie: Durchtrennung eines Muskels: Schulter und Axilla	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-851.02	↔	Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie: Durchtrennung eines Muskels: Oberarm	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-851.03	↔	Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie: Durchtrennung eines Muskels: Unterarm	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-851.05	↔	Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie: Durchtrennung eines Muskels: Brustwand und Rücken	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-851.06	↔	Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie: Durchtrennung eines Muskels: Bauchregion	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-851.07	↔	Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie: Durchtrennung eines Muskels: Leisten- und Genitalregion und Gesäß	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-851.08	↔	Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie: Durchtrennung eines Muskels: Oberschenkel und Knie	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-851.09	↔	Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie: Durchtrennung eines Muskels: Unterschenkel	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-851.1a	↔	Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie: Tenotomie, offen chirurgisch: Fuß	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-851.10	↔	Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie: Tenotomie, offen chirurgisch: Kopf und Hals	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-851.11	↔	Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie: Tenotomie, offen chirurgisch: Schulter und Axilla	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-851.12	↔	Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie: Tenotomie, offen chirurgisch: Oberarm	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-851.13	↔	Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie: Tenotomie, offen chirurgisch: Unterarm	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-851.15	↔	Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie: Tenotomie, offen chirurgisch: Brustwand und Rücken	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-851.17	↔	Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie: Tenotomie, offen chirurgisch: Leisten- und Genitalregion und Gesäß	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-851.18	↔	Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie: Tenotomie, offen chirurgisch: Oberschenkel und Knie	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-851.19	↔	Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie: Tenotomie, offen chirurgisch: Unterschenkel	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-851.5a	↔	Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie: Fasziotomie quer, offen chirurgisch, partiell: Fuß	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-851.50	↔	Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie: Fasziotomie quer, offen chirurgisch, partiell: Kopf und Hals	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-851.52	↔	Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie: Fasziotomie quer, offen chirurgisch, partiell: Oberarm	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-851.53	↔	Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie: Fasziotomie quer, offen chirurgisch, partiell: Unterarm	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-851.55	↔	Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie: Fasziotomie quer, offen chirurgisch, partiell: Brustwand und Rücken	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-851.56	↔	Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie: Fasziotomie quer, offen chirurgisch, partiell: Bauchregion	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-851.57	↔	Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie: Fasziotomie quer, offen chirurgisch, partiell: Leisten- und Genitalregion und Gesäß	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-851.58	↔	Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie: Fasziotomie quer, offen chirurgisch, partiell: Oberschenkel und Knie	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-851.59	↔	Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie: Fasziotomie quer, offen chirurgisch, partiell: Unterschenkel	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-851.6a	↔	Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie: Fasziotomie quer, offen chirurgisch, total: Fuß	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-851.60	↔	Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie: Fasziotomie quer, offen chirurgisch, total: Kopf und Hals	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-851.61	↔	Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie: Fasziotomie quer, offen chirurgisch, total: Schulter und Axilla	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-851.62	↔	Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie: Fasziotomie quer, offen chirurgisch, total: Oberarm	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-851.63	↔	Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie: Fasziotomie quer, offen chirurgisch, total: Unterarm	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-851.65	↔	Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie: Fasziotomie quer, offen chirurgisch, total: Brustwand und Rücken	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-851.66	↔	Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie: Fasziotomie quer, offen chirurgisch, total: Bauchregion	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-851.67	↔	Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie: Fasziotomie quer, offen chirurgisch, total: Leisten- und Genitalregion und Gesäß	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-851.68	↔	Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie: Fasziotomie quer, offen chirurgisch, total: Oberschenkel und Knie	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-851.69	↔	Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie: Fasziotomie quer, offen chirurgisch, total: Unterschenkel	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-851.72	↔	Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie: Fasziotomie quer, perkutan: Oberarm	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-851.73	↔	Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie: Fasziotomie quer, perkutan: Unterarm	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-851.78	↔	Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie: Fasziotomie quer, perkutan: Oberschenkel und Knie	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-851.79	↔	Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie: Fasziotomie quer, perkutan: Unterschenkel	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-851.8a	↔	Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie: Fasziotomie längs, offen chirurgisch, partiell, ein Segment oder n.n.bez.: Fuß	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-851.80	↔	Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie: Fasziotomie längs, offen chirurgisch, partiell, ein Segment oder n.n.bez.: Kopf und Hals	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-851.81	↔	Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie: Fasziotomie längs, offen chirurgisch, partiell, ein Segment oder n.n.bez.: Schulter und Axilla	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-851.82	↔	Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie: Fasziotomie längs, offen chirurgisch, partiell, ein Segment oder n.n.bez.: Oberarm	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-851.83	↔	Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie: Fasziotomie längs, offen chirurgisch, partiell, ein Segment oder n.n.bez.: Unterarm	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-851.85	↔	Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie: Fasziotomie längs, offen chirurgisch, partiell, ein Segment oder n.n.bez.: Brustwand und Rücken	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-851.86	↔	Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie: Fasziotomie längs, offen chirurgisch, partiell, ein Segment oder n.n.bez.: Bauchregion	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-851.87	↔	Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie: Fasziotomie längs, offen chirurgisch, partiell, ein Segment oder n.n.bez.: Leisten- und Genitalregion und Gesäß	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-851.88	↔	Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie: Fasziotomie längs, offen chirurgisch, partiell, ein Segment oder n.n.bez.: Oberschenkel und Knie	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-851.89	↔	Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie: Fasziotomie längs, offen chirurgisch, partiell, ein Segment oder n.n.bez.: Unterschenkel	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-851.9a	↔	Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie: Fasziotomie längs, offen chirurgisch, total, ein Segment oder n.n.bez.: Fuß	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-851.90	↔	Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie: Fasziotomie längs, offen chirurgisch, total, ein Segment oder n.n.bez.: Kopf und Hals	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-851.91	↔	Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie: Fasziotomie längs, offen chirurgisch, total, ein Segment oder n.n.bez.: Schulter und Axilla	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-851.92	↔	Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie: Fasziotomie längs, offen chirurgisch, total, ein Segment oder n.n.bez.: Oberarm	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-851.93	↔	Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie: Fasziotomie längs, offen chirurgisch, total, ein Segment oder n.n.bez.: Unterarm	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-851.95	↔	Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie: Fasziotomie längs, offen chirurgisch, total, ein Segment oder n.n.bez.: Brustwand und Rücken	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-851.96	↔	Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie: Fasziotomie längs, offen chirurgisch, total, ein Segment oder n.n.bez.: Bauchregion	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-851.97	↔	Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie: Fasziotomie längs, offen chirurgisch, total, ein Segment oder n.n.bez.: Leisten- und Genitalregion und Gesäß	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-851.98	↔	Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie: Fasziotomie längs, offen chirurgisch, total, ein Segment oder n.n.bez.: Oberschenkel und Knie	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-851.99	↔	Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie: Fasziotomie längs, offen chirurgisch, total, ein Segment oder n.n.bez.: Unterschenkel	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-852.aa	↔	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie: Exzision einer Faszie: Fuß	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-852.a0	↔	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie: Exzision einer Faszie: Kopf und Hals	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-852.a1	↔	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie: Exzision einer Faszie: Schulter und Axilla	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-852.a2	↔	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie: Exzision einer Faszie: Oberarm	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-852.a3	↔	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie: Exzision einer Faszie: Unterarm	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-852.a5	↔	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie: Exzision einer Faszie: Brustwand und Rücken	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-852.a6	↔	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie: Exzision einer Faszie: Bauchregion	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-852.a7	↔	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie: Exzision einer Faszie: Leisten- und Genitalregion und Gesäß	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-852.a8	↔	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie: Exzision einer Faszie: Oberschenkel und Knie	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-852.a9	↔	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie: Exzision einer Faszie: Unterschenkel	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-852.ba	↔	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie: Kompartmentresektion ohne spezielle Gefäß- und Nervenpräparation: Fuß	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-852.b0	↔	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie: Kompartmentresektion ohne spezielle Gefäß- und Nervenpräparation: Kopf und Hals	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-852.b1	↔	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie: Kompartmentresektion ohne spezielle Gefäß- und Nervenpräparation: Schulter und Axilla	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-852.b2	↔	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie: Kompartmentresektion ohne spezielle Gefäß- und Nervenpräparation: Oberarm	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-852.b3	↔	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie: Kompartmentresektion ohne spezielle Gefäß- und Nervenpräparation: Unterarm	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-852.b5	↔	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie: Kompartmentresektion ohne spezielle Gefäß- und Nervenpräparation: Brustwand und Rücken	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-852.b6	↔	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie: Kompartmentresektion ohne spezielle Gefäß- und Nervenpräparation: Bauchregion	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-852.b7	↔	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie: Kompartmentresektion ohne spezielle Gefäß- und Nervenpräparation: Leisten- und Genitalregion und Gesäß	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-852.b8	↔	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie: Kompartmentresektion ohne spezielle Gefäß- und Nervenpräparation: Oberschenkel und Knie	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-852.b9	↔	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie: Kompartmentresektion ohne spezielle Gefäß- und Nervenpräparation: Unterschenkel	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-852.ca	↔	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie: Kompartmentresektion mit spezieller Gefäß- und Nervenpräparation: Fuß	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-852.c0	↔	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie: Kompartmentresektion mit spezieller Gefäß- und Nervenpräparation: Kopf und Hals	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-852.c1	↔	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie: Kompartmentresektion mit spezieller Gefäß- und Nervenpräparation: Schulter und Axilla	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-852.c2	↔	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie: Kompartmentresektion mit spezieller Gefäß- und Nervenpräparation: Oberarm	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-852.c3	↔	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie: Kompartmentresektion mit spezieller Gefäß- und Nervenpräparation: Unterarm	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-852.c5	↔	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie: Kompartmentresektion mit spezieller Gefäß- und Nervenpräparation: Brustwand und Rücken	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-852.c6	↔	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie: Kompartmentresektion mit spezieller Gefäß- und Nervenpräparation: Bauchregion	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-852.c7	↔	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie: Kompartmentresektion mit spezieller Gefäß- und Nervenpräparation: Leisten- und Genitalregion und Gesäß	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-852.c8	↔	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie: Kompartmentresektion mit spezieller Gefäß- und Nervenpräparation: Oberschenkel und Knie	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-852.c9	↔	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie: Kompartmentresektion mit spezieller Gefäß- und Nervenpräparation: Unterschenkel	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-852.da	↔	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie: Kompartmentresektion mit erweiterter Präparation: Fuß	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-852.d0	↔	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie: Kompartmentresektion mit erweiterter Präparation: Kopf und Hals	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-852.d1	↔	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie: Kompartmentresektion mit erweiterter Präparation: Schulter und Axilla	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-852.d2	↔	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie: Kompartmentresektion mit erweiterter Präparation: Oberarm	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-852.d3	↔	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie: Kompartmentresektion mit erweiterter Präparation: Unterarm	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-852.d5	↔	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie: Kompartmentresektion mit erweiterter Präparation: Brustwand und Rücken	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-852.d6	↔	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie: Kompartmentresektion mit erweiterter Präparation: Bauchregion	C6	31126/ 36126	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-852.d7	↔	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie: Kompartmentresektion mit erweiterter Präparation: Leisten- und Genitalregion und Gesäß	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-852.d8	↔	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie: Kompartmentresektion mit erweiterter Präparation: Oberschenkel und Knie	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-852.d9	↔	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie: Kompartmentresektion mit erweiterter Präparation: Unterschenkel	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-852.ha	↔	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie: Kompartmentübergreifende Resektion ohne spezielle Gefäß- und Nervenpräparation: Fuß	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-852.h0	↔	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie: Kompartmentübergreifende Resektion ohne spezielle Gefäß- und Nervenpräparation: Kopf und Hals	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-852.h1	↔	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie: Kompartmentübergreifende Resektion ohne spezielle Gefäß- und Nervenpräparation: Schulter und Axilla	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-852.h2	↔	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie: Kompartmentübergreifende Resektion ohne spezielle Gefäß- und Nervenpräparation: Oberarm	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-852.h3	↔	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie: Kompartmentübergreifende Resektion ohne spezielle Gefäß- und Nervenpräparation: Unterarm	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-852.h5	↔	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie: Kompartmentübergreifende Resektion ohne spezielle Gefäß- und Nervenpräparation: Brustwand und Rücken	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-852.h6	↔	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie: Kompartmentübergreifende Resektion ohne spezielle Gefäß- und Nervenpräparation: Bauchregion	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-852.h7	↔	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie: Kompartmentübergreifende Resektion ohne spezielle Gefäß- und Nervenpräparation: Leisten- und Genitalregion und Gesäß	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-852.h8	↔	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie: Kompartmentübergreifende Resektion ohne spezielle Gefäß- und Nervenpräparation: Oberschenkel und Knie	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-852.h9	↔	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie: Kompartmentübergreifende Resektion ohne spezielle Gefäß- und Nervenpräparation: Unterschenkel	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-852.ja	↔	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie: Kompartmentübergreifende Resektion mit spezieller Gefäß- und Nervenpräparation: Fuß	C5	31125/ 36125	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-852.j0	↔	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie: Kompartmentübergreifende Resektion mit spezieller Gefäß- und Nervenpräparation: Kopf und Hals	C5	31125/ 36125	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-852.j1	↔	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie: Kompartmentübergreifende Resektion mit spezieller Gefäß- und Nervenpräparation: Schulter und Axilla	C5	31125/ 36125	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-852.j2	↔	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie: Kompartmentübergreifende Resektion mit spezieller Gefäß- und Nervenpräparation: Oberarm	C5	31125/ 36125	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-852.j3	↔	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie: Kompartmentübergreifende Resektion mit spezieller Gefäß- und Nervenpräparation: Unterarm	C5	31125/ 36125	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-852.j5	↔	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie: Kompartmentübergreifende Resektion mit spezieller Gefäß- und Nervenpräparation: Brustwand und Rücken	C5	31125/ 36125	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-852.j6	↔	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie: Kompartmentübergreifende Resektion mit spezieller Gefäß- und Nervenpräparation: Bauchregion	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-852.j7	↔	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie: Kompartmentübergreifende Resektion mit spezieller Gefäß- und Nervenpräparation: Leisten- und Genitalregion und Gesäß	C5	31125/ 36125	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-852.j8	↔	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie: Kompartmentübergreifende Resektion mit spezieller Gefäß- und Nervenpräparation: Oberschenkel und Knie	C5	31125/ 36125	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-852.j9	↔	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie: Kompartmentübergreifende Resektion mit spezieller Gefäß- und Nervenpräparation: Unterschenkel	C5	31125/ 36125	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-852.0a	↔	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie: Exzision einer Sehne, partiell: Fuß	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-852.00	↔	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie: Exzision einer Sehne, partiell: Kopf und Hals	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-852.01	↔	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie: Exzision einer Sehne, partiell: Schulter und Axilla	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-852.02	↔	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie: Exzision einer Sehne, partiell: Oberarm	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-852.03	↔	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie: Exzision einer Sehne, partiell: Unterarm	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-852.07	↔	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie: Exzision einer Sehne, partiell: Leisten- und Genitalregion und Gesäß	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-852.08	↔	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie: Exzision einer Sehne, partiell: Oberschenkel und Knie	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-852.09	↔	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie: Exzision einer Sehne, partiell: Unterschenkel	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-852.1a	↔	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie: Exzision einer Sehne, total: Fuß	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-852.10	↔	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie: Exzision einer Sehne, total: Kopf und Hals	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-852.11	↔	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie: Exzision einer Sehne, total: Schulter und Axilla	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-852.12	↔	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie: Exzision einer Sehne, total: Oberarm	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-852.13	↔	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie: Exzision einer Sehne, total: Unterarm	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-852.17	↔	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie: Exzision einer Sehne, total: Leisten- und Genitalregion und Gesäß	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-852.18	↔	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie: Exzision einer Sehne, total: Oberschenkel und Knie	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-852.19	↔	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie: Exzision einer Sehne, total: Unterschenkel	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-852.2a	↔	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie: Exzision einer Sehnenscheide, partiell: Fuß	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-852.23	↔	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie: Exzision einer Sehnenscheide, partiell: Unterarm	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-852.29	↔	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie: Exzision einer Sehnenscheide, partiell: Unterschenkel	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-852.3a	↔	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie: Exzision einer Sehnenscheide, total: Fuß	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-852.33	↔	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie: Exzision einer Sehnenscheide, total: Unterarm	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-852.39	↔	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie: Exzision einer Sehnenscheide, total: Unterschenkel	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-852.6a	↔	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie: Exzision eines Muskels, subfaszial, partiell: Fuß	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-852.60	↔	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie: Exzision eines Muskels, subfaszial, partiell: Kopf und Hals	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-852.61	↔	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie: Exzision eines Muskels, subfaszial, partiell: Schulter und Axilla	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-852.62	↔	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie: Exzision eines Muskels, subfaszial, partiell: Oberarm	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-852.63	↔	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie: Exzision eines Muskels, subfaszial, partiell: Unterarm	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-852.65	↔	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie: Exzision eines Muskels, subfaszial, partiell: Brustwand und Rücken	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-852.66	↔	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie: Exzision eines Muskels, subfaszial, partiell: Bauchregion	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-852.67	↔	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie: Exzision eines Muskels, subfaszial, partiell: Leisten- und Genitalregion und Gesäß	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-852.68	↔	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie: Exzision eines Muskels, subfaszial, partiell: Oberschenkel und Knie	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-852.69	↔	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie: Exzision eines Muskels, subfaszial, partiell: Unterschenkel	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-852.7a	↔	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie: Exzision eines Muskels, subfaszial, total: Fuß	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-852.70	↔	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie: Exzision eines Muskels, subfaszial, total: Kopf und Hals	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-852.71	↔	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie: Exzision eines Muskels, subfaszial, total: Schulter und Axilla	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-852.72	↔	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie: Exzision eines Muskels, subfaszial, total: Oberarm	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-852.73	↔	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie: Exzision eines Muskels, subfaszial, total: Unterarm	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-852.75	↔	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie: Exzision eines Muskels, subfaszial, total: Brustwand und Rücken	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-852.76	↔	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie: Exzision eines Muskels, subfaszial, total: Bauchregion	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-852.77	↔	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie: Exzision eines Muskels, subfaszial, total: Leisten- und Genitalregion und Gesäß	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-852.78	↔	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie: Exzision eines Muskels, subfaszial, total: Oberschenkel und Knie	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-852.79	↔	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie: Exzision eines Muskels, subfaszial, total: Unterschenkel	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-852.9a	↔	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie: Exzision an Sehnen und Muskeln, subfaszial: Fuß	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-852.90	↔	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie: Exzision an Sehnen und Muskeln, subfaszial: Kopf und Hals	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-852.91	↔	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie: Exzision an Sehnen und Muskeln, subfaszial: Schulter und Axilla	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-852.92	↔	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie: Exzision an Sehnen und Muskeln, subfaszial: Oberarm	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-852.93	↔	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie: Exzision an Sehnen und Muskeln, subfaszial: Unterarm	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-852.95	↔	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie: Exzision an Sehnen und Muskeln, subfaszial: Brustwand und Rücken	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-852.96	↔	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie: Exzision an Sehnen und Muskeln, subfaszial: Bauchregion	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-852.97	↔	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie: Exzision an Sehnen und Muskeln, subfaszial: Leisten- und Genitalregion und Gesäß	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-852.98	↔	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie: Exzision an Sehnen und Muskeln, subfaszial: Oberschenkel und Knie	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-852.99	↔	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie: Exzision an Sehnen und Muskeln, subfaszial: Unterschenkel	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-853.0a	↔	Rekonstruktion von Muskeln: Refixation: Fuß	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-853.00	↔	Rekonstruktion von Muskeln: Refixation: Kopf und Hals	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-853.01	↔	Rekonstruktion von Muskeln: Refixation: Schulter und Axilla	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-853.02	↔	Rekonstruktion von Muskeln: Refixation: Oberarm	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-853.03	↔	Rekonstruktion von Muskeln: Refixation: Unterarm	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-853.05	↔	Rekonstruktion von Muskeln: Refixation: Brustwand und Rücken	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-853.06	↔	Rekonstruktion von Muskeln: Refixation: Bauchregion	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-853.07	↔	Rekonstruktion von Muskeln: Refixation: Leisten- und Genitalregion und Gesäß	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-853.08	↔	Rekonstruktion von Muskeln: Refixation: Oberschenkel und Knie	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-853.09	↔	Rekonstruktion von Muskeln: Refixation: Unterschenkel	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-853.1a	↔	Rekonstruktion von Muskeln: Naht: Fuß	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-853.10	↔	Rekonstruktion von Muskeln: Naht: Kopf und Hals	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-853.11	↔	Rekonstruktion von Muskeln: Naht: Schulter und Axilla	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-853.12	↔	Rekonstruktion von Muskeln: Naht: Oberarm	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-853.13	↔	Rekonstruktion von Muskeln: Naht: Unterarm	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-853.15	↔	Rekonstruktion von Muskeln: Naht: Brustwand und Rücken	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-853.16	↔	Rekonstruktion von Muskeln: Naht: Bauchregion	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-853.17	↔	Rekonstruktion von Muskeln: Naht: Leisten- und Genitalregion und Gesäß	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-853.18	↔	Rekonstruktion von Muskeln: Naht: Oberschenkel und Knie	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-853.19	↔	Rekonstruktion von Muskeln: Naht: Unterschenkel	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-853.2a	↔	Rekonstruktion von Muskeln: Verlängerung und Naht: Fuß	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-853.20	↔	Rekonstruktion von Muskeln: Verlängerung und Naht: Kopf und Hals	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-853.21	↔	Rekonstruktion von Muskeln: Verlängerung und Naht: Schulter und Axilla	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-853.22	↔	Rekonstruktion von Muskeln: Verlängerung und Naht: Oberarm	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-853.23	↔	Rekonstruktion von Muskeln: Verlängerung und Naht: Unterarm	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-853.25	↔	Rekonstruktion von Muskeln: Verlängerung und Naht: Brustwand und Rücken	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-853.26	↔	Rekonstruktion von Muskeln: Verlängerung und Naht: Bauchregion	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-853.27	↔	Rekonstruktion von Muskeln: Verlängerung und Naht: Leisten- und Genitalregion und Gesäß	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-853.28	↔	Rekonstruktion von Muskeln: Verlängerung und Naht: Oberschenkel und Knie	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-853.29	↔	Rekonstruktion von Muskeln: Verlängerung und Naht: Unterschenkel	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-853.3a	↔	Rekonstruktion von Muskeln: Verkürzung und Naht: Fuß	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-853.30	↔	Rekonstruktion von Muskeln: Verkürzung und Naht: Kopf und Hals	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-853.31	↔	Rekonstruktion von Muskeln: Verkürzung und Naht: Schulter und Axilla	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-853.32	↔	Rekonstruktion von Muskeln: Verkürzung und Naht: Oberarm	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-853.33	↔	Rekonstruktion von Muskeln: Verkürzung und Naht: Unterarm	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-853.35	↔	Rekonstruktion von Muskeln: Verkürzung und Naht: Brustwand und Rücken	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-853.36	↔	Rekonstruktion von Muskeln: Verkürzung und Naht: Bauchregion	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-853.37	↔	Rekonstruktion von Muskeln: Verkürzung und Naht: Leisten- und Genitalregion und Gesäß	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-853.38	↔	Rekonstruktion von Muskeln: Verkürzung und Naht: Oberschenkel und Knie	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-853.39	↔	Rekonstruktion von Muskeln: Verkürzung und Naht: Unterschenkel	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-853.4a	↔	Rekonstruktion von Muskeln: Plastik: Fuß	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-853.40	↔	Rekonstruktion von Muskeln: Plastik: Kopf und Hals	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-853.41	↔	Rekonstruktion von Muskeln: Plastik: Schulter und Axilla	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-853.42	↔	Rekonstruktion von Muskeln: Plastik: Oberarm	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-853.43	↔	Rekonstruktion von Muskeln: Plastik: Unterarm	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-853.45	↔	Rekonstruktion von Muskeln: Plastik: Brustwand und Rücken	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-853.46	↔	Rekonstruktion von Muskeln: Plastik: Bauchregion	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-853.47	↔	Rekonstruktion von Muskeln: Plastik: Leisten- und Genitalregion und Gesäß	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-853.48	↔	Rekonstruktion von Muskeln: Plastik: Oberschenkel und Knie	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-853.49	↔	Rekonstruktion von Muskeln: Plastik: Unterschenkel	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-853.5a	↔	Rekonstruktion von Muskeln: Transposition: Fuß	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-853.50	↔	Rekonstruktion von Muskeln: Transposition: Kopf und Hals	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-853.51	↔	Rekonstruktion von Muskeln: Transposition: Schulter und Axilla	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-853.52	↔	Rekonstruktion von Muskeln: Transposition: Oberarm	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-853.53	↔	Rekonstruktion von Muskeln: Transposition: Unterarm	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-853.55	↔	Rekonstruktion von Muskeln: Transposition: Brustwand und Rücken	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-853.56	↔	Rekonstruktion von Muskeln: Transposition: Bauchregion	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-853.57	↔	Rekonstruktion von Muskeln: Transposition: Leisten- und Genitalregion und Gesäß	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-853.58	↔	Rekonstruktion von Muskeln: Transposition: Oberschenkel und Knie	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-853.59	↔	Rekonstruktion von Muskeln: Transposition: Unterschenkel	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-853.6a	↔	Rekonstruktion von Muskeln: Transplantation: Fuß	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-853.60	↔	Rekonstruktion von Muskeln: Transplantation: Kopf und Hals	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-853.61	↔	Rekonstruktion von Muskeln: Transplantation: Schulter und Axilla	C5	31125/ 36125	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-853.62	↔	Rekonstruktion von Muskeln: Transplantation: Oberarm	C5	31125/ 36125	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-853.63	↔	Rekonstruktion von Muskeln: Transplantation: Unterarm	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-853.65	↔	Rekonstruktion von Muskeln: Transplantation: Brustwand und Rücken	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-853.66	↔	Rekonstruktion von Muskeln: Transplantation: Bauchregion	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-853.67	↔	Rekonstruktion von Muskeln: Transplantation: Leisten- und Genitalregion und Gesäß	C5	31125/ 36125	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-853.68	↔	Rekonstruktion von Muskeln: Transplantation: Oberschenkel und Knie	C5	31125/ 36125	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-853.69	↔	Rekonstruktion von Muskeln: Transplantation: Unterschenkel	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-853.8a	↔	Rekonstruktion von Muskeln: Transplantatwechsel: Fuß	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-853.80	↔	Rekonstruktion von Muskeln: Transplantatwechsel: Kopf und Hals	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-853.81	↔	Rekonstruktion von Muskeln: Transplantatwechsel: Schulter und Axilla	C5	31125/ 36125	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-853.82	↔	Rekonstruktion von Muskeln: Transplantatwechsel: Oberarm	C5	31125/ 36125	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-853.83	↔	Rekonstruktion von Muskeln: Transplantatwechsel: Unterarm	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-853.85	↔	Rekonstruktion von Muskeln: Transplantatwechsel: Brustwand und Rücken	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-853.86	↔	Rekonstruktion von Muskeln: Transplantatwechsel: Bauchregion	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-853.87	↔	Rekonstruktion von Muskeln: Transplantatwechsel: Leisten- und Genitalregion und Gesäß	C5	31125/ 36125	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-853.88	↔	Rekonstruktion von Muskeln: Transplantatwechsel: Oberschenkel und Knie	C5	31125/ 36125	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-853.89	↔	Rekonstruktion von Muskeln: Transplantatwechsel: Unterschenkel	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-853.9a	↔	Rekonstruktion von Muskeln: Transplantatentfernung: Fuß	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-853.90	↔	Rekonstruktion von Muskeln: Transplantatentfernung: Kopf und Hals	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-853.91	↔	Rekonstruktion von Muskeln: Transplantatentfernung: Schulter und Axilla	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-853.92	↔	Rekonstruktion von Muskeln: Transplantatentfernung: Oberarm	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-853.93	↔	Rekonstruktion von Muskeln: Transplantatentfernung: Unterarm	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-853.95	↔	Rekonstruktion von Muskeln: Transplantatentfernung: Brustwand und Rücken	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-853.96	↔	Rekonstruktion von Muskeln: Transplantatentfernung: Bauchregion	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-853.97	↔	Rekonstruktion von Muskeln: Transplantatentfernung: Leisten- und Genitalregion und Gesäß	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-853.98	↔	Rekonstruktion von Muskeln: Transplantatentfernung: Oberschenkel und Knie	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-853.99	↔	Rekonstruktion von Muskeln: Transplantatentfernung: Unterschenkel	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-854.ab	↔	Rekonstruktion von Sehnen: Rekonstruktion mit alloplastischem Material: Rückfuß und Fußwurzel	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-854.ac	↔	Rekonstruktion von Sehnen: Rekonstruktion mit alloplastischem Material: Mittelfuß und Zehen	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-854.a0	↔	Rekonstruktion von Sehnen: Rekonstruktion mit alloplastischem Material: Kopf und Hals	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-854.a1	↔	Rekonstruktion von Sehnen: Rekonstruktion mit alloplastischem Material: Schulter und Axilla	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-854.a2	↔	Rekonstruktion von Sehnen: Rekonstruktion mit alloplastischem Material: Oberarm	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-854.a3	↔	Rekonstruktion von Sehnen: Rekonstruktion mit alloplastischem Material: Unterarm	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-854.a5	↔	Rekonstruktion von Sehnen: Rekonstruktion mit alloplastischem Material: Brustwand und Rücken	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-854.a8	↔	Rekonstruktion von Sehnen: Rekonstruktion mit alloplastischem Material: Oberschenkel und Knie	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-854.a9	↔	Rekonstruktion von Sehnen: Rekonstruktion mit alloplastischem Material: Unterschenkel	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-854.0b	↔	Rekonstruktion von Sehnen: Verlängerung: Rückfuß und Fußwurzel	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-854.0c	↔	Rekonstruktion von Sehnen: Verlängerung: Mittelfuß und Zehen	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-854.00	↔	Rekonstruktion von Sehnen: Verlängerung: Kopf und Hals	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-854.01	↔	Rekonstruktion von Sehnen: Verlängerung: Schulter und Axilla	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-854.02	↔	Rekonstruktion von Sehnen: Verlängerung: Oberarm	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-854.03	↔	Rekonstruktion von Sehnen: Verlängerung: Unterarm	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-854.05	↔	Rekonstruktion von Sehnen: Verlängerung: Brustwand und Rücken	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-854.06	↔	Rekonstruktion von Sehnen: Verlängerung: Bauchregion	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-854.07	↔	Rekonstruktion von Sehnen: Verlängerung: Leisten- und Genitalregion und Gesäß	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-854.08	↔	Rekonstruktion von Sehnen: Verlängerung: Oberschenkel und Knie	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-854.09	↔	Rekonstruktion von Sehnen: Verlängerung: Unterschenkel	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-854.1b	↔	Rekonstruktion von Sehnen: Verkürzung: Rückfuß und Fußwurzel	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-854.1c	↔	Rekonstruktion von Sehnen: Verkürzung: Mittelfuß und Zehen	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-854.10	↔	Rekonstruktion von Sehnen: Verkürzung: Kopf und Hals	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-854.11	↔	Rekonstruktion von Sehnen: Verkürzung: Schulter und Axilla	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-854.12	↔	Rekonstruktion von Sehnen: Verkürzung: Oberarm	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-854.13	↔	Rekonstruktion von Sehnen: Verkürzung: Unterarm	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-854.15	↔	Rekonstruktion von Sehnen: Verkürzung: Brustwand und Rücken	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-854.16	↔	Rekonstruktion von Sehnen: Verkürzung: Bauchregion	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-854.17	↔	Rekonstruktion von Sehnen: Verkürzung: Leisten- und Genitalregion und Gesäß	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-854.18	↔	Rekonstruktion von Sehnen: Verkürzung: Oberschenkel und Knie	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-854.19	↔	Rekonstruktion von Sehnen: Verkürzung: Unterschenkel	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-854.2b	↔	Rekonstruktion von Sehnen: (Partielle) Transposition: Rückfuß und Fußwurzel	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-854.2c	↔	Rekonstruktion von Sehnen: (Partielle) Transposition: Mittelfuß und Zehen	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-854.20	↔	Rekonstruktion von Sehnen: (Partielle) Transposition: Kopf und Hals	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-854.21	↔	Rekonstruktion von Sehnen: (Partielle) Transposition: Schulter und Axilla	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-854.22	↔	Rekonstruktion von Sehnen: (Partielle) Transposition: Oberarm	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-854.23	↔	Rekonstruktion von Sehnen: (Partielle) Transposition: Unterarm	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-854.25	↔	Rekonstruktion von Sehnen: (Partielle) Transposition: Brustwand und Rücken	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-854.27	↔	Rekonstruktion von Sehnen: (Partielle) Transposition: Leisten- und Genitalregion und Gesäß	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-854.28	↔	Rekonstruktion von Sehnen: (Partielle) Transposition: Oberschenkel und Knie	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-854.29	↔	Rekonstruktion von Sehnen: (Partielle) Transposition: Unterschenkel	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-854.3b	↔	Rekonstruktion von Sehnen: Augmentation: Rückfuß und Fußwurzel	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-854.3c	↔	Rekonstruktion von Sehnen: Augmentation: Mittelfuß und Zehen	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-854.30	↔	Rekonstruktion von Sehnen: Augmentation: Kopf und Hals	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-854.31	↔	Rekonstruktion von Sehnen: Augmentation: Schulter und Axilla	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-854.32	↔	Rekonstruktion von Sehnen: Augmentation: Oberarm	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-854.33	↔	Rekonstruktion von Sehnen: Augmentation: Unterarm	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-854.35	↔	Rekonstruktion von Sehnen: Augmentation: Brustwand und Rücken	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-854.36	↔	Rekonstruktion von Sehnen: Augmentation: Bauchregion	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-854.37	↔	Rekonstruktion von Sehnen: Augmentation: Leisten- und Genitalregion und Gesäß	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-854.38	↔	Rekonstruktion von Sehnen: Augmentation: Oberschenkel und Knie	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-854.39	↔	Rekonstruktion von Sehnen: Augmentation: Unterschenkel	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-854.4b	↔	Rekonstruktion von Sehnen: Ersatzplastik: Rückfuß und Fußwurzel	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-854.4c	↔	Rekonstruktion von Sehnen: Ersatzplastik: Mittelfuß und Zehen	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-854.40	↔	Rekonstruktion von Sehnen: Ersatzplastik: Kopf und Hals	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-854.41	↔	Rekonstruktion von Sehnen: Ersatzplastik: Schulter und Axilla	C5	31125/ 36125	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-854.42	↔	Rekonstruktion von Sehnen: Ersatzplastik: Oberarm	C5	31125/ 36125	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-854.43	↔	Rekonstruktion von Sehnen: Ersatzplastik: Unterarm	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-854.45	↔	Rekonstruktion von Sehnen: Ersatzplastik: Brustwand und Rücken	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-854.46	↔	Rekonstruktion von Sehnen: Ersatzplastik: Bauchregion	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-854.47	↔	Rekonstruktion von Sehnen: Ersatzplastik: Leisten- und Genitalregion und Gesäß	C5	31125/ 36125	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-854.48	↔	Rekonstruktion von Sehnen: Ersatzplastik: Oberschenkel und Knie	C5	31125/ 36125	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-854.49	↔	Rekonstruktion von Sehnen: Ersatzplastik: Unterschenkel	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-854.5b	↔	Rekonstruktion von Sehnen: Ersatzplastik mit Interponat: Rückfuß und Fußwurzel	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-854.5c	↔	Rekonstruktion von Sehnen: Ersatzplastik mit Interponat: Mittelfuß und Zehen	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-854.50	↔	Rekonstruktion von Sehnen: Ersatzplastik mit Interponat: Kopf und Hals	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-854.51	↔	Rekonstruktion von Sehnen: Ersatzplastik mit Interponat: Schulter und Axilla	C5	31125/ 36125	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-854.52	↔	Rekonstruktion von Sehnen: Ersatzplastik mit Interponat: Oberarm	C5	31125/ 36125	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-854.53	↔	Rekonstruktion von Sehnen: Ersatzplastik mit Interponat: Unterarm	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-854.55	↔	Rekonstruktion von Sehnen: Ersatzplastik mit Interponat: Brustwand und Rücken	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-854.56	↔	Rekonstruktion von Sehnen: Ersatzplastik mit Interponat: Bauchregion	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-854.57	↔	Rekonstruktion von Sehnen: Ersatzplastik mit Interponat: Leisten- und Genitalregion und Gesäß	C5	31125/ 36125	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-854.58	↔	Rekonstruktion von Sehnen: Ersatzplastik mit Interponat: Oberschenkel und Knie	C5	31125/ 36125	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-854.59	↔	Rekonstruktion von Sehnen: Ersatzplastik mit Interponat: Unterschenkel	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-854.7b	↔	Rekonstruktion von Sehnen: Transplantation: Rückfuß und Fußwurzel	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-854.7c	↔	Rekonstruktion von Sehnen: Transplantation: Mittelfuß und Zehen	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-854.70	↔	Rekonstruktion von Sehnen: Transplantation: Kopf und Hals	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-854.71	↔	Rekonstruktion von Sehnen: Transplantation: Schulter und Axilla	C5	31125/ 36125	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-854.72	↔	Rekonstruktion von Sehnen: Transplantation: Oberarm	C5	31125/ 36125	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-854.73	↔	Rekonstruktion von Sehnen: Transplantation: Unterarm	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-854.75	↔	Rekonstruktion von Sehnen: Transplantation: Brustwand und Rücken	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-854.76	↔	Rekonstruktion von Sehnen: Transplantation: Bauchregion	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-854.77	↔	Rekonstruktion von Sehnen: Transplantation: Leisten- und Genitalregion und Gesäß	C5	31125/ 36125	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-854.78	↔	Rekonstruktion von Sehnen: Transplantation: Oberschenkel und Knie	C5	31125/ 36125	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-854.79	↔	Rekonstruktion von Sehnen: Transplantation: Unterschenkel	C5	31125/ 36125	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-854.9b	↔	Rekonstruktion von Sehnen: Transplantatentfernung: Rückfuß und Fußwurzel	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-854.9c	↔	Rekonstruktion von Sehnen: Transplantatentfernung: Mittelfuß und Zehen	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-854.90	↔	Rekonstruktion von Sehnen: Transplantatentfernung: Kopf und Hals	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-854.91	↔	Rekonstruktion von Sehnen: Transplantatentfernung: Schulter und Axilla	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-854.92	↔	Rekonstruktion von Sehnen: Transplantatentfernung: Oberarm	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-854.93	↔	Rekonstruktion von Sehnen: Transplantatentfernung: Unterarm	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-854.95	↔	Rekonstruktion von Sehnen: Transplantatentfernung: Brustwand und Rücken	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-854.96	↔	Rekonstruktion von Sehnen: Transplantatentfernung: Bauchregion	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-854.97	↔	Rekonstruktion von Sehnen: Transplantatentfernung: Leisten- und Genitalregion und Gesäß	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-854.98	↔	Rekonstruktion von Sehnen: Transplantatentfernung: Oberschenkel und Knie	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-854.99	↔	Rekonstruktion von Sehnen: Transplantatentfernung: Unterschenkel	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-855.aa	↔	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide: Tenodese mehrere Sehnen, sekundär: Fuß	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-855.a0	↔	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide: Tenodese mehrere Sehnen, sekundär: Kopf und Hals	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-855.a1	↔	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide: Tenodese mehrere Sehnen, sekundär: Schulter und Axilla	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-855.a2	↔	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide: Tenodese mehrere Sehnen, sekundär: Oberarm	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-855.a3	↔	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide: Tenodese mehrere Sehnen, sekundär: Unterarm	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-855.a5	↔	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide: Tenodese mehrere Sehnen, sekundär: Brustwand und Rücken	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-855.a7	↔	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide: Tenodese mehrere Sehnen, sekundär: Leisten- und Genitalregion und Gesäß	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-855.a8	↔	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide: Tenodese mehrere Sehnen, sekundär: Oberschenkel und Knie	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-855.a9	↔	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide: Tenodese mehrere Sehnen, sekundär: Unterschenkel	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-855.ba	↔	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide: Spülung einer Sehnenscheide: Fuß	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-855.b0	↔	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide: Spülung einer Sehnenscheide: Kopf und Hals	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-855.b1	↔	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide: Spülung einer Sehnenscheide: Schulter und Axilla	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-855.b2	↔	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide: Spülung einer Sehnenscheide: Oberarm	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-855.b3	↔	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide: Spülung einer Sehnenscheide: Unterarm	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-855.b5	↔	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide: Spülung einer Sehnenscheide: Brustwand und Rücken	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-855.b6	↔	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide: Spülung einer Sehnenscheide: Bauchregion	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-855.b7	↔	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide: Spülung einer Sehnenscheide: Leisten- und Genitalregion und Gesäß	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-855.b8	↔	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide: Spülung einer Sehnenscheide: Oberschenkel und Knie	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-855.b9	↔	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide: Spülung einer Sehnenscheide: Unterschenkel	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-855.0a	↔	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide: Reinsertion einer Sehne: Fuß	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-855.00	↔	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide: Reinsertion einer Sehne: Kopf und Hals	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-855.01	↔	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide: Reinsertion einer Sehne: Schulter und Axilla	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-855.02	↔	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide: Reinsertion einer Sehne: Oberarm	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-855.03	↔	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide: Reinsertion einer Sehne: Unterarm	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-855.05	↔	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide: Reinsertion einer Sehne: Brustwand und Rücken	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-855.06	↔	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide: Reinsertion einer Sehne: Bauchregion	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-855.07	↔	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide: Reinsertion einer Sehne: Leisten- und Genitalregion und Gesäß	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-855.08	↔	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide: Reinsertion einer Sehne: Oberschenkel und Knie	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-855.09	↔	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide: Reinsertion einer Sehne: Unterschenkel	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-855.1a	↔	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide: Naht einer Sehne, primär: Fuß	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-855.10	↔	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide: Naht einer Sehne, primär: Kopf und Hals	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-855.11	↔	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide: Naht einer Sehne, primär: Schulter und Axilla	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-855.12	↔	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide: Naht einer Sehne, primär: Oberarm	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-855.13	↔	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide: Naht einer Sehne, primär: Unterarm	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-855.15	↔	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide: Naht einer Sehne, primär: Brustwand und Rücken	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-855.16	↔	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide: Naht einer Sehne, primär: Bauchregion	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-855.17	↔	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide: Naht einer Sehne, primär: Leisten- und Genitalregion und Gesäß	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-855.18	↔	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide: Naht einer Sehne, primär: Oberschenkel und Knie	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-855.19	↔	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide: Naht einer Sehne, primär: Unterschenkel	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-855.2a	↔	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide: Naht einer Sehne, sekundär: Fuß	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-855.20	↔	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide: Naht einer Sehne, sekundär: Kopf und Hals	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-855.21	↔	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide: Naht einer Sehne, sekundär: Schulter und Axilla	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-855.22	↔	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide: Naht einer Sehne, sekundär: Oberarm	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-855.23	↔	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide: Naht einer Sehne, sekundär: Unterarm	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-855.25	↔	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide: Naht einer Sehne, sekundär: Brustwand und Rücken	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-855.26	↔	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide: Naht einer Sehne, sekundär: Bauchregion	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-855.27	↔	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide: Naht einer Sehne, sekundär: Leisten- und Genitalregion und Gesäß	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-855.28	↔	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide: Naht einer Sehne, sekundär: Oberschenkel und Knie	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-855.29	↔	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide: Naht einer Sehne, sekundär: Unterschenkel	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-855.3a	↔	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide: Naht der Sehnenscheide, primär: Fuß	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-855.30	↔	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide: Naht der Sehnenscheide, primär: Kopf und Hals	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-855.31	↔	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide: Naht der Sehnenscheide, primär: Schulter und Axilla	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-855.32	↔	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide: Naht der Sehnenscheide, primär: Oberarm	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-855.33	↔	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide: Naht der Sehnenscheide, primär: Unterarm	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-855.35	↔	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide: Naht der Sehnenscheide, primär: Brustwand und Rücken	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-855.36	↔	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide: Naht der Sehnenscheide, primär: Bauchregion	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-855.37	↔	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide: Naht der Sehnenscheide, primär: Leisten- und Genitalregion und Gesäß	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-855.38	↔	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide: Naht der Sehnenscheide, primär: Oberschenkel und Knie	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-855.39	↔	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide: Naht der Sehnenscheide, primär: Unterschenkel	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-855.4a	↔	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide: Naht der Sehnenscheide, sekundär: Fuß	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-855.40	↔	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide: Naht der Sehnenscheide, sekundär: Kopf und Hals	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-855.41	↔	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide: Naht der Sehnenscheide, sekundär: Schulter und Axilla	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-855.42	↔	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide: Naht der Sehnenscheide, sekundär: Oberarm	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-855.43	↔	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide: Naht der Sehnenscheide, sekundär: Unterarm	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-855.45	↔	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide: Naht der Sehnenscheide, sekundär: Brustwand und Rücken	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-855.46	↔	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide: Naht der Sehnenscheide, sekundär: Bauchregion	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-855.47	↔	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide: Naht der Sehnenscheide, sekundär: Leisten- und Genitalregion und Gesäß	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-855.48	↔	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide: Naht der Sehnenscheide, sekundär: Oberschenkel und Knie	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-855.49	↔	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide: Naht der Sehnenscheide, sekundär: Unterschenkel	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-855.5a	↔	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide: Tenolyse, eine Sehne: Fuß	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-855.50	↔	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide: Tenolyse, eine Sehne: Kopf und Hals	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-855.51	↔	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide: Tenolyse, eine Sehne: Schulter und Axilla	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-855.52	↔	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide: Tenolyse, eine Sehne: Oberarm	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-855.53	↔	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide: Tenolyse, eine Sehne: Unterarm	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-855.55	↔	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide: Tenolyse, eine Sehne: Brustwand und Rücken	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-855.56	↔	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide: Tenolyse, eine Sehne: Bauchregion	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-855.57	↔	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide: Tenolyse, eine Sehne: Leisten- und Genitalregion und Gesäß	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-855.58	↔	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide: Tenolyse, eine Sehne: Oberschenkel und Knie	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-855.59	↔	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide: Tenolyse, eine Sehne: Unterschenkel	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-855.6a	↔	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide: Tenolyse, mehrere Sehnen: Fuß	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-855.60	↔	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide: Tenolyse, mehrere Sehnen: Kopf und Hals	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-855.61	↔	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide: Tenolyse, mehrere Sehnen: Schulter und Axilla	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-855.62	↔	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide: Tenolyse, mehrere Sehnen: Oberarm	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-855.63	↔	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide: Tenolyse, mehrere Sehnen: Unterarm	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-855.65	↔	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide: Tenolyse, mehrere Sehnen: Brustwand und Rücken	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-855.66	↔	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide: Tenolyse, mehrere Sehnen: Bauchregion	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-855.67	↔	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide: Tenolyse, mehrere Sehnen: Leisten- und Genitalregion und Gesäß	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-855.68	↔	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide: Tenolyse, mehrere Sehnen: Oberschenkel und Knie	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-855.69	↔	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide: Tenolyse, mehrere Sehnen: Unterschenkel	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-855.7a	↔	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide: Tenodese eine Sehne, primär: Fuß	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-855.70	↔	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide: Tenodese eine Sehne, primär: Kopf und Hals	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-855.71	↔	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide: Tenodese eine Sehne, primär: Schulter und Axilla	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-855.72	↔	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide: Tenodese eine Sehne, primär: Oberarm	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-855.73	↔	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide: Tenodese eine Sehne, primär: Unterarm	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-855.75	↔	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide: Tenodese eine Sehne, primär: Brustwand und Rücken	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-855.77	↔	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide: Tenodese eine Sehne, primär: Leisten- und Genitalregion und Gesäß	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-855.78	↔	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide: Tenodese eine Sehne, primär: Oberschenkel und Knie	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-855.79	↔	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide: Tenodese eine Sehne, primär: Unterschenkel	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-855.8a	↔	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide: Tenodese eine Sehne, sekundär: Fuß	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-855.80	↔	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide: Tenodese eine Sehne, sekundär: Kopf und Hals	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-855.81	↔	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide: Tenodese eine Sehne, sekundär: Schulter und Axilla	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-855.82	↔	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide: Tenodese eine Sehne, sekundär: Oberarm	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-855.83	↔	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide: Tenodese eine Sehne, sekundär: Unterarm	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-855.85	↔	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide: Tenodese eine Sehne, sekundär: Brustwand und Rücken	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-855.87	↔	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide: Tenodese eine Sehne, sekundär: Leisten- und Genitalregion und Gesäß	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-855.88	↔	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide: Tenodese eine Sehne, sekundär: Oberschenkel und Knie	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-855.89	↔	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide: Tenodese eine Sehne, sekundär: Unterschenkel	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-855.9a	↔	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide: Tenodese mehrere Sehnen, primär: Fuß	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-855.90	↔	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide: Tenodese mehrere Sehnen, primär: Kopf und Hals	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-855.91	↔	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide: Tenodese mehrere Sehnen, primär: Schulter und Axilla	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-855.92	↔	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide: Tenodese mehrere Sehnen, primär: Oberarm	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-855.93	↔	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide: Tenodese mehrere Sehnen, primär: Unterarm	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-855.95	↔	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide: Tenodese mehrere Sehnen, primär: Brustwand und Rücken	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-855.97	↔	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide: Tenodese mehrere Sehnen, primär: Leisten- und Genitalregion und Gesäß	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-855.98	↔	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide: Tenodese mehrere Sehnen, primär: Oberschenkel und Knie	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-855.99	↔	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide: Tenodese mehrere Sehnen, primär: Unterschenkel	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-856.a6	↔	Rekonstruktion von Faszien: Deckung eines Defektes mit allogenem Material: Bauchregion	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-856.0a	↔	Rekonstruktion von Faszien: Naht: Fuß	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-856.00	↔	Rekonstruktion von Faszien: Naht: Kopf und Hals	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-856.01	↔	Rekonstruktion von Faszien: Naht: Schulter und Axilla	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-856.02	↔	Rekonstruktion von Faszien: Naht: Oberarm	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-856.03	↔	Rekonstruktion von Faszien: Naht: Unterarm	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-856.05	↔	Rekonstruktion von Faszien: Naht: Brustwand und Rücken	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-856.06	↔	Rekonstruktion von Faszien: Naht: Bauchregion	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-856.07	↔	Rekonstruktion von Faszien: Naht: Leisten- und Genitalregion und Gesäß	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-856.08	↔	Rekonstruktion von Faszien: Naht: Oberschenkel und Knie	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-856.09	↔	Rekonstruktion von Faszien: Naht: Unterschenkel	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-856.1a	↔	Rekonstruktion von Faszien: Verlängerung: Fuß	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-856.10	↔	Rekonstruktion von Faszien: Verlängerung: Kopf und Hals	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-856.11	↔	Rekonstruktion von Faszien: Verlängerung: Schulter und Axilla	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-856.12	↔	Rekonstruktion von Faszien: Verlängerung: Oberarm	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-856.13	↔	Rekonstruktion von Faszien: Verlängerung: Unterarm	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-856.15	↔	Rekonstruktion von Faszien: Verlängerung: Brustwand und Rücken	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-856.16	↔	Rekonstruktion von Faszien: Verlängerung: Bauchregion	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-856.17	↔	Rekonstruktion von Faszien: Verlängerung: Leisten- und Genitalregion und Gesäß	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-856.18	↔	Rekonstruktion von Faszien: Verlängerung: Oberschenkel und Knie	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-856.19	↔	Rekonstruktion von Faszien: Verlängerung: Unterschenkel	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-856.2a	↔	Rekonstruktion von Faszien: Verkürzung (Raffung): Fuß	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-856.20	↔	Rekonstruktion von Faszien: Verkürzung (Raffung): Kopf und Hals	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-856.21	↔	Rekonstruktion von Faszien: Verkürzung (Raffung): Schulter und Axilla	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-856.22	↔	Rekonstruktion von Faszien: Verkürzung (Raffung): Oberarm	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-856.23	↔	Rekonstruktion von Faszien: Verkürzung (Raffung): Unterarm	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-856.25	↔	Rekonstruktion von Faszien: Verkürzung (Raffung): Brustwand und Rücken	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-856.26	↔	Rekonstruktion von Faszien: Verkürzung (Raffung): Bauchregion	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-856.27	↔	Rekonstruktion von Faszien: Verkürzung (Raffung): Leisten- und Genitalregion und Gesäß	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-856.28	↔	Rekonstruktion von Faszien: Verkürzung (Raffung): Oberschenkel und Knie	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-856.29	↔	Rekonstruktion von Faszien: Verkürzung (Raffung): Unterschenkel	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-856.3a	↔	Rekonstruktion von Faszien: Doppelung einer Faszie: Fuß	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-856.30	↔	Rekonstruktion von Faszien: Doppelung einer Faszie: Kopf und Hals	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-856.31	↔	Rekonstruktion von Faszien: Doppelung einer Faszie: Schulter und Axilla	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-856.32	↔	Rekonstruktion von Faszien: Doppelung einer Faszie: Oberarm	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-856.33	↔	Rekonstruktion von Faszien: Doppelung einer Faszie: Unterarm	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-856.35	↔	Rekonstruktion von Faszien: Doppelung einer Faszie: Brustwand und Rücken	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-856.36	↔	Rekonstruktion von Faszien: Doppelung einer Faszie: Bauchregion	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-856.37	↔	Rekonstruktion von Faszien: Doppelung einer Faszie: Leisten- und Genitalregion und Gesäß	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-856.38	↔	Rekonstruktion von Faszien: Doppelung einer Faszie: Oberschenkel und Knie	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-856.39	↔	Rekonstruktion von Faszien: Doppelung einer Faszie: Unterschenkel	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-856.4a	↔	Rekonstruktion von Faszien: Transplantation, autogen: Fuß	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-856.40	↔	Rekonstruktion von Faszien: Transplantation, autogen: Kopf und Hals	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-856.41	↔	Rekonstruktion von Faszien: Transplantation, autogen: Schulter und Axilla	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-856.42	↔	Rekonstruktion von Faszien: Transplantation, autogen: Oberarm	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-856.43	↔	Rekonstruktion von Faszien: Transplantation, autogen: Unterarm	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-856.45	↔	Rekonstruktion von Faszien: Transplantation, autogen: Brustwand und Rücken	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-856.46	↔	Rekonstruktion von Faszien: Transplantation, autogen: Bauchregion	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-856.47	↔	Rekonstruktion von Faszien: Transplantation, autogen: Leisten- und Genitalregion und Gesäß	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-856.48	↔	Rekonstruktion von Faszien: Transplantation, autogen: Oberschenkel und Knie	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-856.49	↔	Rekonstruktion von Faszien: Transplantation, autogen: Unterschenkel	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-856.5a	↔	Rekonstruktion von Faszien: Transplantation, allogen: Fuß	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-856.50	↔	Rekonstruktion von Faszien: Transplantation, allogen: Kopf und Hals	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-856.51	↔	Rekonstruktion von Faszien: Transplantation, allogen: Schulter und Axilla	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-856.53	↔	Rekonstruktion von Faszien: Transplantation, allogen: Unterarm	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-856.55	↔	Rekonstruktion von Faszien: Transplantation, allogen: Brustwand und Rücken	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-856.56	↔	Rekonstruktion von Faszien: Transplantation, allogen: Bauchregion	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-856.57	↔	Rekonstruktion von Faszien: Transplantation, allogen: Leisten- und Genitalregion und Gesäß	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-856.96	↔	Rekonstruktion von Faszien: Deckung eines Defektes mit autogenem Material: Bauchregion	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-857.aa	↔	Plastische Rekonstruktion mit lokalen Lappen an Muskeln und Faszien: Lappenstieldurchtrennung: Fuß	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-857.a0	↔	Plastische Rekonstruktion mit lokalen Lappen an Muskeln und Faszien: Lappenstieldurchtrennung: Kopf und Hals	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-857.a1	↔	Plastische Rekonstruktion mit lokalen Lappen an Muskeln und Faszien: Lappenstieldurchtrennung: Schulter und Axilla	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-857.a2	↔	Plastische Rekonstruktion mit lokalen Lappen an Muskeln und Faszien: Lappenstieldurchtrennung: Oberarm und Ellenbogen	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-857.a3	↔	Plastische Rekonstruktion mit lokalen Lappen an Muskeln und Faszien: Lappenstieldurchtrennung: Unterarm	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-857.a4	↔	Plastische Rekonstruktion mit lokalen Lappen an Muskeln und Faszien: Lappenstieldurchtrennung: Hand	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-857.a5	↔	Plastische Rekonstruktion mit lokalen Lappen an Muskeln und Faszien: Lappenstieldurchtrennung: Brustwand und Rücken	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-857.a6	↔	Plastische Rekonstruktion mit lokalen Lappen an Muskeln und Faszien: Lappenstieldurchtrennung: Bauchregion	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-857.a7	↔	Plastische Rekonstruktion mit lokalen Lappen an Muskeln und Faszien: Lappenstieldurchtrennung: Leisten- und Genitalregion und Gesäß	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-857.a8	↔	Plastische Rekonstruktion mit lokalen Lappen an Muskeln und Faszien: Lappenstieldurchtrennung: Oberschenkel und Knie	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-857.a9	↔	Plastische Rekonstruktion mit lokalen Lappen an Muskeln und Faszien: Lappenstieldurchtrennung: Unterschenkel	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-857.0a	↔	Plastische Rekonstruktion mit lokalen Lappen an Muskeln und Faszien: Fasziokutaner Lappen: Fuß	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-857.00	↔	Plastische Rekonstruktion mit lokalen Lappen an Muskeln und Faszien: Fasziokutaner Lappen: Kopf und Hals	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-857.01	↔	Plastische Rekonstruktion mit lokalen Lappen an Muskeln und Faszien: Fasziokutaner Lappen: Schulter und Axilla	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-857.02	↔	Plastische Rekonstruktion mit lokalen Lappen an Muskeln und Faszien: Fasziokutaner Lappen: Oberarm und Ellenbogen	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-857.03	↔	Plastische Rekonstruktion mit lokalen Lappen an Muskeln und Faszien: Fasziokutaner Lappen: Unterarm	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-857.04	↔	Plastische Rekonstruktion mit lokalen Lappen an Muskeln und Faszien: Fasziokutaner Lappen: Hand	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-857.05	↔	Plastische Rekonstruktion mit lokalen Lappen an Muskeln und Faszien: Fasziokutaner Lappen: Brustwand und Rücken	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-857.06	↔	Plastische Rekonstruktion mit lokalen Lappen an Muskeln und Faszien: Fasziokutaner Lappen: Bauchregion	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-857.07	↔	Plastische Rekonstruktion mit lokalen Lappen an Muskeln und Faszien: Fasziokutaner Lappen: Leisten- und Genitalregion und Gesäß	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-857.08	↔	Plastische Rekonstruktion mit lokalen Lappen an Muskeln und Faszien: Fasziokutaner Lappen: Oberschenkel und Knie	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-857.09	↔	Plastische Rekonstruktion mit lokalen Lappen an Muskeln und Faszien: Fasziokutaner Lappen: Unterschenkel	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-857.1a	↔	Plastische Rekonstruktion mit lokalen Lappen an Muskeln und Faszien: Fasziokutaner Lappen, gefäßgestielt: Fuß	C7	31127/ 36127	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-857.10	↔	Plastische Rekonstruktion mit lokalen Lappen an Muskeln und Faszien: Fasziokutaner Lappen, gefäßgestielt: Kopf und Hals	C7	31127/ 36127	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-857.11	↔	Plastische Rekonstruktion mit lokalen Lappen an Muskeln und Faszien: Fasziokutaner Lappen, gefäßgestielt: Schulter und Axilla	C7	31127/ 36127	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-857.12	↔	Plastische Rekonstruktion mit lokalen Lappen an Muskeln und Faszien: Fasziokutaner Lappen, gefäßgestielt: Oberarm und Ellenbogen	C7	31127/ 36127	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-857.13	↔	Plastische Rekonstruktion mit lokalen Lappen an Muskeln und Faszien: Fasziokutaner Lappen, gefäßgestielt: Unterarm	C7	31127/ 36127	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-857.14	↔	Plastische Rekonstruktion mit lokalen Lappen an Muskeln und Faszien: Fasziokutaner Lappen, gefäßgestielt: Hand	C7	31127/ 36127	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-857.15	↔	Plastische Rekonstruktion mit lokalen Lappen an Muskeln und Faszien: Fasziokutaner Lappen, gefäßgestielt: Brustwand und Rücken	C7	31127/ 36127	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-857.16	↔	Plastische Rekonstruktion mit lokalen Lappen an Muskeln und Faszien: Fasziokutaner Lappen, gefäßgestielt: Bauchregion	C7	31127/ 36127	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-857.17	↔	Plastische Rekonstruktion mit lokalen Lappen an Muskeln und Faszien: Fasziokutaner Lappen, gefäßgestielt: Leisten- und Genitalregion und Gesäß	C7	31127/ 36127	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-857.18	↔	Plastische Rekonstruktion mit lokalen Lappen an Muskeln und Faszien: Fasziokutaner Lappen, gefäßgestielt: Oberschenkel und Knie	C7	31127/ 36127	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-857.19	↔	Plastische Rekonstruktion mit lokalen Lappen an Muskeln und Faszien: Fasziokutaner Lappen, gefäßgestielt: Unterschenkel	C7	31127/ 36127	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-857.2a	↔	Plastische Rekonstruktion mit lokalen Lappen an Muskeln und Faszien: Adipofaszialer Lappen: Fuß	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-857.20	↔	Plastische Rekonstruktion mit lokalen Lappen an Muskeln und Faszien: Adipofaszialer Lappen: Kopf und Hals	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-857.21	↔	Plastische Rekonstruktion mit lokalen Lappen an Muskeln und Faszien: Adipofaszialer Lappen: Schulter und Axilla	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-857.22	↔	Plastische Rekonstruktion mit lokalen Lappen an Muskeln und Faszien: Adipofaszialer Lappen: Oberarm und Ellenbogen	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-857.23	↔	Plastische Rekonstruktion mit lokalen Lappen an Muskeln und Faszien: Adipofaszialer Lappen: Unterarm	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-857.24	↔	Plastische Rekonstruktion mit lokalen Lappen an Muskeln und Faszien: Adipofaszialer Lappen: Hand	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-857.25	↔	Plastische Rekonstruktion mit lokalen Lappen an Muskeln und Faszien: Adipofaszialer Lappen: Brustwand und Rücken	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-857.26	↔	Plastische Rekonstruktion mit lokalen Lappen an Muskeln und Faszien: Adipofaszialer Lappen: Bauchregion	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-857.27	↔	Plastische Rekonstruktion mit lokalen Lappen an Muskeln und Faszien: Adipofaszialer Lappen: Leisten- und Genitalregion und Gesäß	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-857.28	↔	Plastische Rekonstruktion mit lokalen Lappen an Muskeln und Faszien: Adipofaszialer Lappen: Oberschenkel und Knie	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-857.29	↔	Plastische Rekonstruktion mit lokalen Lappen an Muskeln und Faszien: Adipofaszialer Lappen: Unterschenkel	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-857.3a	↔	Plastische Rekonstruktion mit lokalen Lappen an Muskeln und Faszien: Adipofaszialer Lappen, gefäßgestielt: Fuß	C7	31127/ 36127	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-857.30	↔	Plastische Rekonstruktion mit lokalen Lappen an Muskeln und Faszien: Adipofaszialer Lappen, gefäßgestielt: Kopf und Hals	C7	31127/ 36127	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-857.31	↔	Plastische Rekonstruktion mit lokalen Lappen an Muskeln und Faszien: Adipofaszialer Lappen, gefäßgestielt: Schulter und Axilla	C7	31127/ 36127	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-857.32	↔	Plastische Rekonstruktion mit lokalen Lappen an Muskeln und Faszien: Adipofaszialer Lappen, gefäßgestielt: Oberarm und Ellenbogen	C7	31127/ 36127	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-857.33	↔	Plastische Rekonstruktion mit lokalen Lappen an Muskeln und Faszien: Adipofaszialer Lappen, gefäßgestielt: Unterarm	C7	31127/ 36127	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-857.34	↔	Plastische Rekonstruktion mit lokalen Lappen an Muskeln und Faszien: Adipofaszialer Lappen, gefäßgestielt: Hand	C7	31127/ 36127	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-857.35	↔	Plastische Rekonstruktion mit lokalen Lappen an Muskeln und Faszien: Adipofaszialer Lappen, gefäßgestielt: Brustwand und Rücken	C7	31127/ 36127	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-857.36	↔	Plastische Rekonstruktion mit lokalen Lappen an Muskeln und Faszien: Adipofaszialer Lappen, gefäßgestielt: Bauchregion	C7	31127/ 36127	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-857.37	↔	Plastische Rekonstruktion mit lokalen Lappen an Muskeln und Faszien: Adipofaszialer Lappen, gefäßgestielt: Leisten- und Genitalregion und Gesäß	C7	31127/ 36127	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-857.38	↔	Plastische Rekonstruktion mit lokalen Lappen an Muskeln und Faszien: Adipofaszialer Lappen, gefäßgestielt: Oberschenkel und Knie	C7	31127/ 36127	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-857.39	↔	Plastische Rekonstruktion mit lokalen Lappen an Muskeln und Faszien: Adipofaszialer Lappen, gefäßgestielt: Unterschenkel	C7	31127/ 36127	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-857.4a	↔	Plastische Rekonstruktion mit lokalen Lappen an Muskeln und Faszien: Faszienlappen: Fuß	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-857.40	↔	Plastische Rekonstruktion mit lokalen Lappen an Muskeln und Faszien: Faszienlappen: Kopf und Hals	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-857.41	↔	Plastische Rekonstruktion mit lokalen Lappen an Muskeln und Faszien: Faszienlappen: Schulter und Axilla	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-857.42	↔	Plastische Rekonstruktion mit lokalen Lappen an Muskeln und Faszien: Faszienlappen: Oberarm und Ellenbogen	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-857.43	↔	Plastische Rekonstruktion mit lokalen Lappen an Muskeln und Faszien: Faszienlappen: Unterarm	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-857.44	↔	Plastische Rekonstruktion mit lokalen Lappen an Muskeln und Faszien: Faszienlappen: Hand	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-857.45	↔	Plastische Rekonstruktion mit lokalen Lappen an Muskeln und Faszien: Faszienlappen: Brustwand und Rücken	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-857.46	↔	Plastische Rekonstruktion mit lokalen Lappen an Muskeln und Faszien: Faszienlappen: Bauchregion	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-857.47	↔	Plastische Rekonstruktion mit lokalen Lappen an Muskeln und Faszien: Faszienlappen: Leisten- und Genitalregion und Gesäß	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-857.48	↔	Plastische Rekonstruktion mit lokalen Lappen an Muskeln und Faszien: Faszienlappen: Oberschenkel und Knie	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-857.49	↔	Plastische Rekonstruktion mit lokalen Lappen an Muskeln und Faszien: Faszienlappen: Unterschenkel	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-857.5a	↔	Plastische Rekonstruktion mit lokalen Lappen an Muskeln und Faszien: Faszienlappen, gefäßgestielt: Fuß	C7	31127/ 36127	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-857.50	↔	Plastische Rekonstruktion mit lokalen Lappen an Muskeln und Faszien: Faszienlappen, gefäßgestielt: Kopf und Hals	C7	31127/ 36127	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-857.51	↔	Plastische Rekonstruktion mit lokalen Lappen an Muskeln und Faszien: Faszienlappen, gefäßgestielt: Schulter und Axilla	C7	31127/ 36127	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-857.52	↔	Plastische Rekonstruktion mit lokalen Lappen an Muskeln und Faszien: Faszienlappen, gefäßgestielt: Oberarm und Ellenbogen	C7	31127/ 36127	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-857.53	↔	Plastische Rekonstruktion mit lokalen Lappen an Muskeln und Faszien: Faszienlappen, gefäßgestielt: Unterarm	C7	31127/ 36127	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-857.54	↔	Plastische Rekonstruktion mit lokalen Lappen an Muskeln und Faszien: Faszienlappen, gefäßgestielt: Hand	C7	31127/ 36127	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-857.55	↔	Plastische Rekonstruktion mit lokalen Lappen an Muskeln und Faszien: Faszienlappen, gefäßgestielt: Brustwand und Rücken	C7	31127/ 36127	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-857.56	↔	Plastische Rekonstruktion mit lokalen Lappen an Muskeln und Faszien: Faszienlappen, gefäßgestielt: Bauchregion	C7	31127/ 36127	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-857.57	↔	Plastische Rekonstruktion mit lokalen Lappen an Muskeln und Faszien: Faszienlappen, gefäßgestielt: Leisten- und Genitalregion und Gesäß	C7	31127/ 36127	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-857.58	↔	Plastische Rekonstruktion mit lokalen Lappen an Muskeln und Faszien: Faszienlappen, gefäßgestielt: Oberschenkel und Knie	C7	31127/ 36127	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-857.59	↔	Plastische Rekonstruktion mit lokalen Lappen an Muskeln und Faszien: Faszienlappen, gefäßgestielt: Unterschenkel	C7	31127/ 36127	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-857.6a	↔	Plastische Rekonstruktion mit lokalen Lappen an Muskeln und Faszien: Myokutaner Lappen: Fuß	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-857.60	↔	Plastische Rekonstruktion mit lokalen Lappen an Muskeln und Faszien: Myokutaner Lappen: Kopf und Hals	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-857.61	↔	Plastische Rekonstruktion mit lokalen Lappen an Muskeln und Faszien: Myokutaner Lappen: Schulter und Axilla	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-857.62	↔	Plastische Rekonstruktion mit lokalen Lappen an Muskeln und Faszien: Myokutaner Lappen: Oberarm und Ellenbogen	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-857.63	↔	Plastische Rekonstruktion mit lokalen Lappen an Muskeln und Faszien: Myokutaner Lappen: Unterarm	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-857.64	↔	Plastische Rekonstruktion mit lokalen Lappen an Muskeln und Faszien: Myokutaner Lappen: Hand	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-857.65	↔	Plastische Rekonstruktion mit lokalen Lappen an Muskeln und Faszien: Myokutaner Lappen: Brustwand und Rücken	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-857.66	↔	Plastische Rekonstruktion mit lokalen Lappen an Muskeln und Faszien: Myokutaner Lappen: Bauchregion	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-857.67	↔	Plastische Rekonstruktion mit lokalen Lappen an Muskeln und Faszien: Myokutaner Lappen: Leisten- und Genitalregion und Gesäß	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-857.68	↔	Plastische Rekonstruktion mit lokalen Lappen an Muskeln und Faszien: Myokutaner Lappen: Oberschenkel und Knie	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-857.69	↔	Plastische Rekonstruktion mit lokalen Lappen an Muskeln und Faszien: Myokutaner Lappen: Unterschenkel	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-857.7a	↔	Plastische Rekonstruktion mit lokalen Lappen an Muskeln und Faszien: Myokutaner Lappen, gefäßgestielt: Fuß	C7	31127/ 36127	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-857.70	↔	Plastische Rekonstruktion mit lokalen Lappen an Muskeln und Faszien: Myokutaner Lappen, gefäßgestielt: Kopf und Hals	C7	31127/ 36127	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-857.71	↔	Plastische Rekonstruktion mit lokalen Lappen an Muskeln und Faszien: Myokutaner Lappen, gefäßgestielt: Schulter und Axilla	C7	31127/ 36127	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-857.72	↔	Plastische Rekonstruktion mit lokalen Lappen an Muskeln und Faszien: Myokutaner Lappen, gefäßgestielt: Oberarm und Ellenbogen	C7	31127/ 36127	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-857.73	↔	Plastische Rekonstruktion mit lokalen Lappen an Muskeln und Faszien: Myokutaner Lappen, gefäßgestielt: Unterarm	C7	31127/ 36127	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-857.74	↔	Plastische Rekonstruktion mit lokalen Lappen an Muskeln und Faszien: Myokutaner Lappen, gefäßgestielt: Hand	C7	31127/ 36127	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-857.75	↔	Plastische Rekonstruktion mit lokalen Lappen an Muskeln und Faszien: Myokutaner Lappen, gefäßgestielt: Brustwand und Rücken	C7	31127/ 36127	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-857.76	↔	Plastische Rekonstruktion mit lokalen Lappen an Muskeln und Faszien: Myokutaner Lappen, gefäßgestielt: Bauchregion	C7	31127/ 36127	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-857.77	↔	Plastische Rekonstruktion mit lokalen Lappen an Muskeln und Faszien: Myokutaner Lappen, gefäßgestielt: Leisten- und Genitalregion und Gesäß	C7	31127/ 36127	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-857.78	↔	Plastische Rekonstruktion mit lokalen Lappen an Muskeln und Faszien: Myokutaner Lappen, gefäßgestielt: Oberschenkel und Knie	C7	31127/ 36127	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-857.79	↔	Plastische Rekonstruktion mit lokalen Lappen an Muskeln und Faszien: Myokutaner Lappen, gefäßgestielt: Unterschenkel	C7	31127/ 36127	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-857.8a	↔	Plastische Rekonstruktion mit lokalen Lappen an Muskeln und Faszien: Muskellappen: Fuß	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-857.80	↔	Plastische Rekonstruktion mit lokalen Lappen an Muskeln und Faszien: Muskellappen: Kopf und Hals	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-857.81	↔	Plastische Rekonstruktion mit lokalen Lappen an Muskeln und Faszien: Muskellappen: Schulter und Axilla	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-857.82	↔	Plastische Rekonstruktion mit lokalen Lappen an Muskeln und Faszien: Muskellappen: Oberarm und Ellenbogen	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-857.83	↔	Plastische Rekonstruktion mit lokalen Lappen an Muskeln und Faszien: Muskellappen: Unterarm	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-857.84	↔	Plastische Rekonstruktion mit lokalen Lappen an Muskeln und Faszien: Muskellappen: Hand	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-857.85	↔	Plastische Rekonstruktion mit lokalen Lappen an Muskeln und Faszien: Muskellappen: Brustwand und Rücken	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-857.86	↔	Plastische Rekonstruktion mit lokalen Lappen an Muskeln und Faszien: Muskellappen: Bauchregion	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-857.87	↔	Plastische Rekonstruktion mit lokalen Lappen an Muskeln und Faszien: Muskellappen: Leisten- und Genitalregion und Gesäß	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-857.88	↔	Plastische Rekonstruktion mit lokalen Lappen an Muskeln und Faszien: Muskellappen: Oberschenkel und Knie	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-857.89	↔	Plastische Rekonstruktion mit lokalen Lappen an Muskeln und Faszien: Muskellappen: Unterschenkel	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-857.9a	↔	Plastische Rekonstruktion mit lokalen Lappen an Muskeln und Faszien: Muskellappen, gefäßgestielt: Fuß	C7	31127/ 36127	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-857.90	↔	Plastische Rekonstruktion mit lokalen Lappen an Muskeln und Faszien: Muskellappen, gefäßgestielt: Kopf und Hals	C7	31127/ 36127	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-857.91	↔	Plastische Rekonstruktion mit lokalen Lappen an Muskeln und Faszien: Muskellappen, gefäßgestielt: Schulter und Axilla	C7	31127/ 36127	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-857.92	↔	Plastische Rekonstruktion mit lokalen Lappen an Muskeln und Faszien: Muskellappen, gefäßgestielt: Oberarm und Ellenbogen	C7	31127/ 36127	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-857.93	↔	Plastische Rekonstruktion mit lokalen Lappen an Muskeln und Faszien: Muskellappen, gefäßgestielt: Unterarm	C7	31127/ 36127	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-857.94	↔	Plastische Rekonstruktion mit lokalen Lappen an Muskeln und Faszien: Muskellappen, gefäßgestielt: Hand	C7	31127/ 36127	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-857.95	↔	Plastische Rekonstruktion mit lokalen Lappen an Muskeln und Faszien: Muskellappen, gefäßgestielt: Brustwand und Rücken	C7	31127/ 36127	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-857.96	↔	Plastische Rekonstruktion mit lokalen Lappen an Muskeln und Faszien: Muskellappen, gefäßgestielt: Bauchregion	C7	31127/ 36127	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-857.97	↔	Plastische Rekonstruktion mit lokalen Lappen an Muskeln und Faszien: Muskellappen, gefäßgestielt: Leisten- und Genitalregion und Gesäß	C7	31127/ 36127	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-857.98	↔	Plastische Rekonstruktion mit lokalen Lappen an Muskeln und Faszien: Muskellappen, gefäßgestielt: Oberschenkel und Knie	C7	31127/ 36127	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-857.99	↔	Plastische Rekonstruktion mit lokalen Lappen an Muskeln und Faszien: Muskellappen, gefäßgestielt: Unterschenkel	C7	31127/ 36127	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-859.1a	↔	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln: Totale Resektion eines Schleimbeutels: Fuß	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-859.11	↔	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln: Totale Resektion eines Schleimbeutels: Schulter und Axilla	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-859.12	↔	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln: Totale Resektion eines Schleimbeutels: Oberarm und Ellenbogen	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-859.13	↔	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln: Totale Resektion eines Schleimbeutels: Unterarm	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-859.14	↔	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln: Totale Resektion eines Schleimbeutels: Hand	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-859.15	↔	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln: Totale Resektion eines Schleimbeutels: Brustwand und Rücken	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-859.16	↔	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln: Totale Resektion eines Schleimbeutels: Bauchregion	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-859.17	↔	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln: Totale Resektion eines Schleimbeutels: Leisten- und Genitalregion und Gesäß	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-859.18	↔	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln: Totale Resektion eines Schleimbeutels: Oberschenkel und Knie	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-859.19	↔	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln: Totale Resektion eines Schleimbeutels: Unterschenkel	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-859.2a	↔	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln: Resektion eines Ganglions: Fuß	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-859.20	↔	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln: Resektion eines Ganglions: Kopf und Hals	C1	31121/ 36121	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-859.21	↔	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln: Resektion eines Ganglions: Schulter und Axilla	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-859.22	↔	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln: Resektion eines Ganglions: Oberarm und Ellenbogen	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-859.23	↔	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln: Resektion eines Ganglions: Unterarm	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-859.24	↔	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln: Resektion eines Ganglions: Hand	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-859.28	↔	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln: Resektion eines Ganglions: Oberschenkel und Knie	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-859.29	↔	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln: Resektion eines Ganglions: Unterschenkel	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	

2.22.9 Replantation, Exartikulation und Amputation von Extremitäten, andere Operationen an den Bewegungsorganen und Zusatzinformationen zu Operationen an den Bewegungsorganen

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-862.0	↔	Amputation und Exartikulation obere Extremität: Amputation interthorakoskapulär	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-862.1	↔	Amputation und Exartikulation obere Extremität: Exartikulation Schulter	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-862.2	↔	Amputation und Exartikulation obere Extremität: Amputation Oberarm	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-862.3	↔	Amputation und Exartikulation obere Extremität: Exartikulation Ellenbogen	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-862.4	↔	Amputation und Exartikulation obere Extremität: Amputation Unterarm	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-863.a	↔	Amputation und Exartikulation Hand: Amputation transmetakarpal	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-863.0	↔	Amputation und Exartikulation Hand: Exartikulation Handgelenk	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-863.1	↔	Amputation und Exartikulation Hand: Amputation Handwurzel	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-863.2	↔	Amputation und Exartikulation Hand: Amputation Mittelhand	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-863.3	↔	Amputation und Exartikulation Hand: Fingeramputation	D1	31131/ 36131	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-863.4	↔	Amputation und Exartikulation Hand: Fingeramputation mit Haut- oder Muskelplastik	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-863.5	↔	Amputation und Exartikulation Hand: Fingerexartikulation	D1	31131/ 36131	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-863.6	↔	Amputation und Exartikulation Hand: Fingerexartikulation mit Haut- oder Muskelplastik	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-863.7	↔	Amputation und Exartikulation Hand: Handverschmälerung durch Strahlresektion 5	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-863.8	↔	Amputation und Exartikulation Hand: Handverschmälerung durch Strahlresektion 2	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-863.9	↔	Amputation und Exartikulation Hand: Handverschmälerung durch Strahlresektion 3 oder 4	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-864.a	↔	Amputation und Exartikulation untere Extremität: Amputation mittlerer Unterschenkel	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-864.0	↔	Amputation und Exartikulation untere Extremität: Hemipelvektomie	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-864.1	↔	Amputation und Exartikulation untere Extremität: Inkomplette Hemipelvektomie	D7	31137/ 36137	31507/ 36507	31620	31621	31827/ 36827	
5-864.2	↔	Amputation und Exartikulation untere Extremität: Exartikulation im Hüftgelenk	D5	31135/ 36135	31505/ 36505	31618	31619	31825/ 36825	
5-864.3	↔	Amputation und Exartikulation untere Extremität: Oberschenkelamputation, n.n.bez.	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-864.4	↔	Amputation und Exartikulation untere Extremität: Amputation proximaler Oberschenkel	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-864.5	↔	Amputation und Exartikulation untere Extremität: Amputation mittlerer oder distaler Oberschenkel	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-864.6	↔	Amputation und Exartikulation untere Extremität: Amputation im Kniebereich	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-864.7	↔	Amputation und Exartikulation untere Extremität: Exartikulation im Knie	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-864.8	↔	Amputation und Exartikulation untere Extremität: Unterschenkelamputation, n.n.bez.	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-864.9	↔	Amputation und Exartikulation untere Extremität: Amputation proximaler Unterschenkel	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-865.0	↔	Amputation und Exartikulation Fuß: Fußamputation im Bereich des oberen Sprunggelenkes mit Stumpfdeckung durch Fersenhaut	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-865.1	↔	Amputation und Exartikulation Fuß: Fußamputation, n.n.bez.	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-865.2	↔	Amputation und Exartikulation Fuß: Rückfußamputation im Bereich des oberen Sprunggelenkes mit Talektomie, Teilresektion des Kalkaneus und kalkaneofibulotibialer Fusion ohne Rotation des Kalkaneus	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-865.3	↔	Amputation und Exartikulation Fuß: Rückfußamputation im Bereich des oberen Sprunggelenkes mit Talektomie, Teilresektion des Kalkaneus und kalkaneotibialer Fusion mit Rotation des Kalkaneus	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-865.4	↔	Amputation und Exartikulation Fuß: Fußamputation (mediotarsal)	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-865.5	↔	Amputation und Exartikulation Fuß: Mittelfußamputation (tarsometatarsal)	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-865.6	↔	Amputation und Exartikulation Fuß: Vorfußamputation (transmetatarsal)	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-865.7	↔	Amputation und Exartikulation Fuß: Zehenamputation	D1	31131/ 36131	31502/ 36502	31614	31615	31821/ 36821	
5-865.8	↔	Amputation und Exartikulation Fuß: Zehenstrahlresektion	D2	31132/ 36132	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-865.90	↔	Amputation und Exartikulation Fuß: Innere Amputation im Bereich der Mittelfuß- und Fußwurzelknochen: Metatarsale (und Phalangen), bis zu zwei Strahlen	D3	31133/ 36133	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-865.91	↔	Amputation und Exartikulation Fuß: Innere Amputation im Bereich der Mittelfuß- und Fußwurzelknochen: Metatarsale (und Phalangen), mehr als zwei Strahlen	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-865.92	↔	Amputation und Exartikulation Fuß: Innere Amputation im Bereich der Mittelfuß- und Fußwurzelknochen: Fußwurzel [Tarsus]	D4	31134/ 36134	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	

2.23 Operationen an der Mamma

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-870.a0	↔	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Partielle Resektion: Direkte Adaptation der benachbarten Wundflächen oder Verzicht auf Adaptation	B2	31112/ 36112	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-870.a1	↔	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Partielle Resektion: Defektdeckung durch Mobilisation und Adaptation von bis zu 25 % des Brustgewebes (bis zu 1 Quadranten)	B3	31113/ 36113	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-870.a2	↔	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Partielle Resektion: Defektdeckung durch Mobilisation und Adaptation von mehr als 25 % des Brustgewebes (mehr als 1 Quadrant)	B3	31113/ 36113	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-870.a3	↔	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Partielle Resektion: Defektdeckung durch tumoradaptierte Mastopexie	B4	31114/ 36114	31504/ 36504	31610	31611	31824/ 36824	
5-870.a4	↔	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Partielle Resektion: Defektdeckung durch lokale fasziokutane oder myokutane Lappenplastik aus dem brustumgebenden Haut- und Weichteilgewebe	B6	31116/ 36116	31506/ 36506	31612	31613	31826/ 36826	
5-870.a5	↔	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Partielle Resektion: Defektdeckung durch tumoradaptierte Mammareduktionsplastik	B4	31114/ 36114	31504/ 36504	31610	31611	31824/ 36824	
5-870.a6	↔	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Partielle Resektion: Defektdeckung durch gestielte Fernlappenplastik	B6	31116/ 36116	31506/ 36506	31612	31613	31826/ 36826	
5-870.a7	↔	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Partielle Resektion: Defektdeckung durch freie Fernlappenplastik mit mikrochirurgischem Gefäßanschluss	B6	31116/ 36116	31506/ 36506	31612	31613	31826/ 36826	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-870.20	↔	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Duktektomie: Direkte Adaptation der benachbarten Wundflächen oder Verzicht auf Adaptation	B2	31112/ 36112	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-870.21	↔	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Duktektomie: Defektdeckung durch Mobilisation und Adaptation von bis zu 25 % des Brustgewebes (bis zu 1 Quadranten)	B3	31113/ 36113	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-870.60	↔	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Lokale Destruktion: Direkte Adaptation der benachbarten Wundflächen oder Verzicht auf Adaptation	B2	31112/ 36112	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-870.61	↔	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Lokale Destruktion: Defektdeckung durch Mobilisation und Adaptation von bis zu 25 % des Brustgewebes (bis zu 1 Quadranten)	B3	31113/ 36113	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-870.90	↔	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Lokale Exzision: Direkte Adaptation der benachbarten Wundflächen oder Verzicht auf Adaptation	B2	31112/ 36112	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-870.91	↔	Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe: Lokale Exzision: Defektdeckung durch Mobilisation und Adaptation von bis zu 25 % des Brustgewebes (bis zu 1 Quadranten)	B3	31113/ 36113	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-872.0	↔	(Modifizierte radikale) Mastektomie: Ohne Resektion der M. pectoralis-Faszie	B3	31113/ 36113	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-872.1	↔	(Modifizierte radikale) Mastektomie: Mit Resektion der M. pectoralis-Faszie	B4	31114/ 36114	31504/ 36504	31610	31611	31824/ 36824	
5-874.0	↔	Erweiterte (radikale) Mastektomie mit Resektion an den Mm. pectorales majores et minores und Thoraxwandteilresektion: Mit Teilresektion des M. pectoralis major	B4	31114/ 36114	31504/ 36504	31610	31611	31824/ 36824	
5-874.1	↔	Erweiterte (radikale) Mastektomie mit Resektion an den Mm. pectorales majores et minores und Thoraxwandteilresektion: Mit Teilresektion der Mm. pectorales majores et minores	B5	31115/ 36115	31505/ 36505	31610	31611	31825/ 36825	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-874.2	↔	Erweiterte (radikale) Mastektomie mit Resektion an den Mm. pectorales majores et minores und Thoraxwandteilresektion: Mit kompletter Resektion der Mm. pectorales majores et minores	B5	31115/ 36115	31505/ 36505	31610	31611	31825/ 36825	
5-874.4	↔	Erweiterte (radikale) Mastektomie mit Resektion an den Mm. pectorales majores et minores und Thoraxwandteilresektion: Mit Teilresektion des M. pectoralis minor	B5	31115/ 36115	31505/ 36505	31610	31611	31825/ 36825	
5-874.5	↔	Erweiterte (radikale) Mastektomie mit Resektion an den Mm. pectorales majores et minores und Thoraxwandteilresektion: Mit kompletter Resektion des M. pectoralis major	B5	31115/ 36115	31505/ 36505	31610	31611	31825/ 36825	
5-874.6	↔	Erweiterte (radikale) Mastektomie mit Resektion an den Mm. pectorales majores et minores und Thoraxwandteilresektion: Mit kompletter Resektion des M. pectoralis minor	B5	31115/ 36115	31505/ 36505	31610	31611	31825/ 36825	
5-874.7	↔	Erweiterte (radikale) Mastektomie mit Resektion an den Mm. pectorales majores et minores und Thoraxwandteilresektion: Mit oberflächlicher Thoraxwandteilresektion (Thoraxwandmuskulatur)	B6	31116/ 36116	31506/ 36506	31612	31613	31826/ 36826	
5-874.8	↔	Erweiterte (radikale) Mastektomie mit Resektion an den Mm. pectorales majores et minores und Thoraxwandteilresektion: Mit tiefer Thoraxwandteilresektion	B7	31117/ 36117	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-877.0	↔	Subkutane Mastektomie und hautsparende Mastektomieverfahren: Subkutane Mastektomie	B4	31114/ 36114	31504/ 36504	31610	31611	31824/ 36824	
5-877.10	↔	Subkutane Mastektomie und hautsparende Mastektomieverfahren: Hautsparende Mastektomie [SSM] mit kompletter Resektion des Drüsengewebes: Ohne weitere Maßnahmen	B4	31114/ 36114	31504/ 36504	31610	31611	31824/ 36824	
5-877.11	↔	Subkutane Mastektomie und hautsparende Mastektomieverfahren: Hautsparende Mastektomie [SSM] mit kompletter Resektion des Drüsengewebes: Mit Straffung des Hautmantels	B5	31115/ 36115	31505/ 36505	31610	31611	31825/ 36825	
5-877.12	↔	Subkutane Mastektomie und hautsparende Mastektomieverfahren: Hautsparende Mastektomie [SSM] mit kompletter Resektion des Drüsengewebes: Mit Straffung des Hautmantels und Bildung eines gestielten Corium-Cutis-Lappens	B6	31116/ 36116	31506/ 36506	31612	31613	31826/ 36826	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-877.20	↔	Subkutane Mastektomie und hautsparende Mastektomieverfahren: Mamillenerhaltende Mastektomie [NSM] mit kompletter Resektion des Drüsengewebes: Ohne weitere Maßnahmen	B5	31115/ 36115	31505/ 36505	31610	31611	31825/ 36825	
5-877.21	↔	Subkutane Mastektomie und hautsparende Mastektomieverfahren: Mamillenerhaltende Mastektomie [NSM] mit kompletter Resektion des Drüsengewebes: Mit Straffung des Hautmantels durch Mastopexie	B5	31115/ 36115	31505/ 36505	31610	31611	31825/ 36825	
5-877.22	↔	Subkutane Mastektomie und hautsparende Mastektomieverfahren: Mamillenerhaltende Mastektomie [NSM] mit kompletter Resektion des Drüsengewebes: Mit Straffung des Hautmantels durch Mastopexie und Bildung eines gestielten Corium-Cutis-Lappens	B6	31116/ 36116	31506/ 36506	31612	31613	31826/ 36826	
5-879.0	↔	Andere Exzision und Resektion der Mamma: Exzision von ektopischem Mammagewebe	B4	31114/ 36114	31504/ 36504	31610	31611	31824/ 36824	
5-879.1	↔	Andere Exzision und Resektion der Mamma: Operation bei Gynäkomastie	B3	31113/ 36113	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-881.1	L	Inzision der Mamma: Drainage	B1	31111/ 36111	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-881.1	P	Inzision der Mamma: Drainage	B2	31112/ 36112	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-881.1	R	Inzision der Mamma: Drainage	B1	31111/ 36111	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-881.2	L	Inzision der Mamma: Durchtrennung der Kapsel bei Mammaprothese	B2	31112/ 36112	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-881.2	P	Inzision der Mamma: Durchtrennung der Kapsel bei Mammaprothese	B4	31114/ 36114	31504/ 36504	31610	31611	31824/ 36824	
5-881.2	R	Inzision der Mamma: Durchtrennung der Kapsel bei Mammaprothese	B2	31112/ 36112	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-882.1	↔	Operationen an der Brustwarze: Exzision	B2	31112/ 36112	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-882.4	L	Operationen an der Brustwarze: Replantation	B3	31113/ 36113	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-882.4	P	Operationen an der Brustwarze: Replantation	B4	31114/ 36114	31504/ 36504	31610	31611	31824/ 36824	
5-882.4	R	Operationen an der Brustwarze: Replantation	B3	31113/ 36113	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-882.5	L	Operationen an der Brustwarze: Plastische Rekonstruktion durch Hauttransplantation	B3	31113/ 36113	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-882.5	P	Operationen an der Brustwarze: Plastische Rekonstruktion durch Hauttransplantation	B4	31114/ 36114	31504/ 36504	31610	31611	31824/ 36824	
5-882.5	R	Operationen an der Brustwarze: Plastische Rekonstruktion durch Hauttransplantation	B3	31113/ 36113	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-882.7	L	Operationen an der Brustwarze: Chirurgische Eversion einer invertierten Brustwarze	B2	31112/ 36112	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-882.7	P	Operationen an der Brustwarze: Chirurgische Eversion einer invertierten Brustwarze	B4	31114/ 36114	31504/ 36504	31610	31611	31824/ 36824	
5-882.7	R	Operationen an der Brustwarze: Chirurgische Eversion einer invertierten Brustwarze	B2	31112/ 36112	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-882.8	L	Operationen an der Brustwarze: Plastische Rekonstruktion des Warzenhofes	B2	31112/ 36112	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-882.8	P	Operationen an der Brustwarze: Plastische Rekonstruktion des Warzenhofes	B4	31114/ 36114	31504/ 36504	31610	31611	31824/ 36824	
5-882.8	R	Operationen an der Brustwarze: Plastische Rekonstruktion des Warzenhofes	B2	31112/ 36112	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-883.10	L	Plastische Operationen zur Vergrößerung der Mamma: Implantation einer Alloprothese, submammär: Ohne gewebeverstärkendes Material	B3	31113/ 36113	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-883.10	P	Plastische Operationen zur Vergrößerung der Mamma: Implantation einer Alloprothese, submammär: Ohne gewebeverstärkendes Material	B5	31115/ 36115	31505/ 36505	31610	31611	31825/ 36825	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-883.10	R	Plastische Operationen zur Vergrößerung der Mamma: Implantation einer Alloprothese, submammär: Ohne gewebeverstärkendes Material	B3	31113/ 36113	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-883.11	L	Plastische Operationen zur Vergrößerung der Mamma: Implantation einer Alloprothese, submammär: Mit gewebeverstärkendem Material	B3	31113/ 36113	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-883.11	P	Plastische Operationen zur Vergrößerung der Mamma: Implantation einer Alloprothese, submammär: Mit gewebeverstärkendem Material	B5	31115/ 36115	31505/ 36505	31610	31611	31825/ 36825	
5-883.11	R	Plastische Operationen zur Vergrößerung der Mamma: Implantation einer Alloprothese, submammär: Mit gewebeverstärkendem Material	B3	31113/ 36113	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-883.20	L	Plastische Operationen zur Vergrößerung der Mamma: Implantation einer Alloprothese, subpektoral: Ohne gewebeverstärkendes Material	B4	31114/ 36114	31504/ 36504	31610	31611	31824/ 36824	
5-883.20	P	Plastische Operationen zur Vergrößerung der Mamma: Implantation einer Alloprothese, subpektoral: Ohne gewebeverstärkendes Material	B6	31116/ 36116	31506/ 36506	31612	31613	31826/ 36826	
5-883.20	R	Plastische Operationen zur Vergrößerung der Mamma: Implantation einer Alloprothese, subpektoral: Ohne gewebeverstärkendes Material	B4	31114/ 36114	31504/ 36504	31610	31611	31824/ 36824	
5-883.21	L	Plastische Operationen zur Vergrößerung der Mamma: Implantation einer Alloprothese, subpektoral: Mit gewebeverstärkendem Material	B4	31114/ 36114	31504/ 36504	31610	31611	31824/ 36824	
5-883.21	P	Plastische Operationen zur Vergrößerung der Mamma: Implantation einer Alloprothese, subpektoral: Mit gewebeverstärkendem Material	B6	31116/ 36116	31506/ 36506	31612	31613	31826/ 36826	
5-883.21	R	Plastische Operationen zur Vergrößerung der Mamma: Implantation einer Alloprothese, subpektoral: Mit gewebeverstärkendem Material	B4	31114/ 36114	31504/ 36504	31610	31611	31824/ 36824	
5-884.0	L	Mammareduktionsplastik: Ohne Brustwarzentransplantation	B4	31114/ 36114	31504/ 36504	31610	31611	31824/ 36824	
5-884.0	P	Mammareduktionsplastik: Ohne Brustwarzentransplantation	B6	31116/ 36116	31506/ 36506	31612	31613	31826/ 36826	
5-884.0	R	Mammareduktionsplastik: Ohne Brustwarzentransplantation	B4	31114/ 36114	31504/ 36504	31610	31611	31824/ 36824	
5-884.1	L	Mammareduktionsplastik: Mit freiem Brustwarzentransplantat	B4	31114/ 36114	31504/ 36504	31610	31611	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-884.1	P	Mammareduktionsplastik: Mit freiem Brustwarzentransplantat	B6	31116/ 36116	31506/ 36506	31612	31613	31826/ 36826	
5-884.1	R	Mammareduktionsplastik: Mit freiem Brustwarzentransplantat	B4	31114/ 36114	31504/ 36504	31610	31611	31824/ 36824	
5-884.2	L	Mammareduktionsplastik: Mit gestieltem Brustwarzentransplantat	B4	31114/ 36114	31504/ 36504	31610	31611	31824/ 36824	
5-884.2	P	Mammareduktionsplastik: Mit gestieltem Brustwarzentransplantat	B6	31116/ 36116	31506/ 36506	31612	31613	31826/ 36826	
5-884.2	R	Mammareduktionsplastik: Mit gestieltem Brustwarzentransplantat	B4	31114/ 36114	31504/ 36504	31610	31611	31824/ 36824	
5-885.3	L	Plastische Rekonstruktion der Mamma mit Haut- und Muskeltransplantation: Freies Haut-Muskel-Transplantat	B5	31115/ 36115	31505/ 36505	31610	31611	31825/ 36825	
5-885.3	P	Plastische Rekonstruktion der Mamma mit Haut- und Muskeltransplantation: Freies Haut-Muskel-Transplantat	B7	31117/ 36117	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-885.3	R	Plastische Rekonstruktion der Mamma mit Haut- und Muskeltransplantation: Freies Haut-Muskel-Transplantat	B5	31115/ 36115	31505/ 36505	31610	31611	31825/ 36825	
5-885.4	L	Plastische Rekonstruktion der Mamma mit Haut- und Muskeltransplantation: Gestieltes Hauttransplantat	B5	31115/ 36115	31505/ 36505	31610	31611	31825/ 36825	
5-885.4	P	Plastische Rekonstruktion der Mamma mit Haut- und Muskeltransplantation: Gestieltes Hauttransplantat	B7	31117/ 36117	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-885.4	R	Plastische Rekonstruktion der Mamma mit Haut- und Muskeltransplantation: Gestieltes Hauttransplantat	B5	31115/ 36115	31505/ 36505	31610	31611	31825/ 36825	
5-885.5	L	Plastische Rekonstruktion der Mamma mit Haut- und Muskeltransplantation: Gestieltes Muskeltransplantat	B6	31116/ 36116	31506/ 36506	31612	31613	31826/ 36826	
5-885.5	P	Plastische Rekonstruktion der Mamma mit Haut- und Muskeltransplantation: Gestieltes Muskeltransplantat	B7	31117/ 36117	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-885.5	R	Plastische Rekonstruktion der Mamma mit Haut- und Muskeltransplantation: Gestieltes Muskeltransplantat	B6	31116/ 36116	31506/ 36506	31612	31613	31826/ 36826	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-885.6	L	Plastische Rekonstruktion der Mamma mit Haut- und Muskeltransplantation: Gestieltes Haut-Muskel-Transplantat [myokutaner Lappen], ohne Prothesenimplantation	B6	31116/ 36116	31506/ 36506	31612	31613	31826/ 36826	
5-885.6	P	Plastische Rekonstruktion der Mamma mit Haut- und Muskeltransplantation: Gestieltes Haut-Muskel-Transplantat [myokutaner Lappen], ohne Prothesenimplantation	B7	31117/ 36117	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-885.6	R	Plastische Rekonstruktion der Mamma mit Haut- und Muskeltransplantation: Gestieltes Haut-Muskel-Transplantat [myokutaner Lappen], ohne Prothesenimplantation	B6	31116/ 36116	31506/ 36506	31612	31613	31826/ 36826	
5-885.7	L	Plastische Rekonstruktion der Mamma mit Haut- und Muskeltransplantation: Gestieltes Haut-Muskel-Transplantat [myokutaner Lappen], mit Prothesenimplantation	B6	31116/ 36116	31506/ 36506	31612	31613	31826/ 36826	
5-885.7	P	Plastische Rekonstruktion der Mamma mit Haut- und Muskeltransplantation: Gestieltes Haut-Muskel-Transplantat [myokutaner Lappen], mit Prothesenimplantation	B7	31117/ 36117	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-885.7	R	Plastische Rekonstruktion der Mamma mit Haut- und Muskeltransplantation: Gestieltes Haut-Muskel-Transplantat [myokutaner Lappen], mit Prothesenimplantation	B6	31116/ 36116	31506/ 36506	31612	31613	31826/ 36826	
5-885.9	L	Plastische Rekonstruktion der Mamma mit Haut- und Muskeltransplantation: Freies lipokutanes Transplantat mit mikrovaskulärer Anastomosierung	B6	31116/ 36116	31506/ 36506	31612	31613	31826/ 36826	
5-885.9	P	Plastische Rekonstruktion der Mamma mit Haut- und Muskeltransplantation: Freies lipokutanes Transplantat mit mikrovaskulärer Anastomosierung	B7	31117/ 36117	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-885.9	R	Plastische Rekonstruktion der Mamma mit Haut- und Muskeltransplantation: Freies lipokutanes Transplantat mit mikrovaskulärer Anastomosierung	B6	31116/ 36116	31506/ 36506	31612	31613	31826/ 36826	
5-886.60	↔	Andere plastische Rekonstruktion der Mamma: Sekundäre Rekonstruktion mit Alloprothese, subkutan: Ohne gewebeverstärkendes Material	B3	31113/ 36113	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-886.61	↔	Andere plastische Rekonstruktion der Mamma: Sekundäre Rekonstruktion mit Alloprothese, subkutan: Mit gewebeverstärkendem Material	B3	31113/ 36113	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-886.70	↔	Andere plastische Rekonstruktion der Mamma: Sekundäre Rekonstruktion mit Alloprothese, subpektoral: Ohne gewebeverstärkendes Material	B4	31114/ 36114	31504/ 36504	31610	31611	31824/ 36824	
5-886.71	↔	Andere plastische Rekonstruktion der Mamma: Sekundäre Rekonstruktion mit Alloprothese, subpektoral: Mit gewebeverstärkendem Material	B4	31114/ 36114	31504/ 36504	31610	31611	31824/ 36824	
5-889.0	L	Andere Operationen an der Mamma: Entfernung einer Mammaprothese	B2	31112/ 36112	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-889.0	P	Andere Operationen an der Mamma: Entfernung einer Mammaprothese	B4	31114/ 36114	31504/ 36504	31610	31611	31824/ 36824	
5-889.0	R	Andere Operationen an der Mamma: Entfernung einer Mammaprothese	B2	31112/ 36112	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-889.1	L	Andere Operationen an der Mamma: Entfernung einer Mammaprothese mit Exzision einer Kapselfibrose	B4	31114/ 36114	31504/ 36504	31610	31611	31824/ 36824	
5-889.1	P	Andere Operationen an der Mamma: Entfernung einer Mammaprothese mit Exzision einer Kapselfibrose	B6	31116/ 36116	31506/ 36506	31612	31613	31826/ 36826	
5-889.1	R	Andere Operationen an der Mamma: Entfernung einer Mammaprothese mit Exzision einer Kapselfibrose	B4	31114/ 36114	31504/ 36504	31610	31611	31824/ 36824	
5-889.20	L	Andere Operationen an der Mamma: Entfernung einer Mammaprothese mit Exzision einer Kapselfibrose und Prothesenwechsel: Ohne gewebeverstärkendes Material	B4	31114/ 36114	31504/ 36504	31610	31611	31824/ 36824	
5-889.20	P	Andere Operationen an der Mamma: Entfernung einer Mammaprothese mit Exzision einer Kapselfibrose und Prothesenwechsel: Ohne gewebeverstärkendes Material	B6	31116/ 36116	31506/ 36506	31612	31613	31826/ 36826	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-889.20	R	Andere Operationen an der Mamma: Entfernung einer Mammaprothese mit Exzision einer Kapselfibrose und Prothesenwechsel: Ohne gewebeverstärkendes Material	B4	31114/ 36114	31504/ 36504	31610	31611	31824/ 36824	
5-889.21	L	Andere Operationen an der Mamma: Entfernung einer Mammaprothese mit Exzision einer Kapselfibrose und Prothesenwechsel: Mit gewebeverstärkendem Material	B4	31114/ 36114	31504/ 36504	31610	31611	31824/ 36824	
5-889.21	P	Andere Operationen an der Mamma: Entfernung einer Mammaprothese mit Exzision einer Kapselfibrose und Prothesenwechsel: Mit gewebeverstärkendem Material	B6	31116/ 36116	31506/ 36506	31612	31613	31826/ 36826	
5-889.21	R	Andere Operationen an der Mamma: Entfernung einer Mammaprothese mit Exzision einer Kapselfibrose und Prothesenwechsel: Mit gewebeverstärkendem Material	B4	31114/ 36114	31504/ 36504	31610	31611	31824/ 36824	
5-889.30	L	Andere Operationen an der Mamma: Entfernung einer Mammaprothese mit Exzision einer Kapselfibrose, Prothesenwechsel und Formung einer neuen Tasche: Ohne gewebeverstärkendes Material	B5	31115/ 36115	31505/ 36505	31610	31611	31825/ 36825	
5-889.30	P	Andere Operationen an der Mamma: Entfernung einer Mammaprothese mit Exzision einer Kapselfibrose, Prothesenwechsel und Formung einer neuen Tasche: Ohne gewebeverstärkendes Material	B7	31117/ 36117	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-889.30	R	Andere Operationen an der Mamma: Entfernung einer Mammaprothese mit Exzision einer Kapselfibrose, Prothesenwechsel und Formung einer neuen Tasche: Ohne gewebeverstärkendes Material	B5	31115/ 36115	31505/ 36505	31610	31611	31825/ 36825	
5-889.31	L	Andere Operationen an der Mamma: Entfernung einer Mammaprothese mit Exzision einer Kapselfibrose, Prothesenwechsel und Formung einer neuen Tasche: Mit gewebeverstärkendem Material	B5	31115/ 36115	31505/ 36505	31610	31611	31825/ 36825	
5-889.31	P	Andere Operationen an der Mamma: Entfernung einer Mammaprothese mit Exzision einer Kapselfibrose, Prothesenwechsel und Formung einer neuen Tasche: Mit gewebeverstärkendem Material	B7	31117/ 36117	31507/ 36507	31612	31613	31827/ 36827	
5-889.31	R	Andere Operationen an der Mamma: Entfernung einer Mammaprothese mit Exzision einer Kapselfibrose, Prothesenwechsel und Formung einer neuen Tasche: Mit gewebeverstärkendem Material	B5	31115/ 36115	31505/ 36505	31610	31611	31825/ 36825	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-889.40	L	Andere Operationen an der Mamma: Wechsel einer Mammaprothese: Ohne gewebeverstärkendes Material	B2	31112/ 36112	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-889.40	P	Andere Operationen an der Mamma: Wechsel einer Mammaprothese: Ohne gewebeverstärkendes Material	B4	31114/ 36114	31504/ 36504	31610	31611	31824/ 36824	
5-889.40	R	Andere Operationen an der Mamma: Wechsel einer Mammaprothese: Ohne gewebeverstärkendes Material	B2	31112/ 36112	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-889.41	L	Andere Operationen an der Mamma: Wechsel einer Mammaprothese: Mit gewebeverstärkendem Material	B2	31112/ 36112	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-889.41	P	Andere Operationen an der Mamma: Wechsel einer Mammaprothese: Mit gewebeverstärkendem Material	B4	31114/ 36114	31504/ 36504	31610	31611	31824/ 36824	
5-889.41	R	Andere Operationen an der Mamma: Wechsel einer Mammaprothese: Mit gewebeverstärkendem Material	B2	31112/ 36112	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-889.50	L	Andere Operationen an der Mamma: Implantation eines Hautexpanders: Ohne gewebeverstärkendes Material	B3	31113/ 36113	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-889.50	P	Andere Operationen an der Mamma: Implantation eines Hautexpanders: Ohne gewebeverstärkendes Material	B5	31115/ 36115	31505/ 36505	31610	31611	31825/ 36825	
5-889.50	R	Andere Operationen an der Mamma: Implantation eines Hautexpanders: Ohne gewebeverstärkendes Material	B3	31113/ 36113	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-889.51	L	Andere Operationen an der Mamma: Implantation eines Hautexpanders: Mit gewebeverstärkendem Material	B3	31113/ 36113	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-889.51	P	Andere Operationen an der Mamma: Implantation eines Hautexpanders: Mit gewebeverstärkendem Material	B5	31115/ 36115	31505/ 36505	31610	31611	31825/ 36825	
5-889.51	R	Andere Operationen an der Mamma: Implantation eines Hautexpanders: Mit gewebeverstärkendem Material	B3	31113/ 36113	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-889.6	L	Andere Operationen an der Mamma: Entfernung eines Hautexpanders	B2	31112/ 36112	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-889.6	P	Andere Operationen an der Mamma: Entfernung eines Hautexpanders	B3	31113/ 36113	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-889.6	R	Andere Operationen an der Mamma: Entfernung eines Hautexpanders	B2	31112/ 36112	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-889.7	L	Andere Operationen an der Mamma: Entfernung eines Prothesenventils	B1	31111/ 36111	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-889.7	P	Andere Operationen an der Mamma: Entfernung eines Prothesenventils	B2	31112/ 36112	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-889.7	R	Andere Operationen an der Mamma: Entfernung eines Prothesenventils	B1	31111/ 36111	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	

2.24 Operationen an Haut und Unterhaut

2.24.1 Operationen an Haut und Unterhaut

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-895.1a		Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Ohne primären Wundverschluss, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie): Brustwand und Rücken	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-895.1b		Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Ohne primären Wundverschluss, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie): Bauchregion	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-895.1c		Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Ohne primären Wundverschluss, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie): Leisten- und Genitalregion	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-895.1d		Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Ohne primären Wundverschluss, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie): Gesäß	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-895.1e	↔	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Ohne primären Wundverschluss, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie): Oberschenkel und Knie	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-895.1f	↔	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Ohne primären Wundverschluss, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie): Unterschenkel	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-895.1g	↔	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Ohne primären Wundverschluss, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie): Fuß	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-895.10		Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Ohne primären Wundverschluss, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie): Lippe	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-895.14		Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Ohne primären Wundverschluss, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie): Sonstige Teile Kopf	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-895.15		Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Ohne primären Wundverschluss, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie): Hals	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-895.16	↔	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Ohne primären Wundverschluss, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie): Schulter und Axilla	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-895.17	↔	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Ohne primären Wundverschluss, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie): Oberarm und Ellenbogen	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-895.18	↔	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Ohne primären Wundverschluss, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie): Unterarm	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-895.19	↔	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Ohne primären Wundverschluss, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie): Hand	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-895.2a		Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Mit primärem Wundverschluss: Brustwand und Rücken	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-895.2b		Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Mit primärem Wundverschluss: Bauchregion	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-895.2c		Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Mit primärem Wundverschluss: Leisten- und Genitalregion	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-895.2d		Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Mit primärem Wundverschluss: Gesäß	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-895.2e	↔	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Mit primärem Wundverschluss: Oberschenkel und Knie	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-895.2f	↔	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Mit primärem Wundverschluss: Unterschenkel	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-895.2g	↔	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Mit primärem Wundverschluss: Fuß	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-895.20		Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Mit primärem Wundverschluss: Lippe	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-895.24		Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Mit primärem Wundverschluss: Sonstige Teile Kopf	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-895.25		Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Mit primärem Wundverschluss: Hals	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-895.26	↔	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Mit primärem Wundverschluss: Schulter und Axilla	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-895.27	↔	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Mit primärem Wundverschluss: Oberarm und Ellenbogen	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-895.28	↔	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Mit primärem Wundverschluss: Unterarm	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-895.29	↔	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Mit primärem Wundverschluss: Hand	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-895.3a		Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Mit primärem Wundverschluss, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie): Brustwand und Rücken	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-895.3b		Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Mit primärem Wundverschluss, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie): Bauchregion	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-895.3c		Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Mit primärem Wundverschluss, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie): Leisten- und Genitalregion	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-895.3d		Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Mit primärem Wundverschluss, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie): Gesäß	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-895.3e	↔	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Mit primärem Wundverschluss, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie): Oberschenkel und Knie	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-895.3f	↔	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Mit primärem Wundverschluss, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie): Unterschenkel	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-895.3g	↔	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Mit primärem Wundverschluss, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie): Fuß	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-895.30		Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Mit primärem Wundverschluss, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie): Lippe	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-895.34		Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Mit primärem Wundverschluss, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie): Sonstige Teile Kopf	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-895.35		Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Mit primärem Wundverschluss, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie): Hals	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-895.36	↔	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Mit primärem Wundverschluss, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie): Schulter und Axilla	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-895.37	↔	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Mit primärem Wundverschluss, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie): Oberarm und Ellenbogen	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-895.38	↔	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Mit primärem Wundverschluss, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie): Unterarm	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-895.39	↔	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Mit primärem Wundverschluss, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie): Hand	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-895.4a		Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Mit Transplantation oder lokaler Lappenplastik: Brustwand und Rücken	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-895.4b		Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Mit Transplantation oder lokaler Lappenplastik: Bauchregion	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-895.4c		Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Mit Transplantation oder lokaler Lappenplastik: Leisten- und Genitalregion	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-895.4d		Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Mit Transplantation oder lokaler Lappenplastik: Gesäß	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-895.4e	↔	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Mit Transplantation oder lokaler Lappenplastik: Oberschenkel und Knie	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-895.4f	↔	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Mit Transplantation oder lokaler Lappenplastik: Unterschenkel	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-895.4g	↔	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Mit Transplantation oder lokaler Lappenplastik: Fuß	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-895.40		Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Mit Transplantation oder lokaler Lappenplastik: Lippe	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-895.44		Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Mit Transplantation oder lokaler Lappenplastik: Sonstige Teile Kopf	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-895.45		Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Mit Transplantation oder lokaler Lappenplastik: Hals	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-895.46	↔	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Mit Transplantation oder lokaler Lappenplastik: Schulter und Axilla	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-895.47	↔	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Mit Transplantation oder lokaler Lappenplastik: Oberarm und Ellenbogen	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-895.48	↔	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Mit Transplantation oder lokaler Lappenplastik: Unterarm	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-895.49	↔	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Mit Transplantation oder lokaler Lappenplastik: Hand	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-895.5a		Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Mit Transplantation oder lokaler Lappenplastik, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie): Brustwand und Rücken	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-895.5b		Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Mit Transplantation oder lokaler Lappenplastik, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie): Bauchregion	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-895.5c		Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Mit Transplantation oder lokaler Lappenplastik, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie): Leisten- und Genitalregion	A4	31104/ 36104	31504/ 36504	31610	31611	31824/ 36824	
5-895.5d		Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Mit Transplantation oder lokaler Lappenplastik, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie): Gesäß	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-895.5e	↔	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Mit Transplantation oder lokaler Lappenplastik, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie): Oberschenkel und Knie	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-895.5f	↔	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Mit Transplantation oder lokaler Lappenplastik, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie): Unterschenkel	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-895.5g	↔	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Mit Transplantation oder lokaler Lappenplastik, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie): Fuß	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-895.50		Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Mit Transplantation oder lokaler Lappenplastik, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie): Lippe	A4	31104/ 36104	31504/ 36504	31610	31611	31824/ 36824	
5-895.54		Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Mit Transplantation oder lokaler Lappenplastik, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie): Sonstige Teile Kopf	A4	31104/ 36104	31504/ 36504	31610	31611	31824/ 36824	
5-895.55		Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Mit Transplantation oder lokaler Lappenplastik, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie): Hals	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-895.56	↔	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Mit Transplantation oder lokaler Lappenplastik, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie): Schulter und Axilla	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-895.57	↔	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Mit Transplantation oder lokaler Lappenplastik, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie): Oberarm und Ellenbogen	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-895.58	↔	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Mit Transplantation oder lokaler Lappenplastik, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie): Unterarm	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-895.59	↔	Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Mit Transplantation oder lokaler Lappenplastik, histographisch kontrolliert (mikrographische Chirurgie): Hand	A4	31104/ 36104	31504/ 36504	31610	31611	31824/ 36824	
5-896.1a		Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig: Brustwand und Rücken	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-896.1b		Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig: Bauchregion	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-896.1c		Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig: Leisten- und Genitalregion	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-896.1d		Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig: Gesäß	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-896.1e	↔	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig: Oberschenkel und Knie	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-896.1f	↔	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig: Unterschenkel	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-896.1g	↔	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig: Fuß	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-896.10		Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig: Lippe	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-896.14		Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig: Sonstige Teile Kopf	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-896.15		Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig: Hals	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-896.16	↔	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig: Schulter und Axilla	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-896.17	↔	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig: Oberarm und Ellenbogen	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-896.18	↔	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig: Unterarm	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-896.19	↔	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig: Hand	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-896.2a		Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig, mit Einlegen eines Medikamententrägers: Brustwand und Rücken	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-896.2b		Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig, mit Einlegen eines Medikamententrägers: Bauchregion	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-896.2c		Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig, mit Einlegen eines Medikamententrägers: Leisten- und Genitalregion	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-896.2d		Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig, mit Einlegen eines Medikamententrägers: Gesäß	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-896.2e	↔	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig, mit Einlegen eines Medikamententrägers: Oberschenkel und Knie	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-896.2f	↔	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig, mit Einlegen eines Medikamententrägers: Unterschenkel	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-896.2g	↔	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig, mit Einlegen eines Medikamententrägers: Fuß	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-896.20		Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig, mit Einlegen eines Medikamententrägers: Lippe	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-896.24		Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig, mit Einlegen eines Medikamententrägers: Sonstige Teile Kopf	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-896.25		Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig, mit Einlegen eines Medikamententrägers: Hals	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-896.26	↔	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig, mit Einlegen eines Medikamententrägers: Schulter und Axilla	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-896.27	↔	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig, mit Einlegen eines Medikamententrägers: Oberarm und Ellenbogen	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-896.28	↔	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig, mit Einlegen eines Medikamententrägers: Unterarm	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-896.29	↔	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Großflächig, mit Einlegen eines Medikamententrägers: Hand	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-897.0		Exzision und Rekonstruktion eines Sinus pilonidalis: Exzision	H4	31174/ 36174	31505/ 36505	31626	31627	31824/ 36824	31455
5-897.10		Exzision und Rekonstruktion eines Sinus pilonidalis: Plastische Rekonstruktion: Mittelliniennaht	H4	31174/ 36174	31505/ 36505	31626	31627	31824/ 36824	31455
5-897.11		Exzision und Rekonstruktion eines Sinus pilonidalis: Plastische Rekonstruktion: Transpositionsplastik	H5	31175/ 36175	31506/ 36506	31626	31627	31825/ 36825	31455
5-897.12		Exzision und Rekonstruktion eines Sinus pilonidalis: Plastische Rekonstruktion: Rotations-Plastik	H5	31175/ 36175	31506/ 36506	31626	31627	31825/ 36825	31455
5-898.7	↔	Operationen am Nagelorgan: Transplantation des Nagelbettes	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	

2.24.2 Operative Wiederherstellung und Rekonstruktion von Haut und Unterhaut

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-902.fa		Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch allogenes Hauttransplantat, kleinflächig: Brustwand und Rücken	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	31451
5-902.fb		Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch allogenes Hauttransplantat, kleinflächig: Bauchregion	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	31451
5-902.fc		Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch allogenes Hauttransplantat, kleinflächig: Leisten- und Genitalregion	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	31451
5-902.fd		Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch allogenes Hauttransplantat, kleinflächig: Gesäß	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	31451
5-902.fe	↔	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch allogenes Hauttransplantat, kleinflächig: Oberschenkel und Knie	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	31451
5-902.ff	↔	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch allogenes Hauttransplantat, kleinflächig: Unterschenkel	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	31451
5-902.fg	↔	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch allogenes Hauttransplantat, kleinflächig: Fuß	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	31451
5-902.f0		Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch allogenes Hauttransplantat, kleinflächig: Lippe	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	31452
5-902.f4		Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch allogenes Hauttransplantat, kleinflächig: Sonstige Teile Kopf	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	31452
5-902.f5		Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch allogenes Hauttransplantat, kleinflächig: Hals	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	31451
5-902.f6	↔	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch allogenes Hauttransplantat, kleinflächig: Schulter und Axilla	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	31451
5-902.f7	↔	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch allogenes Hauttransplantat, kleinflächig: Oberarm und Ellenbogen	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	31451

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-902.f8	↔	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch allogenes Hauttransplantat, kleinflächig: Unterarm	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	31451
5-902.f9	↔	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch allogenes Hauttransplantat, kleinflächig: Hand	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	31452
5-902.ga		Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch allogenes Hauttransplantat, großflächig: Brustwand und Rücken	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-902.gb		Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch allogenes Hauttransplantat, großflächig: Bauchregion	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-902.gc		Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch allogenes Hauttransplantat, großflächig: Leisten- und Genitalregion	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-902.gd		Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch allogenes Hauttransplantat, großflächig: Gesäß	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-902.ge	↔	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch allogenes Hauttransplantat, großflächig: Oberschenkel und Knie	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-902.gf	↔	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch allogenes Hauttransplantat, großflächig: Unterschenkel	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-902.gg	↔	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch allogenes Hauttransplantat, großflächig: Fuß	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-902.g0		Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch allogenes Hauttransplantat, großflächig: Lippe	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-902.g4		Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch allogenes Hauttransplantat, großflächig: Sonstige Teile Kopf	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-902.g5		Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch allogenes Hauttransplantat, großflächig: Hals	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-902.g6	↔	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch allogenes Hauttransplantat, großflächig: Schulter und Axilla	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-902.g7	↔	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch allogenes Hauttransplantat, großflächig: Oberarm und Ellenbogen	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-902.g8	↔	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch allogenes Hauttransplantat, großflächig: Unterarm	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-902.g9	↔	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch allogenes Hauttransplantat, großflächig: Hand	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-902.ha		Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch allogenes Hautersatzmaterial, kleinflächig: Brustwand und Rücken	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	31451
5-902.hb		Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch allogenes Hautersatzmaterial, kleinflächig: Bauchregion	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	31451
5-902.hc		Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch allogenes Hautersatzmaterial, kleinflächig: Leisten- und Genitalregion	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	31451
5-902.hd		Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch allogenes Hautersatzmaterial, kleinflächig: Gesäß	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	31451
5-902.he	↔	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch allogenes Hautersatzmaterial, kleinflächig: Oberschenkel und Knie	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	31451
5-902.hf	↔	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch allogenes Hautersatzmaterial, kleinflächig: Unterschenkel	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	31451
5-902.hg	↔	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch allogenes Hautersatzmaterial, kleinflächig: Fuß	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	31451
5-902.h0		Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch allogenes Hautersatzmaterial, kleinflächig: Lippe	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	31452
5-902.h4		Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch allogenes Hautersatzmaterial, kleinflächig: Sonstige Teile Kopf	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	31452

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-902.h5		Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch allogenes Hautersatzmaterial, kleinflächig: Hals	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	31451
5-902.h6	↔	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch allogenes Hautersatzmaterial, kleinflächig: Schulter und Axilla	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	31451
5-902.h7	↔	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch allogenes Hautersatzmaterial, kleinflächig: Oberarm und Ellenbogen	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	31451
5-902.h8	↔	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch allogenes Hautersatzmaterial, kleinflächig: Unterarm	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	31451
5-902.h9	↔	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch allogenes Hautersatzmaterial, kleinflächig: Hand	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	31452
5-902.ja		Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch allogenes Hautersatzmaterial, großflächig: Brustwand und Rücken	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-902.jb		Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch allogenes Hautersatzmaterial, großflächig: Bauchregion	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-902.jc		Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch allogenes Hautersatzmaterial, großflächig: Leisten- und Genitalregion	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-902.jd		Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch allogenes Hautersatzmaterial, großflächig: Gesäß	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-902.je	↔	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch allogenes Hautersatzmaterial, großflächig: Oberschenkel und Knie	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-902.jf	↔	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch allogenes Hautersatzmaterial, großflächig: Unterschenkel	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-902.jg	↔	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch allogenes Hautersatzmaterial, großflächig: Fuß	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-902.j0		Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch allogenes Hautersatzmaterial, großflächig: Lippe	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-902.j4		Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch allogenes Hautersatzmaterial, großflächig: Sonstige Teile Kopf	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-902.j5		Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch allogenes Hautersatzmaterial, großflächig: Hals	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-902.j6	↔	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch allogenes Hautersatzmaterial, großflächig: Schulter und Axilla	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-902.j7	↔	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch allogenes Hautersatzmaterial, großflächig: Oberarm und Ellenbogen	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-902.j8	↔	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch allogenes Hautersatzmaterial, großflächig: Unterarm	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-902.j9	↔	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch allogenes Hautersatzmaterial, großflächig: Hand	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-902.na		Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch alloplastisches Hautersatzmaterial, kleinflächig: Brustwand und Rücken	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-902.nb		Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch alloplastisches Hautersatzmaterial, kleinflächig: Bauchregion	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-902.nc		Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch alloplastisches Hautersatzmaterial, kleinflächig: Leisten- und Genitalregion	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-902.nd		Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch alloplastisches Hautersatzmaterial, kleinflächig: Gesäß	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-902.ne	↔	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch alloplastisches Hautersatzmaterial, kleinflächig: Oberschenkel und Knie	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-902.nf	↔	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch alloplastisches Hautersatzmaterial, kleinflächig: Unterschenkel	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-902.ng	↔	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch alloplastisches Hautersatzmaterial, kleinflächig: Fuß	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-902.n0		Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch alloplastisches Hautersatzmaterial, kleinflächig: Lippe	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-902.n4		Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch alloplastisches Hautersatzmaterial, kleinflächig: Sonstige Teile Kopf	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-902.n5		Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch alloplastisches Hautersatzmaterial, kleinflächig: Hals	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-902.n6	↔	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch alloplastisches Hautersatzmaterial, kleinflächig: Schulter und Axilla	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-902.n7	↔	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch alloplastisches Hautersatzmaterial, kleinflächig: Oberarm und Ellenbogen	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-902.n8	↔	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch alloplastisches Hautersatzmaterial, kleinflächig: Unterarm	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-902.n9	↔	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch alloplastisches Hautersatzmaterial, kleinflächig: Hand	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-902.pa		Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch alloplastisches Hautersatzmaterial, großflächig: Brustwand und Rücken	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-902.pb		Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch alloplastisches Hautersatzmaterial, großflächig: Bauchregion	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-902.pc		Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch alloplastisches Hautersatzmaterial, großflächig: Leisten- und Genitalregion	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-902.pd		Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch alloplastisches Hautersatzmaterial, großflächig: Gesäß	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-902.pe	↔	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch alloplastisches Hautersatzmaterial, großflächig: Oberschenkel und Knie	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-902.pf	↔	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch alloplastisches Hautersatzmaterial, großflächig: Unterschenkel	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-902.pg	↔	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch alloplastisches Hautersatzmaterial, großflächig: Fuß	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-902.p0		Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch alloplastisches Hautersatzmaterial, großflächig: Lippe	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-902.p4		Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch alloplastisches Hautersatzmaterial, großflächig: Sonstige Teile Kopf	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-902.p5		Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch alloplastisches Hautersatzmaterial, großflächig: Hals	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-902.p6	↔	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch alloplastisches Hautersatzmaterial, großflächig: Schulter und Axilla	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-902.p7	↔	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch alloplastisches Hautersatzmaterial, großflächig: Oberarm und Ellenbogen	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-902.p8	↔	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch alloplastisches Hautersatzmaterial, großflächig: Unterarm	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-902.p9	↔	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch alloplastisches Hautersatzmaterial, großflächig: Hand	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-902.qa		Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch xenogenes Hautersatzmaterial, kleinflächig: Brustwand und Rücken	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-902.qb		Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch xenogenes Hautersatzmaterial, kleinflächig: Bauchregion	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-902.qc		Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch xenogenes Hautersatzmaterial, kleinflächig: Leisten- und Genitalregion	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-902.qd		Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch xenogenes Hautersatzmaterial, kleinflächig: Gesäß	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-902.qe	↔	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch xenogenes Hautersatzmaterial, kleinflächig: Oberschenkel und Knie	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-902.qf	↔	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch xenogenes Hautersatzmaterial, kleinflächig: Unterschenkel	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-902.qg	↔	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch xenogenes Hautersatzmaterial, kleinflächig: Fuß	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-902.q0		Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch xenogenes Hautersatzmaterial, kleinflächig: Lippe	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-902.q4		Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch xenogenes Hautersatzmaterial, kleinflächig: Sonstige Teile Kopf	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-902.q5		Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch xenogenes Hautersatzmaterial, kleinflächig: Hals	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-902.q6	↔	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch xenogenes Hautersatzmaterial, kleinflächig: Schulter und Axilla	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-902.q7	↔	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch xenogenes Hautersatzmaterial, kleinflächig: Oberarm und Ellenbogen	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-902.q8	↔	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch xenogenes Hautersatzmaterial, kleinflächig: Unterarm	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-902.q9	↔	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch xenogenes Hautersatzmaterial, kleinflächig: Hand	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-902.ra		Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch xenogenes Hautersatzmaterial, großflächig: Brustwand und Rücken	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-902.rb		Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch xenogenes Hautersatzmaterial, großflächig: Bauchregion	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-902.rc		Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch xenogenes Hautersatzmaterial, großflächig: Leisten- und Genitalregion	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-902.rd		Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch xenogenes Hautersatzmaterial, großflächig: Gesäß	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-902.re	↔	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch xenogenes Hautersatzmaterial, großflächig: Oberschenkel und Knie	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-902.rf	↔	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch xenogenes Hautersatzmaterial, großflächig: Unterschenkel	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-902.rg	↔	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch xenogenes Hautersatzmaterial, großflächig: Fuß	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-902.r0		Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch xenogenes Hautersatzmaterial, großflächig: Lippe	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-902.r4		Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch xenogenes Hautersatzmaterial, großflächig: Sonstige Teile Kopf	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-902.r5		Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch xenogenes Hautersatzmaterial, großflächig: Hals	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-902.r6	↔	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch xenogenes Hautersatzmaterial, großflächig: Schulter und Axilla	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-902.r7	↔	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch xenogenes Hautersatzmaterial, großflächig: Oberarm und Ellenbogen	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-902.r8	↔	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch xenogenes Hautersatzmaterial, großflächig: Unterarm	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-902.r9	↔	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch xenogenes Hautersatzmaterial, großflächig: Hand	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-902.0a		Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Spalthaut, kleinflächig: Brustwand und Rücken	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	31451
5-902.0b		Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Spalthaut, kleinflächig: Bauchregion	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	31451
5-902.0c		Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Spalthaut, kleinflächig: Leisten- und Genitalregion	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	31451
5-902.0d		Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Spalthaut, kleinflächig: Gesäß	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	31451
5-902.0e	↔	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Spalthaut, kleinflächig: Oberschenkel und Knie	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	31451
5-902.0f	↔	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Spalthaut, kleinflächig: Unterschenkel	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	31451
5-902.0g	↔	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Spalthaut, kleinflächig: Fuß	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	31451
5-902.00		Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Spalthaut, kleinflächig: Lippe	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	31452
5-902.04		Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Spalthaut, kleinflächig: Sonstige Teile Kopf	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	31452
5-902.05		Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Spalthaut, kleinflächig: Hals	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	31451
5-902.06	↔	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Spalthaut, kleinflächig: Schulter und Axilla	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	31451
5-902.07	↔	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Spalthaut, kleinflächig: Oberarm und Ellenbogen	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	31451

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-902.08	↔	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Spalthaut, kleinflächig: Unterarm	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	31451
5-902.09	↔	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Spalthaut, kleinflächig: Hand	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	31451
5-902.1a		Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Spalthaut auf granulierendes Hautareal, kleinflächig: Brustwand und Rücken	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	31451
5-902.1b		Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Spalthaut auf granulierendes Hautareal, kleinflächig: Bauchregion	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	31451
5-902.1c		Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Spalthaut auf granulierendes Hautareal, kleinflächig: Leisten- und Genitalregion	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	31451
5-902.1d		Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Spalthaut auf granulierendes Hautareal, kleinflächig: Gesäß	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	31451
5-902.1e	↔	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Spalthaut auf granulierendes Hautareal, kleinflächig: Oberschenkel und Knie	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	31451
5-902.1f	↔	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Spalthaut auf granulierendes Hautareal, kleinflächig: Unterschenkel	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	31451
5-902.1g	↔	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Spalthaut auf granulierendes Hautareal, kleinflächig: Fuß	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	31451
5-902.10		Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Spalthaut auf granulierendes Hautareal, kleinflächig: Lippe	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	31452
5-902.14		Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Spalthaut auf granulierendes Hautareal, kleinflächig: Sonstige Teile Kopf	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	31452
5-902.15		Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Spalthaut auf granulierendes Hautareal, kleinflächig: Hals	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	31451
5-902.16	↔	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Spalthaut auf granulierendes Hautareal, kleinflächig: Schulter und Axilla	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	31451
5-902.17	↔	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Spalthaut auf granulierendes Hautareal, kleinflächig: Oberarm und Ellenbogen	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	31451

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-902.18	↔	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Spalthaut auf granulierendes Hautareal, kleinflächig: Unterarm	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	31451
5-902.19	↔	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Spalthaut auf granulierendes Hautareal, kleinflächig: Hand	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	31451
5-902.2a		Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Vollhaut, kleinflächig: Brustwand und Rücken	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	31451
5-902.2b		Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Vollhaut, kleinflächig: Bauchregion	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	31451
5-902.2c		Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Vollhaut, kleinflächig: Leisten- und Genitalregion	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	31451
5-902.2d		Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Vollhaut, kleinflächig: Gesäß	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	31451
5-902.2e	↔	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Vollhaut, kleinflächig: Oberschenkel und Knie	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	31451
5-902.2f	↔	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Vollhaut, kleinflächig: Unterschenkel	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	31451
5-902.2g	↔	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Vollhaut, kleinflächig: Fuß	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	31451
5-902.20		Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Vollhaut, kleinflächig: Lippe	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	31452
5-902.24		Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Vollhaut, kleinflächig: Sonstige Teile Kopf	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	31452
5-902.25		Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Vollhaut, kleinflächig: Hals	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	31451
5-902.26	↔	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Vollhaut, kleinflächig: Schulter und Axilla	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	31451
5-902.27	↔	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Vollhaut, kleinflächig: Oberarm und Ellenbogen	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	31451

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-902.28	↔	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Vollhaut, kleinflächig: Unterarm	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	31451
5-902.29	↔	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Vollhaut, kleinflächig: Hand	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	31451
5-902.34		Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Composite graft, kleinflächig: Sonstige Teile Kopf	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	31452
5-902.4a		Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Spalthaut, großflächig: Brustwand und Rücken	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	31452
5-902.4b		Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Spalthaut, großflächig: Bauchregion	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	31452
5-902.4c		Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Spalthaut, großflächig: Leisten- und Genitalregion	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	31452
5-902.4d		Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Spalthaut, großflächig: Gesäß	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	31452
5-902.4e	↔	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Spalthaut, großflächig: Oberschenkel und Knie	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	31452
5-902.4f	↔	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Spalthaut, großflächig: Unterschenkel	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	31452
5-902.4g	↔	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Spalthaut, großflächig: Fuß	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	31453
5-902.40		Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Spalthaut, großflächig: Lippe	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	31452
5-902.44		Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Spalthaut, großflächig: Sonstige Teile Kopf	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	31452
5-902.45		Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Spalthaut, großflächig: Hals	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	31452
5-902.46	↔	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Spalthaut, großflächig: Schulter und Axilla	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	31452

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-902.47	↔	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Spalthaut, großflächig: Oberarm und Ellenbogen	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	31452
5-902.48	↔	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Spalthaut, großflächig: Unterarm	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	31452
5-902.49	↔	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Spalthaut, großflächig: Hand	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	31453
5-902.5a		Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Spalthaut auf granulierendes Hautareal, großflächig: Brustwand und Rücken	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	31452
5-902.5b		Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Spalthaut auf granulierendes Hautareal, großflächig: Bauchregion	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	31452
5-902.5c		Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Spalthaut auf granulierendes Hautareal, großflächig: Leisten- und Genitalregion	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	31452
5-902.5d		Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Spalthaut auf granulierendes Hautareal, großflächig: Gesäß	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	31452
5-902.5e	↔	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Spalthaut auf granulierendes Hautareal, großflächig: Oberschenkel und Knie	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	31452
5-902.5f	↔	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Spalthaut auf granulierendes Hautareal, großflächig: Unterschenkel	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	31452
5-902.5g	↔	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Spalthaut auf granulierendes Hautareal, großflächig: Fuß	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	31453
5-902.50		Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Spalthaut auf granulierendes Hautareal, großflächig: Lippe	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	31452
5-902.54		Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Spalthaut auf granulierendes Hautareal, großflächig: Sonstige Teile Kopf	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	31452
5-902.55		Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Spalthaut auf granulierendes Hautareal, großflächig: Hals	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	31452
5-902.56	↔	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Spalthaut auf granulierendes Hautareal, großflächig: Schulter und Axilla	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	31452

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-902.57	↔	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Spalthaut auf granulierendes Hautareal, großflächig: Oberarm und Ellenbogen	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	31452
5-902.58	↔	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Spalthaut auf granulierendes Hautareal, großflächig: Unterarm	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	31452
5-902.59	↔	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Spalthaut auf granulierendes Hautareal, großflächig: Hand	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	31453
5-902.6a		Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Vollhaut, großflächig: Brustwand und Rücken	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	31453
5-902.6b		Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Vollhaut, großflächig: Bauchregion	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	31453
5-902.6c		Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Vollhaut, großflächig: Leisten- und Genitalregion	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	31453
5-902.6d		Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Vollhaut, großflächig: Gesäß	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	31453
5-902.6e	↔	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Vollhaut, großflächig: Oberschenkel und Knie	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	31453
5-902.6f	↔	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Vollhaut, großflächig: Unterschenkel	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	31453
5-902.6g	↔	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Vollhaut, großflächig: Fuß	A4	31104/ 36104	31504/ 36504	31610	31611	31824/ 36824	31453
5-902.60		Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Vollhaut, großflächig: Lippe	A4	31104/ 36104	31504/ 36504	31610	31611	31824/ 36824	31453
5-902.64		Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Vollhaut, großflächig: Sonstige Teile Kopf	A4	31104/ 36104	31504/ 36504	31610	31611	31824/ 36824	31453
5-902.65		Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Vollhaut, großflächig: Hals	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	31453
5-902.66	↔	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Vollhaut, großflächig: Schulter und Axilla	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	31453

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-902.67	↔	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Vollhaut, großflächig: Oberarm und Ellenbogen	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	31453
5-902.68	↔	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Vollhaut, großflächig: Unterarm	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	31453
5-902.69	↔	Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle: Vollhaut, großflächig: Hand	A4	31104/ 36104	31504/ 36504	31610	31611	31824/ 36824	31453
5-903.aa		Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: W-Plastik, kleinflächig: Brustwand und Rücken	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-903.ab		Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: W-Plastik, kleinflächig: Bauchregion	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-903.ac		Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: W-Plastik, kleinflächig: Leisten- und Genitalregion	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-903.ad		Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: W-Plastik, kleinflächig: Gesäß	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-903.ae	↔	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: W-Plastik, kleinflächig: Oberschenkel und Knie	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-903.af	↔	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: W-Plastik, kleinflächig: Unterschenkel	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-903.ag	↔	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: W-Plastik, kleinflächig: Fuß	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-903.a0		Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: W-Plastik, kleinflächig: Lippe	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-903.a4		Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: W-Plastik, kleinflächig: Sonstige Teile Kopf	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-903.a5		Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: W-Plastik, kleinflächig: Hals	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-903.a6	↔	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: W-Plastik, kleinflächig: Schulter und Axilla	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-903.a7	↔	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: W-Plastik, kleinflächig: Oberarm und Ellenbogen	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-903.a8	↔	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: W-Plastik, kleinflächig: Unterarm	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-903.a9	↔	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: W-Plastik, kleinflächig: Hand	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-903.ba		Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: W-Plastik, großflächig: Brustwand und Rücken	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-903.bb		Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: W-Plastik, großflächig: Bauchregion	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-903.bc		Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: W-Plastik, großflächig: Leisten- und Genitalregion	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-903.bd		Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: W-Plastik, großflächig: Gesäß	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-903.be	↔	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: W-Plastik, großflächig: Oberschenkel und Knie	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-903.bf	↔	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: W-Plastik, großflächig: Unterschenkel	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-903.bg	↔	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: W-Plastik, großflächig: Fuß	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-903.b0		Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: W-Plastik, großflächig: Lippe	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-903.b4		Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: W-Plastik, großflächig: Sonstige Teile Kopf	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-903.b5		Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: W-Plastik, großflächig: Hals	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-903.b6	↔	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: W-Plastik, großflächig: Schulter und Axilla	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-903.b7	↔	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: W-Plastik, großflächig: Oberarm und Ellenbogen	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-903.b8	↔	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: W-Plastik, großflächig: Unterarm	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-903.b9	↔	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: W-Plastik, großflächig: Hand	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-903.1a		Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Rotations-Plastik, kleinflächig: Brustwand und Rücken	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-903.1b		Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Rotations-Plastik, kleinflächig: Bauchregion	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-903.1c		Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Rotations-Plastik, kleinflächig: Leisten- und Genitalregion	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-903.1d		Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Rotations-Plastik, kleinflächig: Gesäß	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-903.1e	↔	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Rotations-Plastik, kleinflächig: Oberschenkel und Knie	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-903.1f	↔	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Rotations-Plastik, kleinflächig: Unterschenkel	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-903.1g	↔	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Rotations-Plastik, kleinflächig: Fuß	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-903.10		Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Rotations-Plastik, kleinflächig: Lippe	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-903.14		Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Rotations-Plastik, kleinflächig: Sonstige Teile Kopf	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-903.15		Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Rotations-Plastik, kleinflächig: Hals	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-903.16	↔	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Rotations-Plastik, kleinflächig: Schulter und Axilla	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-903.17	↔	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Rotations-Plastik, kleinflächig: Oberarm und Ellenbogen	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-903.18	↔	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Rotations-Plastik, kleinflächig: Unterarm	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-903.19	↔	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Rotations-Plastik, kleinflächig: Hand	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-903.2a		Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Transpositionsplastik, kleinflächig: Brustwand und Rücken	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-903.2b		Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Transpositionsplastik, kleinflächig: Bauchregion	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-903.2c		Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Transpositionsplastik, kleinflächig: Leisten- und Genitalregion	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-903.2d		Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Transpositionsplastik, kleinflächig: Gesäß	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-903.2e	↔	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Transpositionsplastik, kleinflächig: Oberschenkel und Knie	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-903.2f	↔	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Transpositionsplastik, kleinflächig: Unterschenkel	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-903.2g	↔	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Transpositionsplastik, kleinflächig: Fuß	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-903.20		Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Transpositionsplastik, kleinflächig: Lippe	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-903.24		Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Transpositionsplastik, kleinflächig: Sonstige Teile Kopf	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-903.25		Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Transpositionsplastik, kleinflächig: Hals	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-903.26	↔	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Transpositionsplastik, kleinflächig: Schulter und Axilla	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-903.27	↔	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Transpositionsplastik, kleinflächig: Oberarm und Ellenbogen	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-903.28	↔	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Transpositionsplastik, kleinflächig: Unterarm	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-903.29	↔	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Transpositionsplastik, kleinflächig: Hand	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-903.3a		Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Insellappenplastik, kleinflächig: Brustwand und Rücken	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-903.3b		Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Insellappenplastik, kleinflächig: Bauchregion	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-903.3c		Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Insellappenplastik, kleinflächig: Leisten- und Genitalregion	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-903.3d		Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Insellappenplastik, kleinflächig: Gesäß	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-903.3e	↔	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Insellappenplastik, kleinflächig: Oberschenkel und Knie	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-903.3f	↔	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Insellappenplastik, kleinflächig: Unterschenkel	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-903.3g	↔	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Insellappenplastik, kleinflächig: Fuß	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-903.30		Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Insellappenplastik, kleinflächig: Lippe	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-903.34		Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Insellappenplastik, kleinflächig: Sonstige Teile Kopf	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-903.35		Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Insellappenplastik, kleinflächig: Hals	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-903.36	↔	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Insellappenplastik, kleinflächig: Schulter und Axilla	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-903.37	↔	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Insellappenplastik, kleinflächig: Oberarm und Ellenbogen	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-903.38	↔	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Insellappenplastik, kleinflächig: Unterarm	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-903.39	↔	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Insellappenplastik, kleinflächig: Hand	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-903.4a		Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Z-Plastik, kleinflächig: Brustwand und Rücken	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-903.4b		Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Z-Plastik, kleinflächig: Bauchregion	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-903.4c		Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Z-Plastik, kleinflächig: Leisten- und Genitalregion	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-903.4d		Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Z-Plastik, kleinflächig: Gesäß	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-903.4e	↔	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Z-Plastik, kleinflächig: Oberschenkel und Knie	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-903.4f	↔	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Z-Plastik, kleinflächig: Unterschenkel	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-903.4g	↔	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Z-Plastik, kleinflächig: Fuß	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-903.40		Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Z-Plastik, kleinflächig: Lippe	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-903.44		Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Z-Plastik, kleinflächig: Sonstige Teile Kopf	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-903.45		Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Z-Plastik, kleinflächig: Hals	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-903.46	↔	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Z-Plastik, kleinflächig: Schulter und Axilla	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-903.47	↔	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Z-Plastik, kleinflächig: Oberarm und Ellenbogen	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-903.48	↔	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Z-Plastik, kleinflächig: Unterarm	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-903.49	↔	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Z-Plastik, kleinflächig: Hand	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-903.6a		Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Rotations-Plastik, großflächig: Brustwand und Rücken	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-903.6b		Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Rotations-Plastik, großflächig: Bauchregion	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-903.6c		Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Rotations-Plastik, großflächig: Leisten- und Genitalregion	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-903.6d		Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Rotations-Plastik, großflächig: Gesäß	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-903.6e	↔	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Rotations-Plastik, großflächig: Oberschenkel und Knie	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-903.6f	↔	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Rotations-Plastik, großflächig: Unterschenkel	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-903.6g	↔	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Rotations-Plastik, großflächig: Fuß	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-903.60		Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Rotations-Plastik, großflächig: Lippe	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-903.64		Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Rotations-Plastik, großflächig: Sonstige Teile Kopf	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-903.65		Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Rotations-Plastik, großflächig: Hals	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-903.66	↔	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Rotations-Plastik, großflächig: Schulter und Axilla	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-903.67	↔	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Rotations-Plastik, großflächig: Oberarm und Ellenbogen	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-903.68	↔	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Rotations-Plastik, großflächig: Unterarm	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-903.69	↔	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Rotations-Plastik, großflächig: Hand	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-903.7a		Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Transpositionsplastik, großflächig: Brustwand und Rücken	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-903.7b		Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Transpositionsplastik, großflächig: Bauchregion	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-903.7c		Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Transpositionsplastik, großflächig: Leisten- und Genitalregion	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-903.7d		Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Transpositionsplastik, großflächig: Gesäß	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-903.7e	↔	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Transpositionsplastik, großflächig: Oberschenkel und Knie	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-903.7f	↔	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Transpositionsplastik, großflächig: Unterschenkel	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-903.7g	↔	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Transpositionsplastik, großflächig: Fuß	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-903.70		Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Transpositionsplastik, großflächig: Lippe	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-903.74		Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Transpositionsplastik, großflächig: Sonstige Teile Kopf	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-903.75		Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Transpositionsplastik, großflächig: Hals	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-903.76	↔	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Transpositionsplastik, großflächig: Schulter und Axilla	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-903.77	↔	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Transpositionsplastik, großflächig: Oberarm und Ellenbogen	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-903.78	↔	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Transpositionsplastik, großflächig: Unterarm	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-903.79	↔	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Transpositionsplastik, großflächig: Hand	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-903.8a		Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Insellappenplastik, großflächig: Brustwand und Rücken	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-903.8b		Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Insellappenplastik, großflächig: Bauchregion	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-903.8c		Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Insellappenplastik, großflächig: Leisten- und Genitalregion	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-903.8d		Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Insellappenplastik, großflächig: Gesäß	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-903.8e	↔	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Insellappenplastik, großflächig: Oberschenkel und Knie	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-903.8f	↔	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Insellappenplastik, großflächig: Unterschenkel	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-903.8g	↔	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Insellappenplastik, großflächig: Fuß	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-903.80		Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Insellappenplastik, großflächig: Lippe	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-903.84		Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Insellappenplastik, großflächig: Sonstige Teile Kopf	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-903.85		Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Insellappenplastik, großflächig: Hals	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-903.86	↔	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Insellappenplastik, großflächig: Schulter und Axilla	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-903.87	↔	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Insellappenplastik, großflächig: Oberarm und Ellenbogen	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-903.88	↔	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Insellappenplastik, großflächig: Unterarm	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-903.89	↔	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Insellappenplastik, großflächig: Hand	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-903.9a		Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Z-Plastik, großflächig: Brustwand und Rücken	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-903.9b		Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Z-Plastik, großflächig: Bauchregion	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-903.9c		Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Z-Plastik, großflächig: Leisten- und Genitalregion	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-903.9d		Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Z-Plastik, großflächig: Gesäß	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-903.9e	↔	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Z-Plastik, großflächig: Oberschenkel und Knie	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-903.9f	↔	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Z-Plastik, großflächig: Unterschenkel	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-903.9g	↔	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Z-Plastik, großflächig: Fuß	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-903.90		Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Z-Plastik, großflächig: Lippe	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-903.94		Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Z-Plastik, großflächig: Sonstige Teile Kopf	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-903.95		Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Z-Plastik, großflächig: Hals	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-903.96	↔	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Z-Plastik, großflächig: Schulter und Axilla	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-903.97	↔	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Z-Plastik, großflächig: Oberarm und Ellenbogen	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-903.98	↔	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Z-Plastik, großflächig: Unterarm	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-903.99	↔	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut: Z-Plastik, großflächig: Hand	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-905.xa		Lappenplastik an Haut und Unterhaut, Empfängerstelle: Sonstige: Brustwand und Rücken	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-905.xb		Lappenplastik an Haut und Unterhaut, Empfängerstelle: Sonstige: Bauchregion	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-905.xc		Lappenplastik an Haut und Unterhaut, Empfängerstelle: Sonstige: Leisten- und Genitalregion	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-905.xd		Lappenplastik an Haut und Unterhaut, Empfängerstelle: Sonstige: Gesäß	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-905.xe	↔	Lappenplastik an Haut und Unterhaut, Empfängerstelle: Sonstige: Oberschenkel und Knie	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-905.xf	↔	Lappenplastik an Haut und Unterhaut, Empfängerstelle: Sonstige: Unterschenkel	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-905.xg	↔	Lappenplastik an Haut und Unterhaut, Empfängerstelle: Sonstige: Fuß	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-905.x0		Lappenplastik an Haut und Unterhaut, Empfängerstelle: Sonstige: Lippe	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-905.x4		Lappenplastik an Haut und Unterhaut, Empfängerstelle: Sonstige: Sonstige Teile Kopf	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-905.x5		Lappenplastik an Haut und Unterhaut, Empfängerstelle: Sonstige: Hals	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-905.x6	↔	Lappenplastik an Haut und Unterhaut, Empfängerstelle: Sonstige: Schulter und Axilla	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-905.x7	↔	Lappenplastik an Haut und Unterhaut, Empfängerstelle: Sonstige: Oberarm und Ellenbogen	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-905.x8	↔	Lappenplastik an Haut und Unterhaut, Empfängerstelle: Sonstige: Unterarm	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-905.x9	↔	Lappenplastik an Haut und Unterhaut, Empfängerstelle: Sonstige: Hand	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-905.1a		Lappenplastik an Haut und Unterhaut, Empfängerstelle: Gestielter regionaler Lappen: Brustwand und Rücken	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-905.1b		Lappenplastik an Haut und Unterhaut, Empfängerstelle: Gestielter regionaler Lappen: Bauchregion	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-905.1c		Lappenplastik an Haut und Unterhaut, Empfängerstelle: Gestielter regionaler Lappen: Leisten- und Genitalregion	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-905.1d		Lappenplastik an Haut und Unterhaut, Empfängerstelle: Gestielter regionaler Lappen: Gesäß	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-905.1e	↔	Lappenplastik an Haut und Unterhaut, Empfängerstelle: Gestielter regionaler Lappen: Oberschenkel und Knie	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-905.1f	↔	Lappenplastik an Haut und Unterhaut, Empfängerstelle: Gestielter regionaler Lappen: Unterschenkel	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-905.1g	↔	Lappenplastik an Haut und Unterhaut, Empfängerstelle: Gestielter regionaler Lappen: Fuß	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-905.10		Lappenplastik an Haut und Unterhaut, Empfängerstelle: Gestielter regionaler Lappen: Lippe	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-905.14		Lappenplastik an Haut und Unterhaut, Empfängerstelle: Gestielter regionaler Lappen: Sonstige Teile Kopf	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-905.15		Lappenplastik an Haut und Unterhaut, Empfängerstelle: Gestielter regionaler Lappen: Hals	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-905.16	↔	Lappenplastik an Haut und Unterhaut, Empfängerstelle: Gestielter regionaler Lappen: Schulter und Axilla	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-905.17	↔	Lappenplastik an Haut und Unterhaut, Empfängerstelle: Gestielter regionaler Lappen: Oberarm und Ellenbogen	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-905.18	↔	Lappenplastik an Haut und Unterhaut, Empfängerstelle: Gestielter regionaler Lappen: Unterarm	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-905.19	↔	Lappenplastik an Haut und Unterhaut, Empfängerstelle: Gestielter regionaler Lappen: Hand	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-905.2a		Lappenplastik an Haut und Unterhaut, Empfängerstelle: Gestielter Fernlappen: Brustwand und Rücken	A5	31105/ 36105	31505/ 36505	31610	31611	31825/ 36825	
5-905.2b		Lappenplastik an Haut und Unterhaut, Empfängerstelle: Gestielter Fernlappen: Bauchregion	A5	31105/ 36105	31505/ 36505	31610	31611	31825/ 36825	
5-905.2c		Lappenplastik an Haut und Unterhaut, Empfängerstelle: Gestielter Fernlappen: Leisten- und Genitalregion	A4	31104/ 36104	31504/ 36504	31610	31611	31824/ 36824	
5-905.2d		Lappenplastik an Haut und Unterhaut, Empfängerstelle: Gestielter Fernlappen: Gesäß	A4	31104/ 36104	31504/ 36504	31610	31611	31824/ 36824	
5-905.2e	↔	Lappenplastik an Haut und Unterhaut, Empfängerstelle: Gestielter Fernlappen: Oberschenkel und Knie	A5	31105/ 36105	31505/ 36505	31610	31611	31825/ 36825	
5-905.2f	↔	Lappenplastik an Haut und Unterhaut, Empfängerstelle: Gestielter Fernlappen: Unterschenkel	A4	31104/ 36104	31504/ 36504	31610	31611	31824/ 36824	
5-905.2g	↔	Lappenplastik an Haut und Unterhaut, Empfängerstelle: Gestielter Fernlappen: Fuß	A4	31104/ 36104	31504/ 36504	31610	31611	31824/ 36824	
5-905.20		Lappenplastik an Haut und Unterhaut, Empfängerstelle: Gestielter Fernlappen: Lippe	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-905.24		Lappenplastik an Haut und Unterhaut, Empfängerstelle: Gestielter Fernlappen: Sonstige Teile Kopf	A4	31104/ 36104	31504/ 36504	31610	31611	31824/ 36824	
5-905.25		Lappenplastik an Haut und Unterhaut, Empfängerstelle: Gestielter Fernlappen: Hals	A4	31104/ 36104	31504/ 36504	31610	31611	31824/ 36824	
5-905.26	↔	Lappenplastik an Haut und Unterhaut, Empfängerstelle: Gestielter Fernlappen: Schulter und Axilla	A5	31105/ 36105	31505/ 36505	31610	31611	31825/ 36825	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-905.27	↔	Lappenplastik an Haut und Unterhaut, Empfängerstelle: Gestielter Fernlappen: Oberarm und Ellenbogen	A4	31104/ 36104	31504/ 36504	31610	31611	31824/ 36824	
5-905.28	↔	Lappenplastik an Haut und Unterhaut, Empfängerstelle: Gestielter Fernlappen: Unterarm	A4	31104/ 36104	31504/ 36504	31610	31611	31824/ 36824	
5-905.29	↔	Lappenplastik an Haut und Unterhaut, Empfängerstelle: Gestielter Fernlappen: Hand	A4	31104/ 36104	31504/ 36504	31610	31611	31824/ 36824	
5-906.0a		Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut: Kombinierte Lappenplastiken: Brustwand und Rücken	A5	31105/ 36105	31505/ 36505	31610	31611	31825/ 36825	
5-906.0b		Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut: Kombinierte Lappenplastiken: Bauchregion	A5	31105/ 36105	31505/ 36505	31610	31611	31825/ 36825	
5-906.0c		Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut: Kombinierte Lappenplastiken: Leisten- und Genitalregion	A4	31104/ 36104	31504/ 36504	31610	31611	31824/ 36824	
5-906.0d		Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut: Kombinierte Lappenplastiken: Gesäß	A4	31104/ 36104	31504/ 36504	31610	31611	31824/ 36824	
5-906.0e	↔	Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut: Kombinierte Lappenplastiken: Oberschenkel und Knie	A5	31105/ 36105	31505/ 36505	31610	31611	31825/ 36825	
5-906.0f	↔	Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut: Kombinierte Lappenplastiken: Unterschenkel	A4	31104/ 36104	31504/ 36504	31610	31611	31824/ 36824	
5-906.0g	↔	Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut: Kombinierte Lappenplastiken: Fuß	A4	31104/ 36104	31504/ 36504	31610	31611	31824/ 36824	
5-906.00		Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut: Kombinierte Lappenplastiken: Lippe	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-906.04		Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut: Kombinierte Lappenplastiken: Sonstige Teile Kopf	A4	31104/ 36104	31504/ 36504	31610	31611	31824/ 36824	
5-906.05		Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut: Kombinierte Lappenplastiken: Hals	A4	31104/ 36104	31504/ 36504	31610	31611	31824/ 36824	
5-906.06	↔	Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut: Kombinierte Lappenplastiken: Schulter und Axilla	A5	31105/ 36105	31505/ 36505	31610	31611	31825/ 36825	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-906.07	↔	Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut: Kombinierte Lappenplastiken: Oberarm und Ellenbogen	A4	31104/ 36104	31504/ 36504	31610	31611	31824/ 36824	
5-906.08	↔	Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut: Kombinierte Lappenplastiken: Unterarm	A4	31104/ 36104	31504/ 36504	31610	31611	31824/ 36824	
5-906.09	↔	Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut: Kombinierte Lappenplastiken: Hand	A4	31104/ 36104	31504/ 36504	31610	31611	31824/ 36824	
5-906.1a		Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut: Kombination von Lappenplastiken und freiem Hauttransplantat: Brustwand und Rücken	A5	31105/ 36105	31505/ 36505	31610	31611	31825/ 36825	
5-906.1b		Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut: Kombination von Lappenplastiken und freiem Hauttransplantat: Bauchregion	A5	31105/ 36105	31505/ 36505	31610	31611	31825/ 36825	
5-906.1c		Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut: Kombination von Lappenplastiken und freiem Hauttransplantat: Leisten- und Genitalregion	A5	31105/ 36105	31505/ 36505	31610	31611	31825/ 36825	
5-906.1d		Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut: Kombination von Lappenplastiken und freiem Hauttransplantat: Gesäß	A5	31105/ 36105	31505/ 36505	31610	31611	31825/ 36825	
5-906.1e	↔	Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut: Kombination von Lappenplastiken und freiem Hauttransplantat: Oberschenkel und Knie	A5	31105/ 36105	31505/ 36505	31610	31611	31825/ 36825	
5-906.1f	↔	Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut: Kombination von Lappenplastiken und freiem Hauttransplantat: Unterschenkel	A5	31105/ 36105	31505/ 36505	31610	31611	31825/ 36825	
5-906.1g	↔	Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut: Kombination von Lappenplastiken und freiem Hauttransplantat: Fuß	A5	31105/ 36105	31505/ 36505	31610	31611	31825/ 36825	
5-906.10		Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut: Kombination von Lappenplastiken und freiem Hauttransplantat: Lippe	A4	31104/ 36104	31504/ 36504	31610	31611	31824/ 36824	
5-906.14		Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut: Kombination von Lappenplastiken und freiem Hauttransplantat: Sonstige Teile Kopf	A5	31105/ 36105	31505/ 36505	31610	31611	31825/ 36825	
5-906.15		Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut: Kombination von Lappenplastiken und freiem Hauttransplantat: Hals	A5	31105/ 36105	31505/ 36505	31610	31611	31825/ 36825	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-906.16	↔	Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut: Kombination von Lappenplastiken und freiem Hauttransplantat: Schulter und Axilla	A5	31105/ 36105	31505/ 36505	31610	31611	31825/ 36825	
5-906.17	↔	Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut: Kombination von Lappenplastiken und freiem Hauttransplantat: Oberarm und Ellenbogen	A5	31105/ 36105	31505/ 36505	31610	31611	31825/ 36825	
5-906.18	↔	Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut: Kombination von Lappenplastiken und freiem Hauttransplantat: Unterarm	A5	31105/ 36105	31505/ 36505	31610	31611	31825/ 36825	
5-906.19	↔	Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut: Kombination von Lappenplastiken und freiem Hauttransplantat: Hand	A5	31105/ 36105	31505/ 36505	31610	31611	31825/ 36825	
5-906.2a		Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut: Gestielter regionaler Lappen mit Fernlappen: Brustwand und Rücken	A5	31105/ 36105	31505/ 36505	31610	31611	31825/ 36825	
5-906.2b		Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut: Gestielter regionaler Lappen mit Fernlappen: Bauchregion	A5	31105/ 36105	31505/ 36505	31610	31611	31825/ 36825	
5-906.2c		Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut: Gestielter regionaler Lappen mit Fernlappen: Leisten- und Genitalregion	A5	31105/ 36105	31505/ 36505	31610	31611	31825/ 36825	
5-906.2d		Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut: Gestielter regionaler Lappen mit Fernlappen: Gesäß	A5	31105/ 36105	31505/ 36505	31610	31611	31825/ 36825	
5-906.2e	↔	Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut: Gestielter regionaler Lappen mit Fernlappen: Oberschenkel und Knie	A5	31105/ 36105	31505/ 36505	31610	31611	31825/ 36825	
5-906.2f	↔	Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut: Gestielter regionaler Lappen mit Fernlappen: Unterschenkel	A5	31105/ 36105	31505/ 36505	31610	31611	31825/ 36825	
5-906.2g	↔	Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut: Gestielter regionaler Lappen mit Fernlappen: Fuß	A5	31105/ 36105	31505/ 36505	31610	31611	31825/ 36825	
5-906.20		Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut: Gestielter regionaler Lappen mit Fernlappen: Lippe	A4	31104/ 36104	31504/ 36504	31610	31611	31824/ 36824	
5-906.24		Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut: Gestielter regionaler Lappen mit Fernlappen: Sonstige Teile Kopf	A5	31105/ 36105	31505/ 36505	31610	31611	31825/ 36825	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-906.25		Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut: Gestielter regionaler Lappen mit Fernlappen: Hals	A5	31105/ 36105	31505/ 36505	31610	31611	31825/ 36825	
5-906.26	↔	Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut: Gestielter regionaler Lappen mit Fernlappen: Schulter und Axilla	A5	31105/ 36105	31505/ 36505	31610	31611	31825/ 36825	
5-906.27	↔	Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut: Gestielter regionaler Lappen mit Fernlappen: Oberarm und Ellenbogen	A5	31105/ 36105	31505/ 36505	31610	31611	31825/ 36825	
5-906.28	↔	Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut: Gestielter regionaler Lappen mit Fernlappen: Unterarm	A5	31105/ 36105	31505/ 36505	31610	31611	31825/ 36825	
5-906.29	↔	Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut: Gestielter regionaler Lappen mit Fernlappen: Hand	A5	31105/ 36105	31505/ 36505	31610	31611	31825/ 36825	
5-906.3a		Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut: Gestielter regionaler Lappen, Fernlappen und freies Hauttransplantat: Brustwand und Rücken	A5	31105/ 36105	31505/ 36505	31610	31611	31825/ 36825	
5-906.3b		Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut: Gestielter regionaler Lappen, Fernlappen und freies Hauttransplantat: Bauchregion	A5	31105/ 36105	31505/ 36505	31610	31611	31825/ 36825	
5-906.3c		Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut: Gestielter regionaler Lappen, Fernlappen und freies Hauttransplantat: Leisten- und Genitalregion	A5	31105/ 36105	31505/ 36505	31610	31611	31825/ 36825	
5-906.3d		Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut: Gestielter regionaler Lappen, Fernlappen und freies Hauttransplantat: Gesäß	A5	31105/ 36105	31505/ 36505	31610	31611	31825/ 36825	
5-906.3e	↔	Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut: Gestielter regionaler Lappen, Fernlappen und freies Hauttransplantat: Oberschenkel und Knie	A5	31105/ 36105	31505/ 36505	31610	31611	31825/ 36825	
5-906.3f	↔	Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut: Gestielter regionaler Lappen, Fernlappen und freies Hauttransplantat: Unterschenkel	A5	31105/ 36105	31505/ 36505	31610	31611	31825/ 36825	
5-906.3g	↔	Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut: Gestielter regionaler Lappen, Fernlappen und freies Hauttransplantat: Fuß	A5	31105/ 36105	31505/ 36505	31610	31611	31825/ 36825	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-906.30		Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut: Gestielter regionaler Lappen, Fernlappen und freies Hauttransplantat: Lippe	A4	31104/ 36104	31504/ 36504	31610	31611	31824/ 36824	
5-906.34		Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut: Gestielter regionaler Lappen, Fernlappen und freies Hauttransplantat: Sonstige Teile Kopf	A5	31105/ 36105	31505/ 36505	31610	31611	31825/ 36825	
5-906.35		Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut: Gestielter regionaler Lappen, Fernlappen und freies Hauttransplantat: Hals	A5	31105/ 36105	31505/ 36505	31610	31611	31825/ 36825	
5-906.36	↔	Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut: Gestielter regionaler Lappen, Fernlappen und freies Hauttransplantat: Schulter und Axilla	A5	31105/ 36105	31505/ 36505	31610	31611	31825/ 36825	
5-906.37	↔	Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut: Gestielter regionaler Lappen, Fernlappen und freies Hauttransplantat: Oberarm und Ellenbogen	A5	31105/ 36105	31505/ 36505	31610	31611	31825/ 36825	
5-906.38	↔	Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut: Gestielter regionaler Lappen, Fernlappen und freies Hauttransplantat: Unterarm	A5	31105/ 36105	31505/ 36505	31610	31611	31825/ 36825	
5-906.39	↔	Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut: Gestielter regionaler Lappen, Fernlappen und freies Hauttransplantat: Hand	A5	31105/ 36105	31505/ 36505	31610	31611	31825/ 36825	
5-909.0a		Andere Wiederherstellung und Rekonstruktion von Haut und Unterhaut: Implantation eines Hautexpanders: Brustwand und Rücken	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-909.0b		Andere Wiederherstellung und Rekonstruktion von Haut und Unterhaut: Implantation eines Hautexpanders: Bauchregion	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-909.0c		Andere Wiederherstellung und Rekonstruktion von Haut und Unterhaut: Implantation eines Hautexpanders: Leisten- und Genitalregion	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-909.0d		Andere Wiederherstellung und Rekonstruktion von Haut und Unterhaut: Implantation eines Hautexpanders: Gesäß	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-909.0e	↔	Andere Wiederherstellung und Rekonstruktion von Haut und Unterhaut: Implantation eines Hautexpanders: Oberschenkel und Knie	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-909.0f	↔	Andere Wiederherstellung und Rekonstruktion von Haut und Unterhaut: Implantation eines Hautexpanders: Unterschenkel	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-909.0g	↔	Andere Wiederherstellung und Rekonstruktion von Haut und Unterhaut: Implantation eines Hautexpanders: Fuß	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-909.00		Andere Wiederherstellung und Rekonstruktion von Haut und Unterhaut: Implantation eines Hautexpanders: Lippe	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-909.04		Andere Wiederherstellung und Rekonstruktion von Haut und Unterhaut: Implantation eines Hautexpanders: Sonstige Teile Kopf	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-909.05		Andere Wiederherstellung und Rekonstruktion von Haut und Unterhaut: Implantation eines Hautexpanders: Hals	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-909.06	↔	Andere Wiederherstellung und Rekonstruktion von Haut und Unterhaut: Implantation eines Hautexpanders: Schulter und Axilla	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-909.07	↔	Andere Wiederherstellung und Rekonstruktion von Haut und Unterhaut: Implantation eines Hautexpanders: Oberarm und Ellenbogen	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-909.08	↔	Andere Wiederherstellung und Rekonstruktion von Haut und Unterhaut: Implantation eines Hautexpanders: Unterarm	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-909.09	↔	Andere Wiederherstellung und Rekonstruktion von Haut und Unterhaut: Implantation eines Hautexpanders: Hand	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-909.1a		Andere Wiederherstellung und Rekonstruktion von Haut und Unterhaut: Explantation eines Hautexpanders: Brustwand und Rücken	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-909.1b		Andere Wiederherstellung und Rekonstruktion von Haut und Unterhaut: Explantation eines Hautexpanders: Bauchregion	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-909.1c		Andere Wiederherstellung und Rekonstruktion von Haut und Unterhaut: Explantation eines Hautexpanders: Leisten- und Genitalregion	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-909.1d		Andere Wiederherstellung und Rekonstruktion von Haut und Unterhaut: Explantation eines Hautexpanders: Gesäß	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-909.1e	↔	Andere Wiederherstellung und Rekonstruktion von Haut und Unterhaut: Explantation eines Hautexpanders: Oberschenkel und Knie	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-909.1f	↔	Andere Wiederherstellung und Rekonstruktion von Haut und Unterhaut: Explantation eines Hautexpanders: Unterschenkel	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-909.1g	↔	Andere Wiederherstellung und Rekonstruktion von Haut und Unterhaut: Explantation eines Hautexpanders: Fuß	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-909.10		Andere Wiederherstellung und Rekonstruktion von Haut und Unterhaut: Explantation eines Hautexpanders: Lippe	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-909.14		Andere Wiederherstellung und Rekonstruktion von Haut und Unterhaut: Explantation eines Hautexpanders: Sonstige Teile Kopf	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-909.15		Andere Wiederherstellung und Rekonstruktion von Haut und Unterhaut: Explantation eines Hautexpanders: Hals	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-909.16	↔	Andere Wiederherstellung und Rekonstruktion von Haut und Unterhaut: Explantation eines Hautexpanders: Schulter und Axilla	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-909.17	↔	Andere Wiederherstellung und Rekonstruktion von Haut und Unterhaut: Explantation eines Hautexpanders: Oberarm und Ellenbogen	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-909.18	↔	Andere Wiederherstellung und Rekonstruktion von Haut und Unterhaut: Explantation eines Hautexpanders: Unterarm	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-909.19	↔	Andere Wiederherstellung und Rekonstruktion von Haut und Unterhaut: Explantation eines Hautexpanders: Hand	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-909.2a		Andere Wiederherstellung und Rekonstruktion von Haut und Unterhaut: Lappenstieldurchtrennung: Brustwand und Rücken	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-909.2b		Andere Wiederherstellung und Rekonstruktion von Haut und Unterhaut: Lappenstieldurchtrennung: Bauchregion	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-909.2c		Andere Wiederherstellung und Rekonstruktion von Haut und Unterhaut: Lappenstieldurchtrennung: Leisten- und Genitalregion	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-909.2d		Andere Wiederherstellung und Rekonstruktion von Haut und Unterhaut: Lappenstieldurchtrennung: Gesäß	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-909.2e	↔	Andere Wiederherstellung und Rekonstruktion von Haut und Unterhaut: Lappenstieldurchtrennung: Oberschenkel und Knie	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-909.2f	↔	Andere Wiederherstellung und Rekonstruktion von Haut und Unterhaut: Lappenstieldurchtrennung: Unterschenkel	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-909.2g	↔	Andere Wiederherstellung und Rekonstruktion von Haut und Unterhaut: Lappenstieldurchtrennung: Fuß	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-909.20		Andere Wiederherstellung und Rekonstruktion von Haut und Unterhaut: Lappenstieldurchtrennung: Lippe	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-909.24		Andere Wiederherstellung und Rekonstruktion von Haut und Unterhaut: Lappenstieldurchtrennung: Sonstige Teile Kopf	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-909.25		Andere Wiederherstellung und Rekonstruktion von Haut und Unterhaut: Lappenstieldurchtrennung: Hals	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-909.26	↔	Andere Wiederherstellung und Rekonstruktion von Haut und Unterhaut: Lappenstieldurchtrennung: Schulter und Axilla	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-909.27	↔	Andere Wiederherstellung und Rekonstruktion von Haut und Unterhaut: Lappenstieldurchtrennung: Oberarm und Ellenbogen	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-909.28	↔	Andere Wiederherstellung und Rekonstruktion von Haut und Unterhaut: Lappenstieldurchtrennung: Unterarm	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-909.29	↔	Andere Wiederherstellung und Rekonstruktion von Haut und Unterhaut: Lappenstieldurchtrennung: Hand	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	

2.24.3 Andere Operationen an Haut und Unterhaut

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-911.0b		Gewebereduktion an Haut und Unterhaut: Gewebsreduktionsplastik (Straffungsoperation): Bauchregion	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-911.1e	↔	Gewebereduktion an Haut und Unterhaut: Absaugen von Fettgewebe [Liposuktion]: Oberschenkel und Knie	AA6	31096/ 36096	31506/ 36506	31612	31613	31826/ 36826	
5-911.1f	↔	Gewebereduktion an Haut und Unterhaut: Absaugen von Fettgewebe [Liposuktion]: Unterschenkel	AA5	31095/ 36095	31505/ 36505	31610	31611	31825/ 36825	
5-911.17	↔	Gewebereduktion an Haut und Unterhaut: Absaugen von Fettgewebe [Liposuktion]: Oberarm und Ellenbogen	AA5	31095/ 36095	31505/ 36505	31610	31611	31825/ 36825	
5-911.18	↔	Gewebereduktion an Haut und Unterhaut: Absaugen von Fettgewebe [Liposuktion]: Unterarm	AA5	31095/ 36095	31505/ 36505	31610	31611	31825/ 36825	
5-916.ba		Temporäre Weichteildeckung: Durch hydrolytisch resorbierbare Membran, kleinflächig: Brustwand und Rücken	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-916.bb		Temporäre Weichteildeckung: Durch hydrolytisch resorbierbare Membran, kleinflächig: Bauchregion	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-916.bc		Temporäre Weichteildeckung: Durch hydrolytisch resorbierbare Membran, kleinflächig: Leisten- und Genitalregion	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-916.bd		Temporäre Weichteildeckung: Durch hydrolytisch resorbierbare Membran, kleinflächig: Gesäß	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-916.be	↔	Temporäre Weichteildeckung: Durch hydrolytisch resorbierbare Membran, kleinflächig: Oberschenkel und Knie	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-916.bf	↔	Temporäre Weichteildeckung: Durch hydrolytisch resorbierbare Membran, kleinflächig: Unterschenkel	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-916.bg	↔	Temporäre Weichteildeckung: Durch hydrolytisch resorbierbare Membran, kleinflächig: Fuß	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-916.b0		Temporäre Weichteildeckung: Durch hydrolytisch resorbierbare Membran, kleinflächig: Lippe	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-916.b4		Temporäre Weichteildeckung: Durch hydrolytisch resorbierbare Membran, kleinflächig: Sonstige Teile Kopf	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-916.b5		Temporäre Weichteildeckung: Durch hydrolytisch resorbierbare Membran, kleinflächig: Hals	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-916.b6	↔	Temporäre Weichteildeckung: Durch hydrolytisch resorbierbare Membran, kleinflächig: Schulter und Axilla	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-916.b7	↔	Temporäre Weichteildeckung: Durch hydrolytisch resorbierbare Membran, kleinflächig: Oberarm und Ellenbogen	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-916.b8	↔	Temporäre Weichteildeckung: Durch hydrolytisch resorbierbare Membran, kleinflächig: Unterarm	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-916.b9	↔	Temporäre Weichteildeckung: Durch hydrolytisch resorbierbare Membran, kleinflächig: Hand	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-916.ca		Temporäre Weichteildeckung: Durch hydrolytisch resorbierbare Membran, großflächig: Brustwand und Rücken	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-916.cb		Temporäre Weichteildeckung: Durch hydrolytisch resorbierbare Membran, großflächig: Bauchregion	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-916.cc		Temporäre Weichteildeckung: Durch hydrolytisch resorbierbare Membran, großflächig: Leisten- und Genitalregion	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-916.cd		Temporäre Weichteildeckung: Durch hydrolytisch resorbierbare Membran, großflächig: Gesäß	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-916.ce	↔	Temporäre Weichteildeckung: Durch hydrolytisch resorbierbare Membran, großflächig: Oberschenkel und Knie	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-916.cf	↔	Temporäre Weichteildeckung: Durch hydrolytisch resorbierbare Membran, großflächig: Unterschenkel	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-916.cg	↔	Temporäre Weichteildeckung: Durch hydrolytisch resorbierbare Membran, großflächig: Fuß	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-916.c0		Temporäre Weichteildeckung: Durch hydrolytisch resorbierbare Membran, großflächig: Lippe	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-916.c4		Temporäre Weichteildeckung: Durch hydrolytisch resorbierbare Membran, großflächig: Sonstige Teile Kopf	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-916.c5		Temporäre Weichteildeckung: Durch hydrolytisch resorbierbare Membran, großflächig: Hals	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-916.c6	↔	Temporäre Weichteildeckung: Durch hydrolytisch resorbierbare Membran, großflächig: Schulter und Axilla	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-916.c7	↔	Temporäre Weichteildeckung: Durch hydrolytisch resorbierbare Membran, großflächig: Oberarm und Ellenbogen	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-916.c8	↔	Temporäre Weichteildeckung: Durch hydrolytisch resorbierbare Membran, großflächig: Unterarm	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-916.c9	↔	Temporäre Weichteildeckung: Durch hydrolytisch resorbierbare Membran, großflächig: Hand	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-916.da		Temporäre Weichteildeckung: Durch allogenes Hautersatzmaterial, kleinflächig: Brustwand und Rücken	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-916.db		Temporäre Weichteildeckung: Durch allogenes Hautersatzmaterial, kleinflächig: Bauchregion	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-916.dc		Temporäre Weichteildeckung: Durch allogenes Hautersatzmaterial, kleinflächig: Leisten- und Genitalregion	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-916.dd		Temporäre Weichteildeckung: Durch allogenes Hautersatzmaterial, kleinflächig: Gesäß	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-916.de	↔	Temporäre Weichteildeckung: Durch allogenes Hautersatzmaterial, kleinflächig: Oberschenkel und Knie	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-916.df	↔	Temporäre Weichteildeckung: Durch allogenes Hautersatzmaterial, kleinflächig: Unterschenkel	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-916.dg	↔	Temporäre Weichteildeckung: Durch allogenes Hautersatzmaterial, kleinflächig: Fuß	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-916.d0		Temporäre Weichteildeckung: Durch allogenes Hautersatzmaterial, kleinflächig: Lippe	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-916.d4		Temporäre Weichteildeckung: Durch allogenes Hautersatzmaterial, kleinflächig: Sonstige Teile Kopf	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-916.d5		Temporäre Weichteildeckung: Durch allogenes Hautersatzmaterial, kleinflächig: Hals	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-916.d6	↔	Temporäre Weichteildeckung: Durch allogenes Hautersatzmaterial, kleinflächig: Schulter und Axilla	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-916.d7	↔	Temporäre Weichteildeckung: Durch allogenes Hautersatzmaterial, kleinflächig: Oberarm und Ellenbogen	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-916.d8	↔	Temporäre Weichteildeckung: Durch allogenes Hautersatzmaterial, kleinflächig: Unterarm	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-916.d9	↔	Temporäre Weichteildeckung: Durch allogenes Hautersatzmaterial, kleinflächig: Hand	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-916.ea		Temporäre Weichteildeckung: Durch allogenes Hautersatzmaterial, großflächig: Brustwand und Rücken	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-916.eb		Temporäre Weichteildeckung: Durch allogenes Hautersatzmaterial, großflächig: Bauchregion	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-916.ec		Temporäre Weichteildeckung: Durch allogenes Hautersatzmaterial, großflächig: Leisten- und Genitalregion	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-916.ed		Temporäre Weichteildeckung: Durch allogenes Hautersatzmaterial, großflächig: Gesäß	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-916.ee	↔	Temporäre Weichteildeckung: Durch allogenes Hautersatzmaterial, großflächig: Oberschenkel und Knie	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-916.ef	↔	Temporäre Weichteildeckung: Durch allogenes Hautersatzmaterial, großflächig: Unterschenkel	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-916.eg	↔	Temporäre Weichteildeckung: Durch allogenes Hautersatzmaterial, großflächig: Fuß	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-916.e0		Temporäre Weichteildeckung: Durch allogenes Hautersatzmaterial, großflächig: Lippe	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-916.e4		Temporäre Weichteildeckung: Durch allogenes Hautersatzmaterial, großflächig: Sonstige Teile Kopf	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-916.e5		Temporäre Weichteildeckung: Durch allogenes Hautersatzmaterial, großflächig: Hals	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-916.e6	↔	Temporäre Weichteildeckung: Durch allogenes Hautersatzmaterial, großflächig: Schulter und Axilla	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-916.e7	↔	Temporäre Weichteildeckung: Durch allogenes Hautersatzmaterial, großflächig: Oberarm und Ellenbogen	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-916.e8	↔	Temporäre Weichteildeckung: Durch allogenes Hautersatzmaterial, großflächig: Unterarm	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-916.e9	↔	Temporäre Weichteildeckung: Durch allogenes Hautersatzmaterial, großflächig: Hand	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-916.2a		Temporäre Weichteildeckung: Durch alloplastisches Material, kleinflächig: Brustwand und Rücken	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-916.2b		Temporäre Weichteildeckung: Durch alloplastisches Material, kleinflächig: Bauchregion	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-916.2c		Temporäre Weichteildeckung: Durch alloplastisches Material, kleinflächig: Leisten- und Genitalregion	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-916.2d		Temporäre Weichteildeckung: Durch alloplastisches Material, kleinflächig: Gesäß	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-916.2e	↔	Temporäre Weichteildeckung: Durch alloplastisches Material, kleinflächig: Oberschenkel und Knie	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-916.2f	↔	Temporäre Weichteildeckung: Durch alloplastisches Material, kleinflächig: Unterschenkel	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-916.2g	↔	Temporäre Weichteildeckung: Durch alloplastisches Material, kleinflächig: Fuß	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-916.20		Temporäre Weichteildeckung: Durch alloplastisches Material, kleinflächig: Lippe	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-916.24		Temporäre Weichteildeckung: Durch alloplastisches Material, kleinflächig: Sonstige Teile Kopf	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-916.25		Temporäre Weichteildeckung: Durch alloplastisches Material, kleinflächig: Hals	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-916.26	↔	Temporäre Weichteildeckung: Durch alloplastisches Material, kleinflächig: Schulter und Axilla	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-916.27	↔	Temporäre Weichteildeckung: Durch alloplastisches Material, kleinflächig: Oberarm und Ellenbogen	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-916.28	↔	Temporäre Weichteildeckung: Durch alloplastisches Material, kleinflächig: Unterarm	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-916.29	↔	Temporäre Weichteildeckung: Durch alloplastisches Material, kleinflächig: Hand	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-916.4a		Temporäre Weichteildeckung: Durch Kombination mehrerer Verfahren, kleinflächig: Brustwand und Rücken	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-916.4b		Temporäre Weichteildeckung: Durch Kombination mehrerer Verfahren, kleinflächig: Bauchregion	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-916.4c		Temporäre Weichteildeckung: Durch Kombination mehrerer Verfahren, kleinflächig: Leisten- und Genitalregion	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-916.4d		Temporäre Weichteildeckung: Durch Kombination mehrerer Verfahren, kleinflächig: Gesäß	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-916.4e	↔	Temporäre Weichteildeckung: Durch Kombination mehrerer Verfahren, kleinflächig: Oberschenkel und Knie	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-916.4f	↔	Temporäre Weichteildeckung: Durch Kombination mehrerer Verfahren, kleinflächig: Unterschenkel	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-916.4g	↔	Temporäre Weichteildeckung: Durch Kombination mehrerer Verfahren, kleinflächig: Fuß	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-916.40		Temporäre Weichteildeckung: Durch Kombination mehrerer Verfahren, kleinflächig: Lippe	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-916.44		Temporäre Weichteildeckung: Durch Kombination mehrerer Verfahren, kleinflächig: Sonstige Teile Kopf	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-916.45		Temporäre Weichteildeckung: Durch Kombination mehrerer Verfahren, kleinflächig: Hals	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-916.46	↔	Temporäre Weichteildeckung: Durch Kombination mehrerer Verfahren, kleinflächig: Schulter und Axilla	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-916.47	↔	Temporäre Weichteildeckung: Durch Kombination mehrerer Verfahren, kleinflächig: Oberarm und Ellenbogen	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-916.48	↔	Temporäre Weichteildeckung: Durch Kombination mehrerer Verfahren, kleinflächig: Unterarm	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-916.49	↔	Temporäre Weichteildeckung: Durch Kombination mehrerer Verfahren, kleinflächig: Hand	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-916.7a		Temporäre Weichteildeckung: Durch alloplastisches Material, großflächig: Brustwand und Rücken	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-916.7b		Temporäre Weichteildeckung: Durch alloplastisches Material, großflächig: Bauchregion	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-916.7c		Temporäre Weichteildeckung: Durch alloplastisches Material, großflächig: Leisten- und Genitalregion	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-916.7d		Temporäre Weichteildeckung: Durch alloplastisches Material, großflächig: Gesäß	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-916.7e	↔	Temporäre Weichteildeckung: Durch alloplastisches Material, großflächig: Oberschenkel und Knie	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-916.7f	↔	Temporäre Weichteildeckung: Durch alloplastisches Material, großflächig: Unterschenkel	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-916.7g	↔	Temporäre Weichteildeckung: Durch alloplastisches Material, großflächig: Fuß	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-916.70		Temporäre Weichteildeckung: Durch alloplastisches Material, großflächig: Lippe	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-916.74		Temporäre Weichteildeckung: Durch alloplastisches Material, großflächig: Sonstige Teile Kopf	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-916.75		Temporäre Weichteildeckung: Durch alloplastisches Material, großflächig: Hals	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-916.76	↔	Temporäre Weichteildeckung: Durch alloplastisches Material, großflächig: Schulter und Axilla	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-916.77	↔	Temporäre Weichteildeckung: Durch alloplastisches Material, großflächig: Oberarm und Ellenbogen	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-916.78	↔	Temporäre Weichteildeckung: Durch alloplastisches Material, großflächig: Unterarm	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-916.79	↔	Temporäre Weichteildeckung: Durch alloplastisches Material, großflächig: Hand	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-916.9a		Temporäre Weichteildeckung: Durch Kombination mehrerer Verfahren, großflächig: Brustwand und Rücken	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-916.9b		Temporäre Weichteildeckung: Durch Kombination mehrerer Verfahren, großflächig: Bauchregion	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-916.9c		Temporäre Weichteildeckung: Durch Kombination mehrerer Verfahren, großflächig: Leisten- und Genitalregion	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-916.9d		Temporäre Weichteildeckung: Durch Kombination mehrerer Verfahren, großflächig: Gesäß	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-916.9e	↔	Temporäre Weichteildeckung: Durch Kombination mehrerer Verfahren, großflächig: Oberschenkel und Knie	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-916.9f	↔	Temporäre Weichteildeckung: Durch Kombination mehrerer Verfahren, großflächig: Unterschenkel	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-916.9g	↔	Temporäre Weichteildeckung: Durch Kombination mehrerer Verfahren, großflächig: Fuß	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-916.90		Temporäre Weichteildeckung: Durch Kombination mehrerer Verfahren, großflächig: Lippe	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-916.94		Temporäre Weichteildeckung: Durch Kombination mehrerer Verfahren, großflächig: Sonstige Teile Kopf	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-916.95		Temporäre Weichteildeckung: Durch Kombination mehrerer Verfahren, großflächig: Hals	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-916.96	↔	Temporäre Weichteildeckung: Durch Kombination mehrerer Verfahren, großflächig: Schulter und Axilla	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-916.97	↔	Temporäre Weichteildeckung: Durch Kombination mehrerer Verfahren, großflächig: Oberarm und Ellenbogen	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-916.98	↔	Temporäre Weichteildeckung: Durch Kombination mehrerer Verfahren, großflächig: Unterarm	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-916.99	↔	Temporäre Weichteildeckung: Durch Kombination mehrerer Verfahren, großflächig: Hand	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-917.00	↔	Syndaktylie- und Polydaktyliekorrektur der Finger: Vertiefung einer Zwischenfingerspalte: Mit Verschiebeplastik	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-917.10	↔	Syndaktylie- und Polydaktyliekorrektur der Finger: Trennung einer partiellen Syndaktylie: Mit Verschiebeplastik	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-917.20	↔	Syndaktylie- und Polydaktyliekorrektur der Finger: Trennung einer kompletten Syndaktylie: Mit Kuppenplastik	C6	31126/ 36126	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-917.21	↔	Syndaktylie- und Polydaktyliekorrektur der Finger: Trennung einer kompletten Syndaktylie: Mit Seitenbandrekonstruktion	C6	31126/ 36126	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-917.3	↔	Syndaktylie- und Polydaktyliekorrektur der Finger: Teilresektion gedoppelter Anteile	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-917.40	↔	Syndaktylie- und Polydaktyliekorrektur der Finger: Resektion gedoppelter Anteile: Ohne Gelenkrekonstruktion	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-917.5	↔	Syndaktylie- und Polydaktyliekorrektur der Finger: Korrektur einer Polysyndaktylie durch Fusion gedoppelter Anteile (OP nach Bilhaut - Cloquet)	C6	31126/ 36126	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-918.0	↔	Syndaktylie- und Polydaktyliekorrektur der Zehen: Trennung einer partiellen Syndaktylie	C4	31124/ 36124	31504/ 36504	31618	31619	31824/ 36824	
5-918.1	↔	Syndaktylie- und Polydaktyliekorrektur der Zehen: Trennung einer kompletten Syndaktylie	C6	31126/ 36126	31506/ 36506	31620	31621	31826/ 36826	
5-918.2	↔	Syndaktylie- und Polydaktyliekorrektur der Zehen: Teilresektion gedoppelter Anteile	C2	31122/ 36122	31503/ 36503	31614	31615	31822/ 36822	
5-918.3	↔	Syndaktylie- und Polydaktyliekorrektur der Zehen: Resektion gedoppelter Anteile	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	

2.24.4 Operationen an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-920.0b		Inzision an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Inzision eines Verbrennungsschorfes [Escharotomie]: Bauchregion	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-920.0j		Inzision an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Inzision eines Verbrennungsschorfes [Escharotomie]: Rücken	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-920.05		Inzision an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Inzision eines Verbrennungsschorfes [Escharotomie]: Hals	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-920.1b		Inzision an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Fasziotomie: Bauchregion	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-920.1e	↔	Inzision an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Fasziotomie: Oberschenkel und Knie	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-920.1f	↔	Inzision an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Fasziotomie: Unterschenkel	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-920.1g	↔	Inzision an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Fasziotomie: Fuß	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-920.1j		Inzision an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Fasziotomie: Rücken	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-920.15		Inzision an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Fasziotomie: Hals	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-920.16	↔	Inzision an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Fasziotomie: Schulter und Axilla	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-920.17	↔	Inzision an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Fasziotomie: Oberarm und Ellenbogen	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-920.18	↔	Inzision an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Fasziotomie: Unterarm	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-920.19	↔	Inzision an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Fasziotomie: Hand	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-920.2b		Inzision an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Inzision eines Verbrennungsschorfes [Escharotomie] mit Fasziotomie: Bauchregion	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-920.2e	↔	Inzision an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Inzision eines Verbrennungsschorfes [Escharotomie] mit Fasziotomie: Oberschenkel und Knie	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-920.2f	↔	Inzision an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Inzision eines Verbrennungsschorfes [Escharotomie] mit Fasziotomie: Unterschenkel	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-920.2g	↔	Inzision an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Inzision eines Verbrennungsschorfes [Escharotomie] mit Fasziotomie: Fuß	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-920.2j		Inzision an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Inzision eines Verbrennungsschorfes [Escharotomie] mit Fasziotomie: Rücken	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-920.2k		Inzision an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Inzision eines Verbrennungsschorfes [Escharotomie] mit Fasziotomie: Skrotum	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-920.25		Inzision an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Inzision eines Verbrennungsschorfes [Escharotomie] mit Fasziotomie: Hals	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-920.26	↔	Inzision an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Inzision eines Verbrennungsschorfes [Escharotomie] mit Fasziotomie: Schulter und Axilla	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-920.27	↔	Inzision an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Inzision eines Verbrennungsschorfes [Escharotomie] mit Fasziotomie: Oberarm und Ellenbogen	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-920.28	↔	Inzision an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Inzision eines Verbrennungsschorfes [Escharotomie] mit Fasziotomie: Unterarm	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-920.29	↔	Inzision an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Inzision eines Verbrennungsschorfes [Escharotomie] mit Fasziotomie: Hand	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-920.3e	↔	Inzision an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Inzision eines Verbrennungsschorfes [Escharotomie] mit Dekompression peripherer Nerven: Oberschenkel und Knie	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-920.3f	↔	Inzision an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Inzision eines Verbrennungsschorfes [Escharotomie] mit Dekompression peripherer Nerven: Unterschenkel	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-920.3g	↔	Inzision an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Inzision eines Verbrennungsschorfes [Escharotomie] mit Dekompression peripherer Nerven: Fuß	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-920.3k		Inzision an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Inzision eines Verbrennungsschorfes [Escharotomie] mit Dekompression peripherer Nerven: Skrotum	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-920.36	↔	Inzision an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Inzision eines Verbrennungsschorfes [Escharotomie] mit Dekompression peripherer Nerven: Schulter und Axilla	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-920.37	↔	Inzision an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Inzision eines Verbrennungsschorfes [Escharotomie] mit Dekompression peripherer Nerven: Oberarm und Ellenbogen	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-920.38	↔	Inzision an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Inzision eines Verbrennungsschorfes [Escharotomie] mit Dekompression peripherer Nerven: Unterarm	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-920.39	↔	Inzision an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Inzision eines Verbrennungsschorfes [Escharotomie] mit Dekompression peripherer Nerven: Hand	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-921.3b		Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] und Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Tangentiale Exzision: Bauchregion	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-921.3d		Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] und Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Tangentiale Exzision: Gesäß	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-921.3e	↔	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] und Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Tangentiale Exzision: Oberschenkel und Knie	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-921.3f	↔	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] und Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Tangentiale Exzision: Unterschenkel	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-921.3g	↔	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] und Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Tangentiale Exzision: Fuß	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-921.3h		Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] und Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Tangentiale Exzision: Behaarte Kopfhaut	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-921.3j		Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] und Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Tangentiale Exzision: Rücken	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-921.3k		Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] und Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Tangentiale Exzision: Skrotum	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-921.30		Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] und Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Tangentiale Exzision: Lippe	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-921.31		Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] und Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Tangentiale Exzision: Nase	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-921.32	↔	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] und Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Tangentiale Exzision: Ohr	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-921.33	↔	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] und Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Tangentiale Exzision: Augenlid	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-921.35		Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] und Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Tangentiale Exzision: Hals	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-921.36	↔	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] und Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Tangentiale Exzision: Schulter und Axilla	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-921.37	↔	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] und Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Tangentiale Exzision: Oberarm und Ellenbogen	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-921.38	↔	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] und Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Tangentiale Exzision: Unterarm	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-921.39	↔	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] und Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Tangentiale Exzision: Hand	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-922.0		Wunddebridement an Muskel, Sehne und Faszie bei Verbrennungen und Verätzungen: Debridement eines Muskels	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-922.1		Wunddebridement an Muskel, Sehne und Faszie bei Verbrennungen und Verätzungen: Debridement einer Sehne	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-922.2		Wunddebridement an Muskel, Sehne und Faszie bei Verbrennungen und Verätzungen: Debridement einer Faszie	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-922.3		Wunddebridement an Muskel, Sehne und Faszie bei Verbrennungen und Verätzungen: Weichteildebridement, schichtenübergreifend	C3	31123/ 36123	31504/ 36504	31616	31617	31823/ 36823	
5-923.ca		Temporäre Weichteildeckung bei Verbrennungen und Verätzungen: Durch allogenes Hautersatzmaterial, kleinflächig: Brustwand	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-923.cb		Temporäre Weichteildeckung bei Verbrennungen und Verätzungen: Durch allogenes Hautersatzmaterial, kleinflächig: Bauchregion	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-923.cc		Temporäre Weichteildeckung bei Verbrennungen und Verätzungen: Durch allogenes Hautersatzmaterial, kleinflächig: Leisten- und Genitalregion (ohne Skrotum)	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-923.cd		Temporäre Weichteildeckung bei Verbrennungen und Verätzungen: Durch allogenes Hautersatzmaterial, kleinflächig: Gesäß	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-923.ce	↔	Temporäre Weichteildeckung bei Verbrennungen und Verätzungen: Durch allogenes Hautersatzmaterial, kleinflächig: Oberschenkel und Knie	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-923.cf	↔	Temporäre Weichteildeckung bei Verbrennungen und Verätzungen: Durch allogenes Hautersatzmaterial, kleinflächig: Unterschenkel	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-923.cg	↔	Temporäre Weichteildeckung bei Verbrennungen und Verätzungen: Durch allogenes Hautersatzmaterial, kleinflächig: Fuß	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-923.ch		Temporäre Weichteildeckung bei Verbrennungen und Verätzungen: Durch allogenes Hautersatzmaterial, kleinflächig: Behaarte Kopfhaut	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-923.cj		Temporäre Weichteildeckung bei Verbrennungen und Verätzungen: Durch allogenes Hautersatzmaterial, kleinflächig: Rücken	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-923.ck		Temporäre Weichteildeckung bei Verbrennungen und Verätzungen: Durch allogenes Hautersatzmaterial, kleinflächig: Skrotum	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-923.cm		Temporäre Weichteildeckung bei Verbrennungen und Verätzungen: Durch allogenes Hautersatzmaterial, kleinflächig: Dammregion	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-923.c0		Temporäre Weichteildeckung bei Verbrennungen und Verätzungen: Durch allogenes Hautersatzmaterial, kleinflächig: Lippe	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-923.c1		Temporäre Weichteildeckung bei Verbrennungen und Verätzungen: Durch allogenes Hautersatzmaterial, kleinflächig: Nase	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-923.c2	↔	Temporäre Weichteildeckung bei Verbrennungen und Verätzungen: Durch allogenes Hautersatzmaterial, kleinflächig: Ohr	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-923.c3	↔	Temporäre Weichteildeckung bei Verbrennungen und Verätzungen: Durch allogenes Hautersatzmaterial, kleinflächig: Augenlid	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-923.c4		Temporäre Weichteildeckung bei Verbrennungen und Verätzungen: Durch allogenes Hautersatzmaterial, kleinflächig: Sonstige Teile Kopf (ohne behaarte Kopfhaut)	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-923.c5		Temporäre Weichteildeckung bei Verbrennungen und Verätzungen: Durch allogenes Hautersatzmaterial, kleinflächig: Hals	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-923.c6	↔	Temporäre Weichteildeckung bei Verbrennungen und Verätzungen: Durch allogenes Hautersatzmaterial, kleinflächig: Schulter und Axilla	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-923.c7	↔	Temporäre Weichteildeckung bei Verbrennungen und Verätzungen: Durch allogenes Hautersatzmaterial, kleinflächig: Oberarm und Ellenbogen	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-923.c8	↔	Temporäre Weichteildeckung bei Verbrennungen und Verätzungen: Durch allogenes Hautersatzmaterial, kleinflächig: Unterarm	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-923.c9	↔	Temporäre Weichteildeckung bei Verbrennungen und Verätzungen: Durch allogenes Hautersatzmaterial, kleinflächig: Hand	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-923.da		Temporäre Weichteildeckung bei Verbrennungen und Verätzungen: Durch allogenes Hautersatzmaterial, großflächig: Brustwand	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-923.db		Temporäre Weichteildeckung bei Verbrennungen und Verätzungen: Durch allogenes Hautersatzmaterial, großflächig: Bauchregion	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-923.dc		Temporäre Weichteildeckung bei Verbrennungen und Verätzungen: Durch allogenes Hautersatzmaterial, großflächig: Leisten- und Genitalregion (ohne Skrotum)	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-923.dd		Temporäre Weichteildeckung bei Verbrennungen und Verätzungen: Durch allogenes Hautersatzmaterial, großflächig: Gesäß	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-923.de	↔	Temporäre Weichteildeckung bei Verbrennungen und Verätzungen: Durch allogenes Hautersatzmaterial, großflächig: Oberschenkel und Knie	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-923.df	↔	Temporäre Weichteildeckung bei Verbrennungen und Verätzungen: Durch allogenes Hautersatzmaterial, großflächig: Unterschenkel	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-923.dg	↔	Temporäre Weichteildeckung bei Verbrennungen und Verätzungen: Durch allogenes Hautersatzmaterial, großflächig: Fuß	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-923.dh		Temporäre Weichteildeckung bei Verbrennungen und Verätzungen: Durch allogenes Hautersatzmaterial, großflächig: Behaarte Kopfhaut	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-923.dj		Temporäre Weichteildeckung bei Verbrennungen und Verätzungen: Durch allogenes Hautersatzmaterial, großflächig: Rücken	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-923.dk		Temporäre Weichteildeckung bei Verbrennungen und Verätzungen: Durch allogenes Hautersatzmaterial, großflächig: Skrotum	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-923.dm		Temporäre Weichteildeckung bei Verbrennungen und Verätzungen: Durch allogenes Hautersatzmaterial, großflächig: Dammregion	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-923.d0		Temporäre Weichteildeckung bei Verbrennungen und Verätzungen: Durch allogenes Hautersatzmaterial, großflächig: Lippe	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-923.d1		Temporäre Weichteildeckung bei Verbrennungen und Verätzungen: Durch allogenes Hautersatzmaterial, großflächig: Nase	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-923.d2	↔	Temporäre Weichteildeckung bei Verbrennungen und Verätzungen: Durch allogenes Hautersatzmaterial, großflächig: Ohr	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-923.d3	↔	Temporäre Weichteildeckung bei Verbrennungen und Verätzungen: Durch allogenes Hautersatzmaterial, großflächig: Augenlid	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-923.d4		Temporäre Weichteildeckung bei Verbrennungen und Verätzungen: Durch allogenes Hautersatzmaterial, großflächig: Sonstige Teile Kopf (ohne behaarte Kopfhaut)	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-923.d5		Temporäre Weichteildeckung bei Verbrennungen und Verätzungen: Durch allogenes Hautersatzmaterial, großflächig: Hals	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-923.d6	↔	Temporäre Weichteildeckung bei Verbrennungen und Verätzungen: Durch allogenes Hautersatzmaterial, großflächig: Schulter und Axilla	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-923.d7	↔	Temporäre Weichteildeckung bei Verbrennungen und Verätzungen: Durch allogenes Hautersatzmaterial, großflächig: Oberarm und Ellenbogen	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-923.d8	↔	Temporäre Weichteildeckung bei Verbrennungen und Verätzungen: Durch allogenes Hautersatzmaterial, großflächig: Unterarm	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-923.d9	↔	Temporäre Weichteildeckung bei Verbrennungen und Verätzungen: Durch allogenes Hautersatzmaterial, großflächig: Hand	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-923.2b		Temporäre Weichteildeckung bei Verbrennungen und Verätzungen: Durch alloplastisches Material, kleinflächig: Bauchregion	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-923.2d		Temporäre Weichteildeckung bei Verbrennungen und Verätzungen: Durch alloplastisches Material, kleinflächig: Gesäß	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-923.2e	↔	Temporäre Weichteildeckung bei Verbrennungen und Verätzungen: Durch alloplastisches Material, kleinflächig: Oberschenkel und Knie	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-923.2f	↔	Temporäre Weichteildeckung bei Verbrennungen und Verätzungen: Durch alloplastisches Material, kleinflächig: Unterschenkel	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-923.2g	↔	Temporäre Weichteildeckung bei Verbrennungen und Verätzungen: Durch alloplastisches Material, kleinflächig: Fuß	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-923.2h		Temporäre Weichteildeckung bei Verbrennungen und Verätzungen: Durch alloplastisches Material, kleinflächig: Behaarte Kopfhaut	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-923.2j		Temporäre Weichteildeckung bei Verbrennungen und Verätzungen: Durch alloplastisches Material, kleinflächig: Rücken	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-923.2k		Temporäre Weichteildeckung bei Verbrennungen und Verätzungen: Durch alloplastisches Material, kleinflächig: Skrotum	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-923.20		Temporäre Weichteildeckung bei Verbrennungen und Verätzungen: Durch alloplastisches Material, kleinflächig: Lippe	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-923.21		Temporäre Weichteildeckung bei Verbrennungen und Verätzungen: Durch alloplastisches Material, kleinflächig: Nase	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-923.22	↔	Temporäre Weichteildeckung bei Verbrennungen und Verätzungen: Durch alloplastisches Material, kleinflächig: Ohr	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-923.23	↔	Temporäre Weichteildeckung bei Verbrennungen und Verätzungen: Durch alloplastisches Material, kleinflächig: Augenlid	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-923.25		Temporäre Weichteildeckung bei Verbrennungen und Verätzungen: Durch alloplastisches Material, kleinflächig: Hals	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-923.26	↔	Temporäre Weichteildeckung bei Verbrennungen und Verätzungen: Durch alloplastisches Material, kleinflächig: Schulter und Axilla	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-923.27	↔	Temporäre Weichteildeckung bei Verbrennungen und Verätzungen: Durch alloplastisches Material, kleinflächig: Oberarm und Ellenbogen	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-923.28	↔	Temporäre Weichteildeckung bei Verbrennungen und Verätzungen: Durch alloplastisches Material, kleinflächig: Unterarm	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-923.29	↔	Temporäre Weichteildeckung bei Verbrennungen und Verätzungen: Durch alloplastisches Material, kleinflächig: Hand	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-923.4b		Temporäre Weichteildeckung bei Verbrennungen und Verätzungen: Durch Kombination mehrerer Verfahren, kleinflächig: Bauchregion	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-923.4d		Temporäre Weichteildeckung bei Verbrennungen und Verätzungen: Durch Kombination mehrerer Verfahren, kleinflächig: Gesäß	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-923.4e	↔	Temporäre Weichteildeckung bei Verbrennungen und Verätzungen: Durch Kombination mehrerer Verfahren, kleinflächig: Oberschenkel und Knie	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-923.4f	↔	Temporäre Weichteildeckung bei Verbrennungen und Verätzungen: Durch Kombination mehrerer Verfahren, kleinflächig: Unterschenkel	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-923.4g	↔	Temporäre Weichteildeckung bei Verbrennungen und Verätzungen: Durch Kombination mehrerer Verfahren, kleinflächig: Fuß	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-923.4h		Temporäre Weichteildeckung bei Verbrennungen und Verätzungen: Durch Kombination mehrerer Verfahren, kleinflächig: Behaarte Kopfhaut	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-923.4j		Temporäre Weichteildeckung bei Verbrennungen und Verätzungen: Durch Kombination mehrerer Verfahren, kleinflächig: Rücken	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-923.4k		Temporäre Weichteildeckung bei Verbrennungen und Verätzungen: Durch Kombination mehrerer Verfahren, kleinflächig: Skrotum	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-923.40		Temporäre Weichteildeckung bei Verbrennungen und Verätzungen: Durch Kombination mehrerer Verfahren, kleinflächig: Lippe	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-923.41		Temporäre Weichteildeckung bei Verbrennungen und Verätzungen: Durch Kombination mehrerer Verfahren, kleinflächig: Nase	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-923.42	↔	Temporäre Weichteildeckung bei Verbrennungen und Verätzungen: Durch Kombination mehrerer Verfahren, kleinflächig: Ohr	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-923.43	↔	Temporäre Weichteildeckung bei Verbrennungen und Verätzungen: Durch Kombination mehrerer Verfahren, kleinflächig: Augenlid	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-923.45		Temporäre Weichteildeckung bei Verbrennungen und Verätzungen: Durch Kombination mehrerer Verfahren, kleinflächig: Hals	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-923.46	↔	Temporäre Weichteildeckung bei Verbrennungen und Verätzungen: Durch Kombination mehrerer Verfahren, kleinflächig: Schulter und Axilla	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-923.47	↔	Temporäre Weichteildeckung bei Verbrennungen und Verätzungen: Durch Kombination mehrerer Verfahren, kleinflächig: Oberarm und Ellenbogen	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-923.48	↔	Temporäre Weichteildeckung bei Verbrennungen und Verätzungen: Durch Kombination mehrerer Verfahren, kleinflächig: Unterarm	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-923.49	↔	Temporäre Weichteildeckung bei Verbrennungen und Verätzungen: Durch Kombination mehrerer Verfahren, kleinflächig: Hand	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-923.7b		Temporäre Weichteildeckung bei Verbrennungen und Verätzungen: Durch alloplastisches Material, großflächig: Bauchregion	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-923.7d		Temporäre Weichteildeckung bei Verbrennungen und Verätzungen: Durch alloplastisches Material, großflächig: Gesäß	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-923.7e	↔	Temporäre Weichteildeckung bei Verbrennungen und Verätzungen: Durch alloplastisches Material, großflächig: Oberschenkel und Knie	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-923.7f	↔	Temporäre Weichteildeckung bei Verbrennungen und Verätzungen: Durch alloplastisches Material, großflächig: Unterschenkel	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-923.7g	↔	Temporäre Weichteildeckung bei Verbrennungen und Verätzungen: Durch alloplastisches Material, großflächig: Fuß	A4	31104/ 36104	31504/ 36504	31610	31611	31824/ 36824	
5-923.7h		Temporäre Weichteildeckung bei Verbrennungen und Verätzungen: Durch alloplastisches Material, großflächig: Behaarte Kopfhaut	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-923.7j		Temporäre Weichteildeckung bei Verbrennungen und Verätzungen: Durch alloplastisches Material, großflächig: Rücken	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-923.7k		Temporäre Weichteildeckung bei Verbrennungen und Verätzungen: Durch alloplastisches Material, großflächig: Skrotum	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-923.70		Temporäre Weichteildeckung bei Verbrennungen und Verätzungen: Durch alloplastisches Material, großflächig: Lippe	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-923.71		Temporäre Weichteildeckung bei Verbrennungen und Verätzungen: Durch alloplastisches Material, großflächig: Nase	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-923.72	↔	Temporäre Weichteildeckung bei Verbrennungen und Verätzungen: Durch alloplastisches Material, großflächig: Ohr	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-923.73	↔	Temporäre Weichteildeckung bei Verbrennungen und Verätzungen: Durch alloplastisches Material, großflächig: Augenlid	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-923.75		Temporäre Weichteildeckung bei Verbrennungen und Verätzungen: Durch alloplastisches Material, großflächig: Hals	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-923.76	↔	Temporäre Weichteildeckung bei Verbrennungen und Verätzungen: Durch alloplastisches Material, großflächig: Schulter und Axilla	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-923.77	↔	Temporäre Weichteildeckung bei Verbrennungen und Verätzungen: Durch alloplastisches Material, großflächig: Oberarm und Ellenbogen	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-923.78	↔	Temporäre Weichteildeckung bei Verbrennungen und Verätzungen: Durch alloplastisches Material, großflächig: Unterarm	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-923.79	↔	Temporäre Weichteildeckung bei Verbrennungen und Verätzungen: Durch alloplastisches Material, großflächig: Hand	A4	31104/ 36104	31504/ 36504	31610	31611	31824/ 36824	
5-923.9b		Temporäre Weichteildeckung bei Verbrennungen und Verätzungen: Durch Kombination mehrerer Verfahren, großflächig: Bauchregion	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-923.9d		Temporäre Weichteildeckung bei Verbrennungen und Verätzungen: Durch Kombination mehrerer Verfahren, großflächig: Gesäß	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-923.9e	↔	Temporäre Weichteildeckung bei Verbrennungen und Verätzungen: Durch Kombination mehrerer Verfahren, großflächig: Oberschenkel und Knie	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-923.9f	↔	Temporäre Weichteildeckung bei Verbrennungen und Verätzungen: Durch Kombination mehrerer Verfahren, großflächig: Unterschenkel	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-923.9g	↔	Temporäre Weichteildeckung bei Verbrennungen und Verätzungen: Durch Kombination mehrerer Verfahren, großflächig: Fuß	A4	31104/ 36104	31504/ 36504	31610	31611	31824/ 36824	
5-923.9h		Temporäre Weichteildeckung bei Verbrennungen und Verätzungen: Durch Kombination mehrerer Verfahren, großflächig: Behaarte Kopfhaut	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-923.9j		Temporäre Weichteildeckung bei Verbrennungen und Verätzungen: Durch Kombination mehrerer Verfahren, großflächig: Rücken	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-923.9k		Temporäre Weichteildeckung bei Verbrennungen und Verätzungen: Durch Kombination mehrerer Verfahren, großflächig: Skrotum	A4	31104/ 36104	31504/ 36504	31610	31611	31824/ 36824	
5-923.90		Temporäre Weichteildeckung bei Verbrennungen und Verätzungen: Durch Kombination mehrerer Verfahren, großflächig: Lippe	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-923.91		Temporäre Weichteildeckung bei Verbrennungen und Verätzungen: Durch Kombination mehrerer Verfahren, großflächig: Nase	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-923.92	↔	Temporäre Weichteildeckung bei Verbrennungen und Verätzungen: Durch Kombination mehrerer Verfahren, großflächig: Ohr	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-923.93	↔	Temporäre Weichteildeckung bei Verbrennungen und Verätzungen: Durch Kombination mehrerer Verfahren, großflächig: Augenlid	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-923.95		Temporäre Weichteildeckung bei Verbrennungen und Verätzungen: Durch Kombination mehrerer Verfahren, großflächig: Hals	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-923.96	↔	Temporäre Weichteildeckung bei Verbrennungen und Verätzungen: Durch Kombination mehrerer Verfahren, großflächig: Schulter und Axilla	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-923.97	↔	Temporäre Weichteildeckung bei Verbrennungen und Verätzungen: Durch Kombination mehrerer Verfahren, großflächig: Oberarm und Ellenbogen	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-923.98	↔	Temporäre Weichteildeckung bei Verbrennungen und Verätzungen: Durch Kombination mehrerer Verfahren, großflächig: Unterarm	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-923.99	↔	Temporäre Weichteildeckung bei Verbrennungen und Verätzungen: Durch Kombination mehrerer Verfahren, großflächig: Hand	A4	31104/ 36104	31504/ 36504	31610	31611	31824/ 36824	
5-925.fa		Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch allogenes Hauttransplantat, kleinflächig: Brustwand	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-925.fb		Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch allogenes Hauttransplantat, kleinflächig: Bauchregion	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-925.fc		Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch allogenes Hauttransplantat, kleinflächig: Leisten- und Genitalregion (ohne Skrotum)	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-925.fd		Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch allogenes Hauttransplantat, kleinflächig: Gesäß	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-925.fe	↔	Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch allogenes Hauttransplantat, kleinflächig: Oberschenkel und Knie	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-925.ff	↔	Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch allogenes Hauttransplantat, kleinflächig: Unterschenkel	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-925.fg	↔	Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch allogenes Hauttransplantat, kleinflächig: Fuß	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-925.fh		Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch allogenes Hauttransplantat, kleinflächig: Behaarte Kopfhaut	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-925.fj		Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch allogenes Hauttransplantat, kleinflächig: Rücken	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-925.fk		Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch allogenes Hauttransplantat, kleinflächig: Skrotum	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-925.fm		Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch allogenes Hauttransplantat, kleinflächig: Dammregion	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-925.f0		Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch allogenes Hauttransplantat, kleinflächig: Lippe	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-925.f1		Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch allogenes Hauttransplantat, kleinflächig: Nase	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-925.f2	↔	Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch allogenes Hauttransplantat, kleinflächig: Ohr	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-925.f3	↔	Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch allogenes Hauttransplantat, kleinflächig: Augenlid	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-925.f4		Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch allogenes Hauttransplantat, kleinflächig: Sonstige Teile Kopf (ohne behaarte Kopfhaut)	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-925.f5		Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch allogenes Hauttransplantat, kleinflächig: Hals	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-925.f6	↔	Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch allogenes Hauttransplantat, kleinflächig: Schulter und Axilla	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-925.f7	↔	Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch allogenes Hauttransplantat, kleinflächig: Oberarm und Ellenbogen	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-925.f8	↔	Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch allogenes Hauttransplantat, kleinflächig: Unterarm	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-925.f9	↔	Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch allogenes Hauttransplantat, kleinflächig: Hand	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-925.ga		Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch allogenes Hauttransplantat, großflächig: Brustwand	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-925.gb		Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch allogenes Hauttransplantat, großflächig: Bauchregion	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-925.gc		Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch allogenes Hauttransplantat, großflächig: Leisten- und Genitalregion (ohne Skrotum)	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-925.gd		Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch allogenes Hauttransplantat, großflächig: Gesäß	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-925.ge	↔	Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch allogenes Hauttransplantat, großflächig: Oberschenkel und Knie	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-925.gf	↔	Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch allogenes Hauttransplantat, großflächig: Unterschenkel	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-925.gg	↔	Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch allogenes Hauttransplantat, großflächig: Fuß	A4	31104/ 36104	31504/ 36504	31610	31611	31824/ 36824	
5-925.gh		Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch allogenes Hauttransplantat, großflächig: Behaarte Kopfhaut	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-925.gj		Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch allogenes Hauttransplantat, großflächig: Rücken	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-925.gk		Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch allogenes Hauttransplantat, großflächig: Skrotum	A4	31104/ 36104	31504/ 36504	31610	31611	31824/ 36824	
5-925.gm		Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch allogenes Hauttransplantat, großflächig: Dammregion	A4	31104/ 36104	31504/ 36504	31610	31611	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-925.g0		Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch allogenes Hauttransplantat, großflächig: Lippe	A4	31104/ 36104	31504/ 36504	31610	31611	31824/ 36824	
5-925.g1		Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch allogenes Hauttransplantat, großflächig: Nase	A4	31104/ 36104	31504/ 36504	31610	31611	31824/ 36824	
5-925.g2	↔	Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch allogenes Hauttransplantat, großflächig: Ohr	A4	31104/ 36104	31504/ 36504	31610	31611	31824/ 36824	
5-925.g3	↔	Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch allogenes Hauttransplantat, großflächig: Augenlid	A4	31104/ 36104	31504/ 36504	31610	31611	31824/ 36824	
5-925.g4		Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch allogenes Hauttransplantat, großflächig: Sonstige Teile Kopf (ohne behaarte Kopfhaut)	A4	31104/ 36104	31504/ 36504	31610	31611	31824/ 36824	
5-925.g5		Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch allogenes Hauttransplantat, großflächig: Hals	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-925.g6	↔	Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch allogenes Hauttransplantat, großflächig: Schulter und Axilla	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-925.g7	↔	Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch allogenes Hauttransplantat, großflächig: Oberarm und Ellenbogen	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-925.g8	↔	Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch allogenes Hauttransplantat, großflächig: Unterarm	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-925.g9	↔	Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch allogenes Hauttransplantat, großflächig: Hand	A4	31104/ 36104	31504/ 36504	31610	31611	31824/ 36824	
5-925.ha		Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch allogenes Hautersatzmaterial, kleinflächig: Brustwand	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-925.hb		Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch allogenes Hautersatzmaterial, kleinflächig: Bauchregion	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-925.hc		Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch allogenes Hautersatzmaterial, kleinflächig: Leisten- und Genitalregion (ohne Skrotum)	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-925.hd		Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch allogenes Hautersatzmaterial, kleinflächig: Gesäß	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-925.he	↔	Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch allogenes Hautersatzmaterial, kleinflächig: Oberschenkel und Knie	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-925.hf	↔	Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch allogenes Hautersatzmaterial, kleinflächig: Unterschenkel	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-925.hg	↔	Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch allogenes Hautersatzmaterial, kleinflächig: Fuß	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-925.hh		Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
		Hautersatz durch allogenes Hautersatzmaterial, kleinflächig: Behaarte Kopfhaut							
5-925.hj		Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch allogenes Hautersatzmaterial, kleinflächig: Rücken	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-925.hk		Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch allogenes Hautersatzmaterial, kleinflächig: Skrotum	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-925.hm		Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch allogenes Hautersatzmaterial, kleinflächig: Dammregion	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-925.h0		Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch allogenes Hautersatzmaterial, kleinflächig: Lippe	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-925.h1		Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch allogenes Hautersatzmaterial, kleinflächig: Nase	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-925.h2	↔	Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch allogenes Hautersatzmaterial, kleinflächig: Ohr	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-925.h3	↔	Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch allogenes Hautersatzmaterial, kleinflächig: Augenlid	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-925.h4		Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch allogenes Hautersatzmaterial, kleinflächig: Sonstige Teile Kopf (ohne behaarte Kopfhaut)	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-925.h5		Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch allogenes Hautersatzmaterial, kleinflächig: Hals	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-925.h6	↔	Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch allogenes Hautersatzmaterial, kleinflächig: Schulter und Axilla	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-925.h7	↔	Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch allogenes Hautersatzmaterial, kleinflächig: Oberarm und Ellenbogen	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-925.h8	↔	Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch allogenes Hautersatzmaterial, kleinflächig: Unterarm	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-925.h9	↔	Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch allogenes Hautersatzmaterial, kleinflächig: Hand	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-925.ja		Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch allogenes Hautersatzmaterial, großflächig: Brustwand	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-925.jb		Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch allogenes Hautersatzmaterial, großflächig: Bauchregion	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-925.jc		Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch allogenes Hautersatzmaterial, großflächig: Leisten- und Genitalregion (ohne Skrotum)	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-925.jd		Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch allogenes Hautersatzmaterial, großflächig: Gesäß	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-925.je	↔	Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
		Hautersatz durch allogenes Hautersatzmaterial, großflächig: Oberschenkel und Knie							
5-925.jf	↔	Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch allogenes Hautersatzmaterial, großflächig: Unterschenkel	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-925.jg	↔	Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch allogenes Hautersatzmaterial, großflächig: Fuß	A4	31104/ 36104	31504/ 36504	31610	31611	31824/ 36824	
5-925.jh		Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch allogenes Hautersatzmaterial, großflächig: Behaarte Kopfhaut	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-925.jj		Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch allogenes Hautersatzmaterial, großflächig: Rücken	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-925.jk		Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch allogenes Hautersatzmaterial, großflächig: Skrotum	A4	31104/ 36104	31504/ 36504	31610	31611	31824/ 36824	
5-925.jm		Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch allogenes Hautersatzmaterial, großflächig: Dammregion	A4	31104/ 36104	31504/ 36504	31610	31611	31824/ 36824	
5-925.j0		Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch allogenes Hautersatzmaterial, großflächig: Lippe	A4	31104/ 36104	31504/ 36504	31610	31611	31824/ 36824	
5-925.j1		Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch allogenes Hautersatzmaterial, großflächig: Nase	A4	31104/ 36104	31504/ 36504	31610	31611	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-925.j2	↔	Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch allogenes Hautersatzmaterial, großflächig: Ohr	A4	31104/ 36104	31504/ 36504	31610	31611	31824/ 36824	
5-925.j3	↔	Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch allogenes Hautersatzmaterial, großflächig: Augenlid	A4	31104/ 36104	31504/ 36504	31610	31611	31824/ 36824	
5-925.j4		Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch allogenes Hautersatzmaterial, großflächig: Sonstige Teile Kopf (ohne behaarte Kopfhaut)	A4	31104/ 36104	31504/ 36504	31610	31611	31824/ 36824	
5-925.j5		Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch allogenes Hautersatzmaterial, großflächig: Hals	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-925.j6	↔	Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch allogenes Hautersatzmaterial, großflächig: Schulter und Axilla	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-925.j7	↔	Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch allogenes Hautersatzmaterial, großflächig: Oberarm und Ellenbogen	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-925.j8	↔	Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch allogenes Hautersatzmaterial, großflächig: Unterarm	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-925.j9	↔	Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch allogenes Hautersatzmaterial, großflächig: Hand	A4	31104/ 36104	31504/ 36504	31610	31611	31824/ 36824	
5-925.na		Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch alloplastisches Hautersatzmaterial, kleinflächig: Brustwand	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-925.nb		Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch alloplastisches Hautersatzmaterial, kleinflächig: Bauchregion	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-925.nc		Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch alloplastisches Hautersatzmaterial, kleinflächig: Leisten- und Genitalregion (ohne Skrotum)	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-925.nd		Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch alloplastisches Hautersatzmaterial, kleinflächig: Gesäß	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-925.ne	↔	Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch alloplastisches Hautersatzmaterial, kleinflächig: Oberschenkel und Knie	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-925.nf	↔	Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch alloplastisches Hautersatzmaterial, kleinflächig: Unterschenkel	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-925.ng	↔	Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch alloplastisches Hautersatzmaterial, kleinflächig: Fuß	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-925.nh		Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch alloplastisches Hautersatzmaterial, kleinflächig: Behaarte Kopfhaut	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-925.nj		Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch alloplastisches Hautersatzmaterial, kleinflächig: Rücken	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-925.nk		Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch alloplastisches Hautersatzmaterial, kleinflächig: Skrotum	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-925.nm		Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch alloplastisches Hautersatzmaterial, kleinflächig: Dammregion	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-925.n0		Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch alloplastisches Hautersatzmaterial, kleinflächig: Lippe	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-925.n1		Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch alloplastisches Hautersatzmaterial, kleinflächig: Nase	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-925.n2	↔	Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch alloplastisches Hautersatzmaterial, kleinflächig: Ohr	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-925.n3	↔	Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch alloplastisches Hautersatzmaterial, kleinflächig: Augenlid	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-925.n4		Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch alloplastisches Hautersatzmaterial, kleinflächig: Sonstige Teile Kopf (ohne behaarte Kopfhaut)	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-925.n5		Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch alloplastisches Hautersatzmaterial, kleinflächig: Hals	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-925.n6	↔	Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
		Hautersatz durch alloplastisches Hautersatzmaterial, kleinflächig: Schulter und Axilla							
5-925.n7	↔	Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch alloplastisches Hautersatzmaterial, kleinflächig: Oberarm und Ellenbogen	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-925.n8	↔	Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch alloplastisches Hautersatzmaterial, kleinflächig: Unterarm	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-925.n9	↔	Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch alloplastisches Hautersatzmaterial, kleinflächig: Hand	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-925.pa		Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch alloplastisches Hautersatzmaterial, großflächig: Brustwand	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-925.pb		Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch alloplastisches Hautersatzmaterial, großflächig: Bauchregion	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-925.pc		Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch alloplastisches Hautersatzmaterial, großflächig: Leisten- und Genitalregion (ohne Skrotum)	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-925.pd		Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch alloplastisches Hautersatzmaterial, großflächig: Gesäß	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-925.pe	↔	Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
		Hautersatz durch alloplastisches Hautersatzmaterial, großflächig: Oberschenkel und Knie							
5-925.pf	↔	Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch alloplastisches Hautersatzmaterial, großflächig: Unterschenkel	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-925.pg	↔	Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch alloplastisches Hautersatzmaterial, großflächig: Fuß	A4	31104/ 36104	31504/ 36504	31610	31611	31824/ 36824	
5-925.ph		Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch alloplastisches Hautersatzmaterial, großflächig: Behaarte Kopfhaut	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-925.pj		Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch alloplastisches Hautersatzmaterial, großflächig: Rücken	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-925.pk		Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch alloplastisches Hautersatzmaterial, großflächig: Skrotum	A4	31104/ 36104	31504/ 36504	31610	31611	31824/ 36824	
5-925.pm		Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch alloplastisches Hautersatzmaterial, großflächig: Dammregion	A4	31104/ 36104	31504/ 36504	31610	31611	31824/ 36824	
5-925.p0		Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch alloplastisches Hautersatzmaterial, großflächig: Lippe	A4	31104/ 36104	31504/ 36504	31610	31611	31824/ 36824	
5-925.p1		Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch alloplastisches Hautersatzmaterial, großflächig: Nase	A4	31104/ 36104	31504/ 36504	31610	31611	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-925.p2	↔	Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch alloplastisches Hautersatzmaterial, großflächig: Ohr	A4	31104/ 36104	31504/ 36504	31610	31611	31824/ 36824	
5-925.p3	↔	Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch alloplastisches Hautersatzmaterial, großflächig: Augenlid	A4	31104/ 36104	31504/ 36504	31610	31611	31824/ 36824	
5-925.p4		Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch alloplastisches Hautersatzmaterial, großflächig: Sonstige Teile Kopf (ohne behaarte Kopfhaut)	A4	31104/ 36104	31504/ 36504	31610	31611	31824/ 36824	
5-925.p5		Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch alloplastisches Hautersatzmaterial, großflächig: Hals	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-925.p6	↔	Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch alloplastisches Hautersatzmaterial, großflächig: Schulter und Axilla	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-925.p7	↔	Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch alloplastisches Hautersatzmaterial, großflächig: Oberarm und Ellenbogen	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-925.p8	↔	Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch alloplastisches Hautersatzmaterial, großflächig: Unterarm	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-925.p9	↔	Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch alloplastisches Hautersatzmaterial, großflächig: Hand	A4	31104/ 36104	31504/ 36504	31610	31611	31824/ 36824	
5-925.qa		Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
		Hautersatz durch xenogenes Hautersatzmaterial, kleinflächig: Brustwand							
5-925.qb		Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch xenogenes Hautersatzmaterial, kleinflächig: Bauchregion	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-925.qc		Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch xenogenes Hautersatzmaterial, kleinflächig: Leisten- und Genitalregion (ohne Skrotum)	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-925.qd		Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch xenogenes Hautersatzmaterial, kleinflächig: Gesäß	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-925.qe	↔	Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch xenogenes Hautersatzmaterial, kleinflächig: Oberschenkel und Knie	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-925.qf	↔	Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch xenogenes Hautersatzmaterial, kleinflächig: Unterschenkel	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-925.qg	↔	Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch xenogenes Hautersatzmaterial, kleinflächig: Fuß	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-925.qh		Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch xenogenes Hautersatzmaterial, kleinflächig: Behaarte Kopfhaut	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-925.qj		Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch xenogenes Hautersatzmaterial, kleinflächig: Rücken	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-925.qk		Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch xenogenes Hautersatzmaterial, kleinflächig: Skrotum	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-925.qm		Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch xenogenes Hautersatzmaterial, kleinflächig: Dammregion	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-925.q0		Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch xenogenes Hautersatzmaterial, kleinflächig: Lippe	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-925.q1		Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch xenogenes Hautersatzmaterial, kleinflächig: Nase	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-925.q2	↔	Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch xenogenes Hautersatzmaterial, kleinflächig: Ohr	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-925.q3	↔	Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch xenogenes Hautersatzmaterial, kleinflächig: Augenlid	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-925.q4		Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch xenogenes Hautersatzmaterial, kleinflächig: Sonstige Teile Kopf (ohne behaarte Kopfhaut)	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-925.q5		Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch xenogenes Hautersatzmaterial, kleinflächig: Hals	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-925.q6	↔	Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch xenogenes Hautersatzmaterial, kleinflächig: Schulter und Axilla	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-925.q7	↔	Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch xenogenes Hautersatzmaterial, kleinflächig: Oberarm und Ellenbogen	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-925.q8	↔	Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch xenogenes Hautersatzmaterial, kleinflächig: Unterarm	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-925.q9	↔	Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch xenogenes Hautersatzmaterial, kleinflächig: Hand	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-925.ra		Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch xenogenes Hautersatzmaterial, großflächig: Brustwand	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-925.rb		Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch xenogenes Hautersatzmaterial, großflächig: Bauchregion	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-925.rc		Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch xenogenes Hautersatzmaterial, großflächig: Leisten- und Genitalregion (ohne Skrotum)	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-925.rd		Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch xenogenes Hautersatzmaterial, großflächig: Gesäß	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-925.re	↔	Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch xenogenes Hautersatzmaterial, großflächig: Oberschenkel und Knie	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-925.rf	↔	Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
		Hautersatz durch xenogenes Hautersatzmaterial, großflächig: Unterschenkel							
5-925.rg	↔	Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch xenogenes Hautersatzmaterial, großflächig: Fuß	A4	31104/ 36104	31504/ 36504	31610	31611	31824/ 36824	
5-925.rh		Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch xenogenes Hautersatzmaterial, großflächig: Behaarte Kopfhaut	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-925.rj		Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch xenogenes Hautersatzmaterial, großflächig: Rücken	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-925.rk		Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch xenogenes Hautersatzmaterial, großflächig: Skrotum	A4	31104/ 36104	31504/ 36504	31610	31611	31824/ 36824	
5-925.rm		Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch xenogenes Hautersatzmaterial, großflächig: Dammregion	A4	31104/ 36104	31504/ 36504	31610	31611	31824/ 36824	
5-925.r0		Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch xenogenes Hautersatzmaterial, großflächig: Lippe	A4	31104/ 36104	31504/ 36504	31610	31611	31824/ 36824	
5-925.r1		Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch xenogenes Hautersatzmaterial, großflächig: Nase	A4	31104/ 36104	31504/ 36504	31610	31611	31824/ 36824	
5-925.r2	↔	Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch xenogenes Hautersatzmaterial, großflächig: Ohr	A4	31104/ 36104	31504/ 36504	31610	31611	31824/ 36824	
5-925.r3	↔	Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch xenogenes Hautersatzmaterial, großflächig: Augenlid	A4	31104/ 36104	31504/ 36504	31610	31611	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-925.r4		Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch xenogenes Hautersatzmaterial, großflächig: Sonstige Teile Kopf (ohne behaarte Kopfhaut)	A4	31104/ 36104	31504/ 36504	31610	31611	31824/ 36824	
5-925.r5		Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch xenogenes Hautersatzmaterial, großflächig: Hals	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-925.r6	↔	Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch xenogenes Hautersatzmaterial, großflächig: Schulter und Axilla	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-925.r7	↔	Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch xenogenes Hautersatzmaterial, großflächig: Oberarm und Ellenbogen	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-925.r8	↔	Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch xenogenes Hautersatzmaterial, großflächig: Unterarm	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-925.r9	↔	Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Permanenter Hautersatz durch xenogenes Hautersatzmaterial, großflächig: Hand	A4	31104/ 36104	31504/ 36504	31610	31611	31824/ 36824	
5-925.0b		Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Spalthaut: Bauchregion	A4	31104/ 36104	31504/ 36504	31610	31611	31824/ 36824	
5-925.0d		Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Spalthaut: Gesäß	A4	31104/ 36104	31504/ 36504	31610	31611	31824/ 36824	
5-925.0e	↔	Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Spalthaut: Oberschenkel und Knie	A4	31104/ 36104	31504/ 36504	31610	31611	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-925.0f	↔	Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Spalthaut: Unterschenkel	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-925.0g	↔	Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Spalthaut: Fuß	A4	31104/ 36104	31504/ 36504	31610	31611	31824/ 36824	
5-925.0h		Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Spalthaut: Behaarte Kopfhaut	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-925.0j		Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Spalthaut: Rücken	A4	31104/ 36104	31504/ 36504	31610	31611	31824/ 36824	
5-925.0k		Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Spalthaut: Skrotum	A4	31104/ 36104	31504/ 36504	31610	31611	31824/ 36824	
5-925.00		Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Spalthaut: Lippe	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-925.01		Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Spalthaut: Nase	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-925.02	↔	Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Spalthaut: Ohr	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-925.03	↔	Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Spalthaut: Augenlid	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-925.05		Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Spalthaut: Hals	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-925.06	↔	Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Spalthaut: Schulter und Axilla	A4	31104/ 36104	31504/ 36504	31610	31611	31824/ 36824	
5-925.07	↔	Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Spalthaut: Oberarm und Ellenbogen	A4	31104/ 36104	31504/ 36504	31610	31611	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-925.08	↔	Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Spalthaut: Unterarm	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-925.09	↔	Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Spalthaut: Hand	A4	31104/ 36104	31504/ 36504	31610	31611	31824/ 36824	
5-925.2a		Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Vollhaut: Brustwand	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-925.2b		Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Vollhaut: Bauchregion	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-925.2c		Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Vollhaut: Leisten- und Genitalregion (ohne Skrotum)	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-925.2d		Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Vollhaut: Gesäß	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-925.2e	↔	Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Vollhaut: Oberschenkel und Knie	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-925.2f	↔	Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Vollhaut: Unterschenkel	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-925.2g	↔	Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Vollhaut: Fuß	A4	31104/ 36104	31504/ 36504	31610	31611	31824/ 36824	
5-925.2h		Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Vollhaut: Behaarte Kopfhaut	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-925.2j		Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Vollhaut: Rücken	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-925.2k		Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Vollhaut: Skrotum	A4	31104/ 36104	31504/ 36504	31610	31611	31824/ 36824	
5-925.2m		Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Vollhaut: Dammregion	A4	31104/ 36104	31504/ 36504	31610	31611	31824/ 36824	
5-925.20		Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Vollhaut: Lippe	A4	31104/ 36104	31504/ 36504	31610	31611	31824/ 36824	
5-925.21		Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Vollhaut: Nase	A4	31104/ 36104	31504/ 36504	31610	31611	31824/ 36824	
5-925.22	↔	Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Vollhaut: Ohr	A4	31104/ 36104	31504/ 36504	31610	31611	31824/ 36824	
5-925.23	↔	Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Vollhaut: Augenlid	A4	31104/ 36104	31504/ 36504	31610	31611	31824/ 36824	
5-925.24		Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Vollhaut: Sonstige Teile Kopf (ohne behaarte Kopfhaut)	A4	31104/ 36104	31504/ 36504	31610	31611	31824/ 36824	
5-925.25		Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Vollhaut: Hals	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-925.26	↔	Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Vollhaut: Schulter und Axilla	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-925.27	↔	Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Vollhaut: Oberarm und Ellenbogen	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-925.28	↔	Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Vollhaut: Unterarm	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-925.29	↔	Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Vollhaut: Hand	A4	31104/ 36104	31504/ 36504	31610	31611	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-925.31		Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Composite graft: Nase	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-925.32	↔	Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Composite graft: Ohr	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-925.33	↔	Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Composite graft: Augenlid	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-925.5b		Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Gestielter regionaler Lappen: Bauchregion	A4	31104/ 36104	31504/ 36504	31610	31611	31824/ 36824	
5-925.5d		Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Gestielter regionaler Lappen: Gesäß	A4	31104/ 36104	31504/ 36504	31610	31611	31824/ 36824	
5-925.5e	↔	Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Gestielter regionaler Lappen: Oberschenkel und Knie	A4	31104/ 36104	31504/ 36504	31610	31611	31824/ 36824	
5-925.5f	↔	Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Gestielter regionaler Lappen: Unterschenkel	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-925.5g	↔	Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Gestielter regionaler Lappen: Fuß	A4	31104/ 36104	31504/ 36504	31610	31611	31824/ 36824	
5-925.5h		Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Gestielter regionaler Lappen: Behaarte Kopfhaut	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-925.5j		Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Gestielter regionaler Lappen: Rücken	A4	31104/ 36104	31504/ 36504	31610	31611	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-925.5k		Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Gestielter regionaler Lappen: Skrotum	A4	31104/ 36104	31504/ 36504	31610	31611	31824/ 36824	
5-925.50		Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Gestielter regionaler Lappen: Lippe	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-925.51		Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Gestielter regionaler Lappen: Nase	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-925.52	↔	Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Gestielter regionaler Lappen: Ohr	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-925.53	↔	Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Gestielter regionaler Lappen: Augenlid	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-925.55		Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Gestielter regionaler Lappen: Hals	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-925.56	↔	Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Gestielter regionaler Lappen: Schulter und Axilla	A4	31104/ 36104	31504/ 36504	31610	31611	31824/ 36824	
5-925.57	↔	Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Gestielter regionaler Lappen: Oberarm und Ellenbogen	A4	31104/ 36104	31504/ 36504	31610	31611	31824/ 36824	
5-925.58	↔	Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Gestielter regionaler Lappen: Unterarm	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-925.59	↔	Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Gestielter regionaler Lappen: Hand	A4	31104/ 36104	31504/ 36504	31610	31611	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-925.6b		Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Gestielter Fernlappen: Bauchregion	A6	31106/ 36106	31506/ 36506	31612	31613	31826/ 36826	
5-925.6d		Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Gestielter Fernlappen: Gesäß	A6	31106/ 36106	31506/ 36506	31612	31613	31826/ 36826	
5-925.6e	↔	Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Gestielter Fernlappen: Oberschenkel und Knie	A6	31106/ 36106	31506/ 36506	31612	31613	31826/ 36826	
5-925.6f	↔	Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Gestielter Fernlappen: Unterschenkel	A6	31106/ 36106	31506/ 36506	31612	31613	31826/ 36826	
5-925.6g	↔	Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Gestielter Fernlappen: Fuß	A5	31105/ 36105	31505/ 36505	31610	31611	31825/ 36825	
5-925.6h		Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Gestielter Fernlappen: Behaarte Kopfhaut	A5	31105/ 36105	31505/ 36505	31610	31611	31825/ 36825	
5-925.6j		Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Gestielter Fernlappen: Rücken	A6	31106/ 36106	31506/ 36506	31612	31613	31826/ 36826	
5-925.6k		Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Gestielter Fernlappen: Skrotum	A6	31106/ 36106	31506/ 36506	31612	31613	31826/ 36826	
5-925.60		Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Gestielter Fernlappen: Lippe	A4	31104/ 36104	31504/ 36504	31610	31611	31824/ 36824	
5-925.61		Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Gestielter Fernlappen: Nase	A4	31104/ 36104	31504/ 36504	31610	31611	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-925.62	↔	Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Gestielter Fernlappen: Ohr	A4	31104/ 36104	31504/ 36504	31610	31611	31824/ 36824	
5-925.63	↔	Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Gestielter Fernlappen: Augenlid	A4	31104/ 36104	31504/ 36504	31610	31611	31824/ 36824	
5-925.65		Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Gestielter Fernlappen: Hals	A5	31105/ 36105	31505/ 36505	31610	31611	31825/ 36825	
5-925.66	↔	Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Gestielter Fernlappen: Schulter und Axilla	A6	31106/ 36106	31506/ 36506	31612	31613	31826/ 36826	
5-925.67	↔	Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Gestielter Fernlappen: Oberarm und Ellenbogen	A6	31106/ 36106	31506/ 36506	31612	31613	31826/ 36826	
5-925.68	↔	Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Gestielter Fernlappen: Unterarm	A5	31105/ 36105	31505/ 36505	31610	31611	31825/ 36825	
5-925.69	↔	Freie Hauttransplantation und Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen, Empfängerstelle: Gestielter Fernlappen: Hand	A5	31105/ 36105	31505/ 36505	31610	31611	31825/ 36825	
5-926.0b		Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Dehnungsplastik: Bauchregion	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-926.0d		Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Dehnungsplastik: Gesäß	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-926.0e	↔	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Dehnungsplastik: Oberschenkel und Knie	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-926.0f	↔	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Dehnungsplastik: Unterschenkel	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-926.0g	↔	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Dehnungsplastik: Fuß	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-926.0h		Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Dehnungsplastik: Behaarte Kopfhaut	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-926.0j		Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Dehnungsplastik: Rücken	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-926.0k		Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Dehnungsplastik: Skrotum	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-926.0m		Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Dehnungsplastik: Dammregion	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-926.00		Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Dehnungsplastik: Lippe	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-926.01		Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Dehnungsplastik: Nase	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-926.02	↔	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Dehnungsplastik: Ohr	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-926.03	↔	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Dehnungsplastik: Augenlid	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-926.05		Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Dehnungsplastik: Hals	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-926.06	↔	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Dehnungsplastik: Schulter und Axilla	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-926.07	↔	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Dehnungsplastik: Oberarm und Ellenbogen	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-926.08	↔	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Dehnungsplastik: Unterarm	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-926.09	↔	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Dehnungsplastik: Hand	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-926.1b		Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Rotations-Plastik: Bauchregion	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-926.1d		Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Rotations-Plastik: Gesäß	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-926.1e	↔	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Rotations-Plastik: Oberschenkel und Knie	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-926.1f	↔	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Rotations-Plastik: Unterschenkel	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-926.1g	↔	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Rotations-Plastik: Fuß	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-926.1h		Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Rotations-Plastik: Behaarte Kopfhaut	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-926.1j		Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Rotations-Plastik: Rücken	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-926.1k		Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Rotations-Plastik: Skrotum	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-926.10		Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Rotations-Plastik: Lippe	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-926.11		Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Rotations-Plastik: Nase	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-926.12	↔	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Rotations-Plastik: Ohr	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-926.13	↔	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Rotations-Plastik: Augenlid	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-926.15		Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Rotations-Plastik: Hals	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-926.16	↔	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Rotations-Plastik: Schulter und Axilla	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-926.17	↔	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Rotations-Plastik: Oberarm und Ellenbogen	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-926.18	↔	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Rotations-Plastik: Unterarm	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-926.19	↔	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Rotations-Plastik: Hand	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-926.2b		Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Transpositionsplastik: Bauchregion	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-926.2d		Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Transpositionsplastik: Gesäß	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-926.2e	↔	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Transpositionsplastik: Oberschenkel und Knie	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-926.2f	↔	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Transpositionsplastik: Unterschenkel	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-926.2g	↔	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Transpositionsplastik: Fuß	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-926.2h		Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Transpositionsplastik: Behaarte Kopfhaut	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-926.2j		Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Transpositionsplastik: Rücken	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-926.2k		Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Transpositionsplastik: Skrotum	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-926.20		Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Transpositionsplastik: Lippe	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-926.21		Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Transpositionsplastik: Nase	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-926.22	↔	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Transpositionsplastik: Ohr	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-926.23	↔	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Transpositionsplastik: Augenlid	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-926.25		Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Transpositionsplastik: Hals	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-926.26	↔	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Transpositionsplastik: Schulter und Axilla	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-926.27	↔	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Transpositionsplastik: Oberarm und Ellenbogen	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-926.28	↔	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Transpositionsplastik: Unterarm	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-926.29	↔	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Transpositionsplastik: Hand	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-926.3b		Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Insellappenplastik: Bauchregion	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-926.3d		Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Insellappenplastik: Gesäß	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-926.3e	↔	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Insellappenplastik: Oberschenkel und Knie	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-926.3f	↔	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Insellappenplastik: Unterschenkel	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-926.3g	↔	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Insellappenplastik: Fuß	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-926.3h		Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Insellappenplastik: Behaarte Kopfhaut	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-926.3j		Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Insellappenplastik: Rücken	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-926.3k		Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Insellappenplastik: Skrotum	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-926.30		Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Insellappenplastik: Lippe	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-926.31		Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Insellappenplastik: Nase	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-926.32	↔	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Insellappenplastik: Ohr	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-926.33	↔	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Insellappenplastik: Augenlid	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-926.35		Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Insellappenplastik: Hals	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-926.36	↔	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Insellappenplastik: Schulter und Axilla	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-926.37	↔	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Insellappenplastik: Oberarm und Ellenbogen	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-926.38	↔	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Insellappenplastik: Unterarm	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-926.39	↔	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Insellappenplastik: Hand	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-926.4b		Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Z-Plastik: Bauchregion	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-926.4d		Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Z-Plastik: Gesäß	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-926.4e	↔	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Z-Plastik: Oberschenkel und Knie	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-926.4f	↔	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Z-Plastik: Unterschenkel	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-926.4g	↔	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Z-Plastik: Fuß	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-926.4h		Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Z-Plastik: Behaarte Kopfhaut	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-926.4j		Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Z-Plastik: Rücken	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-926.4k		Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Z-Plastik: Skrotum	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-926.40		Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Z-Plastik: Lippe	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-926.41		Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Z-Plastik: Nase	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-926.42	↔	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Z-Plastik: Ohr	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-926.43	↔	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Z-Plastik: Augenlid	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-926.45		Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Z-Plastik: Hals	A2	31102/ 36102	31503/ 36503	31608	31609	31822/ 36822	
5-926.46	↔	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Z-Plastik: Schulter und Axilla	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-926.47	↔	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Z-Plastik: Oberarm und Ellenbogen	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-926.48	↔	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Z-Plastik: Unterarm	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-926.49	↔	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Z-Plastik: Hand	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-927.xb		Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Sonstige: Bauchregion	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-927.xd		Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Sonstige: Gesäß	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-927.xe	↔	Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Sonstige: Oberschenkel und Knie	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-927.xf	↔	Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Sonstige: Unterschenkel	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-927.xh		Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Sonstige: Behaarte Kopfhaut	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-927.xj		Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Sonstige: Rücken	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-927.xk		Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Sonstige: Skrotum	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-927.x5		Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Sonstige: Hals	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-927.x6	↔	Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Sonstige: Schulter und Axilla	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-927.x7	↔	Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Sonstige: Oberarm und Ellenbogen	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-927.x8	↔	Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Sonstige: Unterarm	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-927.0b		Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Kombinierte Lappenplastiken: Bauchregion	A6	31106/ 36106	31506/ 36506	31612	31613	31826/ 36826	
5-927.0d		Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Kombinierte Lappenplastiken: Gesäß	A6	31106/ 36106	31506/ 36506	31612	31613	31826/ 36826	
5-927.0e	↔	Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Kombinierte Lappenplastiken: Oberschenkel und Knie	A6	31106/ 36106	31506/ 36506	31612	31613	31826/ 36826	
5-927.0f	↔	Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Kombinierte Lappenplastiken: Unterschenkel	A6	31106/ 36106	31506/ 36506	31612	31613	31826/ 36826	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-927.0g	↔	Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Kombinierte Lappenplastiken: Fuß	A5	31105/ 36105	31505/ 36505	31610	31611	31825/ 36825	
5-927.0h		Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Kombinierte Lappenplastiken: Behaarte Kopfhaut	A5	31105/ 36105	31505/ 36505	31610	31611	31825/ 36825	
5-927.0j		Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Kombinierte Lappenplastiken: Rücken	A6	31106/ 36106	31506/ 36506	31612	31613	31826/ 36826	
5-927.0k		Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Kombinierte Lappenplastiken: Skrotum	A6	31106/ 36106	31506/ 36506	31612	31613	31826/ 36826	
5-927.00		Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Kombinierte Lappenplastiken: Lippe	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-927.01		Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Kombinierte Lappenplastiken: Nase	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-927.02	↔	Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Kombinierte Lappenplastiken: Ohr	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-927.03	↔	Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Kombinierte Lappenplastiken: Augenlid	A3	31103/ 36103	31504/ 36504	31608	31609	31823/ 36823	
5-927.05		Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Kombinierte Lappenplastiken: Hals	A5	31105/ 36105	31505/ 36505	31610	31611	31825/ 36825	
5-927.06	↔	Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Kombinierte Lappenplastiken: Schulter und Axilla	A6	31106/ 36106	31506/ 36506	31612	31613	31826/ 36826	
5-927.07	↔	Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Kombinierte Lappenplastiken: Oberarm und Ellenbogen	A6	31106/ 36106	31506/ 36506	31612	31613	31826/ 36826	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-927.08	↔	Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Kombinierte Lappenplastiken: Unterarm	A5	31105/ 36105	31505/ 36505	31610	31611	31825/ 36825	
5-927.09	↔	Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Kombinierte Lappenplastiken: Hand	A5	31105/ 36105	31505/ 36505	31610	31611	31825/ 36825	
5-927.1b		Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Kombination von Lappenplastiken und freiem Hauttransplantat: Bauchregion	A6	31106/ 36106	31506/ 36506	31612	31613	31826/ 36826	
5-927.1d		Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Kombination von Lappenplastiken und freiem Hauttransplantat: Gesäß	A6	31106/ 36106	31506/ 36506	31612	31613	31826/ 36826	
5-927.1e	↔	Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Kombination von Lappenplastiken und freiem Hauttransplantat: Oberschenkel und Knie	A6	31106/ 36106	31506/ 36506	31612	31613	31826/ 36826	
5-927.1f	↔	Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Kombination von Lappenplastiken und freiem Hauttransplantat: Unterschenkel	A6	31106/ 36106	31506/ 36506	31612	31613	31826/ 36826	
5-927.1g	↔	Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Kombination von Lappenplastiken und freiem Hauttransplantat: Fuß	A5	31105/ 36105	31505/ 36505	31610	31611	31825/ 36825	
5-927.1h		Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Kombination von Lappenplastiken und freiem Hauttransplantat: Behaarte Kopfhaut	A5	31105/ 36105	31505/ 36505	31610	31611	31825/ 36825	
5-927.1j		Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Kombination von Lappenplastiken und freiem Hauttransplantat: Rücken	A6	31106/ 36106	31506/ 36506	31612	31613	31826/ 36826	
5-927.1k		Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Kombination von Lappenplastiken und freiem Hauttransplantat: Skrotum	A6	31106/ 36106	31506/ 36506	31612	31613	31826/ 36826	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-927.10		Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Kombination von Lappenplastiken und freiem Hauttransplantat: Lippe	A4	31104/ 36104	31504/ 36504	31610	31611	31824/ 36824	
5-927.11		Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Kombination von Lappenplastiken und freiem Hauttransplantat: Nase	A4	31104/ 36104	31504/ 36504	31610	31611	31824/ 36824	
5-927.12	↔	Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Kombination von Lappenplastiken und freiem Hauttransplantat: Ohr	A4	31104/ 36104	31504/ 36504	31610	31611	31824/ 36824	
5-927.13	↔	Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Kombination von Lappenplastiken und freiem Hauttransplantat: Augenlid	A4	31104/ 36104	31504/ 36504	31610	31611	31824/ 36824	
5-927.15		Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Kombination von Lappenplastiken und freiem Hauttransplantat: Hals	A5	31105/ 36105	31505/ 36505	31610	31611	31825/ 36825	
5-927.16	↔	Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Kombination von Lappenplastiken und freiem Hauttransplantat: Schulter und Axilla	A6	31106/ 36106	31506/ 36506	31612	31613	31826/ 36826	
5-927.17	↔	Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Kombination von Lappenplastiken und freiem Hauttransplantat: Oberarm und Ellenbogen	A6	31106/ 36106	31506/ 36506	31612	31613	31826/ 36826	
5-927.18	↔	Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Kombination von Lappenplastiken und freiem Hauttransplantat: Unterarm	A5	31105/ 36105	31505/ 36505	31610	31611	31825/ 36825	
5-927.19	↔	Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Kombination von Lappenplastiken und freiem Hauttransplantat: Hand	A5	31105/ 36105	31505/ 36505	31610	31611	31825/ 36825	
5-927.2b		Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Gestielter regionaler Lappen mit Fernlappen: Bauchregion	A6	31106/ 36106	31506/ 36506	31612	31613	31826/ 36826	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-927.2d		Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Gestielter regionaler Lappen mit Fernlappen: Gesäß	A6	31106/ 36106	31506/ 36506	31612	31613	31826/ 36826	
5-927.2e	↔	Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Gestielter regionaler Lappen mit Fernlappen: Oberschenkel und Knie	A6	31106/ 36106	31506/ 36506	31612	31613	31826/ 36826	
5-927.2f	↔	Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Gestielter regionaler Lappen mit Fernlappen: Unterschenkel	A6	31106/ 36106	31506/ 36506	31612	31613	31826/ 36826	
5-927.2g	↔	Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Gestielter regionaler Lappen mit Fernlappen: Fuß	A5	31105/ 36105	31505/ 36505	31610	31611	31825/ 36825	
5-927.2h		Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Gestielter regionaler Lappen mit Fernlappen: Behaarte Kopfhaut	A5	31105/ 36105	31505/ 36505	31610	31611	31825/ 36825	
5-927.2j		Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Gestielter regionaler Lappen mit Fernlappen: Rücken	A6	31106/ 36106	31506/ 36506	31612	31613	31826/ 36826	
5-927.2k		Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Gestielter regionaler Lappen mit Fernlappen: Skrotum	A6	31106/ 36106	31506/ 36506	31612	31613	31826/ 36826	
5-927.20		Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Gestielter regionaler Lappen mit Fernlappen: Lippe	A4	31104/ 36104	31504/ 36504	31610	31611	31824/ 36824	
5-927.21		Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Gestielter regionaler Lappen mit Fernlappen: Nase	A4	31104/ 36104	31504/ 36504	31610	31611	31824/ 36824	
5-927.22	↔	Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Gestielter regionaler Lappen mit Fernlappen: Ohr	A4	31104/ 36104	31504/ 36504	31610	31611	31824/ 36824	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-927.23	↔	Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Gestielter regionaler Lappen mit Fernlappen: Augenlid	A4	31104/ 36104	31504/ 36504	31610	31611	31824/ 36824	
5-927.25		Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Gestielter regionaler Lappen mit Fernlappen: Hals	A5	31105/ 36105	31505/ 36505	31610	31611	31825/ 36825	
5-927.26	↔	Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Gestielter regionaler Lappen mit Fernlappen: Schulter und Axilla	A6	31106/ 36106	31506/ 36506	31612	31613	31826/ 36826	
5-927.27	↔	Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Gestielter regionaler Lappen mit Fernlappen: Oberarm und Ellenbogen	A6	31106/ 36106	31506/ 36506	31612	31613	31826/ 36826	
5-927.28	↔	Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Gestielter regionaler Lappen mit Fernlappen: Unterarm	A5	31105/ 36105	31505/ 36505	31610	31611	31825/ 36825	
5-927.29	↔	Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Gestielter regionaler Lappen mit Fernlappen: Hand	A5	31105/ 36105	31505/ 36505	31610	31611	31825/ 36825	
5-927.3b		Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Gestielter regionaler Lappen, Fernlappen und freies Hauttransplantat: Bauchregion	A6	31106/ 36106	31506/ 36506	31612	31613	31826/ 36826	
5-927.3d		Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Gestielter regionaler Lappen, Fernlappen und freies Hauttransplantat: Gesäß	A6	31106/ 36106	31506/ 36506	31612	31613	31826/ 36826	
5-927.3e	↔	Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Gestielter regionaler Lappen, Fernlappen und freies Hauttransplantat: Oberschenkel und Knie	A6	31106/ 36106	31506/ 36506	31612	31613	31826/ 36826	
5-927.3f	↔	Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Gestielter regionaler Lappen, Fernlappen und freies Hauttransplantat: Unterschenkel	A6	31106/ 36106	31506/ 36506	31612	31613	31826/ 36826	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-927.3g	↔	Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Gestielter regionaler Lappen, Fernlappen und freies Hauttransplantat: Fuß	A5	31105/ 36105	31505/ 36505	31610	31611	31825/ 36825	
5-927.3h		Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Gestielter regionaler Lappen, Fernlappen und freies Hauttransplantat: Behaarte Kopfhaut	A5	31105/ 36105	31505/ 36505	31610	31611	31825/ 36825	
5-927.3j		Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Gestielter regionaler Lappen, Fernlappen und freies Hauttransplantat: Rücken	A6	31106/ 36106	31506/ 36506	31612	31613	31826/ 36826	
5-927.3k		Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Gestielter regionaler Lappen, Fernlappen und freies Hauttransplantat: Skrotum	A6	31106/ 36106	31506/ 36506	31612	31613	31826/ 36826	
5-927.30		Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Gestielter regionaler Lappen, Fernlappen und freies Hauttransplantat: Lippe	A4	31104/ 36104	31504/ 36504	31610	31611	31824/ 36824	
5-927.31		Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Gestielter regionaler Lappen, Fernlappen und freies Hauttransplantat: Nase	A4	31104/ 36104	31504/ 36504	31610	31611	31824/ 36824	
5-927.32	↔	Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Gestielter regionaler Lappen, Fernlappen und freies Hauttransplantat: Ohr	A4	31104/ 36104	31504/ 36504	31610	31611	31824/ 36824	
5-927.33	↔	Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Gestielter regionaler Lappen, Fernlappen und freies Hauttransplantat: Augenlid	A4	31104/ 36104	31504/ 36504	31610	31611	31824/ 36824	
5-927.35		Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Gestielter regionaler Lappen, Fernlappen und freies Hauttransplantat: Hals	A5	31105/ 36105	31505/ 36505	31610	31611	31825/ 36825	
5-927.36	↔	Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Gestielter regionaler Lappen, Fernlappen und freies Hauttransplantat: Schulter und Axilla	A6	31106/ 36106	31506/ 36506	31612	31613	31826/ 36826	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-927.37	↔	Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Gestielter regionaler Lappen, Fernlappen und freies Hauttransplantat: Oberarm und Ellenbogen	A6	31106/ 36106	31506/ 36506	31612	31613	31826/ 36826	
5-927.38	↔	Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Gestielter regionaler Lappen, Fernlappen und freies Hauttransplantat: Unterarm	A5	31105/ 36105	31505/ 36505	31610	31611	31825/ 36825	
5-927.39	↔	Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen: Gestielter regionaler Lappen, Fernlappen und freies Hauttransplantat: Hand	A5	31105/ 36105	31505/ 36505	31610	31611	31825/ 36825	
5-929.0b		Andere Operationen bei Verbrennungen und Verätzungen: Lappenstieldurchtrennung: Bauchregion	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-929.0d		Andere Operationen bei Verbrennungen und Verätzungen: Lappenstieldurchtrennung: Gesäß	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-929.0e	↔	Andere Operationen bei Verbrennungen und Verätzungen: Lappenstieldurchtrennung: Oberschenkel und Knie	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-929.0f	↔	Andere Operationen bei Verbrennungen und Verätzungen: Lappenstieldurchtrennung: Unterschenkel	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-929.0g	↔	Andere Operationen bei Verbrennungen und Verätzungen: Lappenstieldurchtrennung: Fuß	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-929.0h		Andere Operationen bei Verbrennungen und Verätzungen: Lappenstieldurchtrennung: Behaarte Kopfhaut	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-929.0j		Andere Operationen bei Verbrennungen und Verätzungen: Lappenstieldurchtrennung: Rücken	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-929.0k		Andere Operationen bei Verbrennungen und Verätzungen: Lappenstieldurchtrennung: Skrotum	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-929.00		Andere Operationen bei Verbrennungen und Verätzungen: Lappenstieldurchtrennung: Lippe	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-929.01		Andere Operationen bei Verbrennungen und Verätzungen: Lappenstieldurchtrennung: Nase	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
5-929.02	↔	Andere Operationen bei Verbrennungen und Verätzungen: Lappenstieldurchtrennung: Ohr	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-929.03	↔	Andere Operationen bei Verbrennungen und Verätzungen: Lappenstieldurchtrennung: Augenlid	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-929.05		Andere Operationen bei Verbrennungen und Verätzungen: Lappenstieldurchtrennung: Hals	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-929.06	↔	Andere Operationen bei Verbrennungen und Verätzungen: Lappenstieldurchtrennung: Schulter und Axilla	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-929.07	↔	Andere Operationen bei Verbrennungen und Verätzungen: Lappenstieldurchtrennung: Oberarm und Ellenbogen	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-929.08	↔	Andere Operationen bei Verbrennungen und Verätzungen: Lappenstieldurchtrennung: Unterarm	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	
5-929.09	↔	Andere Operationen bei Verbrennungen und Verätzungen: Lappenstieldurchtrennung: Hand	A1	31101/ 36101	31502/ 36502	31601	31602	31821/ 36821	

2.25 Entfernung von Fremdmaterial und Konkrementen

OPS 2026	Seite	Bezeichnung OPS 2026	Kate-gorie	OP-Leistung	Über-wachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose	Zuschlag Förderung
8-100.d		Fremdkörperentfernung durch Endoskopie: Durch Hysteroskopie	S1	31301/ 36301	31502/ 36502	31695	31696	31821/ 36821	

3 Angaben für den zur Leistungserbringung erforderlichen Zeitaufwand des Vertragsarztes gemäß § 87 Abs. 2 S. 1 SGB V in Verbindung mit § 106d Abs. 2 SGB V

Glossar

KA	Für diese Leistung hat der Bewertungsausschuss keine Kalkulationszeit vorgegeben.
./.	Keine Angabe einer Prüfzeit.
°	Bei Nachweis der Anstellung eines/einer Orthoptisten/ Orthoptistin gegenüber der KV entfällt Prüfzeit.
°°	Bei Nachweis der Anstellung eines/einer qualifizierten Mitarbeiters/Mitarbeiterin gegenüber der KV entfällt Prüfzeit.
°°°	Bei der Erstellung des Tagesprofils ist als Prüfzeit auf die Kalkulationszeit zurückzugreifen.

Anmerkungen:

1) Gebührenordnungspositionen des Kapitels 32 und entsprechende laboratoriumsmedizinische Gebührenordnungspositionen, vertraglich vereinbarte Kostenerstattungen und die Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 11.4.2 und 11.4.3 EBM - ausgenommen die Gebührenordnungspositionen 11700 bis 11708 des Abschnitts 11.4.3 EBM -, die Gebührenordnungsposition 11602 des Abschnitts 11.4.5 EBM und die Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 19.4.2 bis 19.4.5 EBM enthalten keine ärztlichen Kalkulations- und Prüfzeiten.

2) Der im Standardbewertungssystem verwendete Zeitbedarf für die ärztliche Leistung.

3) Gemäß der Allgemeinen Bestimmung 4.3.8 sowie den Anmerkungen unter den Gebührenordnungspositionen der Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung entsprechen die in Spalte 1 mit * gekennzeichneten Gebührenordnungspositionen nicht der fachärztlichen Grundversorgung.
Zusätzlich zu den im Anhang 3 gekennzeichneten Gebührenordnungspositionen werden die Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 11.4, 19.4 und 32.3 EBM ebenfalls nicht der fachärztlichen Grundversorgung zugerechnet und führen zum Ausschluss der Berechnungsfähigkeit der Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung.

GOP[1)]	Kurzlegende	Kalkulations-zeit in Minuten[2)]	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
01100	Unvorhergesehene Inanspruchnahme I	KA	./.	Keine Eignung
01101	Unvorhergesehene Inanspruchnahme II	KA	./.	Keine Eignung
01102	Inanspruchnahme an Samstagen	KA	./.	Keine Eignung
01205	Notfallpauschale (Abklärung, Koordination I)	2	./.	Keine Eignung
01207	Notfallpauschale (Abklärung, Koordination II)	2	./.	Keine Eignung
01210	Notfallpauschale I	KA	./.	Keine Eignung
01212	Notfallpauschale II	KA	./.	Keine Eignung
01214	Notfallkonsultationspauschale I	KA	./.	Keine Eignung
01216	Notfallkonsultationspauschale II	KA	./.	Keine Eignung
01218	Notfallkonsultationspauschale III	KA	./.	Keine Eignung
01220	Reanimationskomplex	KA	./.	Keine Eignung
01221	Zuschlag Beatmung	KA	./.	Keine Eignung
01222	Zuschlag Defibrillation	KA	./.	Keine Eignung
01223	Zuschlag Notfallpauschale zur GOP 01210	KA	./.	Keine Eignung
01224	Zuschlag Notfallpauschale zur GOP 01212	KA	./.	Keine Eignung
01226	Zuschlag Notfallpauschale zur GOP 01212	KA	./.	Keine Eignung
01320*	Grundpauschale I für ermächtigte Ärzte, Institute und Krankenhäuser	KA	6	Nur Quartalsprofil
01321*	Grundpauschale II für ermächtigte Ärzte, Institute und Krankenhäuser	KA	11	Nur Quartalsprofil
01322	Zuschlag TSS-Terminvermittlung oder Hausarztvermittlungsfall	KA	./.	Keine Eignung
01323	Zuschlag TSS-Terminvermittlung oder Hausarztvermittlungsfall	KA	./.	Keine Eignung
01410	Besuch	KA	13	Tages- und Quartalsprofil
01411	Dringender Besuch I	KA	./.	Keine Eignung
01412	Dringender Besuch II	KA	./.	Keine Eignung
01413	Besuch eines weiteren Kranken	KA	6	Tages- und Quartalsprofil
01414*	Visite auf der Belegstation, je Patient	KA	./.	Keine Eignung
01415	Dringender Besuch eines Patienten in beschützenden Wohnheimen bzw. Einrichtungen	KA	./.	Keine Eignung

GOP[1)]	Kurzlegende	Kalkulations-zeit in Minuten[2)]	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
	bzw. Pflege- oder Altenheimen mit Pflegepersonal			
01416	Begleitung eines Kranken durch den behandelnden Arzt beim Transport	10	10	Tages- und Quartalsprofil
01418	Besuch im organisierten Not(-fall)dienst	KA	./.	Keine Eignung
01420	Prüfung der Notwendigkeit und Koordination der häuslichen Krankenpflege	KA	2	Nur Quartalsprofil
01422	Erstverordnung von Behandlungsmaßnahmen zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege	KA	./.	Keine Eignung
01424	Folgeverordnung von Behandlungsmaßnahmen zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege	KA	./.	Keine Eignung
01425	Erstverordnung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung	KA	15	Tages- und Quartalsprofil
01426	Folgeverordnung zur Fortführung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung	KA	9	Tages- und Quartalsprofil
01430	Verwaltungskomplex	KA	./.	Keine Eignung
01431	Zusatzpauschale elektronische Patientenakte zu den Gebührenordnungspositionen 01430, 01435 und 01820	KA	./.	Keine Eignung
01435	Haus-/Fachärztliche Bereitschaftspauschale	KA	./.	Keine Eignung
01436	Konsultationspauschale	KA	./.	Keine Eignung
01437*	Grundpauschale für Vertragsärzte, die zur Versorgung gemäß Kapitel 3 bis 11 oder 13 bis 27 zugelassen sind, für bestimmte Auftragsleistungen	KA	./.	Keine Eignung
01438*	Telefonische Kontaktaufnahme Telemedizin	KA	./.	Keine Eignung
01440	Verweilen außerhalb der Praxis	30	30	Tages- und Quartalsprofil
01442	Videofallkonferenz mit den an der Versorgung des Patienten beteiligten Pflegefachkräften bzw. Pflegekräften	KA	./.	Keine Eignung
01443	Videofallkonferenz	KA	./.	Keine Eignung
01444	Zuschlag Authentifizierung	KA	./.	Keine Eignung
01450	Zuschlag Videosprechstunde	KA	./.	Keine Eignung

GOP[1)]	Kurzlegende	Kalkulations-zeit in Minuten[2)]	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
01452	Zuschlag für die strukturierte Versorgung bei Durchführung einer Videosprechstunde	KA	./.	Keine Eignung
01471	Verlaufskontrolle und Auswertung der DiGA somnio	KA	./.	Keine Eignung
01472	Verlaufskontrolle und Auswertung der DiGA Vivira	KA	./.	Keine Eignung
01473	Verlaufskontrolle und Auswertung der DiGA zanadio	KA	./.	Keine Eignung
01474*	Verlaufskontrolle und Auswertung der DiGA Invirto	KA	./.	Keine Eignung
01475	Verlaufskontrolle und Auswertung der DiGA Oviva Direkt für Adipositas	KA	./.	Keine Eignung
01476	Auswahl und/oder Individualisierung von Inhalten der DiGA Mawendo	KA	./.	Keine Eignung
01477	Verlaufskontrolle und Auswertung der DiGA companion patella	KA	./.	Keine Eignung
01478	Verlaufskontrolle und Auswertung der DiGA Kranus Lutera	KA	./.	Keine Eignung
01479*	Verlaufskontrolle und Auswertung der DiGA elona therapy Depression	KA	./.	Keine Eignung
01480	Beratung über Organ- und Gewebespenden	5	5	Tages- und Quartalsprofil
01481	Verlaufskontrolle und Auswertung der DiGA ProHerz	KA	./.	Keine Eignung
01482	Verlaufskontrolle und Auswertung der DiGA Kranus Mictera	KA	./.	Keine Eignung
01483	Verlaufskontrolle und Auswertung der DiGA Axia	KA	./.	Keine Eignung
01500	Beobachtung eines Patienten in unmittelbarem Anschluss an eine Leistung gemäß Anhang 8	2	2	Tages- und Quartalsprofil
01501	Beobachtung und Betreuung eines Patienten in unmittelbarem Anschluss an eine Leistung gemäß Anhang 8	5	5	Tages- und Quartalsprofil
01502	Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 01500 oder 01501 bei Fortsetzung der Beobachtung und/oder Zusatzpauschale für die weitere Beobachtung gemäß Anhang 8	0	0	Tages- und Quartalsprofil
01503	Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 01500 oder 01501 bei Fortsetzung der Beobachtung und Betreuung und/oder Zusatzpauschale für	1	1	Tages- und Quartalsprofil

GOP[1)]	Kurzlegende	Kalkulations-zeit in Minuten[2)]	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
	die weitere Beobachtung und Betreuung gemäß Anhang 8			
01510*	Ambulante Betreuung 2h	4	4	Tages- und Quartalsprofil
01511*	Ambulante Betreuung 4h	6	6	Tages- und Quartalsprofil
01512*	Ambulante Betreuung 6h	8	8	Tages- und Quartalsprofil
01520*	Zusatzpauschale für Beobachtung nach diagnostischer Koronarangiografie	6	6	Tages- und Quartalsprofil
01521*	Zusatzpauschale für Beobachtung nach therapeutischer Koronarangiografie	9	9	Tages- und Quartalsprofil
01522*	Zusatzpauschale für Beobachtung und Betreuung entsprechend den Inhalten der Vereinbarung zur invasiven Kardiologie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Ausführung und Abrechnung invasiver kardiologischer Leistungen	8	8	Tages- und Quartalsprofil
01530*	Zusatzpauschale für Beobachtung nach diagnostischer Angiografie	6	6	Tages- und Quartalsprofil
01531*	Zusatzpauschale für Beobachtung nach therapeutischer Angiografie	9	9	Tages- und Quartalsprofil
01540*	Zusatzpauschale für die Beobachtung und Betreuung eines Kranken unter Behandlung mit Arzneimitteln, einschließlich Infusionen, 2h	3	3	Tages- und Quartalsprofil
01541*	Zusatzpauschale für die Beobachtung und Betreuung eines Kranken unter Behandlung mit Arzneimitteln, einschließlich Infusionen, 4h	4	4	Tages- und Quartalsprofil
01542*	Zusatzpauschale für die Beobachtung und Betreuung eines Kranken unter Behandlung mit Arzneimitteln, einschließlich Infusionen, 6h	5	5	Tages- und Quartalsprofil
01543*	Zusatzpauschale für die Beobachtung und Betreuung eines Kranken unmittelbar nach der Gabe eines Arzneimittels, 2h	1	1	Tages- und Quartalsprofil
01544*	Zusatzpauschale für die Beobachtung und Betreuung eines Kranken unmittelbar nach der Gabe eines Arzneimittels, 4h	2	2	Tages- und Quartalsprofil
01545*	Zusatzpauschale für die Beobachtung und Betreuung eines	3	3	Tages- und Quartalsprofil

GOP[1)]	Kurzlegende	Kalkulations-zeit in Minuten[2)]	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
	Kranken unmittelbar nach der Gabe eines Arzneimittels, 6h			
01546	Beobachtung und Betreuung bei monoklonaler Antikörpertherapie gegen SARS-CoV-2	6	4	Tages- und Quartalsprofil
01549	Zusatzpauschale Beobachtung nach intranasaler Anwendung von Esketamin	4	3	Tages- und Quartalsprofil
01600	Ärztlicher Bericht nach Untersuchung	4	1	Tages- und Quartalsprofil
01601	Individueller Arztbrief	8	2	Tages- und Quartalsprofil
01602	Mehrfertigung (z. B. Kopie) eines Berichtes oder Briefes an den Hausarzt	KA	./.	Keine Eignung
01610	Bescheinigung zur Belastungsgrenze	KA	./.	Keine Eignung
01611	Verordnung von medizinischer Rehabilitation	KA	21	Tages- und Quartalsprofil
01612	Konsiliarbericht vor Psychotherapie	KA	1	Tages- und Quartalsprofil
01613	Zuschlag geriatrische Rehabilitation	4	3	Tages- und Quartalsprofil
01615	Feststellung und Bescheinigung gemäß Krankenhausbegleitungs-Richtlinie	KA	./.	Keine Eignung
01620	Bescheinigung oder Zeugnis	KA	./.	Keine Eignung
01621	Krankheitsbericht	KA	./.	Keine Eignung
01622	Kurplan, Gutachten, Stellungnahme	KA	./.	Keine Eignung
01623	Kurvorschlag	KA	./.	Keine Eignung
01624	Verordnung medizinischer Vorsorge für Mütter oder Väter	KA	14	Tages- und Quartalsprofil
01626	Ärztliche Stellungnahme für die Krankenkasse bei der Beantragung einer Genehmigung zur Verordnung von Cannabis	KA	8	Tages- und Quartalsprofil
01630	Zuschlag für Erstellung eines Medikationsplans	2	2	Nur Quartalsprofil
01640	Zuschlag für die Anlage eines Notfalldatensatzes	KA	./.	Keine Eignung
01642	Löschen eines Notfalldatensatzes	KA	./.	Keine Eignung
01643	Aktualisierung Notfalldatensatz	KA	./.	Keine Eignung
01645	Aufklärung und Beratung sowie Zusammenstellung der Patientenunterlagen gemäß § 6 Abs. 4 der Richtlinie des	KA	./.	Keine Eignung

GOP[1)]	Kurzlegende	Kalkulations-zeit in Minuten[2)]	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
	Gemeinsamen Bundesausschusses zum Zweitmeinungsverfahren			
01647	Zusatzpauschale ePA-Unterstützungsleistung	1	1	Nur Quartalsprofil
01648	Zusatzpauschale ePA-Erstbefüllung	KA	./.	Keine Eignung
01670	Einholung eines Telekonsiliums	7	6	Tages- und Quartalsprofil
01671	Telekonsiliarische Beurteilung	10	10	Tages- und Quartalsprofil
01672	Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 01671	5	5	Tages- und Quartalsprofil
01681	Meldung von Anhaltspunkten einer Kindeswohlgefährdung	KA	./.	Keine Eignung
01682	Fallbesprechung Kinder- und Jugendschutz	10	10	Tages- und Quartalsprofil
01698	Zuschlag für Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 01840 und 01915 für Vertragsärzte, die zur Versorgung gemäß Kapitel 8 zugelassen sind	KA	1	Tages- und Quartalsprofil
01700*	Grundpauschale für Vertragsärzte, die zur Versorgung gemäß Kapitel 12 zugelassen sind, für bestimmte Auftragsleistungen im Abschnitt 1.7	KA	./.	Keine Eignung
01701*	Grundpauschale für Vertragsärzte aus nicht in der Gebührenordnungsposition 01700 aufgeführten Arztgruppen für bestimmte Auftragsleistungen im Abschnitt 1.7	KA	1	Tages- und Quartalsprofil
01702	Beratung im Rahmen des Pulsoxymetrie-Screenings gemäß Kinder-Richtlinie	KA	2	Tages- und Quartalsprofil
01703	Pulsoxymetrie-Screening gemäß Kinder-Richtlinie	KA	2	Tages- und Quartalsprofil
01704	Zuschlag für die Beratung im Rahmen des Neugeborenen-Hörscreenings	KA	2	Tages- und Quartalsprofil
01705	Neugeborenen-Hörscreening	KA	2	Tages- und Quartalsprofil
01706	Kontroll-AABR	KA	4	Tages- und Quartalsprofil
01707	Beratung zum Erweiterten Neugeborenen-Screening gemäß Kinder-Richtlinie	10	8	Tages- und Quartalsprofil
01709	Screening auf Mukoviszidose gemäß Kinder-Richtlinie	3	2	Tages- und Quartalsprofil

GOP[1)]	Kurzlegende	Kalkulations-zeit in Minuten[2)]	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
01710	Zusatzpauschale TSS-Terminvermittlung	KA	./.	Keine Eignung
01711	U1	8	6	Tages- und Quartalsprofil
01712	U2	22	16	Tages- und Quartalsprofil
01713	U3	22	16	Tages- und Quartalsprofil
01714	U4	22	16	Tages- und Quartalsprofil
01715	U5	22	16	Tages- und Quartalsprofil
01716	U6	22	16	Tages- und Quartalsprofil
01717	U7	22	16	Tages- und Quartalsprofil
01718	U8	22	16	Tages- und Quartalsprofil
01719	U9	22	16	Tages- und Quartalsprofil
01720	J1	22	15	Tages- und Quartalsprofil
01721	Besuch wegen U1 - U2	KA	12	Tages- und Quartalsprofil
01722	Sonographie der Säuglingshüften gemäß Kinder-Richtlinie	9	7	Tages- und Quartalsprofil
01723	U7a	22	16	Tages- und Quartalsprofil
01724	Laboruntersuchungen des Erweiterten Neugeborenen-Screening gemäß Kinder-Richtlinie	1	1	Tages- und Quartalsprofil
01725	Immunreaktives Trypsin	KA	./.	Keine Eignung
01726	Pankreatitis-assoziiertes Protein	KA	./.	Keine Eignung
01727	Molekulargenetische Untersuchung des CFTR-Gens	KA	./.	Keine Eignung
01728*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 01724 bis 01727	KA	10	Tages- und Quartalsprofil
01731	Krebsfrüherkennungs-Untersuchung beim Mann	8	7	Tages- und Quartalsprofil
01732	Gesundheitsuntersuchung bei Erwachsenen ab vollendetem 18. Lebensjahr	19	15	Tages- und Quartalsprofil
01734	Screening auf Hepatitis-B- und/oder auf Hepatitis-C-Virusinfektion	3	2	Tages- und Quartalsprofil

GOP[1)]	Kurzlegende	Kalkulations-zeit in Minuten[2)]	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
01735	Beratung gemäß § 4 der Chroniker-Richtlinie zu Früherkennungsuntersuchungen für nach dem 1. April 1987 geborene Frauen	6	5	Tages- und Quartalsprofil
01737	Ausgabe und Weiterleitung eines Stuhlprobenentnahmesystems	KA	./.	Keine Eignung
01738*	Hämoglobin im Stuhl, immunologisch	KA	./.	Keine Eignung
01740	Beratung zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms	6	5	Tages- und Quartalsprofil
01741	Totale Früherkennungskoloskopie gem. Teil II § 3 der Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme (oKFE-RL)	37	30	Tages- und Quartalsprofil
01742	Zuschlag zu Nr. 01741 für Abtragung von Polypen	7	5	Tages- und Quartalsprofil
01743*	Histologie bei Früherkennungskoloskopie	KA	2	Tages- und Quartalsprofil
01745	Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs	17	13	Tages- und Quartalsprofil
01746	Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 01732 für die Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs	13	10	Tages- und Quartalsprofil
01747	Aufklärungsgespräch Ultraschall-Screening Bauchaortenaneurysmen	5	4	Tages- und Quartalsprofil
01748	Ultraschall-Screening Bauchaortenaneurysmen	6	5	Tages- und Quartalsprofil
01750	Röntgenuntersuchung im Rahmen des Mammographie-Screening	KA	./.	Keine Eignung
01751	Aufklärungsgespräch im Rahmen des Mammographie-Screening	5	5	Tages- und Quartalsprofil
01752	Beurteilung von Mammographieaufnahmen im Rahmen des Mammographie-Screening	KA	1	Tages- und Quartalsprofil
01753	Abklärungsdiagnostik I im Rahmen des Mammographie-Screening	KA	20	Tages- und Quartalsprofil
01754	Abklärungsdiagnostik II einschl. ultraschallgest. Biopsie im Rahmen des Mammographie-Screening	KA	16	Tages- und Quartalsprofil
01755	Stanzbiopsie unter Röntgenkontrolle im Rahmen des Mammographie-Screening	KA	12	Tages- und Quartalsprofil

GOP[1)]	Kurzlegende	Kalkulations-zeit in Minuten[2)]	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
01756*	Histopathologische Untersuchung im Rahmen des Mammographie-Screening	KA	5	Tages- und Quartalsprofil
01757*	Zuschlag zu der Nr. 01756 für Aufarbeitung	KA	./.	Keine Eignung
01758	Teilnahme an einer multidisziplinären Fallkonferenz im Rahmen des Mammographie-Screening	KA	11	Tages- und Quartalsprofil
01759*	Vakuumbiopsie der Mamma im Zusammenhang mit der Erbringung der Gebührenordnungsposition 01753 oder 01755	KA	3	Tages- und Quartalsprofil
01760	Krebsfrüherkennung bei der Frau gem. Abschnitt B. II. §§ 6 und 8 KFE-RL	9	7	Tages- und Quartalsprofil
01761	Krebsfrüherkennung bei der Frau gem. Teil III. C. § 6 oKFE-RL	12	10	Tages- und Quartalsprofil
01762	Zytologische Untersuchung gemäß Teil III. C. § 6 der oKFE-RL	KA	1	Nur Quartalsprofil
01763*	HPV-Test gemäß Teil III. C. § 6 der oKFE-RL	KA	./.	Keine Eignung
01764	Abklärungsdiagnostik gemäß Teil III. C. § 7 oKFE-RL	7	6	Tages- und Quartalsprofil
01765	Abklärungskolposkopie gemäß Teil III. C. § 7 und D. § 8 oKFE-RL	KA	29	Tages- und Quartalsprofil
01766	Zytologische Untersuchung gemäß Teil III. C. § 7 mittels Zytologie der oKFE-RL	KA	10	Nur Quartalsprofil
01767*	HPV-Test gemäß Teil III. C. § 7 der oKFE-RL	KA	./.	Keine Eignung
01768*	Histologie bei Abklärungskolposkopie gemäß Teil III. C. § 7 der oKFE-RL	KA	6	Nur Quartalsprofil
01769*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 01763 und 01767 zur HPV-Genotypisierung	KA	./.	Keine Eignung
01770	Betreuung einer Schwangeren	48	36	Nur Quartalsprofil
01771	Zuschlag im Zusammenhang mit der Gebührenordnungsposition 01770	15	12	Nur Quartalsprofil
01772	Weiterführende Sonographie I	13	8	Nur Quartalsprofil
01773	Weiterführende Sonographie II	29	21	Nur Quartalsprofil

GOP[1)]	Kurzlegende	Kalkulations-zeit in Minuten[2)]	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
01774	Weiterführende Dopplersonographie I	23	17	Nur Quartalsprofil
01775	Weiterführende Dopplersonographie II	20	14	Nur Quartalsprofil
01776	Vortest auf Gestationsdiabetes	5	4	Tages- und Quartalsprofil
01777	Oraler Glukosetoleranztest (oGTT)	5	4	Tages- und Quartalsprofil
01780	Planung der Geburtsleitung	15	10	Tages- und Quartalsprofil
01781	Fruchtwasserentnahme durch Amniozentese	7	6	Tages- und Quartalsprofil
01782	Blutentnahme aus der Nabelschnur	16	13	Tages- und Quartalsprofil
01783*	AFP-Bestimmung	KA	./.	Keine Eignung
01784	Amnioskopie	2	2	Tages- und Quartalsprofil
01785	Tokographie vor 28. Woche	1	1	Tages- und Quartalsprofil
01786	CTG	1	1	Tages- und Quartalsprofil
01787	Chorionzotten-Biopsie	11	8	Tages- und Quartalsprofil
01788	Beratung nach GenDG zum NIPT-RhD	5	5	Tages- und Quartalsprofil
01789	Beratung nach GenDG zum nichtinvasiven Pränataltest zur Bestimmung des Risikos autosomaler Trisomien 13, 18 und 21 gemäß § 3 Abs. 3b und Anlage VIII der Mutterschafts-Richtlinie	5	5	Tages- und Quartalsprofil
01790	Beratung nach GenDG bei Vorliegen eines positiven nichtinvasiven Pränataltests zur Bestimmung des Risikos autosomaler Trisomien 13, 18 und 21 gemäß § 3 Abs. 3b und Anlage VIII der Mutterschafts-Richtlinie	10	10	Tages- und Quartalsprofil
01793*	Pränatale zytogenetische Untersuchung(en) im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge	KA	8	Tages- und Quartalsprofil
01794*	Ausführliche humangenetische Beurteilung wegen evidentem genetischen und/oder teratogenen Risiko von bis zu 20 Minuten Dauer	KA	32	Nur Quartalsprofil
01795*	Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 01794	KA	32	Nur Quartalsprofil

GOP[1)]	Kurzlegende	Kalkulations-zeit in Minuten[2)]	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
01796*	Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 01794 bei einer genetisch bedingten Erkrankung des Fötus	KA	43	Nur Quartalsprofil
01799	Beratung einer Schwangeren durch einen Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin oder einen Facharzt für Kinderchirurgie (SchKG)	5	5	Nur Quartalsprofil
01800*	TPHA/TPPA-Antikörper-Test	KA	./.	Keine Eignung
01802*	Rötelnantikörper-Bestimmung mittels Immunoassay	KA	./.	Keine Eignung
01803*	Röteln-IgM-Immunoassay	KA	./.	Keine Eignung
01804*	Blutgruppen- und Rhesusfaktor Bestimmung	KA	./.	Keine Eignung
01805*	Untersuchung auf Dweak	KA	./.	Keine Eignung
01806*	Bestimmung der Rhesusformel	KA	./.	Keine Eignung
01807*	Antikörper-Suchtest	KA	./.	Keine Eignung
01808*	Antikörper-Differenzierung	KA	./.	Keine Eignung
01809*	Quantitativer Antikörpernachweis	KA	./.	Keine Eignung
01810*	HBs-Antigen-Test	KA	./.	Keine Eignung
01811*	HIV-1- und HIV-2-Antikörper und HIV-p24-Antigen im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge	KA	./.	Keine Eignung
01812	Glukosebestimmung (Screening zum Gestationsdiabetes)	KA	./.	Keine Eignung
01815	Untersuchung und Beratung der Wöchnerin	16	7	Tages- und Quartalsprofil
01816*	Chlamydia trachomatis - Nachweis im Urin gemäß Mutterschafts-Richtlinie	KA	./.	Keine Eignung
01820	Rezepte, Überweisungen, Befundübermittlung	KA	./.	Keine Eignung
01821	Beratung im Rahmen der Empfängnisregelung	6	6	Nur Quartalsprofil
01822	Beratung einschl. Untersuchung im Rahmen der Empfängnisregelung	9	9	Nur Quartalsprofil
01823	Zuschlag Beratung zum Chlamydienscreening	KA	./.	Keine Eignung
01824	Veranlassung Untersuchung auf Chlamydia trachomatis	KA	./.	Keine Eignung
01825	Entnahme von Zellmaterial von der Portio-Oberfläche (Empfängnisregelung)	KA	1	Tages- und Quartalsprofil

GOP[1)]	Kurzlegende	Kalkulations-zeit in Minuten[2)]	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
01826	Zytologische Untersuchung (Empfängnisregelung)	KA	1	Nur Quartalsprofil
01827	Scheidensekret- Mikroskopie	KA	1	Tages- und Quartalsprofil
01828	Blutentnahme für Varicella-Zoster-Virus-Antikörper-Nachweis	KA	./.	Keine Eignung
01830	Applikation eines Intrauterinpessars (IUP)	9	6	Tages- und Quartalsprofil
01831	Ultraschallkontrolle nach IUP-Applikation	5	4	Tages- und Quartalsprofil
01832	Subkutane Applikation eines Depot-Kontrazeptivums	4	3	Tages- und Quartalsprofil
01833*	Varicella-Zoster-Virus-Antikörper-Nachweis	KA	./.	Keine Eignung
01840*	Chlamydia trachomatis - Nachweis im Urin gemäß Richtlinie zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch	KA	./.	Keine Eignung
01841*	Ausführliche humangenetische Beurteilung wegen evidentem genetischen und/oder teratogenen Risiko gemäß ESA-Richtlinie	KA	32	Nur Quartalsprofil
01842*	Zuschlag für Gemeinkosten und die wissenschaftliche ärztliche Beurteilung und Befundung humangenetischer Untersuchungen gemäß ESA-Richtlinie	KA	24	Nur Quartalsprofil
01850	Beratung wegen Sterilisation	6	4	Nur Quartalsprofil
01851*	Untersuchung vor Sterilisation	4	4	Nur Quartalsprofil
01852*	Präanästhesiologische Untersuchung	9	7	Tages- und Quartalsprofil
01853*	Lokale Anästhesie vor Sterilisation des Mannes	1	1	Tages- und Quartalsprofil
01854*	Sterilisation des Mannes	16	14	Tages- und Quartalsprofil
01855*	Sterilisation der Frau	26	21	Tages- und Quartalsprofil
01856*	Narkose bei Sterilisation	68	62	Nur Quartalsprofil
01857*	Beobachtung und Betreuung nach Sterilisation	4	4	Nur Quartalsprofil
01858*	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand	KA	./.	Keine Eignung

GOP[1)]	Kurzlegende	Kalkulations-zeit in Minuten[2)]	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
01859*	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand	KA	./.	Keine Eignung
01865*	Nachweis von HBs-Antigen und/ oder HCV-Antikörpern gemäß Teil B III. der GU-RL	KA	./.	Keine Eignung
01866*	Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 01865 Bestimmung der Hepatitis-B-Virus-DNA gemäß Teil B III. der GU-RL	KA	./.	Keine Eignung
01867*	Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 01865 Nachweis von Hepatitis-C-Virus-RNA gemäß Teil B III. der GU-RL	KA	./.	Keine Eignung
01869*	Bestimmung des fetalen Rhesusfaktors D aus mütterlichem Blut	KA	./.	Keine Eignung
01870*	Pränatale Untersuchung fetaler DNA aus mütterlichem Blut auf eine Trisomie 13, 18 oder 21	KA	3	Nur Quartalsprofil
01871	Niedrigdosis-Computertomographie zur Früherkennung von Lungenkrebs	12	8	Tages- und Quartalsprofil
01872	Niedrigdosis-Computertomographie zur Befundkontrolle von Lungenkrebs	12	8	Tages- und Quartalsprofil
01875	Erstellung eines Berichts gemäß Abschnitt D. III. der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie	2	2	Tages- und Quartalsprofil
01876	Erstberatung zur Teilnahme an der Früherkennung von Lungenkrebs	5	5	Tages- und Quartalsprofil
01878	Veranlassung der konsiliarischen Zweitbefundung der Niedrigdosis-Computertomographie zur Früherkennung von Lungenkrebs	1	1	Tages- und Quartalsprofil
01879	Konsiliarische Zweitbefundung der Niedrigdosis-Computertomographie zur Früherkennung von Lungenkrebs	KA	10	Tages- und Quartalsprofil
01880	Beratung bei abklärungsbedürftigem Befund im Rahmen der Früherkennung von Lungenkrebs	5	4	Tages- und Quartalsprofil
01881	Teilnahme an einer Konsensuskonferenz im Rahmen der Früherkennung von Lungenkrebs	7	5	Tages- und Quartalsprofil
01900	Beratung wegen geplanter Abruptio	6	6	Nur Quartalsprofil

GOP[1)]	Kurzlegende	Kalkulations-zeit in Minuten[2)]	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
01901	Untersuchung vor Abruptio	7	7	Nur Quartalsprofil
01902	Feststellung des Schwangerschaftsalters	5	5	Nur Quartalsprofil
01903*	Präanästhesiologische Untersuchung	9	7	Nur Quartalsprofil
01904*	Abruptio, medizinische oder kriminologische Indikation, operativ	29	23	Tages- und Quartalsprofil
01905*	Abruptio, medizinische Indikation	32	25	Tages- und Quartalsprofil
01906*	Abruptio, medizinische oder kriminologische Indikation, medikamentös	27	21	Tages- und Quartalsprofil
01907*	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand	KA	./.	Keine Eignung
01910*	Dauer mehr als 2 Stunden	4	4	Tages- und Quartalsprofil
01911*	Dauer mehr als 4 Stunden	8	8	Tages- und Quartalsprofil
01912	Kontrolluntersuchung nach Abruptio	9	6	Nur Quartalsprofil
01913*	Narkose bei Abruptio	68	62	Nur Quartalsprofil
01915*	Chlamydia trachomatis - Nachweis im Urin gemäß Richtlinie zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch	KA	./.	Keine Eignung
01920*	Beratung vor Präexpositionsprophylaxe	10	10	Tages- und Quartalsprofil
01921*	Einleitung der Präexpositionsprophylaxe	10	8	Tages- und Quartalsprofil
01922*	Kontrolle im Rahmen der Präexpositionsprophylaxe	10	8	Nur Quartalsprofil
01930	Kreatinin im Serum/Plasma und eGFR Berechnung im Rahmen einer PrEP	KA	./.	Keine Eignung
01931*	HIV-1- und HIV-2-Antikörper und HIV-p24-Antigen im Rahmen einer PrEP	KA	./.	Keine Eignung
01932*	HBs-Antigen und HBc-Antikörper vor Beginn einer PrEP	KA	./.	Keine Eignung
01933*	HBs-Antikörper vor Beginn einer PrEP	KA	./.	Keine Eignung
01934*	HCV-Antikörper im Rahmen einer PrEP	KA	./.	Keine Eignung

GOP[1)]	Kurzlegende	Kalkulations-zeit in Minuten[2)]	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
01935*	Treponemenantikörper mittels TPHA/TPPA-Test (Lues-Suchreaktion) und/oder Immunoassay im Rahmen einer PrEP	KA	./.	Keine Eignung
01936*	Neisseria gonorrhoeae und/oder Chlamydiennachweis mittels NAT aus einem/mehreren Materialien, ggf. gepoolt im Rahmen einer PrEP	KA	./.	Keine Eignung
01941	RSV-Prophylaxe	KA	4	Nur Quartalsprofil
01942	Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 01941	KA	./.	Keine Eignung
01949	Substitutionsgestützte Behandlung Opioidabhängiger im Rahmen der Take-Home-Vergabe	7	7	Tages- und Quartalsprofil
01950	Substitutionsgestützte Behandlung Opioidabhängiger	4	4	Tages- und Quartalsprofil
01951	Zuschlag Wochenende, Feiertage	KA	./.	Keine Eignung
01952	Zuschlag Therapiegespräch	12	10	Tages- und Quartalsprofil
01953	Substitutionsgestützte Behandlung Opioidabhängiger mit einem Depotpräparat	10	10	Tages- und Quartalsprofil
01955	Diamorphingestützte Behandlung Opioidabhängiger	KA	8	Tages- und Quartalsprofil
01956	Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 01955	KA	./.	Keine Eignung
01960	Konsiliarische Untersuchung und Beratung eines Patienten	KA	./.	Keine Eignung
01965*	Zuschlag zu einem Eingriff nach Abschnitt 31.2.2 oder 36.2.2 für Erfassung, Speicherung und Übermittlung von Daten bezüglich einer implantatbezogenen Maßnahme sowie Patienteninformation gemäß Implantateregistergesetz	4	3	Tages- und Quartalsprofil
01966*	Zuschlag zu einem Eingriff nach Abschnitt 31.2.4 oder 36.2.4 für Erfassung, Speicherung und Übermittlung von Daten bezüglich einer implantatbezogenen Maßnahme sowie Patienteninformation gemäß Implantateregistergesetz	2	2	Tages- und Quartalsprofil
02100	Infusion	1	1	Tages- und Quartalsprofil

GOP[1)]	Kurzlegende	Kalkulations-zeit in Minuten[2)]	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
02101	Infusion, Dauer mind. 60 Minuten	2	2	Tages- und Quartalsprofil
02102*	Intravasale Infusionstherapie mit Sebelipase alfa oder Velmanase alfa oder Olipudase alfa oder Patisiran oder einer Enzymersatztherapie bei Morbus Fabry	2	2	Tages- und Quartalsprofil
02103*	Infusionstherapie mit Donanemab	2	2	Tages- und Quartalsprofil
02110*	Erst-Transfusion	4	4	Tages- und Quartalsprofil
02111*	Folge-Transfusion	3	3	Tages- und Quartalsprofil
02112*	Eigenblut-Retransfusion	2	2	Tages- und Quartalsprofil
02120*	Erstprogrammierung einer Zytostatikapumpe	7	7	Tages- und Quartalsprofil
02200	Tuberkulintestung	1	0	Tages- und Quartalsprofil
02300	Kleinchirurgischer Eingriff I und/ oder primäre Wundversorgung und/ oder Epilation	4	3	Tages- und Quartalsprofil
02301	Kleinchirurgischer Eingriff II und/ oder primäre Wundversorgung mittels Naht	5	5	Tages- und Quartalsprofil
02302	Kleinchirurgischer Eingriff III und/ oder primäre Wundversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern	10	8	Tages- und Quartalsprofil
02310	Behandlungskomplex einer/von sekundär heilenden Wunde(n)	9	7	Nur Quartalsprofil
02311	Behandlung Diabetischer Fuß	6	4	Tages- und Quartalsprofil
02312	Behandlungskomplex eines oder mehrerer chronisch venösen/r Ulcus/Ulcera cruris	3	2	Tages- und Quartalsprofil
02313	Kompressionstherapie bei der chronisch venösen Insuffizienz, beim postthrombotischen Syndrom, bei oberflächlichen und tiefen Beinvenenthrombosen und/oder bei Lymphödem	1	1	Tages- und Quartalsprofil
02314*	Zusatzpauschale für die Vakuumversiegelungstherapie	5	4	Tages- und Quartalsprofil
02320*	Magenverweilsonde	3	2	Tages- und Quartalsprofil

GOP[1)]	Kurzlegende	Kalkulations-zeit in Minuten[2)]	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
02321	Legen eines suprapubischen Harnblasenkatheter	8	6	Tages- und Quartalsprofil
02322	Wechsel/Entfernung suprapubischer Harnblasenkatheter	3	2	Tages- und Quartalsprofil
02323	Legen/Wechsel transurethraler Dauerkatheter	4	3	Tages- und Quartalsprofil
02325*	Epilation mittels Lasertechnik im Gesicht/am Hals bei Mann-zu-Frau-Transsexualismus	3	2	Tages- und Quartalsprofil
02326*	Epilation mittels Lasertechnik an einer Hand/den Händen bei Mann-zu-Frau-Transsexualismus	3	2	Tages- und Quartalsprofil
02327*	Zuschlag zur GOP 02325	1	0	Tages- und Quartalsprofil
02328*	Zuschlag zur GOP 02326	1	0	Tages- und Quartalsprofil
02330*	Blutentnahme durch Arterienpunktion	1	1	Tages- und Quartalsprofil
02331*	Intraarterielle Injektion	2	1	Tages- und Quartalsprofil
02340	Punktion I	2	1	Tages- und Quartalsprofil
02341	Punktion II	8	6	Tages- und Quartalsprofil
02342*	Lumbalpunktion	9	7	Tages- und Quartalsprofil
02343*	Entlastungspunktion des Pleuraraums und/oder Pleuradrainage	10	8	Nur Quartalsprofil
02344	Perkutane Biopsie	8	6	Tages- und Quartalsprofil
02345*	Zusatzpauschale Gabe von Tofersen	11	9	Tages- und Quartalsprofil
02350	Fixierender Verband	5	4	Nur Quartalsprofil
02360	Anwendung von Lokalanästhetika	KA	3	Nur Quartalsprofil
02400*	^{13}C-Harnstoff-Atemtest	1	1	Tages- und Quartalsprofil
02401*	H2-Atemtest	3	1	Tages- und Quartalsprofil
02500	Einzelinhalationstherapie mit Vernebler	KA	./.	Keine Eignung
02501	Einzelinhalationstherapie mit speziellem Verneblersystem	KA	./.	Keine Eignung

GOP[1)]	Kurzlegende	Kalkulations-zeit in Minuten[2)]	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
02510	Wärmetherapie	KA	./.	Keine Eignung
02511	Elektrotherapie	KA	./.	Keine Eignung
02512	Gezielte Elektrostimulation	KA	./.	Keine Eignung
02520*	Phototherapie eines Neugeborenen	KA	./.	Keine Eignung
03000	Versichertenpauschale			
	bis zum vollendeten 4. Lebensjahr	21	16	Nur Quartalsprofil
	ab Beginn des 5. bis zum vollendeten 18. Lebensjahr	14	11	Nur Quartalsprofil
	ab Beginn des 19. bis zum vollendeten 54. Lebensjahr	12	9	Nur Quartalsprofil
	ab Beginn des 55. bis zum vollendeten 75. Lebensjahr	15	11	Nur Quartalsprofil
	ab Beginn des 76. Lebensjahres	21	16	Nur Quartalsprofil
03008	Zuschlag Terminvermittlung Facharzt	KA	./.	Keine Eignung
03010	Zuschlag TSS-Terminvermittlung			
03020	Zuschlag Hygiene	KA	./.	Keine Eignung
03030	Versichertenpauschale bei unvorhergesehener Inanspruchnahme	KA	./.	Keine Eignung
03040	Zusatzpauschale zu den GOP 03000 und 03030 für die Vorhaltung der zur Erfüllung von Aufgaben der hausärztlichen Grundversorgung notwendigen Strukturen gemäß § 87 Abs. 2q SGB V (Vorhaltepauschale)	KA	./.	Keine Eignung
03041	Zuschlag I zur GOP 03040	KA	./.	Keine Eignung
03042	Zuschlag II zur GOP 03040	KA	./.	Keine Eignung
03043	Zusatzpauschale zur GOP 03100 für die Vorhaltung der zur Erfüllung von Aufgaben der hausärztlichen Grundversorgung notwendigen Strukturen gemäß § 87 Abs. 2q SGB V (Vorhaltepauschale bei Patienten mit Versorgungspauschale)	KA	./.	Keine Eignung
03044	Zuschlag I zur GOP 03043	KA	./.	Keine Eignung
03045	Zuschlag II zur GOP 03043	KA	./.	Keine Eignung
03046	Zuschlag zur GOP 03110 im Folgequartal der Berechnung der GOP 03043	KA	./.	Keine Eignung
03047	Zuschlag I zur GOP 03046	KA	./.	Keine Eignung

GOP[1)]	Kurzlegende	Kalkulations-zeit in Minuten[2)]	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
03048	Zuschlag II zur GOP 03046	KA	./.	Keine Eignung
03060	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 03040 und 03043	KA	./.	Keine Eignung
03061	Zuschlag zur GOP 03060	KA	./.	Keine Eignung
03062	Ärztlich angeordnete Hilfeleistungen anderer Personen	KA	./.	Keine Eignung
03063	Ärztlich angeordnete Hilfeleistungen anderer Personen für einen weiteren Patienten	KA	./.	Keine Eignung
03064	Zuschlag zur GOP 03062	KA	./.	Keine Eignung
03065	Zuschlag zur GOP 03063	KA	./.	Keine Eignung
03100	Versichertenpauschale gemäß § 87 Abs. 2b Satz 7 bis 10 SGB V (Versorgungspauschale)			
	ab Beginn des 19. bis zum vollendeten 54. Lebensjahr	KA	./.	Keine Eignung
	ab Beginn des 55. bis zum vollendeten 75. Lebensjahr	KA	./.	Keine Eignung
03110	Zuschlag im Folgequartal der Berechnung der GOP 03100 für Patienten mit intensivem Betreuungsbedarf			
	ab Beginn des 19. bis zum vollendeten 54. Lebensjahr	KA	./.	Keine Eignung
	ab Beginn des 55. bis zum vollendeten 75. Lebensjahr	KA	./.	Keine Eignung
03220	Zuschlag zur GOP 03000 für die Behandlung und Betreuung eines Patienten mit mindestens einer lebensverändernden chronischen Erkrankung	10	8	Nur Quartalsprofil
03221	Zuschlag zur GOP 03220 für die intensive Behandlung und Betreuung eines Patienten mit mindestens einer lebensverändernden chronischen Erkrankung	3	2	Nur Quartalsprofil
03222	Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 03220	KA	./.	Keine Eignung
03230	Problemorientiertes ärztliches Gespräch, das aufgrund von Art und Schwere der Erkrankung erforderlich ist	10	10	Tages- und Quartalsprofil
03241*	Computergestützte Auswertung eines kontinuierlich	7	7	Tages- und Quartalsprofil

GOP[1)]	Kurzlegende	Kalkulations-zeit in Minuten[2)]	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
	aufgezeichneten Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden Dauer			
03242	Testverfahren bei Demenzverdacht	KA	1	Nur Quartalsprofil
03321*	Belastungs-Elektrokardiographie (Belastungs-EKG)	7	6	Tages- und Quartalsprofil
03322*	Aufzeichnung eines Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden Dauer	1	1	Tages- und Quartalsprofil
03324*	Langzeit-Blutdruckmessung	2	2	Tages- und Quartalsprofil
03325	Indikationsstellung zur Überwachung eines Patienten im Rahmen des Telemonitoring bei Herzinsuffizienz	5	5	Nur Quartalsprofil
03326	Zusatzpauschale für die Betreuung eines Patienten im Rahmen des Telemonitoring bei Herzinsuffizienz	10	8	Nur Quartalsprofil
03330*	Spirographische Untersuchung	2	2	Tages- und Quartalsprofil
03331*	Prokto-/Rektoskopischer Untersuchungskomplex	4	3	Tages- und Quartalsprofil
03335	Orientierende audiometrische Untersuchung nach vorausgegangener, dokumentierter, auffälliger Hörprüfung	3	2	Tages- und Quartalsprofil
03350	Entwicklungsneurologische Untersuchung	9	8	Tages- und Quartalsprofil
03351	Untersuchung zur Sprachentwicklung	11	10	Nur Quartalsprofil
03352	Zuschlag neben Früherkennungsuntersuchungen	5	4	Tages- und Quartalsprofil
03355	Anleitung zur Selbstanwendung rtCGM	KA	2	Tages- und Quartalsprofil
03360	Hausärztlich-geriatrisches Basisassessment	5	4	Nur Quartalsprofil
03362	Hausärztlich-geriatrischer Betreuungskomplex	11	9	Nur Quartalsprofil
03370	Palliativmedizinische Ersterhebung des Patientenstatus inkl. Behandlungsplan	KA	./.	Keine Eignung
03371	Zuschlag zu der Versichertenpauschale 03000 oder 03100 für die palliativmedizinische Betreuung des Patienten in der Arztpraxis	KA	12	Tages- und Quartalsprofil
03372	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen	KA	12	Tages- und Quartalsprofil

GOP[1)]	Kurzlegende	Kalkulations-zeit in Minuten[2)]	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
	01410 oder 01413 für die palliativmedizinische Betreuung in der Häuslichkeit			
03373	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 01411, 01412 oder 01415 für die palliativmedizinische Betreuung in der Häuslichkeit	KA	./.	Keine Eignung
04000	Versichertenpauschale			
	bis zum vollendeten 4. Lebensjahr	21	16	Nur Quartalsprofil
	ab Beginn des 5. bis zum vollendeten 18. Lebensjahr	14	11	Nur Quartalsprofil
	ab Beginn des 19. bis zum vollendeten 54. Lebensjahr	12	9	Nur Quartalsprofil
	ab Beginn des 55. bis zum vollendeten 75. Lebensjahr	15	11	Nur Quartalsprofil
	ab Beginn des 76. Lebensjahres	21	16	Nur Quartalsprofil
04008	Zuschlag Terminvermittlung Facharzt	KA	./.	Keine Eignung
04010	Zuschlag TSS-Terminvermittlung oder Hausarztvermittlungsfall			
04020	Zuschlag Hygiene	KA	./.	Keine Eignung
04030	Versichertenpauschale bei unvorhergesehener Inanspruchnahme	KA	./.	Keine Eignung
04040	Zusatzpauschale zu den Gebührenordnungspositionen 04000 und 04030 für die Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrags gemäß § 73 Abs. 1 SGB V	KA	./.	Keine Eignung
04220	Zuschlag zur GOP 04000 für die Behandlung und Betreuung eines Patienten mit mindestens einer lebensverändernden chronischen Erkrankung	10	8	Nur Quartalsprofil
04221	Zuschlag zur GOP 04220 für die intensive Behandlung und Betreuung eines Patienten mit mindestens einer lebensverändernden chronischen Erkrankung	3	2	Nur Quartalsprofil
04222	Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 04220	KA	./.	Keine Eignung
04230	Problemorientiertes ärztliches Gespräch, das aufgrund von Art	10	10	Tages- und Quartalsprofil

GOP[1)]	Kurzlegende	Kalkulations-zeit in Minuten[2)]	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
	und Schwere der Erkrankung erforderlich ist			
04231	Gespräch, Beratung und/oder Erörterung	10	10	Tages- und Quartalsprofil
04241*	Computergestützte Auswertung eines kontinuierlich aufgezeichneten Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden Dauer	7	7	Tages- und Quartalsprofil
04242	Funktionelle Einzel-Entwicklungstherapie	2	2	Tages- und Quartalsprofil
04243	Funktionelle Gruppen-Entwicklungstherapie	1	1	Tages- und Quartalsprofil
04321*	Belastungs-Elektrokardiographie (Belastungs-EKG)	7	6	Tages- und Quartalsprofil
04322*	Aufzeichnung eines Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden Dauer	1	1	Tages- und Quartalsprofil
04324*	Langzeit-Blutdruckmessung	2	2	Tages- und Quartalsprofil
04325	Indikationsstellung zur Überwachung eines Patienten im Rahmen des Telemonitoring bei Herzinsuffizienz	5	5	Nur Quartalsprofil
04326	Zusatzpauschale für die Betreuung eines Patienten im Rahmen des Telemonitoring bei Herzinsuffizienz	10	8	Nur Quartalsprofil
04330*	Spirographische Untersuchung	2	2	Tages- und Quartalsprofil
04331*	Prokto-/Rektoskopischer Untersuchungskomplex	4	3	Tages- und Quartalsprofil
04335	Orientierende audiometrische Untersuchung nach vorausgegangener, dokumentierter, auffälliger Hörprüfung	3	2	Tages- und Quartalsprofil
04350	Untersuchung zur funktionellen Entwicklung	13	10	Tages- und Quartalsprofil
04351	Entwicklungsneurologische Untersuchung	9	8	Tages- und Quartalsprofil
04352	Vollständiger Entwicklungsstatus	23	18	Nur Quartalsprofil
04353	Untersuchung zur Sprachentwicklung	11	10	Nur Quartalsprofil
04354	Zuschlag neben Früherkennungsuntersuchungen	5	4	Tages- und Quartalsprofil
04355	Sozialpädiatrisch orientierte eingehende Beratung, Erörterung und/oder Abklärung	KA	15	Tages- und Quartalsprofil

GOP[1)]	Kurzlegende	Kalkulations-zeit in Minuten[2)]	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
04356	Zuschlag im Zusammenhang mit der Gebührenordnungsposition 04355 für die weiterführende sozialpädiatrisch orientierte Versorgung	15	15	Tages- und Quartalsprofil
04370	Palliativmedizinische Ersterhebung des Patientenstatus inkl. Behandlungsplan	KA	./.	Keine Eignung
04371	Zuschlag zu der Versichertenpauschale 04000 für die palliativmedizinische Betreuung des Patienten in der Arztpraxis	KA	12	Tages- und Quartalsprofil
04372	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 01410 oder 01413 für die palliativmedizinische Betreuung in der Häuslichkeit	KA	12	Tages- und Quartalsprofil
04373	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 01411, 01412 oder 01415 für die palliativmedizinische Betreuung in der Häuslichkeit	KA	./.	Keine Eignung
04410*	Zusatzpauschale Kinderkardiologie	KA	28	Nur Quartalsprofil
04411*	Funktionsanalyse Herzschrittmacher	KA	7	Tages- und Quartalsprofil
04413*	Funktionsanalyse Defibrillator/ Kardioverter	KA	14	Tages- und Quartalsprofil
04414*	Telemedizinische Funktionsanalyse Defibrillator/Kardioverter	KA	14	Nur Quartalsprofil
04415*	Funktionsanalyse CRT	KA	18	Tages- und Quartalsprofil
04416*	Telemedizinische Funktionsanalyse CRT	KA	18	Nur Quartalsprofil
04417*	Zuschlag zu den GOP 04411, 04413 und 04415	KA	./.	Keine Eignung
04419*	Ergospirometrische Untersuchung	9	9	Tages- und Quartalsprofil
04420*	Behandlung eines Herz-Transplantatträgers	KA	15	Nur Quartalsprofil
04421*	Externe elektrische Kardioversion	51	41	Tages- und Quartalsprofil
04430*	Neuropädiatrisches Gespräch, Behandlung, Beratung, Erörterung und/oder Abklärung (Einzelbehandlung)	10	10	Tages- und Quartalsprofil
04431*	Ausführliche neurologisch-motoskopische Untersuchung	2	2	Tages- und Quartalsprofil

GOP[1)]	Kurzlegende	Kalkulations-zeit in Minuten[2)]	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
04433*	Zusatzpauschale Koordination der neuropädiatrischen Betreuung	25	17	Nur Quartalsprofil
04434*	EEG	11	9	Tages- und Quartalsprofil
04435*	Pädiatrische Kurz-Schlaf-EEG-Untersuchung	39	30	Tages- und Quartalsprofil
04436*	Neurophysiologische Untersuchung (SEP, VEP, AEP, MEP)	13	10	Tages- und Quartalsprofil
04437*	Zusatzpauschale Abklärung einer peripheren neuromuskulären Erkrankung	8	8	Tages- und Quartalsprofil
04439*	Elektronystagmo-/Okulographie, Blinkreflexprüfung	7	6	Nur Quartalsprofil
04441*	Zusatzpauschale Behandlung einer Systemerkrankung	14	13	Nur Quartalsprofil
04442*	Zusatzpauschale intensive, aplasieinduzierende und/oder toxizitätsadaptierte, antiproliferative Behandlung	13	12	Nur Quartalsprofil
04443*	Zusatzpauschale intensivierte Nachbetreuung nach Tumorbehandlung und/ oder Transplantation(en) hämatopoetischer Stammzellen	13	12	Nur Quartalsprofil
04511*	Zusatzpauschale Ösophago-Gastroduodenoskopie	14	11	Tages- und Quartalsprofil
04512*	Langzeit-ph-Metrie des Ösophagus	10	6	Tages- und Quartalsprofil
04513*	Perkutane Gastrostomie (PEG) oder Wechsel eines Gastrostomiekatheters	30	26	Tages- und Quartalsprofil
04514*	Zusatzpauschale Koloskopie	37	30	Tages- und Quartalsprofil
04515*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 04511, 04513 und 04514	10	6	Tages- und Quartalsprofil
04516*	Zusatzpauschale Rektoskopie	4	3	Tages- und Quartalsprofil
04517*	Wechsel eines Jejunostomiekatheters	30	26	Tages- und Quartalsprofil
04518*	Zusatzpauschale (Teil-)Koloskopie und/oder Sigmoidoskopie	24	18	Tages- und Quartalsprofil
04519*	Entfernung eines Jejunostomiekatheters	14	11	Tages- und Quartalsprofil
04520*	Zusätzliche Leistung(en) im Zusammenhang mit den	7	6	Tages- und Quartalsprofil

GOP[1)]	Kurzlegende	Kalkulations-zeit in Minuten[2)]	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
	Gebührenordnungspositionen 04514 oder 04518			
04523*	Zusatzpauschale Behandlung eines Dünndarm- und/oder Leber-Transplantatträgers	KA	15	Nur Quartalsprofil
04524*	Entfernung eines Gastrostomiekatheters	2	2	Tages- und Quartalsprofil
04527*	Zusatzpauschale Behandlung eines Bauchspeicheldrüsen-Transplantatträgers	KA	15	Nur Quartalsprofil
04528*	Zusatzpauschale Durchführung einer Kapselendoskopie bei Erkrankungen des Dünndarms	10	8	Tages- und Quartalsprofil
04529*	Zusatzpauschale Auswertung einer Untersuchung mittels Kapselendoskopie bei Erkrankungen des Dünndarms	75	60	Tages- und Quartalsprofil
04530*	Zusatzpauschale pädiatrische Pneumologie	4	3	Nur Quartalsprofil
04532*	Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 04530 für die Durchführung eines unspezifischen bronchialen Provokationstests	6	3	Tages- und Quartalsprofil
04534*	Ergospirometrische Untersuchung	9	9	Tages- und Quartalsprofil
04535*	Schweißtest	2	1	Tages- und Quartalsprofil
04536*	Bestimmung des Säurebasenhaushalts und Blutgasanalyse	2	1	Tages- und Quartalsprofil
04537*	Zusatzpauschale Behandlung eines Lungen- oder Herz-Lungen-Transplantatträgers	KA	15	Nur Quartalsprofil
04538*	FeNO-Messung zur Indikationsstellung einer Therapie mit Dupilumab	1	1	Tages- und Quartalsprofil
04550*	Zusatzpauschale pädiatrische Rheumatologie	17	15	Nur Quartalsprofil
04551*	Zusatzpauschale spezielle pädiatrisch-rheumatologische Funktionsdiagnostik	12	11	Nur Quartalsprofil
04560*	Zusatzpauschale kontinuierliche Betreuung eines chronisch niereninsuffizienten Patienten	KA	15	Nur Quartalsprofil
04561*	Zusatzpauschale kindernephrologische Behandlung eines Nieren- oder Nieren-	KA	15	Nur Quartalsprofil

GOP[1)]	Kurzlegende	Kalkulations-zeit in Minuten[2)]	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
	Bauchspeicheldrüsen-Transplantatträgers			
04562*	Zusatzpauschale kontinuierliche Betreuung eines dialysepflichtigen Patienten	19	13	Nur Quartalsprofil
04563*	Zusatzpauschale zu der GOP 04000 für die Wahrnehmung des Versorgungsauftrages gemäß § 3 Abs. 3 Buchstabe e) Anlage 9.1 BMV-Ä	KA	./.	Keine Eignung
04564*	Zusatzpauschale kindernephrologische Betreuung bei Durchführung der Hämodialyse	KA	8	Tages- und Quartalsprofil
04565*	Zusatzpauschale kindernephrologische Betreuung bei Durchführung einer Peritonealdialyse	KA	4	Tages- und Quartalsprofil
04566*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 04564 und 04565 für die Durchführung einer Trainingsdialyse	KA	12	Nur Quartalsprofil
04572*	Zusatzpauschale kindernephrologische Betreuung bei LDL-Apherese	KA	8	Tages- und Quartalsprofil
04573*	Zusatzpauschale kindernephrologische Betreuung bei Apherese bei rheumatoider Arthritis	KA	8	Tages- und Quartalsprofil
04580*	Zusatzpauschale Diagnostik und Behandlung eines Patienten mit morphologischen Veränderungen einer Hormondrüse	10	9	Nur Quartalsprofil
04590	Anleitung zur Selbstanwendung rtCGM	KA	2	Tages- und Quartalsprofil
05210	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	6	5	Nur Quartalsprofil
05211	Grundpauschale 6. - 59. Lebensjahr	6	5	Nur Quartalsprofil
05212	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	7	6	Nur Quartalsprofil
05215	Zuschlag Hygiene	KA	./.	Keine Eignung
05220	Zuschlag für die anästhesiologische Grundversorgung	KA	./.	Keine Eignung
05222	Zuschlag zur GOP 05220	KA	./.	Keine Eignung
05227	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 05210 bis 05212	KA	./.	Keine Eignung

GOP[1)]	Kurzlegende	Kalkulations-zeit in Minuten[2)]	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
05228	Zuschlag TSS-Terminvermittlung oder Hausarztvermittlungsfall			
05230*	Aufwandserstattung für das Aufsuchen eines Kranken	KA	./.	Keine Eignung
05310*	Präanästhesiologische Untersuchung	8	7	Nur Quartalsprofil
05311*	Präanästhesiologische Untersuchung vor einer geplanten Leistung gemäß § 115f Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V (Hybrid-DRG-Leistungskatalog)	8	7	Nur Quartalsprofil
05315	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31840, 31841, 36840 und 36841	KA	./.	Keine Eignung
05320*	Leitungsanästhesie an der Schädelbasis	7	6	Tages- und Quartalsprofil
05330*	Anästhesie oder Kurznarkose	36	32	Tages- und Quartalsprofil
05331*	Zuschlag weitere 15 Minuten	17	15	Tages- und Quartalsprofil
05340*	Überwachung der Vitalfunktionen	10	15	Tages- und Quartalsprofil
05341*	Analgesie	10	10	Tages- und Quartalsprofil
05350*	Beobachtung und Betreuung	4	4	Tages- und Quartalsprofil
05360*	Periduralanästhesie im Zusammenhang mit der Erbringung einer der Gebührenordnungspositionen 08411 bis 08416	16	12	Tages- und Quartalsprofil
05361*	Dokumentierte Überwachung im Anschluss an die Gebührenordnungsposition 05360	8	4	Tages- und Quartalsprofil
05370*	Anästhesie und/oder Narkose, bis zu einer Schnitt-Naht-Zeit von 15 Minuten	36	25	Tages- und Quartalsprofil
05371*	Zuschlag zu der Nr. 05370 bei Fortsetzung einer Anästhesie und/ oder Narkose	15	10	Tages- und Quartalsprofil
05372*	Beobachtung und Betreuung eines Patienten nach einem operativen oder diagnostischen Eingriff nach der Nr. 05370	12	8	Tages- und Quartalsprofil
06210	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	11	8	Nur Quartalsprofil

GOP[1)]	Kurzlegende	Kalkulations-zeit in Minuten[2)]	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
06211	Grundpauschale 6. - 59. Lebensjahr	8	7	Nur Quartalsprofil
06212	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	10	9	Nur Quartalsprofil
06215	Zuschlag Hygiene	KA	./.	Keine Eignung
06220	Zuschlag für die augenärztliche Grundversorgung	KA	./.	Keine Eignung
06222	Zuschlag zur GOP 06220	KA	./.	Keine Eignung
06225	Zuschlag für die Behandlung durch (einen) konservativ tätige(n) Augenarzt/-ärzte	8	7	Nur Quartalsprofil
06227	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 06210 bis 06212	KA	./.	Keine Eignung
06228	Zuschlag TSS-Terminvermittlung oder Hausarztvermittlungsfall			
06310	Fortlaufende Tonometrie	6	5	Tages- und Quartalsprofil
06312*	Elektrophysiologische Untersuchung	12	10	Nur Quartalsprofil
06320	Zusatzpauschale Schielbehandlung bis 5. Lebensjahr°	6	4	Nur Quartalsprofil
06321	Zusatzpauschale Schielbehandlung ab 6. Lebensjahr°	6	4	Nur Quartalsprofil
06330	Perimetrie	2	2	Tages- und Quartalsprofil
06331*	Fluoreszenzangiographie	9	8	Tages- und Quartalsprofil
06332*	PDT	KA	32	Nur Quartalsprofil
06333	Binokulare Untersuchung des Augenhintergrundes	3	3	Tages- und Quartalsprofil
06334	Zusatzpauschale für die Betreuung eines Patienten nach Eingriff gemäß 31371, 31373, 36371 oder 36373 am rechten Auge	9	7	Tages- und Quartalsprofil
06335	Zusatzpauschale für die Betreuung eines Patienten nach Eingriff gemäß 31372, 31373, 36372 oder 36373 am linken Auge	9	7	Tages- und Quartalsprofil
06336	Optische Kohärenztomographie zur Diagnostik am rechten Auge	6	5	Tages- und Quartalsprofil
06337	Optische Kohärenztomographie zur Diagnostik am linken Auge	6	5	Tages- und Quartalsprofil

GOP[1)]	Kurzlegende	Kalkulations-zeit in Minuten[2)]	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
06338	Optische Kohärenztomographie zur Therapiesteuerung am rechten Auge	6	5	Tages- und Quartalsprofil
06339	Optische Kohärenztomographie zur Therapiesteuerung am linken Auge	6	5	Tages- und Quartalsprofil
06340	Anpassung einer Verbandlinse	6	6	Nur Quartalsprofil
06341	Erstanpassung und Auswahl der Kontaktlinse(n)	31	31	Nur Quartalsprofil
06342	Prüfung auf Sitz und Verträglichkeit einer (von) Kontaktlinsen	6	6	Nur Quartalsprofil
06343	Bestimmung von Sehhilfen	11	11	Nur Quartalsprofil
06350	Kleinchirurgischer Eingriff am Auge I und/oder primäre Wundversorgung am Auge	4	4	Tages- und Quartalsprofil
06351	Kleinchirurgischer Eingriff am Auge II und/oder primäre Wundversorgung am Auge	5	5	Tages- und Quartalsprofil
06352	Kleinchirurgischer Eingriff am Auge III und/oder primäre Wundversorgung am Auge bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern	11	11	Tages- und Quartalsprofil
06362*	Hornhauttomographie	3	2	Tages- und Quartalsprofil
07210	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	18	15	Nur Quartalsprofil
07211	Grundpauschale 6. - 59. Lebensjahr	18	14	Nur Quartalsprofil
07212	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	21	16	Nur Quartalsprofil
07215	Zuschlag Hygiene	KA	./.	Keine Eignung
07220	Zuschlag für die chirurgische Grundversorgung	KA	./.	Keine Eignung
07222	Zuschlag zur GOP 07220	KA	./.	Keine Eignung
07227	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 07210 bis 07212	KA	./.	Keine Eignung
07228	Zuschlag TSS-Terminvermittlung oder Hausarztvermittlungsfall			
07310	Zusatzpauschale Behandlung und ggf. Diagnostik von Erkrankung(en) des Stütz- und Bewegungsapparates bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern	15	14	Nur Quartalsprofil

GOP[1)]	Kurzlegende	Kalkulations-zeit in Minuten[2)]	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
07311	Zusatzpauschale Behandlung und ggf. Diagnostik von Erkrankung(en) des Stütz- und Bewegungsapparates bei Jugendlichen und Erwachsenen	13	12	Nur Quartalsprofil
07320	Zusatzpauschale Diagnostik und/oder Therapie bei visceralchirurgischer(n) Erkrankung(en) und/oder Eingriff(en)	10	9	Nur Quartalsprofil
07330	Zusatzpauschale Behandlung eines Patienten mit einer Funktionsstörung der Hand	13	12	Nur Quartalsprofil
07340	Behandlung sekundär heilender Wunde(n)	12	11	Nur Quartalsprofil
07345*	Zusatzpauschale Onkologie	14	13	Nur Quartalsprofil
08210	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	9	7	Nur Quartalsprofil
08211	Grundpauschale 6. - 59. Lebensjahr	11	9	Nur Quartalsprofil
08212	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	11	9	Nur Quartalsprofil
08215	Zuschlag Hygiene	KA	./.	Keine Eignung
08220	Zuschlag für die gynäkologische Grundversorgung	KA	./.	Keine Eignung
08222	Zuschlag zur GOP 08220	KA	./.	Keine Eignung
08227	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 08210 bis 08212	KA	./.	Keine Eignung
08228	Zuschlag TSS-Terminvermittlung oder Hausarztvermittlungsfall			
08230*	Zuschlag Reproduktionsmedizin	16	13	Nur Quartalsprofil
08231*	Zusatzpauschale Geburtshilfe	8	6	Nur Quartalsprofil
08310*	Apparative Untersuchung bei Harninkontinenz	43	32	Nur Quartalsprofil
08311*	Urethro(-zysto)skopie	7	5	Tages- und Quartalsprofil
08312*	Transurethrale Therapie mit Botulinumtoxin	KA	8	Tages- und Quartalsprofil
08313*	Beobachtung im Anschluss an die transurethrale Therapie mit Botulinumtoxin	KA	4	Tages- und Quartalsprofil

GOP[1)]	Kurzlegende	Kalkulations-zeit in Minuten[2)]	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
08315	Zytologische Untersuchung zur Diagnostik der hormonellen Funktion	KA	2	Tages- und Quartalsprofil
08320*	Mammastanzbiopsie	17	13	Tages- und Quartalsprofil
08330	Ring, Pessar Applikation	4	3	Tages- und Quartalsprofil
08331	Subkutane Applikation eines Depot-Kontrazeptivums	4	3	Tages- und Quartalsprofil
08332	Vaginoskopie	5	3	Tages- und Quartalsprofil
08333*	Zusatzpauschale Prokto-/ Rektoskopie	4	3	Tages- und Quartalsprofil
08334*	Zuschlag für die Polypenentfernung	5	4	Tages- und Quartalsprofil
08340	Gewinnung von Zellmaterial aus der Gebärmutterhöhle	3	3	Tages- und Quartalsprofil
08341*	Prüfung der Eileiter auf Durchgängigkeit mittels sonographischer Kontrastmitteluntersuchung	7	6	Nur Quartalsprofil
08345*	Zusatzpauschale Onkologie	14	13	Nur Quartalsprofil
08347*	Erörterung der Besonderheiten des biomarkerbasierten Tests bei Patientinnen mit primärem Mammakarzinom	5	5	Tages- und Quartalsprofil
08410*	Verweilen im Gebärraum	30	30	Tages- und Quartalsprofil
08411*	Geburt	53	47	Tages- und Quartalsprofil
08412*	Zuschlag Leitung und Betreuung einer komplizierten Geburt	26	20	Tages- und Quartalsprofil
08413*	Äußere Wendung	16	12	Tages- und Quartalsprofil
08414*	Innere oder kombinierte Wendung	26	20	Tages- und Quartalsprofil
08415*	Zuschlag Schnittentbindung	37	28	Tages- und Quartalsprofil
08416*	Entfernung der Nachgeburt	16	12	Tages- und Quartalsprofil
08510*	Erstellung eines Behandlungsplans	KA	./.	Keine Eignung
08520*	Beratung des Ehepaares gemäß Nr. 16 der Richtlinien über künstliche Befruchtung	KA	12	Nur Quartalsprofil

GOP[1)]	Kurzlegende	Kalkulations-zeit in Minuten[2)]	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
08521*	Beratung des Ehepaares gemäß Nr. 14 der Richtlinien über künstliche Befruchtung	KA	16	Nur Quartalsprofil
08530*	Intrazervikale, intrauterine oder intratubare homologe Insemination im Spontanzyklus	KA	24	Nur Quartalsprofil
08531*	Intrazervikale, intrauterine oder intratubare homologe Insemination nach hormoneller Stimulation	KA	24	Nur Quartalsprofil
08535*	Stimulationsbehandlung zur In-Vitro-Fertilisation (IVF), Intracytoplasmatischen Spermieninjektion (ICSI) oder zum intratubaren Gametentransfer (GIFT)	KA	18	Nur Quartalsprofil
08536*	Endometriumsvorbereitung	KA	8	Nur Quartalsprofil
08537*	Ultraschallgezielte und/oder laparoskopische Follikelpunktion zur intendierten Eizellentnahme	KA	25	Nur Quartalsprofil
08538*	Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 08537 bei ambulanter Durchführung	KA	./.	Keine Eignung
08539*	Identifizierung von Eizelle(n) in der Follikelflüssigkeit und Beurteilung der Reifestadien der Eizelle(n), nach Durchführung einer ultraschallgezielten und/oder einer laparoskopischen Follikelpunktion	KA	10	Nur Quartalsprofil
08540*	Gewinnung und Untersuchung(en) des Spermas	KA	./.	Keine Eignung
08550*	Extrakorporale Befruchtung mit natürlicher Eizell-Spermien-Interaktion (In-vitro-Fertilisation (IVF)), inklusive Kultivierung bis zum Embryonentransfer (ET)	KA	40	Nur Quartalsprofil
08555*	Extrakorporale Befruchtung mittels intrazytoplasmatischer Spermieninjektion (ICSI)	KA	60	Nur Quartalsprofil
08558*	Embryo-Transfer (ET), ggf. als Zygotentransfer und/oder als intratubarer Embryo-Transfer (EIFT) oder intratubarer Gameten-Transfer (GIFT)	KA	22	Nur Quartalsprofil
08575*	Humangenetische Beratung und Begutachtung im Zusammenhang mit einer Maßnahme nach Nr. 10.5 der Richtlinien über künstliche Befruchtung bei evidentem	KA	32	Nur Quartalsprofil

GOP[1)]	Kurzlegende	Kalkulations-zeit in Minuten[2)]	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
	genetischen und/oder teratogenen Risiko			
08576*	Zuschlag für Gemeinkosten und die wissenschaftliche ärztliche Beurteilung und Befundung humangenetischer Untersuchungen gemäß Nr. 10.5 der Richtlinien über künstliche Befruchtung des G-BA	KA	24	Nur Quartalsprofil
08619	Beratung Kryo-RL	7	6	Nur Quartalsprofil
08621*	Reproduktionsmedizinische Beratung zur Kryokonservierung von Ei- oder Samenzellen oder von Hodengewebe gemäß Kryo-RL	10	10	Nur Quartalsprofil
08622*	Reproduktionsmedizinische Beratung im Zusammenhang mit § 5 Abs. 2 Nr. 3 Kryo-RL	10	10	Nur Quartalsprofil
08623*	Andrologische Beratung gemäß Kryo-RL	7	6	Nur Quartalsprofil
08635*	Stimulationsbehandlung zur Kryokonservierung von Eizellen (Kryo-RL)	KA	18	Nur Quartalsprofil
08637*	Ultraschallgezielte und/oder laparoskopische Follikelpunktion zur intendierten Eizellentnahme (Kryo-RL)	KA	25	Nur Quartalsprofil
08638*	Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 08637 bei ambulanter Durchführung	KA	./.	Keine Eignung
08639*	Identifizierung von Eizelle(n) in der Follikelflüssigkeit und Beurteilung der Reifestadien der Eizelle(n) zur Kryokonservierung, nach Durchführung einer ultraschallgezielten und/oder einer laparoskopischen Follikelpunktion	KA	10	Nur Quartalsprofil
08640*	Gewinnung, Untersuchung und Aufbereitung des Spermas (Kryo-RL)	KA	./.	Keine Eignung
08641*	Aufbereiten und Untersuchung von Hodengewebe nach testikulärer Spermienextraktion (Kryo-RL)	KA	./.	Keine Eignung
08642*	Aufbereiten und Untersuchung von Ovarialgewebe nach Entnahme zur Kryokonservierung	KA	./.	Keine Eignung
08643*	Aufbereiten und Einfrieren von Ovarialgewebe	KA	./.	Keine Eignung
08644*	Aufbereiten und Einfrieren von der/den Eizelle(n)	KA	./.	Keine Eignung

GOP[1)]	Kurzlegende	Kalkulations-zeit in Minuten[2)]	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
08645*	Aufbereiten und Einfrieren von Samenzellen oder Hodengewebe	KA	./.	Keine Eignung
08646*	Auftauen und Aufbereiten von der/ den Eizelle(n)	KA	./.	Keine Eignung
08647*	Auftauen und Aufbereiten von Samenzellen oder männlichem Keimzellgewebe	KA	./.	Keine Eignung
08648*	Spermienpräparation aus Hodengewebe nach testikulärer Spermienextraktion und Aufbereiten nach Kryokonservierung	KA	./.	Keine Eignung
08649*	Auftauen und Aufbereiten von Ovarialgewebe	KA	./.	Keine Eignung
09210	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	20	17	Nur Quartalsprofil
09211	Grundpauschale 6. - 59. Lebensjahr	16	13	Nur Quartalsprofil
09212	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	17	14	Nur Quartalsprofil
09215	Zuschlag Hygiene	KA	./.	Keine Eignung
09220	Zuschlag für die Hals-Nasen-Ohrenärztliche Grundversorgung	KA	./.	Keine Eignung
09222	Zuschlag zur GOP 09220	KA	./.	Keine Eignung
09227	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 09210 bis 09212	KA	./.	Keine Eignung
09228	Zuschlag TSS-Terminvermittlung oder Hausarztvermittlungsfall			
09310*	Tamponade der hinteren Nasenabschnitte und/oder des Nasenrachenraumes	5	4	Tages- und Quartalsprofil
09311	Lupenlaryngoskopie	6	4	Tages- und Quartalsprofil
09312*	Schwebe- oder Stützlaryngoskopie	11	10	Tages- und Quartalsprofil
09313*	Direkte Laryngoskopie mittels Endoskop beim Neugeborenen, Säugling, Kleinkind oder Kind bis zum vollendeten 5. Lebensjahr	20	15	Tages- und Quartalsprofil
09314*	Stroboskopische Untersuchung der Stimmlippen	6	5	Tages- und Quartalsprofil
09315*	Bronchoskopie	25	19	Tages- und Quartalsprofil
09316*	Zuschlag Intervention, Perbronchiale Biopsie, BAL	8	7	Tages- und Quartalsprofil

GOP[1)]	Kurzlegende	Kalkulations-zeit in Minuten[2)]	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
09317*	Ösophagoskopie	10	8	Tages- und Quartalsprofil
09318*	Videostroboskopie	11	8	Tages- und Quartalsprofil
09320	Tonschwellenaudiometrie	2	2	Tages- und Quartalsprofil
09321	Zuschlag Sprachaudiometrie	2	2	Tages- und Quartalsprofil
09322	Zuschlag Kinderaudiometrie an einer sonstigen Kinderaudiometrieanlage	2	2	Tages- und Quartalsprofil
09323	Reflexbestimmung an den Mittelohrmuskeln	KA	1	Tages- und Quartalsprofil
09324	Abklärung einer vestibulo-cochleären Erkrankung mittels Messung(en) otoakustischer Emissionen	3	2	Tages- und Quartalsprofil
09325	Prüfung der Labyrinthe mit nystagmographischer Aufzeichnung	7	5	Tages- und Quartalsprofil
09326	Retro-cochleäre Erkrankung	13	10	Tages- und Quartalsprofil
09327	Hörschwellenbestimmung in Sedierung	13	10	Tages- und Quartalsprofil
09329	Zusatzpauschale bei der Behandlung eines Patienten mit akuter, schwer stillbarer Nasenblutung	20	20	Tages- und Quartalsprofil
09330	Zusatzpauschale Untersuchung der Stimme	15	15	Tages- und Quartalsprofil
09331	Zusatzpauschale Untersuchung des Sprechens und der Sprache	13	13	Tages- und Quartalsprofil
09332	Zusatzpauschale Aphasie, Dysarthrie und/oder Dysphagie	24	20	Nur Quartalsprofil
09333	Stimmfeldmessung	3	3	Tages- und Quartalsprofil
09335	Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 09320 bei Durchführung einer Kinderaudiometrie an einer speziellen Kinderaudiometrieanlage	KA	5	Tages- und Quartalsprofil
09336	Kindersprachaudiometrie an einer speziellen Kinderaudiometrieanlage	KA	7	Tages- und Quartalsprofil
09343	Zusatzpauschale bei der Diagnostik des Tinnitus	16	13	Nur Quartalsprofil
09345*	Zusatzpauschale Onkologie	14	13	Nur Quartalsprofil

GOP[1)]	Kurzlegende	Kalkulations-zeit in Minuten[2)]	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
09350	Wechsel und/oder Entfernung einer pharyngo-trachealen Sprechprothese und/oder Wechsel einer Trachealkanüle	13	13	Tages- und Quartalsprofil
09351	Anlage einer Paukenhöhlendrainage	KA	4	Tages- und Quartalsprofil
09360	Kleinchirurgischer Eingriff I im Hals-Nasen-Ohren-Mund-Bereich	4	4	Tages- und Quartalsprofil
09361	Kleinchirurgischer Eingriff II im Hals-Nasen-Ohren-Mund-Bereich und/oder primäre Wundversorgung im Hals-Nasen-Ohren-Mund-Bereich	5	5	Tages- und Quartalsprofil
09362	Kleinchirurgischer Eingriff III im Hals-Nasen-Ohren-Mund-Bereich und/oder primäre Wundversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern im Hals-Nasen-Ohren-Mund-Bereich	8	8	Tages- und Quartalsprofil
09364	Zusatzpauschale für die Nachsorge der operativen Behandlung eines Patienten mit chronischer Sinusitis	6	4	Tages- und Quartalsprofil
09365	Zusatzpauschale für die postoperative Nachsorge nach Tympanoplastik	6	4	Tages- und Quartalsprofil
09372	Hörgeräteversorgung beim Jugendlichen und Erwachsenen	KA	11	Nur Quartalsprofil
09373	Zusatzpauschale für die erste Nachuntersuchung nach Hörgeräteversorgung beim Jugendlichen und Erwachsenen	KA	10	Nur Quartalsprofil
09374	Zusatzpauschale für die Nachsorge(n) bei Hörgeräteversorgung	KA	8	Nur Quartalsprofil
09375	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 09373 und 09374 bei Abstimmung mit dem Hörgeräteakustiker	5	4	Tages- und Quartalsprofil
10210	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	10	8	Nur Quartalsprofil
10211	Grundpauschale 6. - 59. Lebensjahr	10	8	Nur Quartalsprofil
10212	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	11	9	Nur Quartalsprofil
10215	Zuschlag Hygiene	KA	./.	Keine Eignung
10220	Zuschlag für die hautärztliche Grundversorgung	KA	./.	Keine Eignung
10222	Zuschlag zur GOP 10220	KA	./.	Keine Eignung

GOP[1)]	Kurzlegende	Kalkulations-zeit in Minuten[2)]	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
10227	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 10210 bis 10212	KA	./.	Keine Eignung
10228	Zuschlag TSS-Terminvermittlung oder Hausarztvermittlungsfall			
10310	Bestimmung der Erythemschwelle	2	2	Tages- und Quartalsprofil
10320*	Behandlung von Naevi flammei	KA	1	Nur Quartalsprofil
10322*	Behandlung von Hämangiomen	KA	1	Tages- und Quartalsprofil
10324*	Behandlung von Naevi flammei und/oder Hämangiomen	KA	1	Tages- und Quartalsprofil
10330	Komplex Wundbehandlung	12	11	Nur Quartalsprofil
10340	Kleinchirurgischer Eingriff I und/ oder primäre Wundversorgung oder Epilation	3	3	Tages- und Quartalsprofil
10341	Kleinchirurgischer Eingriff II und/ oder primäre Wundversorgung	5	5	Tages- und Quartalsprofil
10342	Kleinchirurgischer Eingriff III und/ oder primäre Wundversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern	10	10	Tages- und Quartalsprofil
10343	(Teil-)Exzision am Körperstamm bzw. Extremitäten	6	5	Tages- und Quartalsprofil
10344	(Teil-)Exzision im Kopf-/ Gesichtsbereich bzw. Hand	10	9	Tages- und Quartalsprofil
10345*	Zusatzpauschale Onkologie	14	13	Nur Quartalsprofil
10350*	Balneophototherapie	KA	1	Tages- und Quartalsprofil
11210	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	KA	34	Nur Quartalsprofil
11211	Grundpauschale 6. - 59. Lebensjahr	KA	38	Nur Quartalsprofil
11212	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	KA	35	Nur Quartalsprofil
11215	Zuschlag Hygiene	KA	./.	Keine Eignung
11228	Zuschlag TSS-Terminvermittlung oder Hausarztvermittlungsfall			
11230*	Humangenetische Beurteilung	KA	7	Nur Quartalsprofil
11233*	Ausführliche humangenetische Beurteilung wegen evidentem	KA	32	Nur Quartalsprofil

GOP[1)]	Kurzlegende	Kalkulations-zeit in Minuten[2)]	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
	genetischen und/oder teratogenen Risiko			
11234*	Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 11233	KA	32	Nur Quartalsprofil
11235*	Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 11233 für komplexe genetisch bedingte manifeste Erkrankungen	KA	41	Nur Quartalsprofil
11236*	Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 11233 für Fehlbildungssyndrome bis zum vollendeten 18. Lebensjahr	KA	46	Nur Quartalsprofil
11301*	Grundpauschale humangenetische In-vitro-Diagnostik bei Probeneinsendung	KA	6	Nur Quartalsprofil
11302*	Zuschlag zu den GOP des Abschnitts 11.4.2 und den GOP 11716 bis 11719, 11721 bis 11726, 11728 und 11730 für Gemeinkosten, wissenschaftliche ärztliche Beurteilung und Befundung komplexer genetischer Analysen	KA	14	Nur Quartalsprofil
11303*	Erneute Beurteilung und Befundung von Varianten mit unklarer klinischer oder wahrscheinlich pathogener Relevanz bei Analysen nach den GOP 11719 und 11724 bis 11727, deren letzte Beurteilung mindestens ein Jahr zurückliegt	KA	18	Nur Quartalsprofil
11305*	Zuschlag zu den GOP 11727 und 11743 für Gemeinkosten und die wissenschaftliche ärztliche Beurteilung und Befundung komplexer genetischer Analysen im individuellen klinischen Kontext bei seltenen Erkrankungen	KA	14	Nur Quartalsprofil
11601*	Nachweis oder Ausschluss von Mutationen in den BRCA1- und BRCA2-Genen in der Keimbahn gemäß Fachinformation	KA	14	Nur Quartalsprofil
11700*	Zusatzpauschale humangenetische In-vitro-Diagnostik bei isolierten Organerkrankungen	KA	./.	Keine Eignung
11701*	Zusatzpauschale humangenetische In-vitro-Diagnostik bei metabolischen oder endokrinen Erkrankungen	KA	./.	Keine Eignung
11702*	Zusatzpauschale humangenetische In-vitro-Diagnostik bei Syndromen	KA	./.	Keine Eignung

GOP[1)]	Kurzlegende	Kalkulations-zeit in Minuten[2)]	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
	mit Fehlbildungen und/oder Wachstumsstörungen			
11703*	Zusatzpauschale humangenetische In-vitro-Diagnostik bei neurologischen, motorischen und/ oder Entwicklungsstörungen	KA	./.	Keine Eignung
11704*	Zusatzpauschale humangenetische In-vitro-Diagnostik bei Erkrankungen des hämostaseologischen und/ oder blutbildenden Systems einschließlich des Immunsystems	KA	./.	Keine Eignung
11705*	Zusatzpauschale humangenetische In-vitro-Diagnostik bei Erkrankungen der Sinnesorgane	KA	./.	Keine Eignung
11706*	Zusatzpauschale humangenetische In-vitro-Diagnostik bei erblichen Tumorerkrankungen	KA	./.	Keine Eignung
11707*	Zusatzpauschale humangenetische In-vitro-Diagnostik bei Erkrankungen des Haut-, Bindegewebe- und/oder Skelettsystems	KA	./.	Keine Eignung
11708*	Zusatzpauschale humangenetische In-vitro-Diagnostik bei kardialen Erkrankungen	KA	./.	Keine Eignung
12210*	Konsiliarpauschale	6	4	Nur Quartalsprofil
12215	Zuschlag Hygiene	KA	./.	Keine Eignung
12222*	Grundpauschale für Vertragsärzte, die zur Versorgung gemäß Kapitel 12 zugelassen sind, für Auftragsleistungen im Abschnitt 32.2	KA	./.	Keine Eignung
12223*	Grundpauschale für Vertragsärzte, die zur Versorgung gemäß Kapitel 12 zugelassen sind, für Auftragsleistungen im Abschnitt 32.3 sowie nach den Gebührenordnungspositionen 01840 und 01915	KA	./.	Keine Eignung
12224	Untersuchungsauftrag auf Muster 10, der zur Durchführung vollständig an eine andere Arztpraxis weiterüberwiesen wird	KA	./.	Keine Eignung
13210	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	9	8	Nur Quartalsprofil
13211	Grundpauschale 6. - 59. Lebensjahr	14	11	Nur Quartalsprofil

GOP[1)]	Kurzlegende	Kalkulations-zeit in Minuten[2)]	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
13212	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	15	12	Nur Quartalsprofil
13215	Zuschlag Hygiene	KA	./.	Keine Eignung
13220	Zuschlag für die allgemeine internistische Grundversorgung	KA	./.	Keine Eignung
13222	Zuschlag zur GOP 13220	KA	./.	Keine Eignung
13227	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 13210 bis 13212	KA	./.	Keine Eignung
13228	Zuschlag TSS-Terminvermittlung oder Hausarztvermittlungsfall			
13250*	Zusatzpauschale fachinternistische Behandlung	7	7	Nur Quartalsprofil
13251*	Belastungs-EKG	7	6	Tages- und Quartalsprofil
13252*	Aufzeichnung eines Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden Dauer	1	1	Nur Quartalsprofil
13253*	Computergestützte Auswertung eines kontinuierlich aufgezeichneten Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden Dauer	7	7	Nur Quartalsprofil
13254*	Langzeit-Blutdruckmessung	2	2	Tages- und Quartalsprofil
13255*	Spirographische Untersuchung	2	2	Tages- und Quartalsprofil
13256*	Bestimmung des Säurebasenhaushalts und Blutgasanalyse	2	1	Tages- und Quartalsprofil
13257*	Zusatzpauschale Prokto-/ Rektoskopie	4	3	Tages- und Quartalsprofil
13258*	Allergologische Basisdiagnostik	3	3	Nur Quartalsprofil
13260*	Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 13257 für Polypenentfernung(en)	5	4	Tages- und Quartalsprofil
13290	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	15	12	Nur Quartalsprofil
13291	Grundpauschale 6. - 59. Lebensjahr	16	13	Nur Quartalsprofil
13292	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	16	13	Nur Quartalsprofil
13294	Zuschlag für die angiologisch-internistische Grundversorgung	KA	./.	Keine Eignung
13295	Zuschlag Hygiene	KA	./.	Keine Eignung
13296	Zuschlag zur GOP 13294	KA	./.	Keine Eignung

GOP[1)]	Kurzlegende	Kalkulations-zeit in Minuten[2)]	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
13297	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 13290 bis 13292	KA	./.	Keine Eignung
13298	Zuschlag TSS-Terminvermittlung oder Hausarztvermittlungsfall			
13300*	Zusatzpauschale Angiologie	29	26	Nur Quartalsprofil
13301*	Laufband-Ergometrie im Zusammenhang mit der Gebührenordnungsposition 13300	1	1	Tages- und Quartalsprofil
13310*	Zusatzpauschale intermittierende fibrinolytische Therapie und/oder Prostanoidtherapie	4	4	Tages- und Quartalsprofil
13311*	Systemische fibrinolytische Therapie arterieller oder venöser Thrombosen bei belegärztlicher Behandlung	5	5	Tages- und Quartalsprofil
13340	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	13	11	Nur Quartalsprofil
13341	Grundpauschale 6. - 59. Lebensjahr	16	13	Nur Quartalsprofil
13342	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	16	13	Nur Quartalsprofil
13344	Zuschlag für die endokrinologisch-internistische Grundversorgung	KA	./.	Keine Eignung
13345	Zuschlag Hygiene	KA	./.	Keine Eignung
13346	Zuschlag zur GOP 13344	KA	./.	Keine Eignung
13347	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 13340 bis 13342	KA	./.	Keine Eignung
13348	Zuschlag TSS-Terminvermittlung oder Hausarztvermittlungsfall			
13350*	Zusatzpauschale Hormondrüsen-Fehlfunktion	10	9	Nur Quartalsprofil
13360	Anleitung zur Selbstanwendung rtCGM	KA	2	Tages- und Quartalsprofil
13390	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	8	7	Nur Quartalsprofil
13391	Grundpauschale 6. - 59. Lebensjahr	13	10	Nur Quartalsprofil
13392	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	13	11	Nur Quartalsprofil
13394	Zuschlag für die gastroenterologisch-internistische Grundversorgung	KA	./.	Keine Eignung
13395	Zuschlag Hygiene	KA	./.	Keine Eignung

GOP[1)]	Kurzlegende	Kalkulations-zeit in Minuten[2)]	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
13396	Zuschlag zur GOP 13394	KA	./.	Keine Eignung
13397	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 13390 bis 13392	KA	./.	Keine Eignung
13398	Zuschlag TSS-Terminvermittlung oder Hausarztvermittlungsfall			
13400*	Zusatzpauschale Ösophago-Gastroduodenoskopie	14	11	Tages- und Quartalsprofil
13401*	Zusätzliche Leistung(en) im Zusammenhang mit der GOP 13400	10	6	Tages- und Quartalsprofil
13402*	Polypektomie(n) im Zusammenhang mit der Nr. 13400	9	7	Tages- und Quartalsprofil
13410*	Bougierung des Ösophagus oder Kardiasprengung	10	9	Tages- und Quartalsprofil
13411*	Einsetzen einer Ösophagusprothese	32	29	Tages- und Quartalsprofil
13412*	Perkutane Gastrostomie oder Wechsel eines Gastrostomiekatheters	30	26	Tages- und Quartalsprofil
13413*	Wechsel eines Jejunostomiekatheters	30	26	Tages- und Quartalsprofil
13414*	Entfernung eines Jejunostomiekatheters	14	11	Tages- und Quartalsprofil
13416*	Entfernung eines Gastrostomiekatheters	2	2	Tages- und Quartalsprofil
13421*	Zusatzpauschale Koloskopie	37	30	Tages- und Quartalsprofil
13422*	Zusatzpauschale (Teil-)Koloskopie	23	18	Tages- und Quartalsprofil
13423*	Zusätzliche Leistung(en) im Zusammenhang mit den Gebührenordnungspositionen 13421 und 13422	7	6	Tages- und Quartalsprofil
13424*	Laservaporisation(en) und/oder Argon-Plasma-Koagulation(en) im Zusammenhang mit den Nrn. 13400, 13421 oder 13422	14	10	Tages- und Quartalsprofil
13425*	Zusatzpauschale Durchführung einer Kapselendoskopie bei Erkrankungen des Dünndarms	10	8	Tages- und Quartalsprofil
13426*	Zusatzpauschale Auswertung einer Untersuchung mittels Kapselendoskopie bei Erkrankungen des Dünndarms	75	60	Tages- und Quartalsprofil
13430*	Zusatzpauschale bilio-pankreatische Diagnostik	30	27	Tages- und Quartalsprofil

GOP[1)]	Kurzlegende	Kalkulations-zeit in Minuten[2)]	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
13431*	Zusatzpauschale bilio-pankreatische Therapie	50	44	Tages- und Quartalsprofil
13435*	Zusatzpauschale Onkologie	14	13	Nur Quartalsprofil
13437*	Zusatzpauschale Behandlung eines Dünndarm- und/oder Leber-Transplantatträgers	KA	15	Nur Quartalsprofil
13439*	Zusatzpauschale Behandlung eines Bauchspeicheldrüsen-Transplantatträgers	KA	15	Nur Quartalsprofil
13490	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	19	15	Nur Quartalsprofil
13491	Grundpauschale 6. - 59. Lebensjahr	24	20	Nur Quartalsprofil
13492	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	25	20	Nur Quartalsprofil
13494	Zuschlag für die hämato-/ onkologisch-internistische Grundversorgung	KA	./.	Keine Eignung
13495	Zuschlag Hygiene	KA	./.	Keine Eignung
13496	Zuschlag zur GOP 13494	KA	./.	Keine Eignung
13497	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 13490 bis 13492	KA	./.	Keine Eignung
13498	Zuschlag TSS-Terminvermittlung oder Hausarztvermittlungsfall			
13500*	Zusatzpauschale hämatologische, onkologische, immunologische Erkrankung	14	13	Nur Quartalsprofil
13501*	Zusatzpauschale Betreuung nach Transplantation	13	12	Nur Quartalsprofil
13502*	Zusatzpauschale aplasieinduzierende/Toxizitäts-adaptierte Therapie	13	12	Nur Quartalsprofil
13505*	Aderlass	2	2	Tages- und Quartalsprofil
13507*	Erörterung der Besonderheiten des biomarkerbasierten Tests bei Patientinnen mit primärem Mammakarzinom	5	5	Tages- und Quartalsprofil
13540	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	12	10	Nur Quartalsprofil
13541	Grundpauschale 6. - 59. Lebensjahr	16	13	Nur Quartalsprofil
13542	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	17	14	Nur Quartalsprofil

GOP[1)]	Kurzlegende	Kalkulations-zeit in Minuten[2)]	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
13543	Zuschlag für die kardiologisch-internistische Grundversorgung	KA	./.	Keine Eignung
13544	Zuschlag zur GOP 13543	KA	./.	Keine Eignung
13545*	Zusatzpauschale Kardiologie	KA	28	Nur Quartalsprofil
13546	Zuschlag Hygiene	KA	./.	Keine Eignung
13547	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 13540 bis 13542	KA	./.	Keine Eignung
13548	Zuschlag TSS-Terminvermittlung oder Hausarztvermittlungsfall			
13551*	Elektrostimulation des Herzens	22	20	Tages- und Quartalsprofil
13552*	Externe elektrische Kardioversion	51	41	Tages- und Quartalsprofil
13560*	Ergospirometrie	9	9	Tages- und Quartalsprofil
13561*	Zusatzpauschale Behandlung eines Herz-Transplantatträgers	KA	15	Nur Quartalsprofil
13571*	Funktionsanalyse Herzschrittmacher	KA	7	Tages- und Quartalsprofil
13573*	Funktionsanalyse Defibrillator/ Kardioverter	KA	14	Tages- und Quartalsprofil
13574*	Telemedizinische Kontrolle Defibrillator/Kardioverter	KA	14	Nur Quartalsprofil
13575*	Funktionsanalyse CRT	KA	18	Tages- und Quartalsprofil
13576*	Telemedizinische Funktionsanalyse CRT	KA	18	Nur Quartalsprofil
13577*	Zuschlag zu den GOP 13571, 13573 und 13575	KA	./.	Keine Eignung
13578	Indikationsstellung zur Überwachung eines Patienten im Rahmen des Telemonitoring bei Herzinsuffizienz	5	5	Nur Quartalsprofil
13579	Zusatzpauschale für die Betreuung eines Patienten im Rahmen des Telemonitoring bei Herzinsuffizienz	10	8	Nur Quartalsprofil
13583*	Anleitung und Aufklärung durch ein Telemedizinzentrum zum Telemonitoring bei Herzinsuffizienz	6	4	Nur Quartalsprofil
13584*	Telemonitoring bei Herzinsuffizienz mittels kardialem Aggregat	28	22	Nur Quartalsprofil
13585*	Zuschlag zur GOP 13584 für das intensivierte Telemonitoring bei	10	8	Nur Quartalsprofil

GOP[1)]	Kurzlegende	Kalkulations-zeit in Minuten[2)]	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
	Herzinsuffizienz mittels kardialem Aggregat			
13586*	Telemonitoring bei Herzinsuffizienz mittels externen Messgeräten	31	25	Nur Quartalsprofil
13587*	Zuschlag zur GOP 13586 für das intensivierte Telemonitoring bei Herzinsuffizienz mittels externen Messgeräten	10	8	Nur Quartalsprofil
13590	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	11	9	Nur Quartalsprofil
13591	Grundpauschale 6. - 59. Lebensjahr	17	14	Nur Quartalsprofil
13592	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	18	14	Nur Quartalsprofil
13594	Zuschlag für die nephrologisch-internistische Grundversorgung	KA	./.	Keine Eignung
13595	Zuschlag Hygiene	KA	./.	Keine Eignung
13596	Zuschlag zu der GOP 13594	KA	./.	Keine Eignung
13597	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 13590 bis 13592	KA	./.	Keine Eignung
13598	Zuschlag TSS-Terminvermittlung oder Hausarztvermittlungsfall			
13600*	Zusatzpauschale kontinuierliche Betreuung eines chronisch niereninsuffizienten Patienten	KA	15	Nur Quartalsprofil
13601*	Zusatzpauschale Behandlung eines Nieren- oder Nieren-Bauchspeicheldrüsen-Transplantatträgers	KA	15	Nur Quartalsprofil
13602*	Zusatzpauschale kontinuierliche Betreuung eines dialysepflichtigen Patienten	19	13	Nur Quartalsprofil
13610*	Zusatzpauschale ärztliche Betreuung bei Hämodialyse, Peritonealdialyse und Sonderverfahren	17	14	Tages- und Quartalsprofil
13611*	Zusatzpauschale ärztliche Betreuung bei Peritonealdialyse	KA	4	Tages- und Quartalsprofil
13612*	Zuschlag zu den GOP 13610 und 13611 für die Durchführung einer Trainingsdialyse	KA	12	Nur Quartalsprofil
13620*	Zusatzpauschale ärztliche Betreuung bei LDL-Apherese	KA	8	Tages- und Quartalsprofil
13621*	Zusatzpauschale ärztliche Betreuung bei Apherese bei rheumatoider Arthritis	KA	8	Tages- und Quartalsprofil

GOP[1)]	Kurzlegende	Kalkulations-zeit in Minuten[2)]	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
13622*	Zusatzpauschale ärztliche Betreuung bei LDL-Apherese	KA	8	Tages- und Quartalsprofil
13640	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	13	11	Nur Quartalsprofil
13641	Grundpauschale 6. - 59. Lebensjahr	16	13	Nur Quartalsprofil
13642	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	16	13	Nur Quartalsprofil
13644	Zuschlag für die pneumologisch-internistische Grundversorgung	KA	./.	Keine Eignung
13645	Zuschlag Hygiene	KA	./.	Keine Eignung
13646	Zuschlag zur GOP 13644	KA	./.	Keine Eignung
13647	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 13640 bis 13642	KA	./.	Keine Eignung
13648	Zuschlag TSS-Terminvermittlung oder Hausarztvermittlungsfall			
13650*	Zusatzpauschale Pneumologisch-Diagnostischer Komplex	4	3	Nur Quartalsprofil
13651*	Zuschlag unspezifischer Provokationstest	6	3	Tages- und Quartalsprofil
13652*	Zuschlag im Zusammenhang mit der Gebührenordnungsposition 13650	KA	./.	Keine Eignung
13660*	Ergospirometrie	9	9	Tages- und Quartalsprofil
13661*	Bestimmung des Säurebasenhaushalts und Blutgasanalyse	2	1	Tages- und Quartalsprofil
13662*	Bronchoskopie	25	19	Tages- und Quartalsprofil
13663*	Zuschlag Intervention, perbronchiale Biopsie, BAL, Broncho-alveoläre Lavage	8	7	Tages- und Quartalsprofil
13664*	Zuschlag Laservaporisation	14	10	Tages- und Quartalsprofil
13670*	Thorakoskopie	50	38	Tages- und Quartalsprofil
13675*	Zusatzpauschale Onkologie	14	13	Nur Quartalsprofil
13677*	Zusatzpauschale Behandlung eines Lungen- oder Herz-Lungen-Transplantatträgers	KA	15	Nur Quartalsprofil
13678*	FeNO-Messung zur Indikationsstellung einer Therapie mit Dupilumab	1	1	Tages- und Quartalsprofil

GOP[1)]	Kurzlegende	Kalkulations-zeit in Minuten[2)]	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
13690	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	11	9	Nur Quartalsprofil
13691	Grundpauschale 6. - 59. Lebensjahr	19	16	Nur Quartalsprofil
13692	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	19	15	Nur Quartalsprofil
13694	Zuschlag für die rheumatologisch-internistische Grundversorgung	KA	./.	Keine Eignung
13695	Zuschlag Hygiene	KA	./.	Keine Eignung
13696	Zuschlag zur GOP 13694	KA	./.	Keine Eignung
13697	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 13690 bis 13692	KA	./.	Keine Eignung
13698	Zuschlag TSS-Terminvermittlung oder Hausarztvermittlungsfall			
13700*	Zusatzpauschale internistische Rheumatologie	17	15	Nur Quartalsprofil
13701*	Zusatzpauschale Rheumatologische Funktionsdiagnostik	12	11	Nur Quartalsprofil
14210	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	13	11	Nur Quartalsprofil
14211	Grundpauschale ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 21. Lebensjahr	13	11	Nur Quartalsprofil
14214	Zuschlag für die kinder- und jugendpsychiatrische Grundversorgung	KA	./.	Keine Eignung
14215	Zuschlag Hygiene	KA	./.	Keine Eignung
14216	Zuschlag zur GOP 14214	KA	./.	Keine Eignung
14217	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 14210 bis 14211	KA	./.	Keine Eignung
14218	Zuschlag TSS-Terminvermittlung oder Hausarztvermittlungsfall			
14220	Gespräch, Beratung, Erörterung, Abklärung (Einzelbehandlung)	13	11	Tages- und Quartalsprofil
14221	Gruppenbehandlung	10	6	Tages- und Quartalsprofil
14222	Anleitung Bezugs- oder Kontaktperson	10	10	Tages- und Quartalsprofil
14240	Psychiatrische Betreuung	10	10	Nur Quartalsprofil
14310	Funktionelle Entwicklungstherapie (Einzelbehandlung)	2	2	Tages- und Quartalsprofil

GOP[1)]	Kurzlegende	Kalkulations-zeit in Minuten[2)]	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
14311	Funktionelle Entwicklungstherapie (Gruppenbehandlung)	1	1	Tages- und Quartalsprofil
14312	Untersuchung zur funktionellen Entwicklung	13	10	Tages- und Quartalsprofil
14313	Zusatzpauschale kontinuierliche Mitbetreuung in häuslicher Umgebung	32	26	Nur Quartalsprofil
14314	Zusatzpauschale kontinuierliche Mitbetreuung in beschützenden Einrichtungen oder Heimen	18	14	Nur Quartalsprofil
14320	EEG	11	9	Tages- und Quartalsprofil
14321	Langzeit-EEG	39	30	Tages- und Quartalsprofil
14330	Elektronystagmo-/Okulographie, Blinkreflexprüfung	7	6	Nur Quartalsprofil
14331*	Neurophysiologische Untersuchung (SEP, VEP, AEP, MEP)	13	10	Nur Quartalsprofil
15210	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	11	8	Nur Quartalsprofil
15211	Grundpauschale 6. - 59. Lebensjahr	10	6	Nur Quartalsprofil
15212	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	9	7	Nur Quartalsprofil
15215	Zuschlag Hygiene	KA	./.	Keine Eignung
15228	Zuschlag TSS-Terminvermittlung oder Hausarztvermittlungsfall			
15310*	Zusatzpauschale Myoarthropathien der Kiefergelenke	3	3	Nur Quartalsprofil
15311*	Situationsmodell Kiefer	4	4	Tages- und Quartalsprofil
15321*	Kleinchirurgischer Eingriff im Mund-Kiefer-Gesichts-Bereich I	4	4	Tages- und Quartalsprofil
15322*	Kleinchirurgischer Eingriff II im Mund-Kiefer-Gesichts-Bereich und/ oder primäre Wundversorgung im Mund-Kiefer-Gesichts-Bereich	7	6	Tages- und Quartalsprofil
15323*	Kleinchirurgischer Eingriff III im Mund-Kiefer-Gesichts-Bereich und/ oder primäre Wundversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern im Mund-Kiefer-Gesichts-Bereich	12	10	Tages- und Quartalsprofil
15324*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 15321 bis 15323 für die zusätzliche Wurzelkanalbehandlung	4	4	Nur Quartalsprofil

GOP[1)]	Kurzlegende	Kalkulations-zeit in Minuten[2)]	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
15345*	Zusatzpauschale Onkologie	14	13	Nur Quartalsprofil
16210	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	12	10	Nur Quartalsprofil
16211	Grundpauschale 6. - 59. Lebensjahr	12	10	Nur Quartalsprofil
16212	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	12	10	Nur Quartalsprofil
16214	Zuschlag Hygiene	KA	./.	Keine Eignung
16215	Zuschlag für die neurologische Grundversorgung	KA	./.	Keine Eignung
16217	Zuschlag zur GOP 16215	KA	./.	Keine Eignung
16218	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 16210 bis 16212	KA	./.	Keine Eignung
16220	Gespräch, Beratung, Erörterung, Abklärung (Einzelbehandlung)	13	11	Tages- und Quartalsprofil
16222	Zuschlag bei schweren neuropsychologischen und verhaltensneurologischen Störungen	KA	8	Tages- und Quartalsprofil
16225	Überprüfung einer Duodenal-DOPA-Pumpe	14	11	Tages- und Quartalsprofil
16228	Zuschlag TSS-Terminvermittlung oder Hausarztvermittlungsfall			
16230	Zusatzpauschale kontinuierliche Mitbetreuung in der häuslichen Umgebung	32	26	Nur Quartalsprofil
16231	Zusatzpauschale kontinuierliche Mitbetreuung in beschützenden Einrichtungen oder Heimen	18	14	Nur Quartalsprofil
16232	Diagnostik und/oder Behandlung von Erkrankungen der Wirbelsäule bei Jugendlichen und Erwachsenen	13	11	Nur Quartalsprofil
16233	Zusatzpauschale Mitbetreuung eines Patienten mit einer Erkrankung des zentralen Nervensystems in der häuslichen Umgebung	25	17	Nur Quartalsprofil
16310	EEG	11	9	Tages- und Quartalsprofil
16311	Langzeit-EEG	39	30	Tages- und Quartalsprofil
16320	Elektronystagmo-/Okulographie, Blinkreflexprüfung	7	6	Nur Quartalsprofil

GOP[1)]	Kurzlegende	Kalkulations-zeit in Minuten[2)]	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
16321	Neurophysiologische Untersuchung (SEP, VEP, AEP, MEP)	13	10	Nur Quartalsprofil
16322	Zusatzpauschale Abklärung einer peripheren neuromuskulären Erkrankung	8	8	Tages- und Quartalsprofil
16340	Testverfahren bei Demenzverdacht	KA	1	Nur Quartalsprofil
16371*	Anwendung und Auswertung des Aachener Aphasietests (AAT)	40	35	Nur Quartalsprofil
17210*	Konsiliarpauschale	7	5	Nur Quartalsprofil
17214*	Zuschlag bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern	12	12	Tages- und Quartalsprofil
17215	Zuschlag Hygiene	KA	./.	Keine Eignung
17228	Zuschlag TSS-Terminvermittlung oder Hausarztvermittlungsfall	KA	./.	Keine Eignung
17310*	Teilkörperszintigraphie	16	13	Tages- und Quartalsprofil
17311*	Ganzkörperszintigraphie	16	13	Tages- und Quartalsprofil
17320*	Schilddrüsen-Szintigraphie	14	11	Nur Quartalsprofil
17321*	Radiojod-Zweiphasentest	20	17	Nur Quartalsprofil
17330*	Zusatzpauschale Myokard-Szintigraphie unter Belastung	24	16	Tages- und Quartalsprofil
17331*	Zusatzpauschale Myokard-Szintigraphie in Ruhe	15	9	Tages- und Quartalsprofil
17332*	Zusatzpauschale nuklearmedizinische Herzfunktionsdiagnostik unter Belastung	28	19	Tages- und Quartalsprofil
17333*	Zusatzpauschale nuklearmedizinische Herzfunktionsdiagnostik in Ruhe	16	10	Tages- und Quartalsprofil
17340*	Zusatzpauschale Nierenfunktionsdiagnostik	18	11	Tages- und Quartalsprofil
17341*	Zuschlag bei Intervention	13	7	Tages- und Quartalsprofil
17350*	Zusatzpauschale nuklearmedizinisch-hämatologische Untersuchung	16	11	Tages- und Quartalsprofil
17351*	Zusatzpauschale nuklearmedizinisch-intestinale Funktionsdiagnostik	16	11	Tages- und Quartalsprofil

GOP[1)]	Kurzlegende	Kalkulations-zeit in Minuten[2)]	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
17360*	Zuschlag Extravasalphasenuntersuchung bei Mehrphasenszintigraphie	2	2	Tages- und Quartalsprofil
17361*	Zuschlag sequentielle Aufnahmetechnik	6	5	Tages- und Quartalsprofil
17362*	Zuschlag SPECT, Einkopf	KA	./.	Keine Eignung
17363*	Zuschlag SPECT, Zwei- oder Mehrkopf	KA	./.	Keine Eignung
17370*	Zusatzpauschale Radiojodtherapie	25	19	Tages- und Quartalsprofil
17371*	Zusatzpauschale Radiosynoviorthese	13	10	Tages- und Quartalsprofil
17372*	Zusatzpauschale Radionuklidtherapie	41	32	Tages- und Quartalsprofil
17373*	Zusatzpauschale Radiosynoviorthese an großen oder mittleren Gelenken	31	24	Tages- und Quartalsprofil
18210	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	14	13	Nur Quartalsprofil
18211	Grundpauschale 6. - 59. Lebensjahr	15	14	Nur Quartalsprofil
18212	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	17	16	Nur Quartalsprofil
18215	Zuschlag Hygiene	KA	./.	Keine Eignung
18220	Zuschlag für die orthopädische Grundversorgung	KA	./.	Keine Eignung
18222	Zuschlag zur GOP 18220	KA	./.	Keine Eignung
18227	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 18210 bis 18212	KA	./.	Keine Eignung
18228	Zuschlag TSS-Terminvermittlung oder Hausarztvermittlungsfall			
18310	Zusatzpauschale Behandlung und ggf. Diagnostik von Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern	15	14	Nur Quartalsprofil
18311	Zusatzpauschale Behandlung und ggf. Diagnostik von Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates bei Jugendlichen und bei Erwachsenen	13	12	Nur Quartalsprofil
18320*	Zusatzpauschale Orthopädische oder orthopädisch-rheumatologische Funktionsdiagnostik	12	11	Nur Quartalsprofil

GOP[1)]	Kurzlegende	Kalkulations-zeit in Minuten[2)]	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
	bzw. Assessment mittels Untersuchungsinventaren			
18330	Zusatzpauschale Diagnostik und/ oder orthopädische Therapie eines Patienten mit einer Funktionsstörung der Hand	13	12	Nur Quartalsprofil
18331	Zusatzpauschale Diagnostik und/oder Behandlung von degenerativen Erkrankungen der Wirbelsäule bei Jugendlichen und bei Erwachsenen	10	9	Nur Quartalsprofil
18340	Behandlung von sekundär heilenden Wunden oder Decubitalulcera	12	11	Nur Quartalsprofil
18700*	Zusatzpauschale Behandlung von Rheumatoider Arthritis, Spondyloarthritis, Kollagenose, Myositis	19	17	Nur Quartalsprofil
19210*	Konsiliarpauschale	KA	5	Nur Quartalsprofil
19215	Zuschlag Hygiene	KA	./.	Keine Eignung
19310*	Histologische oder zytologische Untersuchung eines Materials	KA	4	Tages- und Quartalsprofil
19312*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 19310, 19315 und 19319 für die Anwendung von Sonderverfahren	KA	1	Nur Quartalsprofil
19313*	Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 19310 und 19315	KA	12	Tages- und Quartalsprofil
19314*	Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 19310, Einbettung in Kunststoff	KA	2	Tages- und Quartalsprofil
19315*	Histopathologische Untersuchung Hautkrebs-Screening	KA	3	Tages- und Quartalsprofil
19317*	Grading und immunhistochemische Bestimmung des Rezeptorstatus im Mammographie-Screening	KA	10	Tages- und Quartalsprofil
19319	Zytologische Untersuchung von Urin	KA	1	Nur Quartalsprofil
19320*	Histologische oder zytologische Untersuchung eines Materials unter Anwendung eines immunchemischen Sonderverfahrens	KA	3	Tages- und Quartalsprofil
19321*	Immunhistochemischer und/oder immunzytochemischer Nachweis von Rezeptoren	KA	3	Tages- und Quartalsprofil

GOP[1)]	Kurzlegende	Kalkulations-zeit in Minuten[2)]	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
19322*	Immunhistochemischer Nachweis des HER2-Rezeptors	KA	4	Tages- und Quartalsprofil
19327*	Zytologische Untersuchung eines oder mehrerer Abstriche(s) von der Portio-Oberfläche und/oder aus dem Zervixkanal	KA	3	Nur Quartalsprofil
19328*	DNA- und/oder mRNA-Nachweis ausschließlich von High-Risk-HPV-Typen sowie ggf. Genotypisierung	KA	1	Nur Quartalsprofil
19330*	Zytologische Untersuchung eines Materials mit DNA-Bestimmung	KA	4	Tages- und Quartalsprofil
19332*	Identifizierung von Zell- oder Gewebsstrukturen an morphologischem Untersuchungsgut	KA	12	Tages- und Quartalsprofil
19401*	Grundpauschale tumorgenetische in-vitro-Diagnostik	KA	6	Nur Quartalsprofil
19402*	Zuschlag für eine wissenschaftliche ärztliche Beurteilung komplexer krankheitsrelevanter tumorgenetischer Analysen im individuellen Kontext	KA	14	Nur Quartalsprofil
19503*	Biomarkerbasierter Test unter Anwendung der Vorgehensweise des EndoPredict® gemäß Nr. 30 Anlage I der MVV-RL beim Mammakarzinom	KA	./.	Keine Eignung
19504*	Biomarkerbasierter Test unter Anwendung der Vorgehensweise des MammaPrint® gemäß Nr. 30 Anlage I der MVV-RL beim Mammakarzinom	KA	./.	Keine Eignung
19505*	Biomarkerbasierter Test unter Anwendung der Vorgehensweise des Prosigna® gemäß Nr. 30 Anlage I der MVV-RL beim Mammakarzinom	KA	./.	Keine Eignung
19506*	Biomarkerbasierter Test unter Anwendung der Vorgehensweise des Oncotype DX Breast Recurrence Score® gemäß Nr. 30 Anlage I der MVV-RL beim Mammakarzinom	KA	./.	Keine Eignung
20210	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	24	20	Nur Quartalsprofil
20211	Grundpauschale 6. - 59. Lebensjahr	16	13	Nur Quartalsprofil
20212	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	16	13	Nur Quartalsprofil

GOP[1)]	Kurzlegende	Kalkulations-zeit in Minuten[2)]	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
20215	Zuschlag Hygiene	KA	./.	Keine Eignung
20220	Zuschlag für die phoniatrisch-pädaudiologische Grundversorgung	KA	./.	Keine Eignung
20222	Zuschlag zur GOP 20220	KA	./.	Keine Eignung
20227	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 20210 bis 20212	KA	./.	Keine Eignung
20228	Zuschlag TSS-Terminvermittlung oder Hausarztvermittlungsfall			
20310	Lupenlaryngoskopie	6	4	Tages- und Quartalsprofil
20311*	Schwebe- oder Stützlaryngoskopie	11	10	Tages- und Quartalsprofil
20312*	Direkte Laryngoskopie beim Kind	20	15	Tages- und Quartalsprofil
20313*	Stroboskopische Untersuchung der Stimmlippen	6	5	Tages- und Quartalsprofil
20314*	Videostroboskopie	11	8	Tages- und Quartalsprofil
20320	Tonschwellenaudiometrie	2	2	Tages- und Quartalsprofil
20321	Zuschlag Sprachaudiometrie	2	2	Tages- und Quartalsprofil
20322	Zuschlag Kinderaudiometrie an einer sonstigen Kinderaudiometrieanlage	2	2	Tages- und Quartalsprofil
20323	Reflexbestimmung an den Mittelohrmuskeln	KA	1	Tages- und Quartalsprofil
20324	Abklärung einer vestibulo-cochleären Erkrankung mittels Messung(en) otoakustischer Emissionen	3	2	Tages- und Quartalsprofil
20325	Prüfung der Labyrinthe mit nystagmographischer Aufzeichnung	7	5	Tages- und Quartalsprofil
20326	Retro-cochleäre Erkrankung	13	10	Tages- und Quartalsprofil
20327	Hörschwellenbestimmung in Sedierung	13	10	Tages- und Quartalsprofil
20330	Zusatzpauschale Untersuchung der Stimme	15	15	Tages- und Quartalsprofil
20331	Zusatzpauschale Untersuchung des Sprechens und der Sprache	13	13	Tages- und Quartalsprofil
20332	Zusatzpauschale Aphasie, Dysarthrie und/oder Dysphagie	24	20	Tages- und Quartalsprofil

GOP[1)]	Kurzlegende	Kalkulations-zeit in Minuten[2)]	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
20333	Stimmfeldmessung	3	3	Tages- und Quartalsprofil
20334	Wechsel und/oder Entfernung einer pharyngo-trachealen Sprechprothese und/oder Wechsel einer Trachealkanüle	13	13	Tages- und Quartalsprofil
20335	Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 20320 bei Durchführung einer Kinderaudiometrie an einer speziellen Kinderaudiometrieanlage	KA	5	Tages- und Quartalsprofil
20336	Kindersprachaudiometrie an einer speziellen Kinderaudiometrieanlage	KA	7	Tages- und Quartalsprofil
20338	Hörgeräteversorgung beim Säugling, Kleinkind oder Kind	55	44	Tages- und Quartalsprofil
20339	Zusatzpauschale für die erste Nachuntersuchung nach Hörgeräteversorgung beim Säugling, Kleinkind oder Kind	37	30	Tages- und Quartalsprofil
20340	Zusatzpauschale für die Nachsorge(n) bei Hörgeräteversorgung beim Säugling, Kleinkind oder Kind	24	19	Tages- und Quartalsprofil
20343	Zusatzpauschale bei der Diagnostik des Tinnitus	16	13	Nur Quartalsprofil
20350*	Pneumographie	7	6	Tages- und Quartalsprofil
20351*	Elektroglottographie	9	8	Tages- und Quartalsprofil
20352*	Schallspektrographie	9	8	Tages- und Quartalsprofil
20353*	Palatographie	8	7	Tages- und Quartalsprofil
20360*	Stimm- und/oder Sprachtherapie in Einzelbehandlung	15	15	Tages- und Quartalsprofil
20361*	Stimm- und/oder Sprachtherapie als Gruppenbehandlung	8	8	Tages- und Quartalsprofil
20364	Zusatzpauschale für die Nachsorge der operativen Behandlung eines Patienten mit chronischer Sinusitis	6	4	Tages- und Quartalsprofil
20365	Zusatzpauschale für die postoperative Nachsorge nach Tympanoplastik	6	4	Tages- und Quartalsprofil
20370*	Zusatzpauschale Abklärung Störung der zentral-auditiven Wahrnehmung	8	8	Tages- und Quartalsprofil

GOP[1)]	Kurzlegende	Kalkulations-zeit in Minuten[2)]	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
20371*	Eingangsdiagnostik vor der Erstverordnung einer Stimm-, Sprech- und/oder Sprachtherapie	40	35	Nur Quartalsprofil
20372	Hörgeräteversorgung beim Jugendlichen und Erwachsenen	KA	11	Nur Quartalsprofil
20373	Zusatzpauschale für die erste Nachuntersuchung nach Hörgeräteversorgung	KA	10	Nur Quartalsprofil
20374	Zusatzpauschale für die Nachsorge(n) bei Hörgeräteversorgung	KA	8	Nur Quartalsprofil
20375	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 20373 und 20374 bei Abstimmung mit dem Hörgeräteakustiker	5	4	Tages- und Quartalsprofil
20377	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 20339 und 20340 bei Abstimmung mit dem Hörgeräte-(Päd-)akustiker	5	4	Tages- und Quartalsprofil
20378	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 20339 und 20340 für die Koordination mit pädagogischen Einrichtungen	10	8	Tages- und Quartalsprofil
21210	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	12	10	Nur Quartalsprofil
21211	Grundpauschale 6. - 59. Lebensjahr	13	11	Nur Quartalsprofil
21212	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	13	11	Nur Quartalsprofil
21213	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	18	14	Nur Quartalsprofil
21214	Grundpauschale 6. - 59. Lebensjahr	18	14	Nur Quartalsprofil
21215	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	18	15	Nur Quartalsprofil
21216	Fremdanamnese	11	10	Tages- und Quartalsprofil
21217	Supportive psychiatrische Behandlung	3	3	Tages- und Quartalsprofil
21218	Zuschlag für die psychiatrische Grundversorgung	KA	./.	Keine Eignung
21219	Zuschlag zur GOP 21218	KA	./.	Keine Eignung
21220	Gespräch, Beratung, Erörterung, Abklärung (Einzelbehandlung)	13	11	Tages- und Quartalsprofil
21221	Psychiatrische Behandlung (Gruppenbehandlung)	10	7	Tages- und Quartalsprofil

GOP[1)]	Kurzlegende	Kalkulations-zeit in Minuten[2)]	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
21222	Zuschlag Hygiene	KA	./.	Keine Eignung
21225	Zuschlag für die nervenheilkundliche Grundversorgung	KA	./.	Keine Eignung
21226	Zuschlag zur GOP 21225	KA	./.	Keine Eignung
21227	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 21210 bis 21212	KA	./.	Keine Eignung
21228	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 21213 bis 21215	KA	./.	Keine Eignung
21230	Zusatzpauschale Kontinuierliche Mitbetreuung in häuslicher Umgebung	32	26	Nur Quartalsprofil
21231	Zusatzpauschale Kontinuierliche Mitbetreuung in beschützenden Einrichtungen oder Heimen	18	14	Nur Quartalsprofil
21232	Zusatzpauschale Psychiatrische Betreuung	14	14	Nur Quartalsprofil
21233	Zusatzpauschale Mitbetreuung eines Patienten in der häuslichen Umgebung	25	17	Nur Quartalsprofil
21236	Zuschlag TSS-Terminvermittlung oder Hausarztvermittlungsfall			
21237	Zuschlag TSS-Terminvermittlung oder Hausarztvermittlungsfall			
21310	EEG	11	9	Tages- und Quartalsprofil
21311	Langzeit-EEG	39	30	Tages- und Quartalsprofil
21320	Elektronystagmo-/Okulographie, Blinkreflexprüfung	7	6	Nur Quartalsprofil
21321	Neurophysiologische Untersuchung (SEP, VEP, AEP, MEP)	13	10	Nur Quartalsprofil
21330*	Konvulsionsbehandlung	KA	./.	Keine Eignung
21340	Testverfahren bei Demenzverdacht	KA	1	Nur Quartalsprofil
22210	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	10	9	Nur Quartalsprofil
22211	Grundpauschale 6. - 59. Lebensjahr	14	11	Nur Quartalsprofil
22212	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	12	10	Nur Quartalsprofil
22213	Fremdanamnese	11	10	Tages- und Quartalsprofil

GOP[1)]	Kurzlegende	Kalkulations-zeit in Minuten[2)]	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
22215	Zuschlag Hygiene	KA	./.	Keine Eignung
22216	Zuschlag für die psychotherapeutisch-medizinische Grundversorgung	KA	./.	Keine Eignung
22218	Zuschlag zur GOP 22216	KA	./.	Keine Eignung
22219	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 22210 bis 22212	KA	./.	Keine Eignung
22220	Psychotherapeutisches Gespräch (Einzelbehandlung)	13	11	Tages- und Quartalsprofil
22221	Psychosomatik (Einzelbehandlung)	13	11	Tages- und Quartalsprofil
22222	Psychotherapeutisch medizinische Behandlung (Gruppenbehandlung)	10	8	Tages- und Quartalsprofil
22228	Zuschlag TSS-Terminvermittlung oder Hausarztvermittlungsfall			
22230	Klinisch-neurologische Basisdiagnostik	5	5	Nur Quartalsprofil
23210	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	5	4	Nur Quartalsprofil
23211	Grundpauschale 6. - 59. Lebensjahr	6	5	Nur Quartalsprofil
23212	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	6	5	Nur Quartalsprofil
23214	Grundpauschale Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und Fachpsychotherapeuten für Kinder und Jugendliche	KA	16	Nur Quartalsprofil
23215	Zuschlag Hygiene	KA	./.	Keine Eignung
23216	Zuschlag für die psychotherapeutische Grundversorgung	KA	./.	Keine Eignung
23218	Zuschlag zur GOP 23216	KA	./.	Keine Eignung
23220	Psychotherapeutisches Gespräch (Einzelbehandlung)	13	11	Tages- und Quartalsprofil
23228	Zuschlag TSS-Terminvermittlung oder Hausarztvermittlungsfall			
23229	Zuschlag TSS-Terminvermittlung oder Hausarztvermittlungsfall	KA	./.	Keine Eignung
24210*	Konsiliarpauschale bis 5. Lebensjahr	6	5	Nur Quartalsprofil
24211*	Konsiliarpauschale 6. - 59. Lebensjahr	5	4	Nur Quartalsprofil
24212*	Konsiliarpauschale ab 60. Lebensjahr	6	5	Nur Quartalsprofil

GOP[1)]	Kurzlegende	Kalkulations-zeit in Minuten[2)]	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
24215	Zuschlag Hygiene	KA	./.	Keine Eignung
24228	Zuschlag TSS-Terminvermittlung oder Hausarztvermittlungsfall			
25210*	Konsiliarpauschale bei gutartiger Erkrankung	25	20	Nur Quartalsprofil
25211*	Konsiliarpauschale bei bösartiger Erkrankung	81	65	Nur Quartalsprofil
25213*	Zuschlag bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern bei bösartiger Erkrankung	120	96	Nur Quartalsprofil
25214*	Konsiliarpauschale nach strahlentherapeutischer Behandlung	20	16	Nur Quartalsprofil
25215	Zuschlag Hygiene	KA	./.	Keine Eignung
25228	Zuschlag TSS-Terminvermittlung oder Hausarztvermittlungsfall bei gutartiger Erkrankung	KA	./.	Keine Eignung
25229	Zuschlag TSS-Terminvermittlung oder Hausarztvermittlungsfall bei bösartiger Erkrankung	KA	./.	Keine Eignung
25230	Zuschlag TSS-Terminvermittlung oder Hausarztvermittlungsfall nach strahlentherapeutischer Behandlung	KA	./.	Keine Eignung
25310*	Weichstrahl- oder Orthovolttherapie	0	0	Tages- und Quartalsprofil
25316*	Bestrahlung mit Linearbeschleuniger bei gutartiger Erkrankung	KA	0	Tages- und Quartalsprofil
25317*	Zuschlag bei mehr als einem Zielvolumen bei gutartiger Erkrankung	KA	0	Tages- und Quartalsprofil
25321*	Bestrahlung mit Linearbeschleuniger bei bösartiger Erkrankung	KA	1	Tages- und Quartalsprofil
25322*	Einzeitige stereotaktische Radiochirurgie	KA	./.	Keine Eignung
25323*	Zuschlag bei mehr als einem Zielvolumen bei stereotaktischer Radiochirurgie	KA	./.	Keine Eignung
25324*	Zuschlag bei mehr als einem Zielvolumen bei bösartiger Erkrankung	KA	0	Tages- und Quartalsprofil
25328*	Zuschlag bei Überschreitung der Einzeldosis ≥ 2,5 Gy bei bösartiger Erkrankung	KA	5	Tages- und Quartalsprofil

GOP[1)]	Kurzlegende	Kalkulations-zeit in Minuten[2)]	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
25329*	Zuschlag bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern bei bösartiger Erkrankung	KA	2	Tages- und Quartalsprofil
25330*	Moulagen- oder Flabtherapie	18	14	Tages- und Quartalsprofil
25331*	Intrakavitäre/Intraluminale Brachytherapie	148	118	Tages- und Quartalsprofil
25332*	Intrakavitäre vaginale Brachytherapie	89	71	Tages- und Quartalsprofil
25333*	Interstitielle Brachytherapie im Afterloading-Verfahren	148	118	Tages- und Quartalsprofil
25335*	Interstitielle LDR-Brachytherapie	160	128	Tages- und Quartalsprofil
25336*	Postimplantationskontrolle und Nachplanung zur LDR-Brachytherapie	22	18	Tages- und Quartalsprofil
25340*	Bestrahlungsplanung I	KA	2	Tages- und Quartalsprofil
25341*	Bestrahlungsplanung II	KA	32	Tages- und Quartalsprofil
25342*	Bestrahlungsplanung III	KA	49	Tages- und Quartalsprofil
25343*	Zuschlag Hochpräzisionsbestrahlungsplanung	KA	7	Tages- und Quartalsprofil
25345*	Bestrahlungsplanung II Weichstrahl- oder Orthovolttherapie	KA	16	Tages- und Quartalsprofil
25348*	Bestrahlungsplanung IV	KA	./.	Keine Eignung
26210	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	13	10	Nur Quartalsprofil
26211	Grundpauschale 6. - 59. Lebensjahr	13	11	Nur Quartalsprofil
26212	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	16	13	Nur Quartalsprofil
26215	Zuschlag Hygiene	KA	./.	Keine Eignung
26220	Zuschlag für die urologische Grundversorgung	KA	./.	Keine Eignung
26222	Zuschlag zur GOP 26220	KA	./.	Keine Eignung
26227	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 26210 bis 26212	KA	./.	Keine Eignung
26228	Zuschlag TSS-Terminvermittlung oder Hausarztvermittlungsfall			
26310	Urethro(-zysto)skopie des Mannes oder gemäß den Vorgaben der Allgemeinen Bestimmungen 4.2.1	16	13	Tages- und Quartalsprofil

GOP[1)]	Kurzlegende	Kalkulations-zeit in Minuten[2)]	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
26311	Urethro(-zysto)skopie der Frau oder gemäß den Vorgaben der Allgemeinen Bestimmungen 4.2.1	7	5	Tages- und Quartalsprofil
26312*	Urethradruckprofilmessung mit fortlaufender Registrierung	3	2	Tages- und Quartalsprofil
26313*	Zusatzpauschale apparative Untersuchung bei Harninkontinenz oder neurogener Blasenentleerungsstörung	15	12	Nur Quartalsprofil
26315*	Zusatzpauschale Onkologie	14	13	Nur Quartalsprofil
26316*	Transurethrale Therapie mit Botulinumtoxin	KA	8	Tages- und Quartalsprofil
26317*	Beobachtung im Anschluss an die transurethrale Therapie mit Botulinumtoxin	KA	4	Tages- und Quartalsprofil
26320*	Ausräumung einer Bluttamponade der Harnblase im Zusammenhang mit den Gebührenordnungspositionen 26310 oder 26311	4	4	Tages- und Quartalsprofil
26321*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 26310 und 26311 für die Durchführung von (einer) endoskopischen Harnleitersondierung(en)	5	5	Tages- und Quartalsprofil
26322*	Einlegen einer Ureterverweilschiene	7	7	Tages- und Quartalsprofil
26323*	Wechsel einer Ureterverweilschiene	4	4	Tages- und Quartalsprofil
26324*	Entfernung einer Ureterverweilschiene	2	2	Tages- und Quartalsprofil
26325*	Wechsel eines Nierenfistelkatheters	8	7	Tages- und Quartalsprofil
26330*	Zusatzpauschale ESWL	47	35	Tages- und Quartalsprofil
26340	Kalibrierung/Bougierung der Harnröhre	3	3	Tages- und Quartalsprofil
26341*	Prostatabiopsie	11	9	Tages- und Quartalsprofil
26350	Kleinchirurgischer urologischer Eingriff I	5	5	Tages- und Quartalsprofil
26351	Kleinchirurgischer urologischer Eingriff II	5	5	Tages- und Quartalsprofil
26352	Kleinchirurgischer urologischer Eingriff III und/oder primäre	9	9	Tages- und Quartalsprofil

GOP[1)]	Kurzlegende	Kalkulations-zeit in Minuten[2)]	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
	Wundversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern			
27210	Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	16	13	Nur Quartalsprofil
27211	Grundpauschale 6. - 59. Lebensjahr	18	15	Nur Quartalsprofil
27212	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	19	15	Nur Quartalsprofil
27215	Zuschlag Hygiene	KA	./.	Keine Eignung
27220	Zuschlag für die physikalisch rehabilitative Grundversorgung	KA	./.	Keine Eignung
27222	Zuschlag zur GOP 27220	KA	./.	Keine Eignung
27227	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 27210 bis 27212	KA	./.	Keine Eignung
27228	Zuschlag TSS-Terminvermittlung oder Hausarztvermittlungsfall			
27310*	Ganzkörperstatus	8	7	Nur Quartalsprofil
27311*	Klinisch-neurologische Basisdiagnostik	5	5	Nur Quartalsprofil
27321*	Belastungs-EKG	7	6	Nur Quartalsprofil
27322*	Aufzeichnung eines Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden Dauer	1	1	Tages- und Quartalsprofil
27323*	Computergestützte Auswertung eines kontinuierlich aufgezeichneten Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden Dauer	7	7	Tages- und Quartalsprofil
27324*	Langzeit-Blutdruckmessung	2	2	Tages- und Quartalsprofil
27330*	Spirographische Untersuchung	2	2	Tages- und Quartalsprofil
27331*	Abklärung einer peripheren neuromuskulären Erkrankung	8	8	Tages- und Quartalsprofil
27332*	Physikalisch-rehabilitative Funktionsdiagnostik	30	30	Nur Quartalsprofil
27333*	Zuschlag für weitere Untersuchung	5	5	Tages- und Quartalsprofil
30100	Spezifische allergologische Anamnese	5	5	Nur Quartalsprofil
30110	Allergologiediagnostik I	3	2	Nur Quartalsprofil
30111	Allergologiediagnostik II	3	3	Nur Quartalsprofil

GOP[1)]	Kurzlegende	Kalkulations-zeit in Minuten[2)]	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
30120*	Rhinomanometrischer Provokationstest	3	3	Tages- und Quartalsprofil
30121*	Subkutaner Provokationstest	1	1	Tages- und Quartalsprofil
30122*	Bronchialer Provokationstest	10	8	Tages- und Quartalsprofil
30123*	Oraler Provokationstest	2	2	Tages- und Quartalsprofil
30130	Hyposensibilisierungsbehandlung	3	3	Tages- und Quartalsprofil
30131	Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 30130	2	2	Tages- und Quartalsprofil
30133	Orale Hyposensibilisierungsbehandlung bei Therapieeinleitung	2	2	Tages- und Quartalsprofil
30134	Orale Hyposensibilisierungsbehandlung	3	2	Tages- und Quartalsprofil
30200	Manualmedizinischer Eingriff	4	4	Tages- und Quartalsprofil
30201	Manualmedizinischer Eingriff an der Wirbelsäule	5	5	Tages- und Quartalsprofil
30210	Teilnahme an einer multidisziplinären Fallkonferenz zur Indikationsüberprüfung eines Patienten mit diabetischem Fußsyndrom vor Überweisung an ein Druckkammerzentrum	KA	5	Tages- und Quartalsprofil
30212	Indikationsüberprüfung eines Patienten mit diabetischem Fußsyndrom vor Überweisung an ein Druckkammerzentrum	15	12	Nur Quartalsprofil
30214	Betreuung eines Patienten zwischen den Druckkammerbehandlungen	6	4	Tages- und Quartalsprofil
30216	Untersuchung auf Eignung und Feststellung der Druckkammertauglichkeit	20	14	Tages- und Quartalsprofil
30218	Hyperbare Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom	17	14	Tages- und Quartalsprofil
30300*	Sensomotorische Übungsbehandlung (Einzelbehandlung)°°	KA	12	Tages- und Quartalsprofil
30301*	Sensomotorische Übungsbehandlung (Gruppenbehandlung)°°	KA	4	Tages- und Quartalsprofil
30310*	Indikationsstellung zu TTF	10	8	Nur Quartalsprofil

GOP[1)]	Kurzlegende	Kalkulations-zeit in Minuten[2)]	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
30311*	Zusatzpauschale TTF	17	14	Nur Quartalsprofil
30312*	Ausrichtung von TTF	5	5	Tages- und Quartalsprofil
30320*	Intravasale Infusionstherapie mit Valoctocogen Roxaparvovec mind. 60 Minuten	2	2	Tages- und Quartalsprofil
30321*	Intravasale Infusionstherapie mit Valoctocogen Roxaparvovec 2h	3	3	Tages- und Quartalsprofil
30322*	Intravasale Infusionstherapie mit Valoctocogen Roxaparvovec 4h	4	4	Tages- und Quartalsprofil
30323*	Intravasale Infusionstherapie mit Valoctocogen Roxaparvovec 6h	5	5	Tages- und Quartalsprofil
30326*	Intravasale Infusionstherapie mit Etranacogen dezaparvovec 4h	4	4	Tages- und Quartalsprofil
30400*	Massagetherapie°°	KA	4	Tages- und Quartalsprofil
30401*	Intermittierende apparative Kompressionstherapie°°	KA	2	Tages- und Quartalsprofil
30402*	Unterwassermassage°°	KA	4	Tages- und Quartalsprofil
30410*	Atemgymnastik (Einzelbehandlung)°°	KA	12	Tages- und Quartalsprofil
30411*	Atemgymnastik (Gruppenbehandlung)°°	KA	4	Tages- und Quartalsprofil
30420*	Krankengymnastik (Einzelbehandlung)°°	KA	12	Tages- und Quartalsprofil
30421*	Krankengymnastik (Gruppenbehandlung)°°	KA	4	Tages- und Quartalsprofil
30430	Selektive Phototherapie	1	1	Nur Quartalsprofil
30431	Zuschlag Photochemotherapie, PUVA	1	1	Tages- und Quartalsprofil
30440*	Extrakorporale Stoßwellentherapie bei Fasciitis plantaris	11	8	Tages- und Quartalsprofil
30500*	Phlebologischer Basiskomplex	10	8	Nur Quartalsprofil
30501*	Verödung von Varizen	3	3	Tages- und Quartalsprofil
30600*	Zusatzpauschale Prokto-/ Rektoskopie	4	3	Tages- und Quartalsprofil
30601*	Zuschlag für die Polypenentfernung	5	4	Tages- und Quartalsprofil
30610*	Hämorrhoiden-Sklerosierung	5	3	Tages- und Quartalsprofil

GOP[1)]	Kurzlegende	Kalkulations-zeit in Minuten[2)]	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
30611*	Hämorrhoiden-Ligatur	KA	4	Tages- und Quartalsprofil
30700*	Grundpauschale schmerztherapeutischer Patient	22	18	Nur Quartalsprofil
30701	Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 30700	KA	./.	Keine Eignung
30702*	Zusatzpauschale Schmerztherapie	28	22	Nur Quartalsprofil
30703	Zuschlag Hygiene	KA	./.	Keine Eignung
30704*	Zuschlag für die Erbringung der Gebührenordnungsposition Nr. 30702	17	13	Nur Quartalsprofil
30705	Zuschlag TSS-Terminvermittlung oder Hausarztvermittlungsfall	KA	./.	Keine Eignung
30706*	Teilnahme an einer schmerztherapeutischen Fallkonferenz gemäß § 5 Abs. 3 der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie	5	./.	Keine Eignung
30708*	Beratung und Erörterung und/ oder Abklärung im Rahmen der Schmerztherapie	10	10	Tages- und Quartalsprofil
30710*	Infusion von nach der BtMVV verschreibungspflichtigen Analgetika oder von Lokalanästhetika	KA	3	Tages- und Quartalsprofil
30712*	Anleitung des Patienten zur Selbstanwendung der transkutanen elektrischen Nervenstimulation	KA	3	Tages- und Quartalsprofil
30720*	Analgesie eines Hirnnerven oder eines Hirnnervenganglions	KA	2	Tages- und Quartalsprofil
30721*	Sympathikusblockade am zervikalen Grenzstrang	KA	3	Tages- und Quartalsprofil
30722*	Sympathikusblockade am thorakalen oder lumbalen Grenzstrang	KA	3	Tages- und Quartalsprofil
30723*	Ganglionäre Opioid-Applikation	KA	3	Tages- und Quartalsprofil
30724*	Spinalnerven-Analgesie und Analgesie der Rami communicantes an den Foramina intervertebralia	KA	3	Tages- und Quartalsprofil
30730*	Intravenöse regionale Sympathikusblockade in Blutleere	KA	4	Tages- und Quartalsprofil
30731*	Plexusanalgesie, Spinal- oder Periduralanalgesie	KA	4	Tages- und Quartalsprofil
30740*	Überprüfung eines zur Langzeitanalgesie angelegten	KA	4	Tages- und Quartalsprofil

GOP[1)]	Kurzlegende	Kalkulations-zeit in Minuten[2)]	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
	Plexus-, Peridural- oder Spinalkatheters und/oder eines programmierbaren und implantierten Stimulationsgerätes (z. B. SCS- oder DRG- oder PNS- oder ONS-System)			
30750*	Erstprogrammierung einer externen Medikamentenpumpe zur Langzeitanalgesie	KA	4	Tages- und Quartalsprofil
30751*	Langzeitanalgospasmolyse	KA	4	Tages- und Quartalsprofil
30760*	Dokumentierte Überwachung im Anschluss an die Gebührenordnungspositionen 30710, 30721, 30722, 30724 und 30730	KA	6	Tages- und Quartalsprofil
30780	Verlaufskontrolle und Auswertung der DiGA somnio	KA	./.	Keine Eignung
30781	Verlaufskontrolle und Auswertung der DiGA Vivira	KA	./.	Keine Eignung
30782	Verlaufskontrolle und Auswertung der DiGA Axia	KA	./.	Keine Eignung
30790*	Eingangsdiagnostik und Abschlussuntersuchung zur Behandlung mittels Körperakupunktur	40	29	Nur Quartalsprofil
30791*	Durchführung einer Körperakupunktur	5	4	Tages- und Quartalsprofil
30800*	Hinzuziehung soziotherapeutischer Leistungserbringer	KA	1	Tages- und Quartalsprofil
30810	Erstverordnung Soziotherapie	KA	2	Nur Quartalsprofil
30811	Folgeverordnung Soziotherapie	KA	2	Tages- und Quartalsprofil
30900*	Kardiorespiratorische Polygraphie	22	17	Tages- und Quartalsprofil
30901*	Kardiorespiratorische Polysomnographie	46	40	Tages- und Quartalsprofil
30902*	Einleitung einer Zweitlinientherapie mittels Unterkieferprotrusionsschiene	5	4	Nur Quartalsprofil
30905*	Zusatzpauschale für die Koordination mit dem Vertragszahnarzt	5	4	Nur Quartalsprofil
30920*	Zusatzpauschale für die Behandlung von HIV-Infizierten	KA	./.	Keine Eignung

GOP[1)]	Kurzlegende	Kalkulations-zeit in Minuten[2)]	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
30922*	Zuschlag I zur Gebührenordnungsposition 30920 Behandlung von HIV-Infizierten	KA	./.	Keine Eignung
30924*	Zuschlag II zur Gebührenordnungsposition 30920 Behandlung von HIV-Infizierten	KA	./.	Keine Eignung
30930	Testverfahren, neuropsychologische	2	2	Tages- und Quartalsprofil
30931	Probatorische Sitzung°°°	60	70	Tages- und Quartalsprofil
30932*	Neuropsychologische Therapie (Einzelbehandlung)°°°	60	70	Tages- und Quartalsprofil
30933*	Neuropsychologische Therapie (Gruppenbehandlung)	KA	19	Tages- und Quartalsprofil
30934*	Erstellung eines Therapieplans	20	16	Tages- und Quartalsprofil
30935*	Bericht bei Therapieverlängerung	8	2	Tages- und Quartalsprofil
30940	Erhebung des MRSA-Status eines Risikopatienten	3	2	Nur Quartalsprofil
30942	Behandlung und Betreuung eines Risikopatienten oder einer positiv nachgewiesenen MRSA-Kontaktperson	10	8	Nur Quartalsprofil
30944	Aufklärung und Beratung eines Risikopatienten oder einer positiv nachgewiesenen MRSA-Kontaktperson	10	10	Tages- und Quartalsprofil
30946	Abklärungs-Diagnostik einer Kontaktperson	2	2	Nur Quartalsprofil
30948	Teilnahme an einer MRSA-Fall- und/oder regionalen Netzwerkkonferenz	7	5	Nur Quartalsprofil
30950	Bestätigung einer MRSA-Besiedelung durch Abstrich(e)	1	1	Tages- und Quartalsprofil
30952	Ausschluss einer MRSA-Besiedelung durch Abstrich(e)	1	1	Tages- und Quartalsprofil
30954*	Gezielter MRSA-Nachweis auf chromogenem Selektivnährboden	KA	./.	Keine Eignung
30956*	Nachweis der Koagulase und/ oder des Clumpingfaktors zur Erregeridentifikation nur bei positivem Nachweis gemäß GOP 30954	KA	./.	Keine Eignung
30980	Abklärung vor Durchführung eines weiterführenden geriatrischen Assessments durch Arzt gemäß Nr. 1 in Absprache mit Arzt gemäß Nr.	15	12	Nur Quartalsprofil

GOP[1)]	Kurzlegende	Kalkulations-zeit in Minuten[2)]	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
	2 der Bestimmungen zum Abschnitt 30.13			
30981*	Abklärung vor Durchführung eines weiterführenden geriatrischen Assessments durch Arzt gemäß Nr. 2 in Absprache mit Arzt gemäß Nr. 1 der Bestimmungen zum Abschnitt 30.13	10	8	Nur Quartalsprofil
30984*	Weiterführendes geriatrisches Assessment	58	46	Nur Quartalsprofil
30985*	Zuschlag zur GOP 30984	20	16	Nur Quartalsprofil
30986*	Zuschlag zur GOP 30985	10	8	Nur Quartalsprofil
30988	Zuschlag zu den GOP 03362, 16230, 16231, 21230, 21231 für die Einleitung und Koordination von Therapiemaßnahmen nach Durchführung eines weiterführenden geriatrischen Assessments	5	4	Nur Quartalsprofil
31010	Operationsvorbereitung bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern bis zum 12. Lebensjahr	25	19	Nur Quartalsprofil
31011	Operationsvorbereitung für Eingriffe bei Jugendlichen und Erwachsenen bis zum vollendeten 40. Lebensjahr	25	21	Nur Quartalsprofil
31012	Operationsvorbereitung bei Eingriffen bei Patienten nach Vollendung des 40. Lj	27	22	Nur Quartalsprofil
31013	Operationsvorbereitung bei Patienten nach Vollendung des 60. Lebensjahres	28	23	Nur Quartalsprofil
31020*	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand	KA	./.	Keine Eignung
31021*	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand	KA	./.	Keine Eignung
31022*	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand	KA	./.	Keine Eignung
31023*	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand	KA	./.	Keine Eignung
31024*	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand	KA	./.	Keine Eignung
31025*	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand	KA	./.	Keine Eignung
31026*	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand	KA	./.	Keine Eignung

GOP[1)]	Kurzlegende	Kalkulations-zeit in Minuten[2)]	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
31027*	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand	KA	./.	Keine Eignung
31028*	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand	KA	./.	Keine Eignung
31029*	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand	KA	./.	Keine Eignung
31030*	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand	KA	./.	Keine Eignung
31031*	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand	KA	./.	Keine Eignung
31032*	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand	KA	./.	Keine Eignung
31033*	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand	KA	./.	Keine Eignung
31034*	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand	KA	./.	Keine Eignung
31035*	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand	KA	./.	Keine Eignung
31036*	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand	KA	./.	Keine Eignung
31037*	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand	KA	./.	Keine Eignung
31038*	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand	KA	./.	Keine Eignung
31039*	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand	KA	./.	Keine Eignung
31040*	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand	KA	./.	Keine Eignung
31041*	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand	KA	./.	Keine Eignung
31042*	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand	KA	./.	Keine Eignung
31043*	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand	KA	./.	Keine Eignung
31044*	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand	KA	./.	Keine Eignung
31045*	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand	KA	./.	Keine Eignung
31046*	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand	KA	./.	Keine Eignung
31047*	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand	KA	./.	Keine Eignung
31048*	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand	KA	./.	Keine Eignung

GOP[1)]	Kurzlegende	Kalkulations-zeit in Minuten[2)]	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
31049*	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand	KA	./.	Keine Eignung
31050*	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand	KA	./.	Keine Eignung
31051*	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand	KA	./.	Keine Eignung
31052*	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand	KA	./.	Keine Eignung
31053*	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand	KA	./.	Keine Eignung
31054*	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand	KA	./.	Keine Eignung
31055*	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand	KA	./.	Keine Eignung
31056*	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand	KA	./.	Keine Eignung
31057*	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand	KA	./.	Keine Eignung
31058*	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand	KA	./.	Keine Eignung
31059*	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand	KA	./.	Keine Eignung
31060*	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand	KA	./.	Keine Eignung
31061*	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand	KA	./.	Keine Eignung
31062*	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand	KA	./.	Keine Eignung
31063*	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand	KA	./.	Keine Eignung
31064*	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand	KA	./.	Keine Eignung
31065*	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand	KA	./.	Keine Eignung
31066*	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand	KA	./.	Keine Eignung
31067*	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand	KA	./.	Keine Eignung
31068*	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand	KA	./.	Keine Eignung
31069*	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand	KA	./.	Keine Eignung
31070*	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand	KA	./.	Keine Eignung

GOP[1)]	Kurzlegende	Kalkulations-zeit in Minuten[2)]	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
31071*	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand	KA	./.	Keine Eignung
31072*	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand	KA	./.	Keine Eignung
31073*	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand	KA	./.	Keine Eignung
31074*	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand	KA	./.	Keine Eignung
31075*	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand	KA	./.	Keine Eignung
31076*	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand	KA	./.	Keine Eignung
31077*	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand	KA	./.	Keine Eignung
31078*	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand	KA	./.	Keine Eignung
31079*	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand	KA	./.	Keine Eignung
31080*	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand	KA	./.	Keine Eignung
31081*	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand	KA	./.	Keine Eignung
31082*	Zuschlag für zusätzlichen Hygieneaufwand	KA	./.	Keine Eignung
31095*	Eingriff der Kategorie AA5	KA	62	Tages- und Quartalsprofil
31096*	Eingriff der Kategorie AA6	KA	83	Tages- und Quartalsprofil
31098*	Zuschlag zu den GOP 31095 und 31096	KA	15	Tages- und Quartalsprofil
31101*	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A1	23	20	Tages- und Quartalsprofil
31102*	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A2	37	30	Tages- und Quartalsprofil
31103*	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A3	50	37	Tages- und Quartalsprofil
31104*	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A4	65	46	Tages- und Quartalsprofil
31105*	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A5	93	61	Tages- und Quartalsprofil
31106*	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A6	119	72	Tages- und Quartalsprofil
31107*	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A7	138	112	Tages- und Quartalsprofil

GOP[1)]	Kurzlegende	Kalkulations-zeit in Minuten[2)]	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
31108*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31101 bis 31107	15	15	Tages- und Quartalsprofil
31111*	Eingriff an der Brustdrüse der Kategorie B1	22	19	Tages- und Quartalsprofil
31112*	Eingriff an der Brustdrüse der Kategorie B2	36	29	Tages- und Quartalsprofil
31113*	Eingriff an der Brustdrüse der Kategorie B3	49	37	Tages- und Quartalsprofil
31114*	Eingriff an der Brustdrüse der Kategorie B4	65	46	Tages- und Quartalsprofil
31115*	Eingriff an der Brustdrüse der Kategorie B5	93	61	Tages- und Quartalsprofil
31116*	Eingriff an der Brustdrüse der Kategorie B6	119	72	Tages- und Quartalsprofil
31117*	Eingriff an der Brustdrüse der Kategorie B7	138	112	Tages- und Quartalsprofil
31118*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31111 bis 31117	15	15	Tages- und Quartalsprofil
31121*	Eingriff der Kategorie C1	22	19	Tages- und Quartalsprofil
31122*	Eingriff der Kategorie C2	36	29	Tages- und Quartalsprofil
31123*	Eingriff der Kategorie C3	49	37	Tages- und Quartalsprofil
31124*	Eingriff der Kategorie C4	65	46	Tages- und Quartalsprofil
31125*	Eingriff der Kategorie C5	93	61	Tages- und Quartalsprofil
31126*	Eingriff der Kategorie C6	119	72	Tages- und Quartalsprofil
31127*	Eingriff der Kategorie C7	138	112	Tages- und Quartalsprofil
31128*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31121 bis 31126 bei Simultaneingriffen sowie zu der Gebührenordnungsposition 31127	15	15	Tages- und Quartalsprofil
31131*	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D1	22	19	Tages- und Quartalsprofil
31132*	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D2	36	29	Tages- und Quartalsprofil
31133*	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D3	49	37	Tages- und Quartalsprofil

GOP[1)]	Kurzlegende	Kalkulations-zeit in Minuten[2)]	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
31134*	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D4	65	46	Tages- und Quartalsprofil
31135*	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D5	93	61	Tages- und Quartalsprofil
31136*	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D6	119	72	Tages- und Quartalsprofil
31137*	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D7	138	112	Tages- und Quartalsprofil
31138*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31131 bis 31137	15	15	Tages- und Quartalsprofil
31141*	Endoskopischer Gelenkeingriff (Arthroskopie) der Kategorie E1	22	19	Tages- und Quartalsprofil
31142*	Endoskopischer Gelenkeingriff (Arthroskopie) der Kategorie E2	36	29	Tages- und Quartalsprofil
31143*	Endoskopischer Gelenkeingriff (Arthroskopie) der Kategorie E3	49	37	Tages- und Quartalsprofil
31144*	Endoskopischer Gelenkeingriff (Arthroskopie) der Kategorie E4	65	46	Tages- und Quartalsprofil
31145*	Endoskopischer Gelenkeingriff (Arthroskopie) der Kategorie E5	93	61	Tages- und Quartalsprofil
31146*	Endoskopischer Gelenkeingriff (Arthroskopie) der Kategorie E6	119	72	Tages- und Quartalsprofil
31147*	Endoskopischer Gelenkeingriff (Arthroskopie) der Kategorie E7	138	112	Tages- und Quartalsprofil
31148*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31141 bis 31147	15	15	Tages- und Quartalsprofil
31151*	Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F1	22	19	Tages- und Quartalsprofil
31152*	Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F2	36	29	Tages- und Quartalsprofil
31153*	Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F3	49	37	Tages- und Quartalsprofil
31154*	Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F4	65	46	Tages- und Quartalsprofil
31155*	Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F5	93	61	Tages- und Quartalsprofil
31156*	Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F6	119	72	Tages- und Quartalsprofil
31157*	Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F7	138	112	Tages- und Quartalsprofil
31158*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31151 bis 31157	15	15	Tages- und Quartalsprofil

GOP[1)]	Kurzlegende	Kalkulations-zeit in Minuten[2)]	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
31161*	Endoskopischer Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie G1	22	19	Tages- und Quartalsprofil
31162*	Endoskopischer Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie G2	36	29	Tages- und Quartalsprofil
31163*	Endoskopischer Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie G3	49	37	Tages- und Quartalsprofil
31164*	Endoskopischer Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie G4	65	46	Tages- und Quartalsprofil
31165*	Endoskopischer Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie G5	93	61	Tages- und Quartalsprofil
31166*	Endoskopischer Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie G6	119	72	Tages- und Quartalsprofil
31167*	Endoskopischer Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie G7	138	112	Tages- und Quartalsprofil
31168*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31161 bis 31167	15	15	Tages- und Quartalsprofil
31171*	Proktologischer Eingriff der Kategorie H1	22	19	Tages- und Quartalsprofil
31172*	Proktologischer Eingriff der Kategorie H2	36	29	Tages- und Quartalsprofil
31173*	Proktologischer Eingriff der Kategorie H3	49	37	Tages- und Quartalsprofil
31174*	Proktologischer Eingriff der Kategorie H4	65	46	Tages- und Quartalsprofil
31175*	Proktologischer Eingriff der Kategorie H5	93	61	Tages- und Quartalsprofil
31176*	Proktologischer Eingriff der Kategorie H6	119	72	Tages- und Quartalsprofil
31177*	Proktologischer Eingriff der Kategorie H7	138	112	Tages- und Quartalsprofil
31178*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31171 bis 31177	15	15	Tages- und Quartalsprofil
31181*	Kardiochirurgischer Eingriff der Kategorie I1	22	19	Tages- und Quartalsprofil
31182*	Kardiochirurgischer Eingriff der Kategorie I2	36	29	Tages- und Quartalsprofil
31183*	Kardiochirurgischer Eingriff der Kategorie I3	49	37	Tages- und Quartalsprofil

GOP[1)]	Kurzlegende	Kalkulations-zeit in Minuten[2)]	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
31184*	Kardiochirurgischer Eingriff der Kategorie I4	65	46	Tages- und Quartalsprofil
31185*	Kardiochirurgischer Eingriff der Kategorie I5	93	61	Tages- und Quartalsprofil
31186*	Kardiochirurgischer Eingriff der Kategorie I6	119	72	Tages- und Quartalsprofil
31187*	Kardiochirurgischer Eingriff der Kategorie I7	138	112	Tages- und Quartalsprofil
31188*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31181 bis 31187	15	15	Tages- und Quartalsprofil
31191*	Thoraxchirurgischer Eingriff der Kategorie J1	22	19	Tages- und Quartalsprofil
31192*	Thoraxchirurgischer Eingriff der Kategorie J2	36	29	Tages- und Quartalsprofil
31193*	Thoraxchirurgischer Eingriff der Kategorie J3	49	37	Tages- und Quartalsprofil
31194*	Thoraxchirurgischer Eingriff der Kategorie J4	65	46	Tages- und Quartalsprofil
31195*	Thoraxchirurgischer Eingriff der Kategorie J5	93	61	Tages- und Quartalsprofil
31196*	Thoraxchirurgischer Eingriff der Kategorie J6	119	72	Tages- und Quartalsprofil
31197*	Thoraxchirurgischer Eingriff der Kategorie J7	138	112	Tages- und Quartalsprofil
31198*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31191 bis 31197	15	15	Tages- und Quartalsprofil
31201*	Eingriff am Gefäßsystem der Kategorie K1	22	19	Tages- und Quartalsprofil
31202*	Eingriff am Gefäßsystem der Kategorie K2	36	29	Tages- und Quartalsprofil
31203*	Eingriff am Gefäßsystem der Kategorie K3	49	37	Tages- und Quartalsprofil
31204*	Eingriff am Gefäßsystem der Kategorie K4	65	46	Tages- und Quartalsprofil
31205*	Eingriff am Gefäßsystem der Kategorie K5	93	61	Tages- und Quartalsprofil
31206*	Eingriff am Gefäßsystem der Kategorie K6	119	72	Tages- und Quartalsprofil
31207*	Eingriff am Gefäßsystem der Kategorie K7	138	112	Tages- und Quartalsprofil
31208*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31201 bis 31207	15	15	Tages- und Quartalsprofil

GOP[1)]	Kurzlegende	Kalkulations-zeit in Minuten[2)]	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
31211*	Eingriff der Kategorie L1	22	19	Tages- und Quartalsprofil
31212*	Eingriff der Kategorie L2	36	29	Tages- und Quartalsprofil
31213*	Eingriff der Kategorie L3	49	37	Tages- und Quartalsprofil
31214*	Eingriff der Kategorie L4	65	46	Tages- und Quartalsprofil
31215*	Eingriff der Kategorie L5	93	61	Tages- und Quartalsprofil
31216*	Eingriff der Kategorie L6	119	72	Tages- und Quartalsprofil
31217*	Eingriff der Kategorie L7	138	112	Tages- und Quartalsprofil
31218*	Zuschlag zu den Gebührenordnungsposition 31211 bis 31217	15	15	Tages- und Quartalsprofil
31221*	Eingriff der MKG-Chirurgie der Kategorie M1	22	19	Tages- und Quartalsprofil
31222*	Eingriff der MKG-Chirurgie der Kategorie M2	36	29	Tages- und Quartalsprofil
31223*	Eingriff der MKG-Chirurgie der Kategorie M3	49	37	Tages- und Quartalsprofil
31224*	Eingriff der MKG-Chirurgie der Kategorie M4	65	46	Tages- und Quartalsprofil
31225*	Eingriff der MKG-Chirurgie der Kategorie M5	93	61	Tages- und Quartalsprofil
31226*	Eingriff der MKG-Chirurgie der Kategorie M6	119	72	Tages- und Quartalsprofil
31227*	Eingriff der MKG-Chirurgie der Kategorie M7	138	112	Tages- und Quartalsprofil
31228*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31221 bis 31227	15	15	Tages- und Quartalsprofil
31231*	Eingriff der HNO-Chirurgie der Kategorie N1	22	19	Tages- und Quartalsprofil
31232*	Eingriff der HNO-Chirurgie der Kategorie N2	36	29	Tages- und Quartalsprofil
31233*	Eingriff der HNO-Chirurgie der Kategorie N3	49	37	Tages- und Quartalsprofil
31234*	Eingriff der HNO-Chirurgie der Kategorie N4	65	46	Tages- und Quartalsprofil
31235*	Eingriff der HNO-Chirurgie der Kategorie N5	93	61	Tages- und Quartalsprofil

GOP[1)]	Kurzlegende	Kalkulations-zeit in Minuten[2)]	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
31236*	Eingriff der HNO-Chirurgie der Kategorie N6	119	72	Tages- und Quartalsprofil
31237*	Eingriff der HNO-Chirurgie der Kategorie N7	138	112	Tages- und Quartalsprofil
31238*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31231 bis 31237	15	15	Tages- und Quartalsprofil
31241*	Peripherer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie O1	22	19	Tages- und Quartalsprofil
31242*	Peripherer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie O2	36	29	Tages- und Quartalsprofil
31243*	Peripherer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie O3	49	37	Tages- und Quartalsprofil
31244*	Peripherer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie O4	65	46	Tages- und Quartalsprofil
31245*	Peripherer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie O5	93	61	Tages- und Quartalsprofil
31246*	Peripherer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie O6	119	72	Tages- und Quartalsprofil
31247*	Peripherer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie O7	138	112	Tages- und Quartalsprofil
31248*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31241 bis 31247	15	15	Tages- und Quartalsprofil
31251*	Zentraler neurochirurgischer Eingriff der Kategorie P1	22	19	Tages- und Quartalsprofil
31252*	Zentraler neurochirurgischer Eingriff der Kategorie P2	36	29	Tages- und Quartalsprofil
31253*	Zentraler neurochirurgischer Eingriff der Kategorie P3	49	37	Tages- und Quartalsprofil
31254*	Zentraler neurochirurgischer Eingriff der Kategorie P4	65	46	Tages- und Quartalsprofil
31255*	Zentraler neurochirurgischer Eingriff der Kategorie P5	93	61	Tages- und Quartalsprofil
31256*	Zentraler neurochirurgischer Eingriff der Kategorie P6	119	72	Tages- und Quartalsprofil
31257*	Zentraler neurochirurgischer Eingriff der Kategorie P7	138	112	Tages- und Quartalsprofil
31258*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31251 bis 31257	15	15	Tages- und Quartalsprofil
31261*	Stereotaktischer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie PP1	22	19	Tages- und Quartalsprofil
31262*	Stereotaktischer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie PP2	36	29	Tages- und Quartalsprofil

GOP[1)]	Kurzlegende	Kalkulations-zeit in Minuten[2)]	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
31263*	Stereotaktischer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie PP3	49	37	Tages- und Quartalsprofil
31264*	Stereotaktischer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie PP4	65	46	Tages- und Quartalsprofil
31265*	Stereotaktischer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie PP5	93	61	Tages- und Quartalsprofil
31266*	Stereotaktischer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie PP6	119	72	Tages- und Quartalsprofil
31267*	Stereotaktischer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie PP7	138	112	Tages- und Quartalsprofil
31268*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31261 bis 31267	15	15	Tages- und Quartalsprofil
31271*	Urologischer Eingriff der Kategorie Q1	22	19	Tages- und Quartalsprofil
31272*	Urologischer Eingriff der Kategorie Q2	36	29	Tages- und Quartalsprofil
31273*	Urologischer Eingriff der Kategorie Q3	49	37	Tages- und Quartalsprofil
31274*	Urologischer Eingriff der Kategorie Q4	65	46	Tages- und Quartalsprofil
31275*	Urologischer Eingriff der Kategorie Q5	93	61	Tages- und Quartalsprofil
31276*	Urologischer Eingriff der Kategorie Q6	119	72	Tages- und Quartalsprofil
31277*	Urologischer Eingriff der Kategorie Q7	138	112	Tages- und Quartalsprofil
31278*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31271 bis 31277	15	15	Tages- und Quartalsprofil
31281*	Endoskopischer urologischer Eingriff der Kategorie R1	22	19	Tages- und Quartalsprofil
31282*	Endoskopischer urologischer Eingriff der Kategorie R2	36	29	Tages- und Quartalsprofil
31283*	Endoskopischer urologischer Eingriff der Kategorie R3	49	37	Tages- und Quartalsprofil
31284*	Endoskopischer urologischer Eingriff der Kategorie R4	65	46	Tages- und Quartalsprofil
31285*	Endoskopischer urologischer Eingriff der Kategorie R5	93	61	Tages- und Quartalsprofil
31286*	Endoskopischer urologischer Eingriff der Kategorie R6	119	72	Tages- und Quartalsprofil
31287*	Endoskopischer urologischer Eingriff der Kategorie R7	138	112	Tages- und Quartalsprofil

GOP[1)]	Kurzlegende	Kalkulations-zeit in Minuten[2)]	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
31288*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31281 bis 31287	15	15	Tages- und Quartalsprofil
31291*	Urologischer Eingriff mit Bildwandler der Kategorie RR1	22	19	Tages- und Quartalsprofil
31292*	Urologischer Eingriff mit Bildwandler der Kategorie RR2	36	29	Tages- und Quartalsprofil
31293*	Urologischer Eingriff mit Bildwandler der Kategorie RR3	49	37	Tages- und Quartalsprofil
31294*	Urologischer Eingriff mit Bildwandler der Kategorie RR4	65	46	Tages- und Quartalsprofil
31295*	Urologischer Eingriff mit Bildwandler der Kategorie RR5	93	61	Tages- und Quartalsprofil
31296*	Urologischer Eingriff mit Bildwandler der Kategorie RR6	119	72	Tages- und Quartalsprofil
31297*	Urologischer Eingriff mit Bildwandler der Kategorie RR7	138	112	Tages- und Quartalsprofil
31298*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31291 bis 31297	15	15	Tages- und Quartalsprofil
31301*	Gynäkologischer Eingriff der Kategorie S1	22	19	Tages- und Quartalsprofil
31302*	Gynäkologischer Eingriff der Kategorie S2	36	29	Tages- und Quartalsprofil
31303*	Gynäkologischer Eingriff der Kategorie S3	49	37	Tages- und Quartalsprofil
31304*	Gynäkologischer Eingriff der Kategorie S4	65	46	Tages- und Quartalsprofil
31305*	Gynäkologischer Eingriff der Kategorie S5	93	61	Tages- und Quartalsprofil
31306*	Gynäkologischer Eingriff der Kategorie S6	119	72	Tages- und Quartalsprofil
31307*	Gynäkologischer Eingriff der Kategorie S7	138	112	Tages- und Quartalsprofil
31308*	Zuschlag zu den Gebührenordnungsposition 31301 bis 31307	15	15	Tages- und Quartalsprofil
31311*	Endoskopischer gynäkologischer Eingriff der Kategorie T1	22	19	Tages- und Quartalsprofil
31312*	Endoskopischer gynäkologischer Eingriff der Kategorie T2	36	29	Tages- und Quartalsprofil
31313*	Endoskopischer gynäkologischer Eingriff der Kategorie T3	49	37	Tages- und Quartalsprofil
31314*	Endoskopischer gynäkologischer Eingriff der Kategorie T4	65	46	Tages- und Quartalsprofil

GOP[1)]	Kurzlegende	Kalkulations-zeit in Minuten[2)]	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
31315*	Endoskopischer gynäkologischer Eingriff der Kategorie T5	93	61	Tages- und Quartalsprofil
31316*	Endoskopischer gynäkologischer Eingriff der Kategorie T6	119	72	Tages- und Quartalsprofil
31317*	Endoskopischer gynäkologischer Eingriff der Kategorie T7	138	112	Tages- und Quartalsprofil
31318*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31311 bis 31317	15	15	Tages- und Quartalsprofil
31319*	Hochfrequenzablation der Kategorie TT2	36	29	Tages- und Quartalsprofil
31321*	Extraocularer Eingriff der Kategorie U1	22	19	Tages- und Quartalsprofil
31322*	Extraocularer Eingriff der Kategorie U2	36	29	Tages- und Quartalsprofil
31323*	Extraocularer Eingriff der Kategorie U3	49	37	Tages- und Quartalsprofil
31324*	Extraocularer Eingriff der Kategorie U4	65	46	Tages- und Quartalsprofil
31325*	Extraocularer Eingriff der Kategorie U5	93	61	Tages- und Quartalsprofil
31326*	Extraocularer Eingriff der Kategorie U6	119	72	Tages- und Quartalsprofil
31327*	Extraocularer Eingriff der Kategorie U7	138	112	Tages- und Quartalsprofil
31328*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31321 bis 31327	15	15	Tages- und Quartalsprofil
31331*	Intraocularer Eingriff der Kategorie V1	22	19	Tages- und Quartalsprofil
31332*	Intraocularer Eingriff der Kategorie V2	36	29	Tages- und Quartalsprofil
31333*	Intraocularer Eingriff der Kategorie V3	49	37	Tages- und Quartalsprofil
31334*	Intraocularer Eingriff der Kategorie V4	65	46	Tages- und Quartalsprofil
31335*	Intraocularer Eingriff der Kategorie V5	93	61	Tages- und Quartalsprofil
31336*	Intraocularer Eingriff der Kategorie V6	119	72	Tages- und Quartalsprofil
31337*	Intraocularer Eingriff der Kategorie V7	138	112	Tages- und Quartalsprofil
31338*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31331 bis 31337	15	15	Tages- und Quartalsprofil

GOP[1)]	Kurzlegende	Kalkulations-zeit in Minuten[2)]	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
31341*	Laserchirurgischer Eingriff der Kategorie W1	22	19	Tages- und Quartalsprofil
31342*	Laserchirurgischer Eingriff der Kategorie W2	36	29	Tages- und Quartalsprofil
31343*	Laserchirurgischer Eingriff der Kategorie W3	49	37	Tages- und Quartalsprofil
31344*	Laserchirurgischer Eingriff der Kategorie W4	65	46	Tages- und Quartalsprofil
31345*	Laserchirurgischer Eingriff der Kategorie W5	93	61	Tages- und Quartalsprofil
31346*	Laserchirurgischer Eingriff der Kategorie W6	119	72	Tages- und Quartalsprofil
31347*	Laserchirurgischer Eingriff der Kategorie W7	138	112	Tages- und Quartalsprofil
31348*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31341 bis 31347	15	15	Tages- und Quartalsprofil
31350*	Intraocularer Eingriff der Kategorie X1	KA	20	Tages- und Quartalsprofil
31351*	Intraocularer Eingriff der Kategorie X2	KA	31	Tages- und Quartalsprofil
31362*	Eingriff der Kategorie Y2: Phototherapeutische Keratektomie (PTK)	38	31	Tages- und Quartalsprofil
31364*	Eingriff der Kategorie YY4: Hornhautvernetzung mit Riboflavin	65	46	Tages- und Quartalsprofil
31371*	Intraocularer Eingriff der Kategorie Z1 am rechten Auge	KA	25	Tages- und Quartalsprofil
31372*	Intraocularer Eingriff der Kategorie Z1 am linken Auge	KA	25	Tages- und Quartalsprofil
31373*	Intraocularer Eingriff der Kategorie Z9 an beiden Augen	KA	32	Tages- und Quartalsprofil
31401*	Zuschlag für die Anlage eines Systems zur Vakuumversiegelung	KA	./.	Keine Eignung
31451*	Zuschlag I	KA	./.	Keine Eignung
31452*	Zuschlag II	KA	./.	Keine Eignung
31453*	Zuschlag III	KA	./.	Keine Eignung
31454*	Zuschlag IV	KA	./.	Keine Eignung
31455*	Zuschlag V	KA	./.	Keine Eignung
31456*	Zuschlag VI	KA	./.	Keine Eignung
31457*	Zuschlag VII	KA	./.	Keine Eignung
31501*	Postoperative Überwachung 1	5	5	Tages- und Quartalsprofil

GOP[1)]	Kurzlegende	Kalkulations-zeit in Minuten[2)]	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
31502*	Postoperative Überwachung 2	5	5	Tages- und Quartalsprofil
31503*	Postoperative Überwachung 3	10	10	Tages- und Quartalsprofil
31504*	Postoperative Überwachung 4	10	10	Tages- und Quartalsprofil
31505*	Postoperative Überwachung 5	20	20	Tages- und Quartalsprofil
31506*	Postoperative Überwachung 6	20	20	Tages- und Quartalsprofil
31507*	Postoperative Überwachung 7	25	25	Tages- und Quartalsprofil
31530*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31501 bis 31507 bei sich anschließender Nachbeobachtung	1	1	Nur Quartalsprofil
31540*	Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 31530 für die Überprüfung und/oder Unterhaltung eines zur Analgesie angelegten Plexus-, Peridural- oder Spinalkatheters	2	2	Nur Quartalsprofil
31600	Postoperative Behandlung durch den Hausarzt	10	9	Nur Quartalsprofil
31601	Postoperative Behandlung I/1a	10	10	Nur Quartalsprofil
31602*	Postoperative Behandlung I/1b	5	5	Nur Quartalsprofil
31608	Postoperative Behandlung Chirurgie I/2a	15	15	Nur Quartalsprofil
31609*	Postoperative Behandlung Chirurgie I/2b	10	10	Nur Quartalsprofil
31610	Postoperative Behandlung Chirurgie I/3a	19	19	Nur Quartalsprofil
31611*	Postoperative Behandlung Chirurgie I/3b	15	15	Nur Quartalsprofil
31612	Postoperative Behandlung Chirurgie I/4a	22	22	Nur Quartalsprofil
31613*	Postoperative Behandlung Chirurgie I/4b	18	18	Nur Quartalsprofil
31614	Postoperative Behandlung Chirurgie II/1a	10	10	Nur Quartalsprofil
31615*	Postoperative Behandlung Chirurgie II/1b	5	5	Nur Quartalsprofil
31616	Postoperative Behandlung Chirurgie II/2a	15	15	Nur Quartalsprofil

GOP[1)]	Kurzlegende	Kalkulations-zeit in Minuten[2)]	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
31617*	Postoperative Behandlung Chirurgie II/2b	10	10	Nur Quartalsprofil
31618	Postoperative Behandlung Chirurgie II/3a	19	19	Nur Quartalsprofil
31619*	Postoperative Behandlung Chirurgie II/3b	15	15	Nur Quartalsprofil
31620	Postoperative Behandlung Chirurgie II/4a	22	22	Nur Quartalsprofil
31621*	Postoperative Behandlung Chirurgie II/4b	18	18	Nur Quartalsprofil
31622	Postoperative Behandlung Chirurgie III/1a	12	12	Nur Quartalsprofil
31623*	Postoperative Behandlung Chirurgie III/1b	7	7	Nur Quartalsprofil
31624	Postoperative Behandlung Chirurgie III/2a	15	15	Nur Quartalsprofil
31625*	Postoperative Behandlung Chirurgie III/2b	10	10	Nur Quartalsprofil
31626	Postoperative Behandlung Chirurgie III/3a	19	19	Nur Quartalsprofil
31627*	Postoperative Behandlung Chirurgie III/3b	15	15	Nur Quartalsprofil
31628	Postoperative Behandlung Chirurgie III/4a	22	22	Nur Quartalsprofil
31629*	Postoperative Behandlung Chirurgie III/4b	18	18	Nur Quartalsprofil
31630	Postoperative Behandlung Chirurgie IV/1a	12	12	Nur Quartalsprofil
31631*	Postoperative Behandlung Chirurgie IV/1b	7	7	Nur Quartalsprofil
31632	Postoperative Behandlung Chirurgie IV/2a	15	15	Nur Quartalsprofil
31633*	Postoperative Behandlung Chirurgie IV/2b	10	10	Nur Quartalsprofil
31634	Postoperative Behandlung Chirurgie IV/3a	19	19	Nur Quartalsprofil
31635*	Postoperative Behandlung Chirurgie IV/3b	15	15	Nur Quartalsprofil
31636	Postoperative Behandlung Chirurgie IV/4a	22	22	Nur Quartalsprofil
31637*	Postoperative Behandlung Chirurgie IV/4b	18	18	Nur Quartalsprofil
31643	Postoperative Behandlung Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie V/1a	10	10	Nur Quartalsprofil

GOP[1)]	Kurzlegende	Kalkulations-zeit in Minuten[2)]	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
31644*	Postoperative Behandlung Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie V/1b	5	5	Nur Quartalsprofil
31645	Postoperative Behandlung Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie V/2a	15	15	Nur Quartalsprofil
31646*	Postoperative Behandlung Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie V/2b	10	10	Nur Quartalsprofil
31647	Postoperative Behandlung Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie V/3a	19	19	Nur Quartalsprofil
31648*	Postoperative Behandlung Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie V/3b	15	15	Nur Quartalsprofil
31649	Postoperative Behandlung Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie V/4a	22	22	Nur Quartalsprofil
31650*	Postoperative Behandlung Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie V/4b	18	18	Nur Quartalsprofil
31656	Postoperative Behandlung Hals-Nasen-Ohren VI/1a	10	10	Nur Quartalsprofil
31657*	Postoperative Behandlung Hals-Nasen-Ohren VI/1b	5	5	Nur Quartalsprofil
31658	Postoperative Behandlung Hals-Nasen-Ohren VI/2a	20	20	Nur Quartalsprofil
31659*	Postoperative Behandlung Hals-Nasen-Ohren VI/2b	16	16	Nur Quartalsprofil
31660	Postoperative Behandlung Hals-Nasen-Ohren VI/3a	24	24	Nur Quartalsprofil
31661*	Postoperative Behandlung Hals-Nasen-Ohren VI/3b	20	20	Nur Quartalsprofil
31662	Postoperative Behandlung Hals-Nasen-Ohren VI/4a	30	30	Nur Quartalsprofil
31663*	Postoperative Behandlung Hals-Nasen-Ohren VI/4b	26	26	Nur Quartalsprofil
31669	Postoperative Behandlung zentrale Neurochirurgie VII/1a	10	10	Nur Quartalsprofil
31670*	Postoperative Behandlung zentrale Neurochirurgie VII/1b	5	5	Nur Quartalsprofil
31671	Postoperative Behandlung zentrale Neurochirurgie VII/2a	15	15	Nur Quartalsprofil
31672*	Postoperative Behandlung zentrale Neurochirurgie VII/2b	10	10	Nur Quartalsprofil
31673	Postoperative Behandlung zentrale Neurochirurgie VII/3a	19	19	Nur Quartalsprofil
31674*	Postoperative Behandlung zentrale Neurochirurgie VII/3b	15	15	Nur Quartalsprofil
31675	Postoperative Behandlung zentrale Neurochirurgie VII/4a	22	22	Nur Quartalsprofil

GOP[1)]	Kurzlegende	Kalkulations-zeit in Minuten[2)]	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
31676*	Postoperative Behandlung zentrale Neurochirurgie VII/4b	18	18	Nur Quartalsprofil
31682	Postoperative Behandlung Urologie VIII/1a	10	10	Nur Quartalsprofil
31683*	Postoperative Behandlung Urologie VIII/1b	5	5	Nur Quartalsprofil
31684	Postoperative Behandlung Urologie VIII/2a	15	15	Nur Quartalsprofil
31685*	Postoperative Behandlung Urologie VIII/2b	10	10	Nur Quartalsprofil
31686	Postoperative Behandlung Urologie VIII/3a	19	19	Nur Quartalsprofil
31687*	Postoperative Behandlung Urologie VIII/3b	15	15	Nur Quartalsprofil
31688	Postoperative Behandlung Urologie VIII/4a	22	22	Nur Quartalsprofil
31689*	Postoperative Behandlung Urologie VIII/4b	18	18	Nur Quartalsprofil
31695	Postoperative Behandlung Gynäkologie IX/1a	10	10	Nur Quartalsprofil
31696*	Postoperative Behandlung Gynäkologie IX/1b	5	5	Nur Quartalsprofil
31697	Postoperative Behandlung Gynäkologie IX/2a	18	18	Nur Quartalsprofil
31698*	Postoperative Behandlung Gynäkologie IX/2b	13	13	Nur Quartalsprofil
31699	Postoperative Behandlung Gynäkologie IX/3a	24	24	Nur Quartalsprofil
31700*	Postoperative Behandlung Gynäkologie IX/3b	19	19	Nur Quartalsprofil
31701	Postoperative Behandlung Gynäkologie IX/4a	28	28	Nur Quartalsprofil
31702*	Postoperative Behandlung Gynäkologie IX/4b	24	24	Nur Quartalsprofil
31708	Postoperative Behandlung Augenheilkunde X/1a	10	10	Nur Quartalsprofil
31709*	Postoperative Behandlung Augenheilkunde X/1b	5	5	Nur Quartalsprofil
31710	Postoperative Behandlung Augenheilkunde X/2a	15	15	Nur Quartalsprofil
31711*	Postoperative Behandlung Augenheilkunde X/2b	10	10	Nur Quartalsprofil
31712	Postoperative Behandlung Augenheilkunde X/3a	19	19	Nur Quartalsprofil

GOP[1)]	Kurzlegende	Kalkulations-zeit in Minuten[2)]	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
31713*	Postoperative Behandlung Augenheilkunde X/3b	15	15	Nur Quartalsprofil
31714	Postoperative Behandlung Augenheilkunde X/4a	22	22	Nur Quartalsprofil
31715*	Postoperative Behandlung Augenheilkunde X/4b	18	18	Nur Quartalsprofil
31716	Postoperative Behandlung Augenheilkunde XI/1a	13	13	Nur Quartalsprofil
31717*	Postoperative Behandlung Augenheilkunde XI/1b	8	8	Nur Quartalsprofil
31718	Postoperative Behandlung Augenheilkunde XI/2a	21	21	Nur Quartalsprofil
31719*	Postoperative Behandlung Augenheilkunde XI/2b	17	17	Nur Quartalsprofil
31720	Postoperative Behandlung Augenheilkunde XI/3a	26	26	Nur Quartalsprofil
31721*	Postoperative Behandlung Augenheilkunde XI/3b	21	21	Nur Quartalsprofil
31722	Postoperative Behandlung Augenheilkunde XI/4a	29	29	Nur Quartalsprofil
31723*	Postoperative Behandlung Augenheilkunde XI/4b	24	24	Nur Quartalsprofil
31724	Postoperative Behandlung Augenheilkunde XII/1a	7	7	Nur Quartalsprofil
31725*	Postoperative Behandlung Augenheilkunde XII/1b	3	3	Nur Quartalsprofil
31726	Postoperative Behandlung Augenheilkunde XII/2a	7	7	Nur Quartalsprofil
31727*	Postoperative Behandlung Augenheilkunde XII/2b	3	3	Nur Quartalsprofil
31728	Postoperative Behandlung Augenheilkunde XII/3a	10	10	Nur Quartalsprofil
31729*	Postoperative Behandlung Augenheilkunde XII/3b	6	6	Nur Quartalsprofil
31730	Postoperative Behandlung Augenheilkunde XII/4a	13	13	Nur Quartalsprofil
31731*	Postoperative Behandlung Augenheilkunde XII/4b	9	9	Nur Quartalsprofil
31734	Postoperative Behandlung nach der Erbringung einer Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 31362 bei Überweisung durch den Operateur	35	26	Nur Quartalsprofil
31735*	Postoperative Behandlung nach der Erbringung einer	11	8	Nur Quartalsprofil

GOP[1)]	Kurzlegende	Kalkulations-zeit in Minuten[2)]	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
	Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 31362 bei Erbringung durch den Operateur			
31737	Postoperative Behandlung nach der Erbringung einer Leistung nach der Gebührenordnungsposition 31364 bei Überweisung durch den Operateur	21	21	Nur Quartalsprofil
31738*	Postoperative Behandlung nach der Erbringung einer Leistung nach der Gebührenordnungsposition 31364 bei Erbringung durch den Operateur	11	11	Nur Quartalsprofil
31800*	Regionalanästhesie durch den Operateur	15	15	Tages- und Quartalsprofil
31801*	Retrobulbäre und/oder parabulbäre und/oder peribulbäre Anästhesie	5	4	Tages- und Quartalsprofil
31802*	Tumeszenzlokalanästhesie durch den Operateur	KA	48	Tages- und Quartalsprofil
31820*	Leitungsanästhesie an der Schädelbasis	9	8	Tages- und Quartalsprofil
31821*	Anästhesie oder Kurznarkose 1	36	32	Tages- und Quartalsprofil
31822*	Anästhesie oder Narkose 2	53	47	Tages- und Quartalsprofil
31823*	Anästhesie oder Narkose 3	70	62	Tages- und Quartalsprofil
31824*	Anästhesie oder Narkose 4	87	77	Tages- und Quartalsprofil
31825*	Anästhesie oder Narkose 5	121	93	Tages- und Quartalsprofil
31826*	Anästhesie oder Narkose 6	148	108	Tages- und Quartalsprofil
31827*	Anästhesie oder Narkose 7	155	122	Tages- und Quartalsprofil
31828*	Zuschlag zu den Anästhesieleistungen nach den Gebührenordnungspositionen 31821 bis 31827	17	15	Tages- und Quartalsprofil
31840*	Patientenadaptiertes Narkosemanagement I	KA	27	Nur Quartalsprofil
31841*	Patientenadaptiertes Narkosemanagement II	KA	39	Nur Quartalsprofil
31900	Praktische Schulung	KA	2	Tages- und Quartalsprofil
31910	Fraktur-Einrichtung distal der Hand-/Fußwurzel	KA	2	Tages- und Quartalsprofil

GOP[1)]	Kurzlegende	Kalkulations-zeit in Minuten[2)]	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
31912	Fraktur-Einrichtung Ellenbogen-/ Kniegelenk	KA	5	Tages- und Quartalsprofil
31914	Fraktur-Einrichtung proximal von Knie- oder Ellenbogengelenk	KA	10	Tages- und Quartalsprofil
31920*	Kontraktionsmobilisierung	KA	7	Tages- und Quartalsprofil
31930*	Anlegen einer orofazialen Stütz-, Halte- oder Hilfsvorrichtung	KA	10	Tages- und Quartalsprofil
31932*	Behandlung mit einer orthopädischen Hilfsvorrichtung	KA	10	Tages- und Quartalsprofil
31941	Abdrücke und Modelle I	KA	2	Tages- und Quartalsprofil
31942	Abdrücke und Modelle II	KA	4	Tages- und Quartalsprofil
31943	Abdrücke und Modelle III	KA	5	Tages- und Quartalsprofil
31944*	Abdrücke und Modelle IV	KA	7	Tages- und Quartalsprofil
31945*	Abdrücke und Modelle V	KA	10	Tages- und Quartalsprofil
31946*	Abdrücke und Modelle VI	KA	10	Tages- und Quartalsprofil
31950*	Zuschlag zur GOP 31101 für Operateure bei der Durchführung von Hybrid-DRG-Leistungen bei Patienten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr	KA	./.	Keine Eignung
31951*	Zuschlag zur GOP 31121 für Operateure bei der Durchführung von Hybrid-DRG-Leistungen bei Patienten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr	KA	./.	Keine Eignung
31952*	Zuschlag zur GOP 31122 für Operateure bei der Durchführung von Hybrid-DRG-Leistungen bei Patienten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr	KA	./.	Keine Eignung
31953*	Zuschlag zur GOP 31123 für Operateure bei der Durchführung von Hybrid-DRG-Leistungen bei Patienten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr	KA	./.	Keine Eignung
31954*	Zuschlag zur GOP 31131 für Operateure bei der Durchführung von Hybrid-DRG-Leistungen bei Patienten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr	KA	./.	Keine Eignung

GOP[1)]	Kurzlegende	Kalkulations-zeit in Minuten[2)]	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
31955*	Zuschlag zur GOP 31132 für Operateure bei der Durchführung von Hybrid-DRG-Leistungen bei Patienten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr	KA	./.	Keine Eignung
31956*	Zuschlag zur GOP 31133 für Operateure bei der Durchführung von Hybrid-DRG-Leistungen bei Patienten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr	KA	./.	Keine Eignung
31957*	Zuschlag zur GOP 31134 für Operateure bei der Durchführung von Hybrid-DRG-Leistungen bei Patienten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr	KA	./.	Keine Eignung
31958*	Zuschlag zur GOP 31135 für Operateure bei der Durchführung von Hybrid-DRG-Leistungen bei Patienten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr	KA	./.	Keine Eignung
31959*	Zuschlag zur GOP 31142 für Operateure bei der Durchführung von Hybrid-DRG-Leistungen bei Patienten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr	KA	./.	Keine Eignung
31960*	Zuschlag zur GOP 31143 für Operateure bei der Durchführung von Hybrid-DRG-Leistungen bei Patienten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr	KA	./.	Keine Eignung
31961*	Zuschlag zur GOP 31152 für Operateure bei der Durchführung von Hybrid-DRG-Leistungen bei Patienten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr	KA	./.	Keine Eignung
31962*	Zuschlag zur GOP 31153 für Operateure bei der Durchführung von Hybrid-DRG-Leistungen bei Patienten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr	KA	./.	Keine Eignung
31963*	Zuschlag zur GOP 31154 für Operateure bei der Durchführung von Hybrid-DRG-Leistungen bei Patienten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr	KA	./.	Keine Eignung
31964*	Zuschlag zur GOP 31155 für Operateure bei der Durchführung von Hybrid-DRG-Leistungen bei Patienten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr	KA	./.	Keine Eignung
31965*	Zuschlag zur GOP 31156 für Operateure bei der Durchführung	KA	./.	Keine Eignung

GOP[1)]	Kurzlegende	Kalkulations-zeit in Minuten[2)]	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
	von Hybrid-DRG-Leistungen bei Patienten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr			
31966*	Zuschlag zur GOP 31162 für Operateure bei der Durchführung von Hybrid-DRG-Leistungen bei Patienten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr	KA	./.	Keine Eignung
31967*	Zuschlag zur GOP 31163 für Operateure bei der Durchführung von Hybrid-DRG-Leistungen bei Patienten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr	KA	./.	Keine Eignung
31968*	Zuschlag zur GOP 31164 für Operateure bei der Durchführung von Hybrid-DRG-Leistungen bei Patienten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr	KA	./.	Keine Eignung
31969*	Zuschlag zur GOP 31171 für Operateure bei der Durchführung von Hybrid-DRG-Leistungen bei Patienten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr	KA	./.	Keine Eignung
31970*	Zuschlag zur GOP 31172 für Operateure bei der Durchführung von Hybrid-DRG-Leistungen bei Patienten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr	KA	./.	Keine Eignung
31971*	Zuschlag zur GOP 31173 für Operateure bei der Durchführung von Hybrid-DRG-Leistungen bei Patienten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr	KA	./.	Keine Eignung
31972*	Zuschlag zur GOP 31174 für Operateure bei der Durchführung von Hybrid-DRG-Leistungen bei Patienten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr	KA	./.	Keine Eignung
31973*	Zuschlag zur GOP 31175 für Operateure bei der Durchführung von Hybrid-DRG-Leistungen bei Patienten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr	KA	./.	Keine Eignung
31974*	Zuschlag zur GOP 31212 für Operateure bei der Durchführung von Hybrid-DRG-Leistungen bei Patienten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr	KA	./.	Keine Eignung
31975*	Zuschlag zur GOP 31213 für Operateure bei der Durchführung von Hybrid-DRG-Leistungen bei	KA	./.	Keine Eignung

GOP[1)]	Kurzlegende	Kalkulations-zeit in Minuten[2)]	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
	Patienten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr			
31976*	Zuschlag zur GOP 31214 für Operateure bei der Durchführung von Hybrid-DRG-Leistungen bei Patienten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr	KA	./.	Keine Eignung
31977*	Zuschlag zur GOP 31215 für Operateure bei der Durchführung von Hybrid-DRG-Leistungen bei Patienten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr	KA	./.	Keine Eignung
31978*	Zuschlag zur GOP 31232 für Operateure bei der Durchführung von Hybrid-DRG-Leistungen bei Patienten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr	KA	./.	Keine Eignung
31979*	Zuschlag zur GOP 31233 für Operateure bei der Durchführung von Hybrid-DRG-Leistungen bei Patienten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr	KA	./.	Keine Eignung
31980*	Zuschlag zur GOP 31242 für Operateure bei der Durchführung von Hybrid-DRG-Leistungen bei Patienten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr	KA	./.	Keine Eignung
31981*	Zuschlag zur GOP 31271 für Operateure bei der Durchführung von Hybrid-DRG-Leistungen bei Patienten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr	KA	./.	Keine Eignung
31982*	Zuschlag zur GOP 31272 für Operateure bei der Durchführung von Hybrid-DRG-Leistungen bei Patienten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr	KA	./.	Keine Eignung
31983*	Zuschlag zur GOP 31273 für Operateure bei der Durchführung von Hybrid-DRG-Leistungen bei Patienten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr	KA	./.	Keine Eignung
31984*	Zuschlag zur GOP 31274 für Operateure bei der Durchführung von Hybrid-DRG-Leistungen bei Patienten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr	KA	./.	Keine Eignung
31985*	Zuschlag zur GOP 31281 für Operateure bei der Durchführung von Hybrid-DRG-Leistungen bei Patienten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr	KA	./.	Keine Eignung

GOP[1)]	Kurzlegende	Kalkulations-zeit in Minuten[2)]	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
31986*	Zuschlag zur GOP 31282 für Operateure bei der Durchführung von Hybrid-DRG-Leistungen bei Patienten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr	KA	./.	Keine Eignung
31987*	Zuschlag zur GOP 31283 für Operateure bei der Durchführung von Hybrid-DRG-Leistungen bei Patienten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr	KA	./.	Keine Eignung
31988*	Zuschlag zur GOP 31284 für Operateure bei der Durchführung von Hybrid-DRG-Leistungen bei Patienten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr	KA	./.	Keine Eignung
31989*	Zuschlag zur GOP 31292 für Operateure bei der Durchführung von Hybrid-DRG-Leistungen bei Patienten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr	KA	./.	Keine Eignung
31990*	Zuschlag zur GOP 31294 für Operateure bei der Durchführung von Hybrid-DRG-Leistungen bei Patienten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr	KA	./.	Keine Eignung
31991*	Zuschlag zur GOP 31295 für Operateure bei der Durchführung von Hybrid-DRG-Leistungen bei Patienten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr	KA	./.	Keine Eignung
31992*	Zuschlag zur GOP 31304 für Operateure bei der Durchführung von Hybrid-DRG-Leistungen bei Patienten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr	KA	./.	Keine Eignung
31993*	Zuschlag zur GOP 31305 für Operateure bei der Durchführung von Hybrid-DRG-Leistungen bei Patienten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr	KA	./.	Keine Eignung
31994*	Zuschlag zur GOP 31312 für Operateure bei der Durchführung von Hybrid-DRG-Leistungen bei Patienten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr	KA	./.	Keine Eignung
31995*	Zuschlag zur GOP 31313 für Operateure bei der Durchführung von Hybrid-DRG-Leistungen bei Patienten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr	KA	./.	Keine Eignung
31996*	Zuschlag zur GOP 31314 für Operateure bei der Durchführung	KA	./.	Keine Eignung

GOP[1)]	Kurzlegende	Kalkulations-zeit in Minuten[2)]	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
	von Hybrid-DRG-Leistungen bei Patienten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr			
31997*	Zuschlag zur GOP 31319 für Operateure bei der Durchführung von Hybrid-DRG-Leistungen bei Patienten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr	KA	./.	Keine Eignung
31998*	Zuschlag zur GOP 31275 für Operateure bei der Durchführung von Hybrid-DRG-Leistungen bei Patienten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr	KA	./.	Keine Eignung
31999*	Zuschlag zur GOP 31306 für Operateure bei der Durchführung von Hybrid-DRG-Leistungen bei Patienten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr	KA	./.	Keine Eignung
33000	Sonographie des Auges	6	5	Tages- und Quartalsprofil
33001	Ultraschall-Biometrie des Auges	3	3	Tages- und Quartalsprofil
33002	Ultraschall-Pachymetrie der Hornhaut eines Auges	4	3	Tages- und Quartalsprofil
33010	Nasennebenhöhlen - Sonographie	4	3	Tages- und Quartalsprofil
33011	Sonographie der Gesichtsweichteile und/oder Halsweichteile und/oder Speicheldrüsen (mit Ausnahme der Schilddrüse)	5	4	Tages- und Quartalsprofil
33012	Schilddrüsen - Sonographie	5	4	Tages- und Quartalsprofil
33020*	Echokardiographie (M-Mode- und B-Mode-Verfahren)	10	9	Tages- und Quartalsprofil
33021*	Doppler-Echokardiographie (PW- / CW-Doppler)	11	10	Tages- und Quartalsprofil
33022*	Duplex-Echokardiographie (Farbduplex)	13	10	Tages- und Quartalsprofil
33023*	Zuschlag TEE	10	9	Tages- und Quartalsprofil
33030*	Echokardiographie mit physikalischer Stufenbelastung	29	26	Tages- und Quartalsprofil
33031*	Echokardiographie mit pharmakainduzierter Stufenbelastung	33	29	Tages- und Quartalsprofil
33040	Sonographie der Thoraxorgane	7	6	Tages- und Quartalsprofil

GOP[1)]	Kurzlegende	Kalkulations-zeit in Minuten[2)]	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
33041	Mamma - Sonographie	7	6	Tages- und Quartalsprofil
33042	Abdominelle Sonographie	9	7	Tages- und Quartalsprofil
33043	Uro-Genital-Sonographie	5	4	Tages- und Quartalsprofil
33044	Sonographie der weiblichen Genitalorgane, ggf. einschließlich Harnblase	5	4	Tages- und Quartalsprofil
33046	Zuschlag Echokardiographie/ Sonographie des Abdomens mit Kontrastmitteleinbringung	5	4	Tages- und Quartalsprofil
33050	Gelenk-Sonographie, Sonographie von Sehnen, Muskeln, Bursae	4	4	Tages- und Quartalsprofil
33051	Sonographie der Säuglingshüften	7	6	Tages- und Quartalsprofil
33052	Sonographie offene Fontanelle beim Neugeborenen, Säugling oder Kleinkind	6	5	Tages- und Quartalsprofil
33053	Fraktursonographie	7	6	Tages- und Quartalsprofil
33060*	CW-Doppler-Sonographie extrakranieller Gefäße	11	10	Tages- und Quartalsprofil
33061*	CW-Doppler-Sonographie extremitätenversorgender Gefäße	6	5	Tages- und Quartalsprofil
33062*	CW-Doppler-Sonographie der Gefäße des männlichen Genitalsystems	4	4	Tages- und Quartalsprofil
33063*	PW-Doppler-Sonographie der intrakraniellen Gefäße	10	9	Tages- und Quartalsprofil
33064*	PW-Doppler-Sonographie der Gefäße des männlichen Genitalsystems	KA	4	Tages- und Quartalsprofil
33070*	Duplex-Sonographie der extrakraniellen Gefäße	16	14	Tages- und Quartalsprofil
33071*	Duplex-Sonographie der intrakraniellen Gefäße	13	12	Tages- und Quartalsprofil
33072*	Duplex-Sonographie der extremitätenver- und/oder entsorgender Gefäße	13	11	Tages- und Quartalsprofil
33073*	Duplex-Sonographie abdomineller, retroperitonealer, mediastinaler Gefäße	13	12	Tages- und Quartalsprofil
33074*	Duplex-Sonographie der Gefäße des weiblichen Genitalsystems	12	10	Tages- und Quartalsprofil
33075*	Zuschlag Farbduplex	KA	./.	Keine Eignung

GOP[1)]	Kurzlegende	Kalkulations-zeit in Minuten[2)]	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
33076	Sonographie von Extremitätenvenen	5	4	Tages- und Quartalsprofil
33080	Sonographie von Teilen der Haut und/oder Subkutis und/oder der subkutanen Lymphknoten	4	4	Tages- und Quartalsprofil
33081	Sonographie weiterer Organe oder Organteile	4	4	Tages- und Quartalsprofil
33090	Zuschlag Transkavitäre Untersuchung	KA	2	Tages- und Quartalsprofil
33091	Zuschlag für optische Führungshilfe	6	4	Tages- und Quartalsprofil
33092	Zuschlag für optische Führungshilfe	8	6	Tages- und Quartalsprofil
33100	Muskel- und/oder Nervensonographie	5	4	Tages- und Quartalsprofil
33105*	Beurteilung der Leber zur Indikationsstellung einer Therapie mit Etranacogen dezaparvovec	14	11	Tages- und Quartalsprofil
34210	Übersichtsaufnahmen des Schädels	1	1	Tages- und Quartalsprofil
34211	Panoramaschichtaufnahme(n) des Ober- und/oder Unterkiefers	1	1	Tages- und Quartalsprofil
34212	Aufnahme(n) der Halsorgane und/ oder des Mundbodens	1	1	Tages- und Quartalsprofil
34220	Aufnahmen des knöchernen Thorax	1	1	Tages- und Quartalsprofil
34221	Aufnahmen von Teilen der Wirbelsäule	3	2	Tages- und Quartalsprofil
34222	Aufnahme(n) der gesamten Wirbelsäule	5	3	Tages- und Quartalsprofil
34223*	Myelographie(n)	20	18	Tages- und Quartalsprofil
34230	Aufnahme von Teilen des Skeletts oder des Kopfes	1	1	Tages- und Quartalsprofil
34231	Aufnahmen der Schulter, des Schultergürtels	2	1	Tages- und Quartalsprofil
34232	Aufnahmen der Hand, des Fußes	1	1	Tages- und Quartalsprofil
34233	Aufnahmen der Extremitäten	1	1	Tages- und Quartalsprofil
34234	Aufnahmen des Beckens, der Beckenweichteile	1	1	Tages- und Quartalsprofil
34235*	Kontrastuntersuchung eines Schulter-, Ellbogen-, Hüft- oder Kniegelenks	15	10	Tages- und Quartalsprofil

GOP[1)]	Kurzlegende	Kalkulations-zeit in Minuten[2)]	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
34236*	Kontrastuntersuchung eines Gelenks (nicht Schulter, Ellbogen, Hüfte, Knie)	15	10	Tages- und Quartalsprofil
34237	Röntgenteilaufnahmen des Beckens in mindestens zwei Ebenen	3	2	Tages- und Quartalsprofil
34238	Durchführung gehaltener Aufnahmen im Zusammenhang mit den Gebührenordnungspositionen 34230 bis 34233	1	1	Tages- und Quartalsprofil
34240	Übersichtsaufnahme der Brustorgane, eine Ebene	1	1	Tages- und Quartalsprofil
34241	Übersichtsaufnahme der Brustorgane, zwei Ebenen	2	2	Tages- und Quartalsprofil
34242*	Übersichtsaufnahmen und Durchleuchtung der Brustorgane	4	3	Tages- und Quartalsprofil
34243	Übersichtsaufnahme des Abdomens, eine Ebene	1	1	Tages- und Quartalsprofil
34244	Übersichtsaufnahmen des Abdomens, zwei Ebenen	2	1	Tages- und Quartalsprofil
34245	Röntgenaufnahme von Teilen des Abdomens	1	1	Tages- und Quartalsprofil
34246*	Kontrastuntersuchung der Speiseröhre	6	5	Tages- und Quartalsprofil
34247*	Doppelkontrast-Untersuchung des Magens, des Zwölffingerdarms	12	8	Tages- und Quartalsprofil
34248*	Doppelkontrast-Untersuchung des Dünndarms nach Sellink	23	16	Tages- und Quartalsprofil
34250*	Kontrastuntersuchung der Gallenblase, der Gallengänge, der Pankreasgänge	7	5	Tages- und Quartalsprofil
34251*	Röntgenkontrastuntersuchung des Dickdarms	23	16	Tages- und Quartalsprofil
34252*	Röntgenkontrastuntersuchung des Dickdarms beim Neugeborenen, Säugling, Kleinkind oder Kind bis zum vollendeten 12. Lebensjahr	21	15	Tages- und Quartalsprofil
34255	Ausscheidungsurographie	7	5	Tages- und Quartalsprofil
34256*	Urethrozystographie oder Refluxzystogramm	15	11	Tages- und Quartalsprofil
34257*	Retrograde Pyelographie	24	17	Tages- und Quartalsprofil
34260*	Kontrastuntersuchung von Gangsystemen, Höhlen oder Fisteln	9	7	Tages- und Quartalsprofil

GOP[1)]	Kurzlegende	Kalkulations-zeit in Minuten[2)]	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
34270	Mammographie	3	2	Tages- und Quartalsprofil
34271	Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 34270	14	12	Tages- und Quartalsprofil
34272	Mamma-Teilaufnahme (Vergrößerungstechnik)	4	4	Tages- und Quartalsprofil
34273	Röntgenuntersuchung eines Mammapräparates	3	3	Tages- und Quartalsprofil
34274*	Vakuumbiopsie(n) der Mamma im Zusammenhang mit GOP 34270	KA	3	Tages- und Quartalsprofil
34275	Durchführung einer Mammographie in einer Ebene	3	2	Tages- und Quartalsprofil
34280	Durchleuchtung(en)	3	3	Tages- und Quartalsprofil
34281	Durchleuchtung bei Fraktur, Luxation, Fremdkörper	3	3	Tages- und Quartalsprofil
34282	Schichtaufnahmen	8	5	Tages- und Quartalsprofil
34283*	Serienangiographie	25	22	Tages- und Quartalsprofil
34284*	Zuschlag Selektive Darstellung hirnversorgender Gefäße	18	16	Tages- und Quartalsprofil
34285*	Zuschlag Selektive Darstellung anderer Gefäße	9	8	Tages- und Quartalsprofil
34286*	Zuschlag Intervention	40	36	Tages- und Quartalsprofil
34287*	Zuschlag Verwendung eines C-Bogens	4	3	Tages- und Quartalsprofil
34290*	Angiokardiographie	5	5	Tages- und Quartalsprofil
34291*	Herzkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie	46	40	Nur Quartalsprofil
34292*	Zuschlag Intervention (PTCA, Stent)	58	51	Nur Quartalsprofil
34293*	Lymphographie	24	21	Tages- und Quartalsprofil
34294*	Phlebographie	13	11	Tages- und Quartalsprofil
34295*	Zuschlag Computergestützte Analyse	1	0	Tages- und Quartalsprofil
34296*	Phlebographie des Brust- und/oder Bauchraumes	22	20	Tages- und Quartalsprofil
34297*	Embolisations- und/oder Sklerosierungsbehandlung von Varikozelen	20	18	Tages- und Quartalsprofil

GOP[1)]	Kurzlegende	Kalkulations-zeit in Minuten[2)]	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
34298*	Zuschlag für die Messung der myokardialen fraktionellen Flussreserve	10	8	Nur Quartalsprofil
34310*	CT-Untersuchung des Neurocraniums	9	6	Tages- und Quartalsprofil
34311*	CT-Untersuchung von Teilen der Wirbelsäule	10	7	Tages- und Quartalsprofil
34312*	Zuschlag Intrathekale Kontrastmittelgabe	11	7	Tages- und Quartalsprofil
34320*	CT-Untersuchung des Gesichtsschädels	11	8	Tages- und Quartalsprofil
34321*	CT-Untersuchung der Schädelbasis	11	7	Tages- und Quartalsprofil
34322*	CT-Untersuchung der Halsweichteile	12	8	Tages- und Quartalsprofil
34330*	CT-Untersuchung des Thorax	12	8	Tages- und Quartalsprofil
34340*	CT-Untersuchung des Oberbauches	13	8	Tages- und Quartalsprofil
34341*	CT-Untersuchung des gesamten Abdomens	15	10	Tages- und Quartalsprofil
34342*	CT-Untersuchung des Beckens	13	9	Tages- und Quartalsprofil
34343*	Zuschlag Vollständige zweite Serie	9	6	Tages- und Quartalsprofil
34344*	Zuschlag Dynamische Serien	10	7	Tages- und Quartalsprofil
34345*	Zuschlag Kontrastmitteluntersuchung	7	4	Tages- und Quartalsprofil
34350*	CT- Untersuchung der Extremitäten außer der Hand, des Fußes	9	6	Tages- und Quartalsprofil
34351*	CT-Untersuchung der Hand, des Fußes	9	6	Tages- und Quartalsprofil
34360*	CT- gestützte Bestrahlungsplanung	5	5	Tages- und Quartalsprofil
34370*	CT-Koronarangiographie	18	12	Tages- und Quartalsprofil
34371	Interdisziplinäre Fallkonferenz nach erfolgter CT-Koronarangiographie	10	8	Tages- und Quartalsprofil
34410*	MRT-Untersuchung des Neurocraniums	14	9	Tages- und Quartalsprofil
34411*	MRT-Untersuchung von Teilen der Wirbelsäule	14	9	Tages- und Quartalsprofil
34420*	MRT-Untersuchung des Gesichtsschädels	14	9	Tages- und Quartalsprofil

GOP[1)]	Kurzlegende	Kalkulations-zeit in Minuten[2)]	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
34421*	MRT-Untersuchung der Schädelbasis	14	9	Tages- und Quartalsprofil
34422*	MRT-Untersuchung der Halsweichteile	14	9	Tages- und Quartalsprofil
34430*	MRT-Untersuchung des Thorax	14	9	Tages- und Quartalsprofil
34431*	MRT-Untersuchung der Mamma	KA	10	Tages- und Quartalsprofil
34440*	MRT-Untersuchung des Oberbauchs	14	9	Tages- und Quartalsprofil
34441*	MRT-Untersuchung des Abdomens	14	9	Tages- und Quartalsprofil
34442*	MRT-Untersuchung des Beckens	14	9	Tages- und Quartalsprofil
34450*	MRT- Untersuchung der Extremitäten außer der Hand, des Fußes	14	9	Tages- und Quartalsprofil
34451*	MRT-Untersuchung der Hand, des Fußes und/oder deren Teile	14	9	Tages- und Quartalsprofil
34452*	Weitere Sequenzen nach Kontrastmitteleinbringung	10	7	Tages- und Quartalsprofil
34460*	Bestrahlungsplanung MRT	5	5	Tages- und Quartalsprofil
34470*	MRT-Angiographie der Hirngefäße	KA	./.	Keine Eignung
34475*	MRT-Angiographie der Halsgefäße	KA	./.	Keine Eignung
34480*	MRT-Angiographie der thorakalen Aorta und ihrer Abgänge und/oder ihrer Äste	KA	./.	Keine Eignung
34485*	MRT-Angiographie der abdominalen Aorta und ihrer Äste 1. Ordnung	KA	./.	Keine Eignung
34486*	MRT-Angiographie von Venen	KA	./.	Keine Eignung
34489*	MRT-Angiographie der Becken- und Beinarterien (ohne Fußgefäße)	KA	./.	Keine Eignung
34490*	MRT-Angiographie der Armarterien und armversorgenden Arterien	KA	./.	Keine Eignung
34492*	Weitere Sequenzen nach Kontrastmitteleinbringung	KA	./.	Keine Eignung
34500*	Durchleuchtungsgestützte Intervention bei PTC	KA	18	Nur Quartalsprofil
34501*	Durchleuchtungsgestützte Intervention bei Anlage eines Ösophagus-Stent	KA	24	Nur Quartalsprofil
34503*	Bildwandlergestützte Intervention Wirbelsäule	22	20	Tages- und Quartalsprofil

GOP[1)]	Kurzlegende	Kalkulations-zeit in Minuten[2)]	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
34504*	CT-gesteuerte-schmerztherapeutische Intervention(en)	20	20	Tages- und Quartalsprofil
34505*	CT-gesteuerte Intervention(en)	20	20	Tages- und Quartalsprofil
34600	Osteodensitometrische Untersuchung I	KA	2	Tages- und Quartalsprofil
34601	Osteodensitometrische Untersuchung II	KA	2	Tages- und Quartalsprofil
34700*	F-18-Fluorodesoxyglukose-PET des Körperstammes	KA	29	Nur Quartalsprofil
34701*	F-18-Fluorodesoxyglukose-PET/CT des Körperstammes	KA	57	Nur Quartalsprofil
34702*	F-18-Fluorodesoxyglukose-PET von Teilen des Körperstammes	KA	22	Nur Quartalsprofil
34703*	F-18-Fluorodesoxyglukose-PET/CT von Teilen des Körperstammes	KA	46	Nur Quartalsprofil
34704*	F-18-Fluorodesoxyglukose-PET des Körperstammes bei Hodgkin-Lymphom, bei aggressiven Non-Hodgkin-Lymphomen und bei malignen Lymphomen bei Kindern und Jugendlichen	KA	29	Nur Quartalsprofil
34705*	F-18-Fluorodesoxyglukose-PET/CT des Körperstammes bei Hodgkin-Lymphom, bei aggressiven Non-Hodgkin-Lymphomen und bei malignen Lymphomen bei Kindern und Jugendlichen	KA	57	Nur Quartalsprofil
34706*	F-18-Fluorodesoxyglukose-PET von Teilen des Körperstammes bei Hodgkin-Lymphom, bei aggressiven Non-Hodgkin-Lymphomen und bei malignen Lymphomen bei Kindern und Jugendlichen	KA	22	Nur Quartalsprofil
34707*	F-18-Fluorodesoxyglukose-PET/CT von Teilen des Körperstammes bei Hodgkin-Lymphom, bei aggressiven Non-Hodgkin-Lymphomen und bei malignen Lymphomen bei Kindern und Jugendlichen	KA	46	Nur Quartalsprofil
34720*	PSMA-PET des Körperstammes zur Indikationsstellung einer Therapie mit (177Lu)Lutetiumvipivotidtetraxetan	KA	29	Nur Quartalsprofil
34721*	PSMA-PET/CT des Körperstammes zur Indikationsstellung einer Therapie mit (177Lu)Lutetiumvipivotidtetraxetan	KA	57	Nur Quartalsprofil

GOP[1)]	Kurzlegende	Kalkulations-zeit in Minuten[2)]	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
34800	Beauftragung telekonsiliarische Befundbeurteilung	1	1	Tages- und Quartalsprofil
34810	Telekonsiliarische Befundbeurteilung Röntgen	KA	2	Tages- und Quartalsprofil
34820	Telekonsiliarische Befundbeurteilung CT I	KA	7	Tages- und Quartalsprofil
34821	Telekonsiliarische Befundbeurteilung CT II	KA	10	Tages- und Quartalsprofil
35100	Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände	15	15	Tages- und Quartalsprofil
35110	Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen	15	15	Tages- und Quartalsprofil
35111*	Übende Interventionen, Einzelbehandlung	26	26	Tages- und Quartalsprofil
35112*	Übende Interventionen, Gruppenbehandlung	7	5	Tages- und Quartalsprofil
35113*	Übende Interventionen bei Kindern und Jugendlichen, Gruppenbehandlung	10	5	Tages- und Quartalsprofil
35120*	Hypnose	16	16	Tages- und Quartalsprofil
35130*	Bericht an den Gutachter (KZT 1 oder 2)	23	23	Tages- und Quartalsprofil
35131*	Bericht an den Gutachter (LZT)	46	46	Tages- und Quartalsprofil
35140	Biographische Anamnese°°°	55	70	Tages- und Quartalsprofil
35141*	Vertiefte Exploration°°°	20	21	Tages- und Quartalsprofil
35142*	Zuschlag Erhebung neurologischer und psychiatrischer Befunde	6	4	Tages- und Quartalsprofil
35150	Probatorische Sitzung°°°	60	70	Tages- und Quartalsprofil
35151	Psychotherapeutische Sprechstunde°°°	30	35	Tages- und Quartalsprofil
35152*	Psychotherapeutische Akutbehandlung°°°	30	35	Tages- und Quartalsprofil
35163	Probatorische Sitzung (Gruppenbehandlung), 3 TN	38	38	Tages- und Quartalsprofil
35164	Probatorische Sitzung (Gruppenbehandlung), 4 TN	30	30	Tages- und Quartalsprofil
35165	Probatorische Sitzung (Gruppenbehandlung), 5 TN	25	25	Tages- und Quartalsprofil

GOP[1)]	Kurzlegende	Kalkulations-zeit in Minuten[2)]	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
35166	Probatorische Sitzung (Gruppenbehandlung), 6 TN	22	22	Tages- und Quartalsprofil
35167	Probatorische Sitzung (Gruppenbehandlung), 7 TN	19	19	Tages- und Quartalsprofil
35168	Probatorische Sitzung (Gruppenbehandlung), 8 TN	18	18	Tages- und Quartalsprofil
35169	Probatorische Sitzung (Gruppenbehandlung), 9 TN	16	16	Tages- und Quartalsprofil
35173	Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung, 3 TN	38	38	Tages- und Quartalsprofil
35174	Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung, 4 TN	30	30	Tages- und Quartalsprofil
35175	Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung, 5 TN	25	25	Tages- und Quartalsprofil
35176	Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung, 6 TN	22	22	Tages- und Quartalsprofil
35177	Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung, 7 TN	19	19	Tages- und Quartalsprofil
35178	Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung, 8 TN	18	18	Tages- und Quartalsprofil
35179	Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung, 9 TN	16	16	Tages- und Quartalsprofil
35401*	Tiefenpsychologische Psychotherapie (KZT 1, Einzelbehandlung)°°°	60	70	Tages- und Quartalsprofil
35402*	Tiefenpsychologische Psychotherapie (KZT 2, Einzelbehandlung)°°°	60	70	Tages- und Quartalsprofil
35405*	Tiefenpsychologische Psychotherapie (LZT, Einzelbehandlung)°°°	60	70	Tages- und Quartalsprofil
35411*	Analytische Psychotherapie (KZT 1, Einzelbehandlung)°°°	60	70	Tages- und Quartalsprofil
35412*	Analytische Psychotherapie (KZT 2, Einzelbehandlung)°°°	60	70	Tages- und Quartalsprofil
35415*	Analytische Psychotherapie (LZT, Einzelbehandlung)°°°	60	70	Tages- und Quartalsprofil
35421*	Verhaltenstherapie (KZT 1, Einzelbehandlung)°°°	60	70	Tages- und Quartalsprofil
35422*	Verhaltenstherapie (KZT 2, Einzelbehandlung)°°°	60	70	Tages- und Quartalsprofil
35425*	Verhaltenstherapie (LZT, Einzelbehandlung)°°°	60	70	Tages- und Quartalsprofil
35431*	Systemische Therapie (KZT 1, Einzelbehandlung)°°°	60	70	Tages- und Quartalsprofil

GOP[1)]	Kurzlegende	Kalkulations-zeit in Minuten[2)]	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
35432*	Systemische Therapie (KZT 2, Einzelbehandlung)°°°	60	70	Tages- und Quartalsprofil
35435*	Systemische Therapie (LZT, Einzelbehandlung)°°°	60	70	Tages- und Quartalsprofil
35503*	Tiefenpsychologische Psychotherapie (KZT), 3 TN	38	38	Tages- und Quartalsprofil
35504*	Tiefenpsychologische Psychotherapie (KZT), 4 TN	30	30	Tages- und Quartalsprofil
35505*	Tiefenpsychologische Psychotherapie (KZT), 5 TN	25	25	Tages- und Quartalsprofil
35506*	Tiefenpsychologische Psychotherapie (KZT), 6 TN	22	22	Tages- und Quartalsprofil
35507*	Tiefenpsychologische Psychotherapie (KZT), 7 TN	19	19	Tages- und Quartalsprofil
35508*	Tiefenpsychologische Psychotherapie (KZT), 8 TN	18	18	Tages- und Quartalsprofil
35509*	Tiefenpsychologische Psychotherapie (KZT), 9 TN	16	16	Tages- und Quartalsprofil
35513*	Tiefenpsychologische Psychotherapie (LZT), 3 TN	38	38	Tages- und Quartalsprofil
35514*	Tiefenpsychologische Psychotherapie (LZT), 4 TN	30	30	Tages- und Quartalsprofil
35515*	Tiefenpsychologische Psychotherapie (LZT), 5 TN	25	25	Tages- und Quartalsprofil
35516*	Tiefenpsychologische Psychotherapie (LZT), 6 TN	22	22	Tages- und Quartalsprofil
35517*	Tiefenpsychologische Psychotherapie (LZT), 7 TN	19	19	Tages- und Quartalsprofil
35518*	Tiefenpsychologische Psychotherapie (LZT), 8 TN	18	18	Tages- und Quartalsprofil
35519*	Tiefenpsychologische Psychotherapie (LZT), 9 TN	16	16	Tages- und Quartalsprofil
35523*	Analytische Psychotherapie (KZT), 3 TN	38	38	Tages- und Quartalsprofil
35524*	Analytische Psychotherapie (KZT), 4 TN	30	30	Tages- und Quartalsprofil
35525*	Analytische Psychotherapie (KZT), 5 TN	25	25	Tages- und Quartalsprofil
35526*	Analytische Psychotherapie (KZT), 6 TN	22	22	Tages- und Quartalsprofil
35527*	Analytische Psychotherapie (KZT), 7 TN	19	19	Tages- und Quartalsprofil
35528*	Analytische Psychotherapie (KZT), 8 TN	18	18	Tages- und Quartalsprofil

GOP[1)]	Kurzlegende	Kalkulations-zeit in Minuten[2)]	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
35529*	Analytische Psychotherapie (KZT), 9 TN	16	16	Tages- und Quartalsprofil
35533*	Analytische Psychotherapie (LZT), 3 TN	38	38	Tages- und Quartalsprofil
35534*	Analytische Psychotherapie (LZT), 4 TN	30	30	Tages- und Quartalsprofil
35535*	Analytische Psychotherapie (LZT), 5 TN	25	25	Tages- und Quartalsprofil
35536*	Analytische Psychotherapie (LZT), 6 TN	22	22	Tages- und Quartalsprofil
35537*	Analytische Psychotherapie (LZT), 7 TN	19	19	Tages- und Quartalsprofil
35538*	Analytische Psychotherapie (LZT), 8 TN	18	18	Tages- und Quartalsprofil
35539*	Analytische Psychotherapie (LZT), 9 TN	16	16	Tages- und Quartalsprofil
35543*	Verhaltenstherapie (KZT), 3 TN	38	38	Tages- und Quartalsprofil
35544*	Verhaltenstherapie (KZT), 4 TN	30	30	Tages- und Quartalsprofil
35545*	Verhaltenstherapie (KZT), 5 TN	25	25	Tages- und Quartalsprofil
35546*	Verhaltenstherapie (KZT), 6 TN	22	22	Tages- und Quartalsprofil
35547*	Verhaltenstherapie (KZT), 7 TN	19	19	Tages- und Quartalsprofil
35548*	Verhaltenstherapie (KZT), 8 TN	18	18	Tages- und Quartalsprofil
35549*	Verhaltenstherapie (KZT), 9 TN	16	16	Tages- und Quartalsprofil
35553*	Verhaltenstherapie (LZT), 3 TN	38	38	Tages- und Quartalsprofil
35554*	Verhaltenstherapie (LZT), 4 TN	30	30	Tages- und Quartalsprofil
35555*	Verhaltenstherapie (LZT), 5 TN	25	25	Tages- und Quartalsprofil
35556*	Verhaltenstherapie (LZT), 6 TN	22	22	Tages- und Quartalsprofil
35557*	Verhaltenstherapie (LZT), 7 TN	19	19	Tages- und Quartalsprofil
35558*	Verhaltenstherapie (LZT), 8 TN	18	18	Tages- und Quartalsprofil
35559*	Verhaltenstherapie (LZT), 9 TN	16	16	Tages- und Quartalsprofil

GOP[1)]	Kurzlegende	Kalkulations-zeit in Minuten[2)]	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
35571*	Zuschlag Einzeltherapie	KA	./.	Keine Eignung
35572	Zuschlag Gruppentherapie	KA	./.	Keine Eignung
35573	Zuschlag Psychotherapeutische - und Eingangssprechstunde/ Psychotherapeutische Akutbehandlung	KA	./.	Keine Eignung
35591*	Zuschlag KZT, Einzelbehandlung	KA	./.	Keine Eignung
35593*	Zuschlag KZT, 3 TN	KA	./.	Keine Eignung
35594*	Zuschlag KZT, 4 TN	KA	./.	Keine Eignung
35595*	Zuschlag KZT, 5 TN	KA	./.	Keine Eignung
35596*	Zuschlag KZT, 6 TN	KA	./.	Keine Eignung
35597*	Zuschlag KZT, 7 TN	KA	./.	Keine Eignung
35598*	Zuschlag KZT, 8 TN	KA	./.	Keine Eignung
35599*	Zuschlag KZT, 9 TN	KA	./.	Keine Eignung
35600	Testverfahren, standardisierte	2	2	Tages- und Quartalsprofil
35601	Testverfahren, psychometrische	2	2	Tages- und Quartalsprofil
35602	Verfahren, projektive	4	4	Tages- und Quartalsprofil
35703*	Systemische Therapie (KZT), 3 TN	38	38	Tages- und Quartalsprofil
35704*	Systemische Therapie (KZT), 4 TN	30	30	Tages- und Quartalsprofil
35705*	Systemische Therapie (KZT), 5 TN	25	25	Tages- und Quartalsprofil
35706*	Systemische Therapie (KZT), 6 TN	22	22	Tages- und Quartalsprofil
35707*	Systemische Therapie (KZT), 7 TN	19	19	Tages- und Quartalsprofil
35708*	Systemische Therapie (KZT), 8 TN	18	18	Tages- und Quartalsprofil
35709*	Systemische Therapie (KZT), 9 TN	16	16	Tages- und Quartalsprofil
35713*	Systemische Therapie (LZT), 3 TN	38	38	Tages- und Quartalsprofil
35714*	Systemische Therapie (LZT), 4 TN	30	30	Tages- und Quartalsprofil
35715*	Systemische Therapie (LZT), 5 TN	25	25	Tages- und Quartalsprofil
35716*	Systemische Therapie (LZT), 6 TN	22	22	Tages- und Quartalsprofil

GOP[1)]	Kurzlegende	Kalkulations-zeit in Minuten[2)]	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
35717*	Systemische Therapie (LZT), 7 TN	19	19	Tages- und Quartalsprofil
35718*	Systemische Therapie (LZT), 8 TN	18	18	Tages- und Quartalsprofil
35719*	Systemische Therapie (LZT), 9 TN	16	16	Tages- und Quartalsprofil
36095*	Eingriff der Kategorie AA5	KA	58	Tages- und Quartalsprofil
36096*	Eingriff der Kategorie AA6	KA	79	Tages- und Quartalsprofil
36098*	Zuschlag zu den GOP 36095 und 36096	KA	15	Tages- und Quartalsprofil
36101*	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A1	19	16	Tages- und Quartalsprofil
36102*	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A2	33	26	Tages- und Quartalsprofil
36103*	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A3	46	34	Tages- und Quartalsprofil
36104*	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A4	62	43	Tages- und Quartalsprofil
36105*	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A5	91	58	Tages- und Quartalsprofil
36106*	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A6	116	69	Tages- und Quartalsprofil
36107*	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A7	135	109	Tages- und Quartalsprofil
36108*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 36101 bis 36107	15	15	Tages- und Quartalsprofil
36111*	Eingriff an der Brustdrüse der Kategorie B1	19	16	Tages- und Quartalsprofil
36112*	Eingriff an der Brustdrüse der Kategorie B2	33	26	Tages- und Quartalsprofil
36113*	Eingriff an der Brustdrüse der Kategorie B3	46	34	Tages- und Quartalsprofil
36114*	Eingriff an der Brustdrüse der Kategorie B4	62	43	Tages- und Quartalsprofil
36115*	Eingriff an der Brustdrüse der Kategorie B5	91	58	Tages- und Quartalsprofil
36116*	Eingriff an der Brustdrüse der Kategorie B6	116	69	Tages- und Quartalsprofil
36117*	Eingriff an der Brustdrüse der Kategorie B7	135	109	Tages- und Quartalsprofil

GOP[1)]	Kurzlegende	Kalkulations-zeit in Minuten[2)]	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
36118*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 36111 bis 36117	15	15	Tages- und Quartalsprofil
36121*	Eingriff an den Weichteilen der Kategorie C1	19	16	Tages- und Quartalsprofil
36122*	Eingriff an den Weichteilen der Kategorie C2	33	26	Tages- und Quartalsprofil
36123*	Eingriff an den Weichteilen der Kategorie C3	46	34	Tages- und Quartalsprofil
36124*	Eingriff an den Weichteilen der Kategorie C4	62	43	Tages- und Quartalsprofil
36125*	Eingriff an den Weichteilen der Kategorie C5	91	58	Tages- und Quartalsprofil
36126*	Eingriff an den Weichteilen der Kategorie C6	116	69	Tages- und Quartalsprofil
36127*	Eingriff an den Weichteilen der Kategorie C7	135	109	Tages- und Quartalsprofil
36128*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 36121 bis 36126 bei Simultaneingriffen sowie zu der Gebührenordnungsposition 36127	15	15	Tages- und Quartalsprofil
36131*	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D1	19	16	Tages- und Quartalsprofil
36132*	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D2	33	26	Tages- und Quartalsprofil
36133*	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D3	46	34	Tages- und Quartalsprofil
36134*	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D4	62	43	Tages- und Quartalsprofil
36135*	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D5	91	58	Tages- und Quartalsprofil
36136*	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D6	116	69	Tages- und Quartalsprofil
36137*	Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D7	135	109	Tages- und Quartalsprofil
36138*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 36131 bis 36137	15	15	Tages- und Quartalsprofil
36141*	Endoskopischer Gelenkeingriff (Arthroskopie) der Kategorie E1	19	16	Tages- und Quartalsprofil
36142*	Endoskopischer Gelenkeingriff (Arthroskopie) der Kategorie E2	33	26	Tages- und Quartalsprofil
36143*	Endoskopischer Gelenkeingriff (Arthroskopie) der Kategorie E3	46	34	Tages- und Quartalsprofil

GOP[1)]	Kurzlegende	Kalkulations-zeit in Minuten[2)]	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
36144*	Endoskopischer Gelenkeingriff (Arthroskopie) der Kategorie E4	62	43	Tages- und Quartalsprofil
36145*	Endoskopischer Gelenkeingriff (Arthroskopie) der Kategorie E5	91	58	Tages- und Quartalsprofil
36146*	Endoskopischer Gelenkeingriff (Arthroskopie) der Kategorie E6	116	69	Tages- und Quartalsprofil
36147*	Endoskopischer Gelenkeingriff (Arthroskopie) der Kategorie E7	135	109	Tages- und Quartalsprofil
36148*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 36141 bis 36147	15	15	Tages- und Quartalsprofil
36151*	Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F1	19	16	Tages- und Quartalsprofil
36152*	Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F2	33	26	Tages- und Quartalsprofil
36153*	Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F3	46	34	Tages- und Quartalsprofil
36154*	Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F4	62	43	Tages- und Quartalsprofil
36155*	Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F5	91	58	Tages- und Quartalsprofil
36156*	Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F6	116	69	Tages- und Quartalsprofil
36157*	Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F7	135	109	Tages- und Quartalsprofil
36158*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 36151 bis 36157	15	15	Tages- und Quartalsprofil
36161*	Endoskopischer Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie G1	19	16	Tages- und Quartalsprofil
36162*	Endoskopischer Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie G2	33	26	Tages- und Quartalsprofil
36163*	Endoskopischer Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie G3	46	34	Tages- und Quartalsprofil
36164*	Endoskopischer Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie G4	62	43	Tages- und Quartalsprofil
36165*	Endoskopischer Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie G5	91	58	Tages- und Quartalsprofil
36166*	Endoskopischer Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie G6	116	69	Tages- und Quartalsprofil

GOP[1)]	Kurzlegende	Kalkulations-zeit in Minuten[2)]	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
36167*	Endoskopischer Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie G7	135	109	Tages- und Quartalsprofil
36168*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 36161 bis 36167	15	15	Tages- und Quartalsprofil
36171*	Proktologischer Eingriff der Kategorie H1	19	16	Tages- und Quartalsprofil
36172*	Proktologischer Eingriff der Kategorie H2	33	26	Tages- und Quartalsprofil
36173*	Proktologischer Eingriff der Kategorie H3	46	34	Tages- und Quartalsprofil
36174*	Proktologischer Eingriff der Kategorie H4	62	43	Tages- und Quartalsprofil
36175*	Proktologischer Eingriff der Kategorie H5	91	58	Tages- und Quartalsprofil
36176*	Proktologischer Eingriff der Kategorie H6	116	69	Tages- und Quartalsprofil
36177*	Proktologischer Eingriff der Kategorie H7	135	109	Tages- und Quartalsprofil
36178*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 36171 bis 36177	15	15	Tages- und Quartalsprofil
36191*	Thoraxchirurgischer Eingriff der Kategorie J1	19	16	Tages- und Quartalsprofil
36192*	Thoraxchirurgischer Eingriff der Kategorie J2	33	26	Tages- und Quartalsprofil
36193*	Thoraxchirurgischer Eingriff der Kategorie J3	46	34	Tages- und Quartalsprofil
36194*	Thoraxchirurgischer Eingriff der Kategorie J4	62	43	Tages- und Quartalsprofil
36195*	Thoraxchirurgischer Eingriff der Kategorie J5	91	58	Tages- und Quartalsprofil
36196*	Thoraxchirurgischer Eingriff der Kategorie J6	116	69	Tages- und Quartalsprofil
36197*	Thoraxchirurgischer Eingriff der Kategorie J7	135	109	Tages- und Quartalsprofil
36198*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 36191 bis 36197	15	15	Tages- und Quartalsprofil
36201*	Eingriff am Gefäßsystem der Kategorie K1	19	16	Tages- und Quartalsprofil
36202*	Eingriff am Gefäßsystem der Kategorie K2	33	26	Tages- und Quartalsprofil
36203*	Eingriff am Gefäßsystem der Kategorie K3	46	34	Tages- und Quartalsprofil

GOP[1)]	Kurzlegende	Kalkulations-zeit in Minuten[2)]	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
36204*	Eingriff am Gefäßsystem der Kategorie K4	62	43	Tages- und Quartalsprofil
36205*	Eingriff am Gefäßsystem der Kategorie K5	91	58	Tages- und Quartalsprofil
36206*	Eingriff am Gefäßsystem der Kategorie K6	116	69	Tages- und Quartalsprofil
36207*	Eingriff am Gefäßsystem der Kategorie K7	135	109	Tages- und Quartalsprofil
36208*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 36201 bis 36207	15	15	Tages- und Quartalsprofil
36211*	Eingriff der Kategorie L1	19	16	Tages- und Quartalsprofil
36212*	Eingriff der Kategorie L2	33	26	Tages- und Quartalsprofil
36213*	Eingriff der Kategorie L3	46	34	Tages- und Quartalsprofil
36214*	Eingriff der Kategorie L4	62	43	Tages- und Quartalsprofil
36215*	Eingriff der Kategorie L5	91	58	Tages- und Quartalsprofil
36216*	Eingriff der Kategorie L6	116	69	Tages- und Quartalsprofil
36217*	Eingriff der Kategorie L7	135	109	Tages- und Quartalsprofil
36218*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 36211 bis 36217	15	15	Tages- und Quartalsprofil
36221*	Eingriff der MKG-Chirurgie der Kategorie M1	19	16	Tages- und Quartalsprofil
36222*	Eingriff der MKG-Chirurgie der Kategorie M2	33	26	Tages- und Quartalsprofil
36223*	Eingriff der MKG-Chirurgie der Kategorie M3	46	34	Tages- und Quartalsprofil
36224*	Eingriff der MKG-Chirurgie der Kategorie M4	62	43	Tages- und Quartalsprofil
36225*	Eingriff der MKG-Chirurgie der Kategorie M5	91	58	Tages- und Quartalsprofil
36226*	Eingriff der MKG-Chirurgie der Kategorie M6	116	69	Tages- und Quartalsprofil
36227*	Eingriff der MKG-Chirurgie der Kategorie M7	135	109	Tages- und Quartalsprofil
36228*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 36221 bis 36227	15	15	Tages- und Quartalsprofil

GOP[1)]	Kurzlegende	Kalkulations-zeit in Minuten[2)]	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
36231*	Eingriff der HNO-Chirurgie der Kategorie N1	19	16	Tages- und Quartalsprofil
36232*	Eingriff der HNO-Chirurgie der Kategorie N2	33	26	Tages- und Quartalsprofil
36233*	Eingriff der HNO-Chirurgie der Kategorie N3	46	34	Tages- und Quartalsprofil
36234*	Eingriff der HNO-Chirurgie der Kategorie N4	62	43	Tages- und Quartalsprofil
36235*	Eingriff der HNO-Chirurgie der Kategorie N5	91	58	Tages- und Quartalsprofil
36236*	Eingriff der HNO-Chirurgie der Kategorie N6	116	69	Tages- und Quartalsprofil
36237*	Eingriff der HNO-Chirurgie der Kategorie N7	135	109	Tages- und Quartalsprofil
36238*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 36231 bis 36237	15	15	Tages- und Quartalsprofil
36241*	Peripherer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie O1	19	16	Tages- und Quartalsprofil
36242*	Peripherer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie O2	33	26	Tages- und Quartalsprofil
36243*	Peripherer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie O3	46	34	Tages- und Quartalsprofil
36244*	Peripherer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie O4	62	43	Tages- und Quartalsprofil
36245*	Peripherer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie O5	91	58	Tages- und Quartalsprofil
36246*	Peripherer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie O6	116	69	Tages- und Quartalsprofil
36247*	Peripherer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie O7	135	109	Tages- und Quartalsprofil
36248*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 36241 bis 36247	15	15	Tages- und Quartalsprofil
36251*	Zentraler neurochirurgischer Eingriff der Kategorie P1	19	16	Tages- und Quartalsprofil
36252*	Zentraler neurochirurgischer Eingriff der Kategorie P2	33	26	Tages- und Quartalsprofil
36253*	Zentraler neurochirurgischer Eingriff der Kategorie P3	46	34	Tages- und Quartalsprofil
36254*	Zentraler neurochirurgischer Eingriff der Kategorie P4	62	43	Tages- und Quartalsprofil
36255*	Zentraler neurochirurgischer Eingriff der Kategorie P5	91	58	Tages- und Quartalsprofil

GOP[1)]	Kurzlegende	Kalkulations-zeit in Minuten[2)]	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
36256*	Zentraler neurochirurgischer Eingriff der Kategorie P6	116	69	Tages- und Quartalsprofil
36257*	Zentraler neurochirurgischer Eingriff der Kategorie P7	135	109	Tages- und Quartalsprofil
36258*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 36251 bis 36257	15	15	Tages- und Quartalsprofil
36261*	Stereotaktischer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie PP1	19	16	Tages- und Quartalsprofil
36262*	Stereotaktischer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie PP2	33	26	Tages- und Quartalsprofil
36263*	Stereotaktischer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie PP3	46	34	Tages- und Quartalsprofil
36264*	Stereotaktischer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie PP4	62	43	Tages- und Quartalsprofil
36265*	Stereotaktischer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie PP5	91	58	Tages- und Quartalsprofil
36266*	Stereotaktischer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie PP6	116	69	Tages- und Quartalsprofil
36267*	Stereotaktischer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie PP7	135	109	Tages- und Quartalsprofil
36268*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 36261 bis 36267	15	15	Tages- und Quartalsprofil
36271*	Urologischer Eingriff der Kategorie Q1	19	16	Tages- und Quartalsprofil
36272*	Urologischer Eingriff der Kategorie Q2	33	26	Tages- und Quartalsprofil
36273*	Urologischer Eingriff der Kategorie Q3	46	34	Tages- und Quartalsprofil
36274*	Urologischer Eingriff der Kategorie Q4	62	43	Tages- und Quartalsprofil
36275*	Urologischer Eingriff der Kategorie Q5	91	58	Tages- und Quartalsprofil
36276*	Urologischer Eingriff der Kategorie Q6	116	69	Tages- und Quartalsprofil
36277*	Urologischer Eingriff der Kategorie Q7	135	109	Tages- und Quartalsprofil
36278*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 36271 bis 36277	15	15	Tages- und Quartalsprofil
36281*	Endoskopischer urologischer Eingriff der Kategorie R1	19	16	Tages- und Quartalsprofil
36282*	Endoskopischer urologischer Eingriff der Kategorie R2	33	26	Tages- und Quartalsprofil

GOP[1)]	Kurzlegende	Kalkulations-zeit in Minuten[2)]	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
36283*	Endoskopischer urologischer Eingriff der Kategorie R3	46	34	Tages- und Quartalsprofil
36284*	Endoskopischer urologischer Eingriff der Kategorie R4	62	43	Tages- und Quartalsprofil
36285*	Endoskopischer urologischer Eingriff der Kategorie R5	91	58	Tages- und Quartalsprofil
36286*	Endoskopischer urologischer Eingriff der Kategorie R6	116	69	Tages- und Quartalsprofil
36287*	Endoskopischer urologischer Eingriff der Kategorie R7	135	109	Tages- und Quartalsprofil
36288*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 36281 bis 36287	15	15	Tages- und Quartalsprofil
36289*	Laserendoskopischer urologischer Eingriff der Kategorie RW3	46	34	Tages- und Quartalsprofil
36290*	Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 36289	15	15	Tages- und Quartalsprofil
36291*	Urologischer Eingriff mit Bildwandler der Kategorie RR1	19	16	Tages- und Quartalsprofil
36292*	Urologischer Eingriff mit Bildwandler der Kategorie RR2	33	26	Tages- und Quartalsprofil
36293*	Urologischer Eingriff mit Bildwandler der Kategorie RR3	46	34	Tages- und Quartalsprofil
36294*	Urologischer Eingriff mit Bildwandler der Kategorie RR4	62	43	Tages- und Quartalsprofil
36295*	Urologischer Eingriff mit Bildwandler der Kategorie RR5	91	58	Tages- und Quartalsprofil
36296*	Urologischer Eingriff mit Bildwandler der Kategorie RR6	116	69	Tages- und Quartalsprofil
36297*	Urologischer Eingriff mit Bildwandler der Kategorie RR7	135	109	Tages- und Quartalsprofil
36298*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 36291 bis 36297	15	15	Tages- und Quartalsprofil
36301*	Gynäkologischer Eingriff der Kategorie S1	19	16	Tages- und Quartalsprofil
36302*	Gynäkologischer Eingriff der Kategorie S2	33	26	Tages- und Quartalsprofil
36303*	Gynäkologischer Eingriff der Kategorie S3	46	34	Tages- und Quartalsprofil
36304*	Gynäkologischer Eingriff der Kategorie S4	62	43	Tages- und Quartalsprofil
36305*	Gynäkologischer Eingriff der Kategorie S5	91	58	Tages- und Quartalsprofil

GOP[1)]	Kurzlegende	Kalkulations-zeit in Minuten[2)]	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
36306*	Gynäkologischer Eingriff der Kategorie S6	116	69	Tages- und Quartalsprofil
36307*	Gynäkologischer Eingriff der Kategorie S7	135	109	Tages- und Quartalsprofil
36308*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 36301 bis 36307	15	15	Tages- und Quartalsprofil
36311*	Endoskopischer gynäkologischer Eingriff der Kategorie T1	19	16	Tages- und Quartalsprofil
36312*	Endoskopischer gynäkologischer Eingriff der Kategorie T2	33	26	Tages- und Quartalsprofil
36313*	Endoskopischer gynäkologischer Eingriff der Kategorie T3	46	34	Tages- und Quartalsprofil
36314*	Endoskopischer gynäkologischer Eingriff der Kategorie T4	62	43	Tages- und Quartalsprofil
36315*	Endoskopischer gynäkologischer Eingriff der Kategorie T5	91	58	Tages- und Quartalsprofil
36316*	Endoskopischer gynäkologischer Eingriff der Kategorie T6	116	69	Tages- und Quartalsprofil
36317*	Endoskopischer gynäkologischer Eingriff der Kategorie T7	135	109	Tages- und Quartalsprofil
36318*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 36311 bis 36317	15	15	Tages- und Quartalsprofil
36319*	Hochfrequenzablation der Kategorie TT2	33	26	Tages- und Quartalsprofil
36321*	Extraocularer Eingriff der Kategorie U1	19	16	Tages- und Quartalsprofil
36322*	Extraocularer Eingriff der Kategorie U2	33	26	Tages- und Quartalsprofil
36323*	Extraocularer Eingriff der Kategorie U3	46	34	Tages- und Quartalsprofil
36324*	Extraocularer Eingriff der Kategorie U4	62	43	Tages- und Quartalsprofil
36325*	Extraocularer Eingriff der Kategorie U5	91	58	Tages- und Quartalsprofil
36326*	Extraocularer Eingriff der Kategorie U6	116	69	Tages- und Quartalsprofil
36327*	Extraocularer Eingriff der Kategorie U7	135	109	Tages- und Quartalsprofil
36328*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen Nrn. 36321 bis 36327	15	15	Tages- und Quartalsprofil
36331*	Intraocularer Eingriff der Kategorie V1	19	16	Tages- und Quartalsprofil

GOP[1)]	Kurzlegende	Kalkulations-zeit in Minuten[2)]	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
36332*	Intraocularer Eingriff der Kategorie V2	33	26	Tages- und Quartalsprofil
36333*	Intraocularer Eingriff der Kategorie V3	46	34	Tages- und Quartalsprofil
36334*	Intraocularer Eingriff der Kategorie V4	62	43	Tages- und Quartalsprofil
36335*	Intraocularer Eingriff der Kategorie V5	91	58	Tages- und Quartalsprofil
36336*	Intraocularer Eingriff der Kategorie V6	116	69	Tages- und Quartalsprofil
36337*	Intraocularer Eingriff der Kategorie V7	135	109	Tages- und Quartalsprofil
36338*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen nach Nrn. 36331 bis 36337	15	15	Tages- und Quartalsprofil
36341*	Laserchirurgischer Eingriff der Kategorie W1	19	16	Tages- und Quartalsprofil
36342*	Laserchirurgischer Eingriff der Kategorie W2	33	26	Tages- und Quartalsprofil
36343*	Laserchirurgischer Eingriff der Kategorie W3	46	34	Tages- und Quartalsprofil
36344*	Laserchirurgischer Eingriff der Kategorie W4	62	43	Tages- und Quartalsprofil
36345*	Laserchirurgischer Eingriff der Kategorie W5	91	58	Tages- und Quartalsprofil
36346*	Laserchirurgischer Eingriff der Kategorie W6	116	69	Tages- und Quartalsprofil
36347*	Laserchirurgischer Eingriff der Kategorie W7	135	109	Tages- und Quartalsprofil
36348*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 36341 bis 36347	15	15	Tages- und Quartalsprofil
36350*	Intraocularer Eingriff der Kategorie X1 (Phakoemulsifikation)	KA	20	Tages- und Quartalsprofil
36351*	Intraocularer Eingriff der Kategorie X2 (Phakoemulsifikation)	KA	31	Tages- und Quartalsprofil
36358*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 36350 und 36351	15	15	Tages- und Quartalsprofil
36364*	Eingriff der Kategorie YY4: Hornhautvernetzung mit Riboflavin	63	44	Tages- und Quartalsprofil
36371*	Intraocularer Eingriff der Kategorie Z1 am rechten Auge	KA	21	Tages- und Quartalsprofil
36372*	Intraocularer Eingriff der Kategorie Z1 am linken Auge	KA	21	Tages- und Quartalsprofil

GOP[1)]	Kurzlegende	Kalkulations-zeit in Minuten[2)]	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
36373*	Intraocularer Eingriff der Kategorie Z9 an beiden Augen	KA	28	Tages- und Quartalsprofil
36401*	Zuschlag für die Anlage eines Systems zur Vakuumversiegelung	KA	./.	Keine Eignung
36501*	Postoperative Überwachung 1	1	1	Tages- und Quartalsprofil
36502*	Postoperative Überwachung 2	1	1	Tages- und Quartalsprofil
36503*	Postoperative Überwachung 3	1	1	Tages- und Quartalsprofil
36504*	Postoperative Überwachung 4	1	1	Tages- und Quartalsprofil
36505*	Postoperative Überwachung 5	2	2	Tages- und Quartalsprofil
36506*	Postoperative Überwachung 6	2	2	Tages- und Quartalsprofil
36507*	Postoperative Überwachung 7	3	3	Tages- und Quartalsprofil
36800*	Regionalanästhesie durch den Operateur	15	15	Tages- und Quartalsprofil
36801*	Retrobulbäre und/oder parabulbäre und/oder peribulbäre Anästhesie	5	4	Tages- und Quartalsprofil
36802*	Tumeszenzlokalanästhesie durch den Operateur	KA	48	Tages- und Quartalsprofil
36820*	Leitungsanästhesie an der Schädelbasis	9	8	Tages- und Quartalsprofil
36821*	Anästhesie oder Kurznarkose 1	36	32	Tages- und Quartalsprofil
36822*	Anästhesie oder Narkose 2	53	47	Tages- und Quartalsprofil
36823*	Anästhesie oder Narkose 3	70	62	Tages- und Quartalsprofil
36824*	Anästhesie oder Narkose 4	87	77	Tages- und Quartalsprofil
36825*	Anästhesie oder Narkose 5	121	93	Tages- und Quartalsprofil
36826*	Anästhesie oder Narkose 6	148	108	Tages- und Quartalsprofil
36827*	Anästhesie oder Narkose 7	155	122	Tages- und Quartalsprofil
36828*	Zuschlag zu den Anästhesieleistungen nach den Gebührenordnungspositionen 36821 bis 36827	17	15	Tages- und Quartalsprofil

GOP[1)]	Kurzlegende	Kalkulations-zeit in Minuten[2)]	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
36829*	Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 36823 bei Fortsetzung einer Anästhesie während eines Eingriffs nach der Gebührenordnungsposition 36289	17	15	Tages- und Quartalsprofil
36840*	Patientenadaptiertes Narkosemanagement I	KA	27	Nur Quartalsprofil
36841*	Patientenadaptiertes Narkosemanagement II	KA	39	Nur Quartalsprofil
36861*	Strukturpauschale bei einer Verweildauer bis zu 13 Tagen	KA	./.	Keine Eignung
36867*	Strukturpauschale bei einer Verweildauer von mehr als 13 Tagen	KA	./.	Keine Eignung
36881*	Pneumologischer Komplex / Bodyplethysmographie	KA	3	Nur Quartalsprofil
36882*	Kardiologischer Komplex, Untersuchung mittels Einschwemmkatheter	KA	12	Nur Quartalsprofil
36883*	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 33070 bis 33073 für die Laufband-Ergometrie	KA	1	Tages- und Quartalsprofil
36884*	Bestimmung des Säurebasenhaushalts und Blutgasanalyse	KA	2	Tages- und Quartalsprofil
37100	Zuschlag zur Versichertenpauschale oder Grundpauschale für die Betreuung von Patienten gemäß Bestimmung Nr. 3 zum Abschnitt 37.2 und gemäß Anlage 27 zum BMV-Ä	KA	./.	Keine Eignung
37102	Zuschlag zu den GOPen 01410 oder 01413 für die Betreuung von Patienten gemäß Bestimmung Nr. 3 zum Abschnitt 37.2 und gemäß Anlage 27 zum BMV-Ä	KA	./.	Keine Eignung
37105	Zuschlag zur Versichertenpauschale oder Grundpauschale für den koordinierenden Vertragsarzt gemäß Anlage 27 zum BMV-Ä	KA	./.	Keine Eignung
37113	Zuschlag zur GOP 01413	KA	./.	Keine Eignung
37120	Fallkonferenz gemäß Anlage 27 zum BMV-Ä	KA	./.	Keine Eignung
37300	Palliativmedizinische Ersterhebung des Patientenstatus inkl. Behandlungsplan	KA	./.	Keine Eignung

GOP[1)]	Kurzlegende	Kalkulations-zeit in Minuten[2)]	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
37302	Zuschlag zur Versicherten- oder Grundpauschale oder zu der GOP 25210, 25211 oder 25214 für den koordinierenden Vertragsarzt	KA	./.	Keine Eignung
37305	Zuschlag zu den GOPen 01410 und 01413 für die palliativmedizinische Betreuung in der Häuslichkeit	KA	12	Tages- und Quartalsprofil
37306	Zuschlag zu den GOPen 01411, 01412 und 01415 für die palliativmedizinische Betreuung in der Häuslichkeit	KA	./.	Keine Eignung
37314	Konsiliarische Erörterung Arzt mit Zusatzbezeichnung Palliativmedizin	KA	./.	Keine Eignung
37317	Zuschlag zur GOP 37302 für die Erreichbarkeit und Besuchsbereitschaft in kritischen Phasen	KA	./.	Keine Eignung
37318	Telefonische Beratung	KA	4	Tages- und Quartalsprofil
37320	Fallkonferenz	KA	./.	Keine Eignung
37400	Zusatzpauschale für die Beteiligung an der Beratung eines Patienten in Zusammenarbeit mit dem Berater gemäß der Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V	KA	./.	Keine Eignung
37500	Eingangssprechstunde	20	16	Tages- und Quartalsprofil
37510	Differentialdiagnostische Abklärung	20	16	Tages- und Quartalsprofil
37520*	Erstellung Gesamtbehandlungsplan	35	28	Nur Quartalsprofil
37525*	Zusatzpauschale Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeut	35	28	Nur Quartalsprofil
37530*	Koordination der Versorgung	KA	./.	Keine Eignung
37535*	Aufsuchen eines Patienten durch eine nichtärztliche Person	KA	./.	Keine Eignung
37550*	Fallbesprechung	10	10	Tages- und Quartalsprofil
37551*	Zuschlag zur GOP 37550	KA	./.	Keine Eignung
37555*	Teilnahme an einer Hilfekonferenz	10	10	Tages- und Quartalsprofil
37556*	Zuschlag zur GOP 37555	KA	./.	Keine Eignung
37570*	Zusatzpauschale Organisations- und Managementaufgaben/ Aufwände Netzverbund	KA	./.	Keine Eignung

GOP[1)]	Kurzlegende	Kalkulations-zeit in Minuten[2)]	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
37600	Eingangssprechstunde	20	16	Tages- und Quartalsprofil
37610	Differentialdiagnostische Abklärung	20	16	Tages- und Quartalsprofil
37620*	Erstellung Gesamtbehandlungsplan	35	28	Nur Quartalsprofil
37625*	Zusatzpauschale Bezugsarzt oder Bezugspsychotherapeut	35	28	Nur Quartalsprofil
37626*	Zuschlag zur GOP 37625 für Transition	18	14	Nur Quartalsprofil
37630*	Koordination der Versorgung	KA	./.	Keine Eignung
37635*	Aufsuchen eines Patienten durch eine nichtärztliche Person	KA	./.	Keine Eignung
37650*	Fallbesprechung	10	10	Tages- und Quartalsprofil
37651*	Zuschlag zur GOP 37650	KA	./.	Keine Eignung
37655*	Teilnahme an einer Hilfekonferenz	10	10	Tages- und Quartalsprofil
37656*	Zuschlag zur GOP 37655	KA	./.	Keine Eignung
37700*	Erhebung gemäß § 5 der AKI-RL unter Verwendung des Vordrucks nach Muster 62 Teil A	20	16	Tages- und Quartalsprofil
37701*	Zuschlag zur GOP 37700 für die Durchführung der Erhebung im Rahmen eines Besuchs nach der GOP 01410 oder 01413	10	10	Tages- und Quartalsprofil
37704*	Zuschlag zur GOP 37700 für die Schluckendoskopie	14	11	Tages- und Quartalsprofil
37705*	Zuschlag zur GOP 37700 für die Bestimmung des Säurebasenhaushalts und Blutgasanalyse	2	1	Tages- und Quartalsprofil
37706*	Grundpauschale im Zusammenhang mit der GOP 37700 für Ärzte und Krankenhäuser gemäß § 5 Absatz 2 Satz 2 der AKI-RL	KA	11	Nur Quartalsprofil
37710	Verordnung außerklinischer Intensivpflege unter Verwendung des Vordrucks nach Muster 62 Teil B und C	13	10	Tages- und Quartalsprofil
37711	Zuschlag zur Versichertenpauschale oder Grundpauschale für den die außerklinische Intensivpflege koordinierenden Vertragsarzt gemäß § 12 Abs. 1 der AKI-RL	21	17	Nur Quartalsprofil

GOP[1)]	Kurzlegende	Kalkulations-zeit in Minuten[2)]	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
37714*	Pauschale für die konsiliarische Erörterung und Beurteilung medizinischer Fragestellungen durch einen konsiliarisch tätigen Arzt	KA	./.	Keine Eignung
37720	Fallkonferenz gemäß § 12 Abs. 2 der AKI-RL	KA	./.	Keine Eignung
37800	Basis-Assessment gemäß § 5 Abs. 1 Nr. 1 LongCOV-RL durch den koordinierenden Arzt gemäß erster Bestimmung zum Abschnitt 37.8 EBM	12	10	Tages- und Quartalsprofil
37801	Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 37800	10	8	Tages- und Quartalsprofil
37802	Zuschlag zur Versichertenpauschale oder Grundpauschale für den koordinierenden Vertragsarzt gemäß § 4 und § 5 LongCOV-RL	KA	3	Tages- und Quartalsprofil
37804	Fallbesprechung im Zusammenhang mit der Versorgung von Patienten gemäß § 2 LongCOV-RL	KA	./.	Keine Eignung
37806*	Pauschale für die Versorgung von Patienten gemäß § 2 LongCOV-RL durch einen oder mehrere, an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende(n) Arzt/Ärzte nach § 3 Abs. 4 LongCOV-RL	17	14	Nur Quartalsprofil
38100	Aufsuchen eines Patienten durch einen nichtärztlichen Mitarbeiter	KA	./.	Keine Eignung
38105	Aufsuchen eines weiteren Patienten durch einen nichtärztlichen Mitarbeiter	KA	./.	Keine Eignung
38200	Zuschlag zur GOP 38100 für den Besuch und die Betreuung durch einen qualifizierten nichtärztlichen Praxisassistenten (Pflegeheim/ Beschützende Einrichtung)	KA	./.	Keine Eignung
38202	Zuschlag zur GOP 38100 für den Besuch und die Betreuung durch einen qualifizierten nichtärztlichen Praxisassistenten (Häuslichkeit)	KA	./.	Keine Eignung
38205	Zuschlag zur GOP 38105 für den Besuch und die Betreuung eines weiteren Patienten durch einen qualifizierten nichtärztlichen Praxisassistenten (Pflegeheim/ Beschützende Einrichtung)	KA	./.	Keine Eignung

GOP[1)]	Kurzlegende	Kalkulations-zeit in Minuten[2)]	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
38207	Zuschlag zur GOP 38105 für den Besuch und die Betreuung eines weiteren Patienten durch einen qualifizierten nichtärztlichen Praxisassistenten (Häuslichkeit)	KA	./.	Keine Eignung

4 Verzeichnis nicht oder nicht mehr berechnungsfähiger Leistungen

GOP	Leistungsbeschreibung	Aufnahme zum Quartal
32048	Mikroskopische Untersuchung eines Körpermaterials nach differenzierender Färbung, ggf. einschl. Zellzählung, Zählung der basophil getüpfelten Erythrozyten	III / 2007
32049	Mikroskopische Untersuchung eines Körpermaterials nach differenzierender Färbung, ggf. einschl. Zellzählung, Eosinophilenzählung	III / 2007
32080	Quantitative Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten, auch mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien, Prostataphosphatase	III / 2007
32088	Quantitative Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten, auch mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien, Glykierte Blut und/oder Gewebeproteine, z. B. Fructosamin	III / 2007
32093	Quantitative Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten, auch mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien, Quantitative Bestimmung Chymotrypsin	III / 2007
32098	Quantitative Bestimmung mittels Immunoassay, Gesamt-Trijodthyronin (T 3)	III / 2007
32099	Quantitative Bestimmung mittels Immunoassay, Gesamt-Thyroxin (T 4)	III / 2007
32100	Quantitative Bestimmung mittels Immunoassay, Indirekte Schilddrüsenhormon-Bindungstests, z. B. thyroxinbindendes Globulin (TBG), T3-uptake, oder Thyroxinbindungskapazität	III / 2007
32129	Immunologischer oder gleichwertiger chemischer Nachweis, ggf. einschl. mehrerer Probenverdünnungen, Rheumafaktor	III / 2007
32171	Mikroskopische Untersuchung eines Körpermaterials auf Treponemen im Dunkelfeld und/oder mit Phasenkontrast	III / 2007
32239	Quantitative chemische oder physikalische Bestimmung, Aldolase	III / 2007
32241	Quantitative chemische oder physikalische Bestimmung, Leucin-Arylamidase (LAP)	III / 2007
32255	Quantitative chemische oder physikalische Bestimmung, Hydroxyprolin	III / 2007

GOP	Leistungsbeschreibung	Aufnahme zum Quartal
32256	Quantitative chemische oder physikalische Bestimmung, Lezithin	III / 2007
32266	Quantitative physikalische Bestimmung von Elementen mittels Atomabsorption, Magnesium	III / 2007
32275	Quantitative physikalische Bestimmung von Elementen mittels Atomabsorption, Gold im Serum	III / 2007
32276	Quantitative physikalische Bestimmung von Elementen mittels Atomabsorption, Kobalt	III / 2007
32282	Quantitative physikalische Bestimmung von Elementen mittels Atomabsorption, Zinn	III / 2007
32399	Quantitative Bestimmung mittels Immunoassay, CA 549	III / 2007
32423	Hormonrezeptor-Aufbereitung aus dem Operationsmaterial	III / 2007
32424	Hormonrezeptor-Differenzierung aus dem Gewebe (z. B. für Östrogene, Gestagene u. a.), je Untersuchung unter Angabe der Art des Rezeptors	III / 2007
32429	Untersuchung auf allergenspezifische Immunglobuline	IV / 2009
32436	Quantitative Bestimmung von humanen Proteinen oder anderen Substanzen mittels Immunnephelometrie, Immunturbidimetrie, Immunpräzipitation, Fluorometrie, Immunoassay oder anderer gleichwertiger Verfahren, Alpha-1-Glykoprotein	III / 2007
32477	Immun(fixations)elektrophorese	IV / 2009
32534	Prüfung der Zytostatikasensitivität maligner Tumoren, z. B. Tumorstammzellenassay, mit einer oder mehreren Substanzen	III / 2007
32577	HIV (Humanes Immunschwäche-Virus)-Antikörper-Nachweis mittels Immunfluoreszenz	III / 2007
32703	Antigennachweis Neisseria gonorrhoeae mittels Immunfluoreszenz und/oder Immunoassay	IV/2022
	Bestimmung von Biotin	II / 2008
	Bestimmung von Gamma-Interferon	II / 2008
	Bestimmung von Heat Shock Protein	II / 2008
	Bestimmung von Hyaluronsäure im Serum	II / 2008
	Bestimmung von Kryptophyrrol	II / 2008
	Bestimmung von Melanin im Urin	II / 2008
	Bestimmung von Melatonin	II / 2008
	Bestimmung von Molybdän	II / 2008
	Bestimmung von N-Acetyl-Glucoseaminidase (NAG)	II / 2008

GOP	Leistungsbeschreibung	Aufnahme zum Quartal
	Bestimmung von NK-Zell-Modulatorteste (oder NK-Zell-Funktionsanalyse, oder NK-Zell-Zytotoxizitätstest)	II / 2008
	Bestimmung von Orosomucoid-Typisierung	II / 2008
	Bestimmung von Oxidativer Stress (alle Untersuchungen im Rahmen des "oxidativen Stresses"), z. B. Glutathion, GPX, GSH oxidiert, Gluthation Reduktase, TAS/Total AntOX Schutz, Ubichinon Q 10, SOD/Superoxiddismutase, 8-OH-Deoxy-Guanosin, Malondialdehyd total 4-Hydrxynonenal, SAM/Adeonosyl-methionin, GST-alpha, GST-Theta, GST-pi, GSH intraz., AFMU/AF-3-Methyluracil, 1-Methylharnsäure	II / 2008
	Bestimmung von Taurin	II / 2008
34491	MRT-Angiographie einer Hand oder eines Fußes	IV / 2007
./.	MRT-Angiographie von Venen der oberen Extremität	IV / 2007
./.	Abdrücke oder Modellherstellung durch Gips oder andere Werkstoffe für eine Hand oder für einen Fuß als Kopieabdruck	I / 2008
./.	Respiratorische Biofeedback-Behandlung	IV/2015

5 Verzeichnis der im Rahmen von Erprobungsverfahren gemäß § 137e SGB V nicht mehr berechnungsfähigen Leistungen

GOP	Leistungsbeschreibung	Aufnahme in den EBM zum Quartal	Ende des Erprobungsverfahrens
61090	Voruntersuchung im Rahmen der Erp-RL-CAM-vordere-Kreuzbandruptur	II / 2021	26. Oktober 2023
61091	Nachuntersuchung im Rahmen der Erp-RL-CAM-vordere-Kreuzbandruptur	II / 2021	26. Oktober 2023
61092	Kostenpauschale für den Sprechstundenbedarf im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistungen aus Abschnitt 61.7.2	II / 2021	26. Oktober 2023

6 Zuordnung der Gebührenordnungspositionen der Kapitel 50 und 51 zu den Anlagen der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V (ASV-RL)

1. Die Gebührenordnungspositionen der Kapitel 50 und 51 sind ausschließlich im Rahmen der Behandlung und bei einer der Erkrankungen gemäß den Anlagen der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V entsprechend der Zuordnung in der nachfolgenden Tabelle berechnungsfähig. Die Gebührenordnungspositionen sind ausschließlich von den jeweils zugeordneten Fachgruppen entsprechend ihrer Bezeichnung in der ASV-RL berechnungsfähig. Sofern in der Tabelle Indikationen und sonstige Anforderungen genannt werden, sind die Gebührenordnungspositionen nur dann berechnungsfähig, wenn mindestens eine der genannten Indikationen vorliegt und alle Anforderungen erfüllt werden.
2. Sofern die im Anhang 6 aufgeführten Gebührenordnungspositionen aufgrund von Änderungen durch einen Beschluss des G-BA bei der Fachgruppenzuordnung und/oder den Indikationen und sonstigen Anforderungen von den Leistungsbeschreibungen in Abschnitt 1 und 2 der Anlage zur ASV-RL des G-BA abweichen, gelten bis zur entsprechenden Anpassung des Anhangs 6 EBM die vom G-BA getroffenen Regelungen hinsichtlich der zur Leistung berechtigten Fachgruppen, der Indikationen und sonstigen Anforderungen der Anlage zur ASV-RL.

Abschnitt	GOP	Anlage zur ASV-RL	Fachgruppen	Indikationen und sonstige Anforderungen
50.1	50100	Anlage 2 a) Tuberkulose und atypische Mykobakteriose	- Augenheilkunde	
50.1	50110 50111 50112	Anlage 2 a) Tuberkulose und atypische Mykobakteriose	- Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie - Laboratoriumsmedizin	
50.2	50200	Anlage 1.1 - a) onkologische Erkrankungen Tumorgruppe 9: Tumoren des Auges	- Augenheilkunde	

Abschnitt	GOP	Anlage zur ASV-RL	Fachgruppen	Indikationen und sonstige Anforderungen
50.2	50201	Anlage 1.1 - a) onkologische Erkrankungen Tumorgruppe 9: Tumoren des Auges	- Augenheilkunde	
50.4	50400	Anlage 1.1 b) rheumatologische Erkrankungen Kinder und Jugendliche	- Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Rheumatologie	
50.4	50401	Anlage 1.1 b) rheumatologische Erkrankungen Erwachsene	- Innere Medizin und Rheumatologie	
50.5	50510	Anlage 2 c) Hämophilie	- Transfusionsmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie	
50.5	50511	Anlage 2 c) Hämophilie	- Transfusionsmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie	
50.5	50512	Anlage 2 c) Hämophilie	- Transfusionsmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie	
50.6	50600	Anlage 1.1 c) Chronisch entzündliche Darmerkrankungen	- Innere Medizin und Gastroenterologie - Kinder- und Jugendchirurgie - Kinder- und Jugendmedizin - Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie - Viszeralchirurgie	
50.6	50601	Anlage 1.1 c)	- Innere Medizin und Gastroenterologie - Kinder- und Jugendchirurgie	Durchführung als Überwachungskoloskopie.

Abschnitt	GOP	Anlage zur ASV-RL	Fachgruppen	Indikationen und sonstige Anforderungen
		Chronisch entzündliche Darmerkrankungen	- Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie - Viszeralchirurgie	
50.7	50700	Anlage 2 b) Mukoviszidose	- Innere Medizin und Pneumologie - Innere Medizin und Gastroenterologie - Kinder- und Jugendmedizin - Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie - Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie	
51.1	51010	Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle	- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie - Innere Medizin und Gastroenterologie - Allgemeinchirurgie - Viszeralchirurgie - Hals-Nasen-Ohrenheilkunde (alternativ zu Allgemeinchirurgie oder Viszeralchirurgie bei Behandlung eines Schilddrüsenkarzinoms oder Nebenschilddrüsenkarzinoms) - Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren	- Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie	

Abschnitt	GOP	Anlage zur ASV-RL	Fachgruppen	Indikationen und sonstige Anforderungen
			- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 3: urologische Tumoren	- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie - Urologie	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 4: Hauttumoren	- Haut- und Geschlechtskrankheiten - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 5: Tumoren der Lunge und des Thorax	- Innere Medizin und Pneumologie - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie - Thoraxchirurgie - Herzchirurgie - Innere Medizin und Kardiologie (Kernteam)	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 6: Kopf- oder Halstumoren	- Hals-Nasen-Ohrenheilkunde - Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie - Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie - Viszeralchirurgie	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 7:	- Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	

Abschnitt	GOP	Anlage zur ASV-RL	Fachgruppen	Indikationen und sonstige Anforderungen
		Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven	- Neurochirurgie - Neurologie	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 8: Knochen- und Weichteiltumoren	- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie - Orthopädie und Unfallchirurgie - Viszeralchirurgie - Allgemeinchirurgie	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 9: Tumoren des Auges	- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie - Augenheilkunde - Haut- und Geschlechtskrankheiten	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 10: Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schwere Erkrankungen der Blutbildung	- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	
		Anlage 1.1 c) Chronisch entzündliche Darmerkrankungen	- Innere Medizin und Gastroenterologie - Viszeralchirurgie	
		Anlage 1.2 a) Multiple Sklerose	- Neurologie	
		Anlage 1.2 b) zerebrale Anfallsleiden (Epilepsie)	- Neurologie	

Abschnitt	GOP	Anlage zur ASV-RL	Fachgruppen	Indikationen und sonstige Anforderungen
		Anlage 2 c) Hämophilie	- Innere Medizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie - Transfusionsmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie	
		Anlage 2 d) Neuromuskuläre Erkrankungen	- Innere Medizin und Kardiologie - Innere Medizin und Pneumologie - Neurologie	
		Anlage 2 e) schwerwiegende immunologische Erkrankungen: Erkrankungsgruppe 1 Sarkoidose	- Innere Medizin und Pneumologie - Innere Medizin und Rheumatologie	
		Anlage 2 l) pulmonale Hypertonie	- Innere Medizin und Kardiologie - Innere Medizin und Pneumologie	
		Anlage 2 m) Kurzdarmsyndrom	- Innere Medizin und Gastroenterologie	
		Anlage 2 n) Versorgung von Patienten vor oder nach Organtransplantation und von lebenden Spendern - Transplantationsgruppe 1:	- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	

Abschnitt	GOP	Anlage zur ASV-RL	Fachgruppen	Indikationen und sonstige Anforderungen
		Behandlung nach allogener Stammzelltransplantation		
		Anlage 2 o) ausgewählte seltene Lebererkrankungen	- Innere Medizin und Gastroenterologie	
		Anlage 2 p) angeborene Skelettsystemfehlbildungen	- Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie - Innere Medizin und Nephrologie - Innere Medizin und Rheumatologie - Orthopädie und Unfallchirurgie - Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Orthopädie	
51.1	51011	Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle	- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie - Strahlentherapie - Innere Medizin und Gastroenterologie - Allgemeinchirurgie - Viszeralchirurgie - Hals-Nasen-Ohrenheilkunde - Nuklearmedizin (Kernteam) - Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetolgie	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren	- Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie - Strahlentherapie	

Abschnitt	GOP	Anlage zur ASV-RL	Fachgruppen	Indikationen und sonstige Anforderungen
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 3: urologische Tumoren	- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie - Strahlentherapie - Urologie	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 4: Hauttumoren	- Haut- und Geschlechtskrankheiten - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie - Strahlentherapie	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 5: Tumoren der Lunge und des Thorax	- Innere Medizin und Pneumologie - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie - Strahlentherapie - Thoraxchirurgie - Herzchirurgie - Innere Medizin und Kardiologie (Kernteam)	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 6: Kopf- oder Halstumoren	- Hals-Nasen-Ohrenheilkunde - Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie - Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie - Nuklearmedizin (Kernteam) - Strahlentherapie - Viszeralchirurgie	
		Anlage 1. 1 a) onkologische Erkrankungen -	- Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	

Abschnitt	GOP	Anlage zur ASV-RL	Fachgruppen	Indikationen und sonstige Anforderungen
		Tumorgruppe 7: Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven	- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie - Neurochirurgie - Neurologie - Strahlentherapie	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 8: Knochen- und Weichteiltumoren	- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie - Orthopädie und Unfallchirurgie - Strahlentherapie - Viszeralchirurgie - Allgmeinchirurgie	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 9: Tumoren des Auges	- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie - Augenheilkunde - Haut- und Geschlechtskrankheiten - Strahlentherapie	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 10: Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schwere Erkrankungen der Blutbildung	- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie - Strahlentherapie	
		Anlage 1.1 c) Chronisch entzündliche Darmerkrankungen	- Innere Medizin und Gastroenterologie - Kinder- und Jugendchirurgie - Kinder- und Jugendmedizin	

Abschnitt	GOP	Anlage zur ASV-RL	Fachgruppen	Indikationen und sonstige Anforderungen
			- Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie - Viszeralchirurgie	
		Anlage 2 m) Kurzdarmsyndrom	- Innere Medizin und Gastroenterologie - Kinder- und Jugendchirurgie - Kinder- und Jugendmedizin - Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Gastroenterologie - Viszeralchirurgie	
		Anlage 2 n) Versorgung von Patienten vor oder nach Organtransplantation und von lebenden Spendern - Transplantationsgruppe 1: Behandlung nach allogener Stammzelltransplantation	- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie - Haut- und Geschlechtskrankheiten - Innere Medizin und Gastroenterologie	
51.2	51020	Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle	- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie - Strahlentherapie - Innere Medizin und Gastroenterologie - Allgemeinchirurgie - Viszeralchirurgie - Hals-Nasen-Ohrenheilkunde - Nuklearmedizin (Kernteam)	

Abschnitt	GOP	Anlage zur ASV-RL	Fachgruppen	Indikationen und sonstige Anforderungen
			- Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren	- Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie - Strahlentherapie	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 3: urologische Tumoren	- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie - Strahlentherapie - Urologie	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 4: Hauttumoren	- Haut- und Geschlechtskrankheiten - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie - Strahlentherapie	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 5: Tumoren der Lunge und des Thorax	- Innere Medizin und Pneumologie - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie - Strahlentherapie - Thoraxchirurgie - Herzchirurgie - Innere Medizin und Kardiologie (Kernteam)	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 6: Kopf- oder Halstumoren	- Hals-Nasen-Ohrenheilkunde - Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	

Abschnitt	GOP	Anlage zur ASV-RL	Fachgruppen	Indikationen und sonstige Anforderungen
			- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie - Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie - Nuklearmedizin (Kernteam) - Strahlentherapie - Viszeralchirurgie	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 7: Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven	- Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie - Neurochirurgie - Neurologie - Strahlentherapie	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 8: Knochen- und Weichteiltumoren	- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie - Orthopädie und Unfallchirurgie - Strahlentherapie - Viszeralchirurgie - Allgemeinchirurgie	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 9: Tumoren des Auges	- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie - Augenheilkunde - Haut- und Geschlechtskrankheiten - Strahlentherapie	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 10: Tumoren des lymphatischen,	- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie - Strahlentherapie	

Abschnitt	GOP	Anlage zur ASV-RL	Fachgruppen	Indikationen und sonstige Anforderungen
		blutbildenden Gewebes und schwere Erkrankungen der Blutbildung		
		Anlage 1.1 b) rheumatologische Erkrankungen Erwachsene	- Innere Medizin und Rheumatologie - Haut- und Geschlechtskrankheiten - Innere Medizin und Nephrologie - Innere Medizin und Pneumologie - Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Orthopädische Rheumatologie	
		Anlage 1.1 b) rheumatologische Erkrankungen Kinder und Jugendliche	- Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Rheumatologie - Augenheilkunde - Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Orthopädische Rheumatologie	
		Anlage 1.1 c) Chronisch entzündliche Darmerkrankungen	- Innere Medizin und Gastroenterologie - Kinder- und Jugendchirurgie - Kinder- und Jugendmedizin - Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie - Viszeralchirurgie	
		Anlage 1.2 a) Multiple Sklerose	- Neurologie - Kinder- und Jugendmedizin - Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie	

Abschnitt	GOP	Anlage zur ASV-RL	Fachgruppen	Indikationen und sonstige Anforderungen
		Anlage 1.2 b) zerebrale Anfallsleiden (Epilepsie)	- Neurologie - Kinder- und Jugendmedizin - Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie	
		Anlage 2 a) Tuberkulose und atypische Mykobakteriose	- Innere Medizin und Pneumologie - Innere Medizin mit Zusatz-Weiterbildung Infektiologie - Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie - Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie - Kinder- und Jugendmedizin	
		Anlage 2 b) Mukoviszidose	- Innere Medizin und Pneumologie - Innere Medizin und Gastroenterologie - Kinder- und Jugendmedizin - Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie - Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie	
		Anlage 2 c) Hämophilie	- Innere Medizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie	

Abschnitt	GOP	Anlage zur ASV-RL	Fachgruppen	Indikationen und sonstige Anforderungen
			- Transfusionsmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie - Orthopädie und Unfallchirurgie - Kinder- und Jugendmedizin - Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie	
		Anlage 2 d) Neuromuskuläre Erkrankungen	- Innere Medizin und Kardiologie - Innere Medizin und Pneumologie - Kinder- und Jugendmedizin - Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Kardiologie - Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie - Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie - Neurologie	
		Anlage 2 e) schwerwiegende immunologische Erkrankungen: Erkrankungsgruppe 1 Sarkoidose	- Innere Medizin und Pneumologie - Innere Medizin und Rheumatologie - Kinder- und Jugendmedizin - Kinder - und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder-Pneumologie - Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder-Rheumatologie	
		Anlage 2 h) Morbus Wilson	- Innere Medizin und Gastroenterologie	

Abschnitt	GOP	Anlage zur ASV-RL	Fachgruppen	Indikationen und sonstige Anforderungen
			- Neurologie - Kinder- und Jugendmedizin - Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie - Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie	
		Anlage 2 k) Marfan-Syndrom	- Herzchirurgie - Innere Medizin und Kardiologie - Kinder- und Jugendmedizin - Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Kardiologie - Orthopädie und Unfallchirurgie	
		Anlage 2 l) Pulmonale Hypertonie	- Innere Medizin und Kardiologie - Innere Medizin und Pneumologie - Kinder- und Jugendmedizin - Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Kardiologie - Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie	
		Anlage 2 m) Kurzdarmsyndrom	- Innere Medizin und Gastroenterologie - Kinder- und Jugendchirurgie - Kinder- und Jugendmedizin - Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Gastroenterologie	

Abschnitt	GOP	Anlage zur ASV-RL	Fachgruppen	Indikationen und sonstige Anforderungen
			- Viszeralchirurgie	
		Anlage 2 n) Versorgung von Patienten vor oder nach Organtransplantation und von lebenden Spendern - Transplantationsgruppe 1: Behandlung nach allogener Stammzelltransplantation	- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie - Haut- und Geschlechtskrankheiten - Innere Medizin und Gastroenterologie	
		Anlage 2 o) ausgewählte seltene Lebererkrankungen	- Innere Medizin und Gastroenterologie - Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie - Kinder- und Jugendmedizin	
		Anlage 2 p) angeborene Skelettsystemfehlbildungen	- Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie - Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Endokrinologie und -Diabetologie - Kinder- und Jugendmedizin - Innere Medizin und Nephrologie - Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Nephrologie - Innere Medizin und Rheumatologie - Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Rheumatologie - Orthopädie und Unfallchirurgie	

Abschnitt	GOP	Anlage zur ASV-RL	Fachgruppen	Indikationen und sonstige Anforderungen
			- Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Orthopädie - Kinder- und Jugendchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Orthopädie	
51.2	51021	Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle	- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie - Strahlentherapie - Innere Medizin und Gastroenterologie - Allgemeinchirurgie - Viszeralchirurgie - Hals-Nasen-Ohrenheilkunde - Nuklearmedizin (Kernteam) - Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren	- Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie - Strahlentherapie	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 3: urologische Tumoren	- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie - Strahlentherapie - Urologie	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen -	- Haut- und Geschlechtskrankheiten	

Abschnitt	GOP	Anlage zur ASV-RL	Fachgruppen	Indikationen und sonstige Anforderungen
		Tumorgruppe 4: Hauttumoren	- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie - Strahlentherapie	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 5: Tumoren der Lunge und des Thorax	- Innere Medizin und Pneumologie - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie - Strahlentherapie - Thoraxchirurgie - Herzchirurgie - Innere Medizin und Kardiologie (Kernteam)	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 6: Kopf- oder Halstumoren	- Hals-Nasen-Ohrenheilkunde - Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie - Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie - Nuklearmedizin (Kernteam) - Strahlentherapie - Viszeralchirurgie	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 7: Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven	- Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie - Neurochirurgie - Neurologie - Strahlentherapie	

Abschnitt	GOP	Anlage zur ASV-RL	Fachgruppen	Indikationen und sonstige Anforderungen
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 8: Knochen- und Weichteiltumoren	- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie - Orthopädie und Unfallchirurgie - Strahlentherapie - Viszeralchirurgie - Allgemeinchirurgie	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 9: Tumoren des Auges	- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie - Augenheilkunde - Haut- und Geschlechtskrankheiten - Strahlentherapie	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 10: Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schwere Erkrankungen der Blutbildung	- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie - Strahlentherapie	
		Anlage 1.1 b) rheumatologische Erkrankungen Erwachsene	- Innere Medizin und Rheumatologie - Haut- und Geschlechtskrankheiten - Innere Medizin und Nephrologie - Innere Medizin und Pneumologie - Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Orthopädische Rheumatologie	
		Anlage 1.1 b) rheumatologische	- Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Rheumatologie	

Abschnitt	GOP	Anlage zur ASV-RL	Fachgruppen	Indikationen und sonstige Anforderungen
		Erkrankungen Kinder und Jugendliche	- Augenheilkunde - Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Orthopädische Rheumatologie	
		Anlage 1.1 c) Chronisch entzündliche Darmerkrankungen	- Innere Medizin und Gastroenterologie - Kinder- und Jugendchirurgie - Kinder- und Jugendmedizin - Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie - Viszeralchirurgie	
		Anlage 1.2 a) Multiple Sklerose	- Neurologie - Kinder- und Jugendmedizin - Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie	
		Anlage 1.2 b) zerebrale Anfallsleiden (Epilepsie)	- Neurologie - Kinder- und Jugendmedizin - Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie	
		Anlage 2 a) Tuberkulose und atypische Mykobakteriose	- Innere Medizin und Pneumologie - Innere Medizin mit Zusatz-Weiterbildung Infektiologie - Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie - Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie - Kinder- und Jugendmedizin	

Abschnitt	GOP	Anlage zur ASV-RL	Fachgruppen	Indikationen und sonstige Anforderungen
		Anlage 2 b) Mukoviszidose	- Innere Medizin und Pneumologie - Innere Medizin und Gastroenterologie - Kinder- und Jugendmedizin - Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie - Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie	
		Anlage 2 c) Hämophilie	- Innere Medizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie - Transfusionsmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie - Orthopädie und Unfallchirurgie - Kinder- und Jugendmedizin - Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie	
		Anlage 2 d) Neuromuskuläre Erkrankungen	- Innere Medizin und Kardiologie - Innere Medizin und Pneumologie - Kinder- und Jugendmedizin - Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Kardiologie - Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie	

Abschnitt	GOP	Anlage zur ASV-RL	Fachgruppen	Indikationen und sonstige Anforderungen
			- Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie - Neurologie	
		Anlage 2 e) schwerwiegende immunologische Erkrankungen: Erkrankungsgruppe 1 Sarkoidose	- Innere Medizin und Pneumologie - Innere Medizin und Rheumatologie - Kinder- und Jugendmedizin - Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder-Pneumologie - Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder-Rheumatologie	
		Anlage 2 h) Morbus Wilson	- Innere Medizin und Gastroenterologie - Neurologie - Kinder- und Jugendmedizin - Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie - Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie	
		Anlage 2 k) Marfan-Syndrom	- Herzchirurgie - Innere Medizin und Kardiologie - Kinder- und Jugendmedizin - Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Kardiologie - Orthopädie und Unfallchirurgie	

Abschnitt	GOP	Anlage zur ASV-RL	Fachgruppen	Indikationen und sonstige Anforderungen
		Anlage 2 l) Pulmonale Hypertonie	- Innere Medizin und Kardiologie - Innere Medizin und Pneumologie - Kinder- und Jugendmedizin - Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Kardiologie - Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Pneumologie	
		Anlage 2 m) Kurzdarmsyndrom	- Innere Medizin und Gastroenterologie - Kinder- und Jugendchirurgie - Kinder- und Jugendmedizin - Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Gastroenterologie - Viszeralchirurgie	
		Anlage 2 n) Versorgung von Patienten vor oder nach Organtransplantation und von lebenden Spendern - Transplantationsgruppe 1: Behandlung nach allogener Stammzelltransplantation	- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie - Haut- und Geschlechtskrankheiten - Innere Medizin und Gastroenterologie	
		Anlage 2 o) ausgewählte seltene Lebererkrankungen	- Innere Medizin und Gastroenterologie - Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Gastroenterologie	

Abschnitt	GOP	Anlage zur ASV-RL	Fachgruppen	Indikationen und sonstige Anforderungen
			- Kinder- und Jugendmedizin	
		Anlage 2 p) angeborene Skelettsystemfehlbildungen	- Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie - Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Endokrinologie und -Diabetologie - Kinder- und Jugendmedizin - Innere Medizin und Nephrologie - Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Nephrologie - Innere Medizin und Rheumatologie - Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinder- und Jugend-Rheumatologie - Orthopädie und Unfallchirurgie - Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Orthopädie - Kinder- und Jugendchirurgie mit Zusatz-Weiterbildung Kinder- und Jugend-Orthopädie	
51.3	51030	Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle	- Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten - Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	

Abschnitt	GOP	Anlage zur ASV-RL	Fachgruppen	Indikationen und sonstige Anforderungen
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren	- Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten - Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 3: urologische Tumoren	- Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten - Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 4: Hauttumoren	- Psychosomatische Medizin und Psychotherapie - Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 5: Tumoren der Lunge und des Thorax	- Psychosomatische Medizin und Psychotherapie - Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 6: Kopf- oder Halstumoren	- Psychosomatische Medizin und Psychotherapie - Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 7: Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven	- Psychosomatische Medizin und Psychotherapie - Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen -	- Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten	

Abschnitt	GOP	Anlage zur ASV-RL	Fachgruppen	Indikationen und sonstige Anforderungen
		Tumorgruppe 8: Knochen- und Weichteiltumoren	- Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 9: Tumoren des Auges	- Psychosomatische Medizin und Psychotherapie - Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 10: Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schwere Erkrankungen der Blutbildung	- Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten - Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	
		Anlage 1.1 b) rheumatologische Erkankungen Erwachsene	- Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten	
		Anlage 1.1 b) rheumatologische Erkrankungen Kinder und Jugendliche	- Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten - Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	
		Anlage 1.1 c) Chronisch entzündliche Darmerkrankungen	- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten - Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten	
		Anlage 1.2 a) Multiple Sklerose	- Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten	

Abschnitt	GOP	Anlage zur ASV-RL	Fachgruppen	Indikationen und sonstige Anforderungen
			- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	
		Anlage 1.2 b) zerebrale Anfallsleiden (Epilepsie)	- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten - Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten	
		Anlage 2 b) Mukoviszidose	- Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten - Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	
		Anlage 2 c) Hämophilie	- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten - Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten	
		Anlage 2 d) Neuromuskuläre Erkrankungen	- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten - Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten	
		Anlage 2 e) schwerwiegende immunologische Erkrankungen: Erkrankungsgruppe 1 Sarkoidose	- Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten - Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	
		Anlage 2 h) Morbus Wilson	- Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten	

Abschnitt	GOP	Anlage zur ASV-RL	Fachgruppen	Indikationen und sonstige Anforderungen
			- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	
		Anlage 2 k) Marfan-Syndrom	- Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten - Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	
		Anlage 2 l) pulmonale Hypertonie	- Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten - Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	
		Anlage 2 m) Kurzdarmsyndrom	- Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten - Fachpsychotherapeuten für Erwachsene - Fachpsychotherapeuten für Kinder und Jugendliche - Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	
		Anlage 2 n) Versorgung von Patienten vor oder nach Organtransplantation und von lebenden Spendern - Transplantationsgruppe 1: Behandlung nach allogener Stammzelltransplantation	- Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten - Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	
		Anlage 2 o) ausgewählte seltene Lebererkrankungen	- Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten	

Abschnitt	GOP	Anlage zur ASV-RL	Fachgruppen	Indikationen und sonstige Anforderungen
			- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	
		Anlage 2 p) angeborene Skelettsystemfehlbildungen	- Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten - Fachpsychotherapeuten für Erwachsene - Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten - Fachpsychotherapeuten für Kinder und Jugendliche	
51.3	51032	Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle	- Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten - Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren	- Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten - Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 3: urologische Tumoren	- Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten - Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen -	- Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	

Abschnitt	GOP	Anlage zur ASV-RL	Fachgruppen	Indikationen und sonstige Anforderungen
		Tumorgruppe 4: Hauttumoren	- Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 5: Tumoren der Lunge und des Thorax	- Psychosomatische Medizin und Psychotherapie - Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 6: Kopf- oder Halstumoren	- Psychosomatische Medizin und Psychotherapie - Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 7: Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven	- Psychosomatische Medizin und Psychotherapie - Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 8: Knochen- und Weichteiltumoren	- Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten - Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 9: Tumoren des Auges	- Psychosomatische Medizin und Psychotherapie - Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 10: Tumoren des lymphatischen,	- Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten - Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	

Abschnitt	GOP	Anlage zur ASV-RL	Fachgruppen	Indikationen und sonstige Anforderungen
		blutbildenden Gewebes und schwere Erkrankungen der Blutbildung		
		Anlage 1.1 b) rheumatologische Erkrankungen Erwachsene	- Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten	
		Anlage 1.1 c) Chronisch entzündliche Darmerkrankungen	- Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten	
		Anlage 1.2 a) Multiple Sklerose	- Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten	
		Anlage 1.2 b) zerebrale Anfallsleiden (Epilepsie)	- Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten	
		Anlage 2 b) Mukoviszidose	- Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten	
		Anlage 2 c) Hämophilie	- Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten	
		Anlage 2 d) Neuromuskuläre Erkrankungen	- Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten	
		Anlage 2 e) schwerwiegende immunologische Erkrankungen: Erkrankungsgruppe 1 Sarkoidose	- Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten	

Abschnitt	GOP	Anlage zur ASV-RL	Fachgruppen	Indikationen und sonstige Anforderungen
		Anlage 2 h) Morbus Wilson	- Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten	
		Anlage 2 k) Marfan-Syndrom	- Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten	
		Anlage 2 l) pulmonale Hypertonie	- Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten	
		Anlage 2 m) Kurzdarmsyndrom	- Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten - Fachpsychotherapeuten für Erwachsene	
		Anlage 2 n) Versorgung von Patienten vor oder nach Organtransplantation und von lebenden Spendern - Transplantationsgruppe 1: Behandlung nach allogener Stammzelltransplantation	- Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten - Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	
		Anlage 2 o) ausgewählte seltene Lebererkrankungen	- Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten	
		Anlage 2 p) angeborene Skelettsystemfehlbildungen	- Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten - Fachpsychotherapeuten für Erwachsene	
51.3	51033	Anlage 1.1 b) rheumatologische	- Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten	

Abschnitt	GOP	Anlage zur ASV-RL	Fachgruppen	Indikationen und sonstige Anforderungen
		Erkrankungen Kinder und Jugendliche	- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	
		Anlage 1.1 c) Chronisch entzündliche Darmerkrankungen	- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten - Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten	
		Anlage 1.2 a) Multiple Sklerose	- Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten - Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	
		Anlage 1.2 b) zerebrale Anfallsleiden (Epilepsie)	- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten - Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten	
		Anlage 2 b) Mukoviszidose	- Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten - Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	
		Anlage 2 c) Hämophilie	- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten - Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten	
		Anlage 2 d) Neuromuskuläre Erkrankungen	- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten - Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten	

Abschnitt	GOP	Anlage zur ASV-RL	Fachgruppen	Indikationen und sonstige Anforderungen
		Anlage 2 e) schwerwiegende immunologische Erkrankungen: Erkrankungsgruppe 1 Sarkoidose	- Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten - Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	
		Anlage 2 h) Morbus Wilson	- Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten - Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	
		Anlage 2 k) Marfan-Syndrom	- Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten - Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	
		Anlage 2 l) pulmonale Hypertonie	- Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten - Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	
		Anlage 2 o) ausgewählte seltene Lebererkrankungen	- Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten - Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	
51.4	51033	Anlage 2 m) Kurzdarmsyndrom	- Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten - Fachpsychotherapeuten für Erwachsene	

Abschnitt	GOP	Anlage zur ASV-RL	Fachgruppen	Indikationen und sonstige Anforderungen
			- Fachpsychotherapeuten für Kinder und Jugendliche - Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	
		Anlage 2 p) angeborene Skelettsystemfehlbildungen	- Psychologische und ärztliche Psychotherapeuten - Fachpsychotherapeuten für Erwachsene - Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten - Fachpsychotherapeuten für Kinder und Jugendliche	
51.4	51040	Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle	- Strahlentherapie - Nuklearmedizin (nur Mitglieder des Kernteams)	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren	- Strahlentherapie	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 3: urologische Tumoren	- Strahlentherapie	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen -	- Strahlentherapie	

Abschnitt	GOP	Anlage zur ASV-RL	Fachgruppen	Indikationen und sonstige Anforderungen
		Tumorgruppe 4: Hauttumoren		
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 5: Tumoren der Lunge und des Thorax	- Strahlentherapie	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 6: Kopf- oder Halstumoren	- Nuklearmedizin (Kernteam) - Strahlentherapie	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 7 : Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven	- Strahlentherapie	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 8: Knochen- und Weichteiltumoren	- Strahlentherapie	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 9: Tumoren des Auges	- Strahlentherapie	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 10: Tumoren	- Strahlentherapie	

Abschnitt	GOP	Anlage zur ASV-RL	Fachgruppen	Indikationen und sonstige Anforderungen
		des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schwere Erkrankungen der Blutbildung		
51.4	51041	Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle	- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie - Strahlentherapie - Innere Medizin und Gastroenterologie - Allgemeinchirurgie - Viszeralchirurgie - Hals-Nasen-Ohrenheilkunde - Nuklearmedizin (Kernteam) - Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetolgie	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren	- Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie - Strahlentherapie	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 3: urologische Tumoren	- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie - Strahlentherapie - Urologie	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 4: Hauttumoren	- Haut- und Geschlechtskrankheiten - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie - Strahlentherapie	

Abschnitt	GOP	Anlage zur ASV-RL	Fachgruppen	Indikationen und sonstige Anforderungen
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 5: Tumoren der Lunge und des Thorax	- Innere Medizin und Pneumologie - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie - Strahlentherapie - Thoraxchirurgie - Herzchirurgie - Innere Medizin und Kardiologie (Kernteam)	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 6: Kopf- oder Halstumoren	- Hals-Nasen-Ohrenheilkunde - Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie - Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie - Nuklearmedizin (Kernteam) - Strahlentherapie - Viszeralchirurgie	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 7: Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven	- Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie - Neurochirurgie - Neurologie - Strahlentherapie	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 8: Knochen- und Weichteiltumoren	- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie - Orthopädie und Unfallchirurgie - Strahlentherapie	

Abschnitt	GOP	Anlage zur ASV-RL	Fachgruppen	Indikationen und sonstige Anforderungen
			- Viszeralchirurgie - Allgemeinchirurgie	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 9: Tumoren des Auges	- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie - Augenheilkunde - Haut- und Geschlechtskrankheiten - Strahlentherapie	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 10: Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schwere Erkrankungen der Blutbildung	- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie - Strahlentherapie	
		Anlage 2 n) Versorgung von Patienten vor oder nach Organtransplantation und von lebenden Spendern - Transplantationsgruppe 1: Behandlung nach allogener Stammzelltransplantation	- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie - Haut- und Geschlechtskrankheiten - Innere Medizin und Gastroenterologie	
51.5	51050	Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 6: Kopf- oder Halstumoren	- Augenheilkunde	

Abschnitt	GOP	Anlage zur ASV-RL	Fachgruppen	Indikationen und sonstige Anforderungen
		Anlage 1.1 b) rheumatologische Erkrankungen Erwachsene	- Augenheilkunde	
		Anlage 1.1 c) Chronisch entzündliche Darmerkrankungen	- Augenheilkunde	
		Anlage 1.2 a) Multiple Sklerose	- Augenheilkunde	
		Anlage 2 d) Neuromuskuläre Erkrankungen	- Augenheilkunde	
		Anlage 2 e) schwerwiegende immunologische Erkrankungen: Erkrankungsgruppe 1 Sarkoidose	- Augenheilkunde	
		Anlage 2 h) Morbus Wilson	- Augenheilkunde	
		Anlage 2 k) Marfan-Syndrom	- Augenheilkunde	
		Anlage 2 n) Versorgung von Patienten vor oder nach Organtransplantation und von lebenden Spendern - Transplantationsgruppe 1:	- Augenheilkunde	

Abschnitt	GOP	Anlage zur ASV-RL	Fachgruppen	Indikationen und sonstige Anforderungen
		Behandlung nach allogener Stammzelltransplantation		
		Anlage 2 p) angeborene Skelettsystemfehlbildungen	- Augenheilkunde	

8 Zuordnung der Prozeduren zu den Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 01500, 01501, 01502 und/oder 01503

1. Der Gesamthöchstwert in Spalte 4 entspricht dem Höchstwert in Stunden für die Summe der gemäß Spalte 3 berechnungsfähigen Gebührenordnungspositionen.
2. Für die im Anhang 8 in Spalte 1 mit # gekennzeichneten Gebührenordnungspositionen sind die Leistungen für die Nachbeobachtung und/oder Überwachung nach den Gebührenordnungspositionen 01500, 01501, 01502 und/oder 01503 nur berechnungsfähig, sofern die entsprechende Prozedur im Abschnitt 2 der Anlage 1 zum Vertrag nach § 115b SGB V genannt und in Spalte 6 des Abschnitts 2 der Anlage 1 zum Vertrag nach § 115b SGB V ein Hinweis auf eine Nachbeobachtung und/oder Überwachung aufgeführt wird.

GOP	Prozedur	Berechnungs-fähige GOP	Gesamt-höchstwert (in Stunden)
02302#	Kleinchirurgischer Eingriff III und/ oder primäre Wundversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern: Biopsie ohne Inzision am Endometrium: Diagnostische Mikrokürettage (Strichkürettage) oder Aspirationskürettage	01501 und 01502	2
02341	Punktion II: Ascites als Entlastungspunktion unter Gewinnung von mindestens 250 ml Ascites-Flüssigkeit	01500 und 01502	4
02342	Lumbalpunktion	01502	2
02344#	Perkutane Biopsie: Perkutane Biopsie an Lymphknoten, mediastinal oder paraaortal	01501 und 01503	3
04421	Externe elektrische Kardioversion	01501 und 01503	4

GOP	Prozedur	Berechnungs-fähige GOP	Gesamt-höchstwert (in Stunden)
13552	Externe elektrische Kardioversion	01501 und 01503	4
34290	Angiokardiographie	01501 und 01503	4

VII Ausschließlich im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) berechnungsfähige Gebührenordnungspositionen

1.
Die in diesem Bereich genannten Gebührenordnungspositionen sind ausschließlich im Rahmen der Leistungserbringung der Ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V in Verbindung mit § 5 (Behandlungsumfang) der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV-RL) nach § 116b SGB V von ASV-Berechtigten gemäß § 2 der ASV-RL berechnungsfähig.

2.
Für an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte gilt in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) gemäß § 116b SGB V Folgendes: Für Gebührenordnungspositionen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab, die sich auf den Behandlungsfall beziehen, gilt in der ASV anstelle des Behandlungsfalls gemäß 3.1 der Allgemeinen Bestimmungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes der Arztfall gemäß nachstehender Definition: Der Arztfall umfasst die ambulante spezialfachärztliche Behandlung desselben Versicherten durch denselben an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt in einem Kalendervierteljahr zu Lasten derselben Krankenkasse.

3.
Für teilnehmende Krankenhäuser gilt für Gebührenordnungspositionen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab, die sich auf den Behandlungsfall beziehen, anstelle des Behandlungsfalls gemäß 3.1 der Allgemeinen Bestimmungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes, der Fachgruppenfall. Der Fachgruppenfall umfasst die ambulante spezialfachärztliche Behandlung desselben Versicherten in einem Kalendervierteljahr durch dieselbe Fachgruppe eines Krankenhauses unabhängig vom behandelnden Arzt zu Lasten derselben Krankenkasse. Als Fachgruppe gelten entsprechend § 3 Abs. 3 Satz 2 der ASV-RL die Facharzt-, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen gemäß (Muster-)Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer laut Appendizes der ASV-RL.

4.
Abweichend von Nr. 2 gilt für an der ASV teilnehmende Ärzte innerhalb einer Berufsausübungsgemeinschaft oder für an der ASV teilnehmende Ärzte innerhalb eines Medizinischen Versorgungszentrums der Fachgruppenfall nach Nr. 3.

5.
Eine Gebührenordnungsposition im Einheitlichen Bewertungsmaßstab, die sich auf die einmalige Berechnung im Behandlungsfall bezieht, ist bei einer Behandlung im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung in demselben Quartal in einem ASV-Kern-Team einmal je Arztfall nach Nr. 2 und einmal je Fachgruppenfall nach Nr. 3

und einmal je Fachgruppenfall nach Nr. 4 berechnungsfähig. Bei Mehrfachberechnung einer Gebührenordnungsposition durch dieselbe Fachgruppe im ASV-Kernteam erfolgt für alle Abrechnungen dieser Gebührenordnungsposition von der Punktzahl ein Abschlag in Höhe von 15 %.

Für eine Gebührenordnungsposition im Einheitlichen Bewertungsmaßstab, die sich auf eine mehrmalige Berechnung im Behandlungsfall bezieht, gilt diese Abrechnungsbestimmung bzw. Anmerkung je Arztfall nach Nr. 2 und je Fachgruppenfall nach Nr. 3 und je Fachgruppenfall nach Nr. 4. Bei Überschreiten der maximalen Berechnungsfähigkeit dieser Gebührenordnungsposition innerhalb derselben Fachgruppe im ASV-Kernteam erfolgt für alle Abrechnungen dieser Gebührenordnungsposition von der Punktzahl ein Abschlag in Höhe von 10 %.

Die Regelung des zweiten Absatzes gilt auch für eine Gebührenordnungsposition, die in bestimmten Fällen einmalig, in anderen Fällen aber mehrmals im Behandlungsfall berechnungsfähig ist.

6. Kosten

6.1 Nicht gesondert berechnungsfähige Kosten

Kosten, die gemäß 7.1 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM mit der Gebühr für die ärztliche Leistung abgegolten oder explizit Leistungsinhalt der vom ergänzten Bewertungsausschuss gemäß § 87 Abs. 5a SGB V bestimmten abrechnungsfähigen Leistungen sind, sind nicht gesondert berechnungsfähig.

Nicht berechnungsfähig sind zudem die Kosten für Versandmaterial, für die Versendung bzw. den Transport des Untersuchungsmaterials und die Übermittlung des Untersuchungsergebnisses innerhalb des Medizinischen Versorgungszentrums, einer (Teil-) Berufsausübungsgemeinschaft, zwischen Betriebsstätten derselben Arztpraxis, innerhalb einer Apparate- bzw. Laborgemeinschaft oder innerhalb eines Krankenhauses.

6.2 Gesondert berechnungsfähige Kosten

Kosten, die gemäß 7.3 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM nicht in den Gebührenordnungspositionen enthalten sind, sind - soweit nichts anderes bestimmt ist - gesondert berechnungsfähig. Diese Kosten werden entsprechend nachstehender Regelungen erstattet.

6.2.1 Sprechstundenbedarf / Kontrastmittel

6.2.1.1 Für an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte und Medizinische Versorgungszentren gilt in der ASV gemäß § 116b SGB V folgendes:

Der Sprechstundenbedarf wird hinsichtlich des Umfanges sowie der Bezugswege entsprechend der regional geltenden Vereinbarungen über die ärztliche Verordnung von Sprechstundenbedarf zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen (Sprechstundenbedarfsvereinbarungen) bezogen. Vereinbarungen zur Vergütung von Kontrastmitteln, die nicht Bestandteil der Sprechstundenbedarfsvereinbarungen sind, finden ebenso Anwendung.

6.2.1.2 Für teilnehmende Krankenhäuser gilt in der ASV gemäß § 116b SGB V folgendes:
Der Umfang des Sprechstundenbedarfes richtet sich nach den jeweils regional gültigen Sprechstundenbedarfsvereinbarungen. Der Sprechstundenbedarf wird für onkologische Erkrankungen mit 13,00 Euro je Kalendervierteljahr und Patient vergütet. Für alle übrigen Erkrankungen beträgt die Pauschale für den Sprechstundenbedarf 4,00 Euro je Kalendervierteljahr und Patient.
Abweichend hiervon gilt, dass Kontrastmittel für teilnehmende Krankenhäuser nach Nummer 6.2.3 vergütet werden.

6.2.2 Arzneimittel und in die Arzneimittelversorgung nach § 31 SGB V einbezogene Produkte

Zur Erbringung ärztlicher Leistungen erforderliche Arzneimittel und in die Arzneimittelversorgung nach § 31 SGB V einbezogene Produkte, die nicht Bestandteil der Regelungen gemäß 6.1 und 6.2.1 sind, werden versichertenbezogen auf dem Arzneiverordnungsblatt verordnet und gemäß der Vereinbarung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 12 SGB V über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens sowie die erforderlichen Vordrucke für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV-AV) gekennzeichnet.

6.2.3 Gesondert berechnungsfähige Sachkosten

Gesondert berechnungsfähige Sachkosten sind Kosten, die nicht unter 6.1 oder 6.2.1 zu subsumieren sind und auch keine Arzneimittel bzw. einbezogene Produkte gemäß 6.2.2 sind. Die berechnungsfähigen Sachkosten werden nach den Regelungen der ASV-AV mit der Krankenkasse abgerechnet.
Der ASV-Berechtigte wählt diese gesondert berechnungsfähigen Materialien unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes und der medizinischen Notwendigkeit aus. Er hat die rechnungsbegründenden Unterlagen in Form von Originalrechnungen für die Dauer von fünf Jahren aufzubewahren.
Eine Kopie der Originalrechnung ist der Krankenkasse auf begründete Anfrage zu übermitteln.
Die Originalrechnung muss mindestens folgende Informationen beinhalten

- Name des Herstellers bzw. des Lieferanten
- Produkt-/Artikelbezeichnung inkl. Artikel- und Modellnummer.

Der ASV-Berechtigte ist verpflichtet, die tatsächlich realisierten Preise in Rechnung zu stellen und ggf. vom Hersteller bzw. Lieferanten gewährte Rückvergütungen, wie Preisnachlässe, Rabatte, Umsatzbeteiligungen, Bonifikationen und rückvergütungsgleiche Gewinnbeteiligungen mit Ausnahme von Barzahlungsrabatten bis zu 3 % weiterzugeben.
Werden die Materialien bei mehreren Patienten verbraucht, so ist ein durchschnittlicher Preis je Patient abzurechnen.

7.

Gebührenordnungspositionen dieses Bereichs, deren Abrechnungsbestimmung "einmal im Kalendervierteljahr" lautet, sind in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) gemäß § 116b SGB V im Laufe eines Kalendervierteljahres für denselben Patienten

und zu Lasten derselben Krankenkasse nur einmal je ASV-Team berechnungsfähig.

8.

Die Gebührenordnungspositionen dieses Bereichs sind ausschließlich von den Fachgruppen in Anhang 6 zum EBM gemäß ihrer Zuordnung zu den Anlagen der ASV-RL berechnungsfähig.

9.

Onkologische Leistungen im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V, die unter Nr. 2 der Anlagen der ASV-RL unter „Weitere spezifische Leistungen“ aufgeführt und noch nicht im Einheitlichen Bewertungsmaßstab abgebildet und der Vereinbarung über die qualifizierte Versorgung krebskranker Patienten „Onkologie-Vereinbarung“ (Anlage 7 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä)) entnommen sind (einschließlich der palliativmedizinischen Versorgung gemäß der Kostenpauschale 86518), sind bis zur Aufnahme in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab nach den Kostenpauschalen des Anhangs 2 der Vereinbarung über die qualifizierte Versorgung krebskranker Patienten „Onkologie-Vereinbarung“ (Anlage 7 zum BMV-Ä) berechnungsfähig. Es gelten die Zulassungsvoraussetzungen des entsprechenden Beschlusses des G-BA. Die Kostenpauschalen sind im Laufe eines Kalendervierteljahres jeweils nur von einem Arzt des Kernteams, der die Anforderungen der ASV-RL und der Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen zur ASV-RL erfüllt, berechnungsfähig. Dies gilt auch, wenn mehrere Ärzte des Kernteams in die Behandlung eingebunden sind (z. B. bei Vertretung, im Notfall oder bei Mit- bzw. Weiterbehandlung). Abweichend von den Sätzen 3 und 4 sind die Kostenpauschalen (mit Ausnahme der palliativmedizinischen Versorgung gemäß der Kostenpauschale 86518) bei Vorliegen voneinander unabhängiger Tumorerkrankungen und bei gleichzeitiger Behandlung im Rahmen der Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen zur ASV-RL durch ein ASV-Team bzw. durch denselben Arzt in unterschiedlichen ASV-Teams erkrankungsspezifisch berechnungsfähig.

10.

Sofern die Kostenpauschalen gemäß Anhang 2 der „Onkologie-Vereinbarung“ (Anlage 7 zum BMV-Ä) bzw. gemäß der regionalen Onkologie-Vereinbarungen im Rahmen der Behandlung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V nach Nr. 9 dieses Bereichs berechnet werden, sind die Kostenpauschalen der „Onkologie-Vereinbarung“ (Anlage 7 zum BMV-Ä) bzw. der regionalen Onkologie-Vereinbarungen bei demselben Patienten in demselben Kalendervierteljahr bei Behandlung nach Maßgabe der „Onkologie-Vereinbarung“ (Anlage 7 zum BMV-Ä) bzw. nach Maßgabe der regionalen Onkologie-Vereinbarungen nicht berechnungsfähig.

11.

Abweichend von Nr. 10 dieses Bereichs sind die Kostenpauschalen gemäß Anhang 2 der "Onkologie-Vereinbarung" (Anlage 7 zum BMV-Ä), die im Rahmen der Leistungserbringung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V nach Nr. 9 dieses Bereichs berechnet werden, und die Kostenpauschalen gemäß Anhang 2 der "Onkologie-Vereinbarung" (Anlage 7 zum BMV-Ä) bzw. gemäß

der regionalen Onkologie-Vereinbarungen bei demselben Patienten in demselben Kalendervierteljahr berechnungsfähig, sofern der Patient entweder

a) nach Maßgabe der "Onkologie-Vereinbarung" (Anlage 7 zum BMVÄ) bzw. gemäß der regionalen Onkologie-Vereinbarungen behandelt wurde und in demselben Kalendervierteljahr die Weiterbehandlung aufgrund derselben onkologischen Erkrankung im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V gemäß Nr. 9 dieses Bereichs durch ein Kernteam erfolgt, dem weder der nach Maßgabe der "Onkologie-Vereinbarung" (Anlage 7 zum BMV-Ä) bzw. gemäß der regionalen Onkologie-Vereinbarungen behandelnde Arzt angehört, noch ein anderer Arzt aus derselben Berufsausübungsgemeinschaft bzw. aus demselben Medizinischen Versorgungszentrum des nach Maßgabe der "Onkologie-Vereinbarung" (Anlage 7 zum BMV-Ä) bzw. gemäß der regionalen Onkologie-Vereinbarungen behandelnden Arztes

oder

b) im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V gemäß Nr. 9 dieses Bereichs behandelt wurde und in demselben Kalendervierteljahr die Weiterbehandlung aufgrund derselben onkologischen Erkrankung nach Maßgabe der "Onkologie-Vereinbarung" (Anlage 7 zum BMV-Ä) bzw. gemäß der regionalen Onkologie-Vereinbarungen durch einen Arzt erfolgt, der nicht dem Kernteam im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V angehört bzw. der nicht derselben Berufsausübungsgemeinschaft bzw. demselben Medizinischen Versorgungszentrum zuzuordnen ist, wie ein dem Kernteam im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V zugehöriger Arzt.

12.

Sofern die Kostenpauschalen 86510 oder 86512 gemäß Anhang 2 der „Onkologie-Vereinbarung“ (Anlage 7 zum BMV-Ä) im Rahmen der Behandlung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V nach Nr. 9 dieses Bereichs berechnet wird, sind die Gebührenordnungspositionen 07345, 08345, 09345, 10345, 13435, 13675, 15345, 26315 und 51040 bei demselben Patienten in demselben Kalendervierteljahr nicht berechnungsfähig. Im Laufe eines Kalendervierteljahres ist von dem für die Koordination der Behandlung verantwortlichen Arzt des Kernteams nur die Zusatzpauschale Onkologie (Gebührenordnungsposition 07345, 08345, 09345, 10345, 13435, 13675, 15345 oder 26315), die Gebührenordnungsposition 51040 oder die Kostenpauschalen 86510 oder 86512 gemäß Anhang 2 der „Onkologie-Vereinbarung“ (Anlage 7 zum BMV-Ä) berechnungsfähig.

13.

Sofern die Inhalte der Bestimmungen und die abrechnungsfähigen Gebührenordnungspositionen in der ASV auf den Arzt Bezug nehmen, gelten sie gleichermaßen für Ärztinnen, Psychologische Psychotherapeutinnen, Psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Im Anhang 6 EBM wird die Bezeichnung

der Fachgruppe einheitlich und neutral für Fachärzte und Fachärztinnen sowie für Psychologische Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen/-psychotherapeuten verwendet.

14.

Gemäß § 5 Absatz 4 ASV-RL ist die Durchführung einer Videosprechstunde in der ASV möglich. Die in der Allgemeinen Bestimmung 4.3.1 im 5. Absatz unter Nr. 1 festgelegten Abschlagshöhen gelten entsprechend. Ergänzend beträgt für Transfusionsmediziner mit Zusatz-Weiterbildung Hämostaseologie die Höhe des Abschlags 25%.

15.

Der Zuschlag nach der Gebührenordnungsposition 01450 ist in der ASV ergänzend im Zusammenhang mit den Gebührenordnungspositionen 50510 bis 50512, 50700 und 51030 berechnungsfähig. Der Zuschlag nach der Gebührenordnungsposition 01450 ist im Zusammenhang mit den Gebührenordnungspositionen 50600 und 51041 nicht berechnungsfähig.

50 Anlagenspezifische Gebührenordnungspositionen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV)

50.1 Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V: Anlage 2 a) Tuberkulose und atypische Mykobakteriose

1. Die in diesem Abschnitt genannten Gebührenordnungspositionen sind ausschließlich im Rahmen der Leistungserbringung gemäß Anlage 2 a) Tuberkulose und atypische Mykobakteriose der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V berechnungsfähig.

50100 **Prüfung des Farbsinns** 6,88 €
54 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Farbsinnprüfung mit Anomaloskop

und/oder

- Farbsinnprüfung mit Pigmentproben (z. B. Farbtafeln),
- Beidseitig

Die Gebührenordnungsposition 50100 ist auch berechnungsfähig, wenn die Leistung aus medizinischer Indikation nur an einem Auge erbracht werden kann.

50110 **Molekularbiologische Schnellresistenztestung (MDR-TB) des Mycobacterium tuberculosis-Complex (MTC)** nur bei molekularbiologischem Nachweis von MTC und/oder mikroskopischem Nachweis von Mykobakterien in diesem Direktmaterial 82,03 €

Obligater Leistungsinhalt

- Molekularbiologische Schnelltestung des MTC auf Resistenzen gegen Rifampicin und Isoniacid,
- Dokumentation der in der Legende genannten Vorbedingungen

Fakultativer Leistungsinhalt

- Evaluation dieser Ergebnisse durch Vergleich mit dem Ausfall des konventionellen phänotypischen TB-Resistenztest entsprechend der Gebührenordnungsposition 32770

50111 **Weiterführende molekularbiologische Schnellresistenztestung (XDR-TB) des Mycobacterium tuberculosis-Complex (MTC)** nur bei Nachweis einer Resistenz entsprechend der Gebührenordnungsposition 50110 in diesem Direktmaterial — 99,40 €

Obligater Leistungsinhalt

- Molekularbiologische Schnelltestung des MTC auf Resistenzen gegen Fluorchinolone, Aminoglykoside sowie Ethambutol,
- Dokumentation der in der Legende genannten Vorbedingungen

Fakultativer Leistungsinhalt

- Evaluation dieser Ergebnisse durch Vergleich mit dem Ausfall des konventionellen phänotypischen TB-Resistenztest entsprechend der Gebührenordnungsposition 32770

50112 **Quantitative Bestimmung einer in-vitro Freisetzung von Interferon-gamma oder IP-10 nach ex-vivo Stimulation mit Antigenen (mindestens ESAT-6 und CFP-10) spezifisch für Mycobacterium tuberculosis-Complex (außer BCG) bei** — 58,00 €

- positivem Tuberkulin-Hauttest zum Ausschluss einer Kreuzreaktion mit BCG,
- negativem Tuberkulin-Hauttest und Verdacht auf eine Tuberkuloseinfektion bei Anergie

Die Gebührenordnungsposition 50112 ist auf die genannten Indikationen beschränkt und dient weder als Screeninguntersuchung noch zur Umgebungsuntersuchung von Kontaktpersonen. Die Berechnung als "Ähnliche Untersuchung" für die genannten und andere Indikationen ist unzulässig.
Die Gebührenordnungsposition 50112 ist im Krankheitsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 32670 berechnungsfähig.

50.2 Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V: Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 9: Tumoren des Auges

1. Die in diesem Abschnitt genannten Gebührenordnungspositionen sind ausschließlich im Rahmen der Leistungserbringung gemäß Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 9: Tumoren des Auges der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über

die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V berechnungsfähig.

50200 **Optische Kohärenztomographie am hinteren oder vorderen Augenabschnitt** 51,47 € 404 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Optische Kohärenztomographie am hinteren Augenabschnitt mittels SD-OCT oder technischer Weiterentwicklung

oder

- Optische Kohärenztomographie am vorderen Augenabschnitt mittels SD-OCT oder technischer Weiterentwicklung,
- Befundauswertung,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Bild-Dokumentation,

viermal im Kalendervierteljahr

50201 **Zuschlag zur GOP 50200 bei Durchführung eines OCT des hinteren und vorderen Augenabschnittes in einer Sitzung** 40,77 € 320 Punkte

50.4 Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V: Anlage 1.1 b) Rheumatologische Erkrankungen Erwachsene und Rheumatologische Erkrankungen Kinder und Jugendliche

1. Die in diesem Abschnitt genannten Gebührenordnungspositionen sind ausschließlich im Rahmen der Leistungserbringung gemäß Anlage 1.1 b) Rheumatologische Erkrankungen der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V berechnungsfähig.

50400 **Zusatzpauschale für die Überleitung eines Jugendlichen mit rheumatologischer Erkrankung in die Erwachsenenmedizin** 14,01 € 110 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Gespräch mit dem Patienten,
- Dokumentation der Gesprächsergebnisse in dem ausführlichen schriftlichen Abschlussbericht (Epikrise),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Einbeziehung der Bezugs- oder Betreuungsperson(en),
- Konsultation und konsiliarische Beratung mit dem weiterbehandelnden Arzt,

je vollendete 10 Minuten Arzt-Patienten-Kontaktzeit, bis zu fünfmal im Laufe von vier Kalendervierteljahren

Die Gebührenordnungsposition 50400 kann nur in den letzten vier Kalendervierteljahren vor einer Überleitung in die Erwachsenenmedizin berechnet werden.

Die Gebührenordnungsposition 50400 ist nur von einem Arzt des Kernteams berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 50400 ist nur berechnungsfähig, wenn innerhalb der letzten vier Kalendervierteljahre jeweils mindestens ein Arzt-Patienten-Kontakt pro Kalendervierteljahr in mindestens drei Kalendervierteljahren mit dem Kinder- und Jugendmediziner stattgefunden hat. Davon müssen in mindestens zwei Kalendervierteljahren persönliche Arzt-Patienten-Kontakte vorgelegen haben.

50401 **Zusatzpauschale für die Integration eines Patienten mit rheumatologischer Erkrankung in die Erwachsenenmedizin** 11,47 € 90 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Gespräch mit dem Patienten,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Einbeziehung der Bezugs- oder Betreuungsperson(en),
- Konsultation und konsiliarische Beratung mit dem abgebenden Arzt,

je vollendete 10 Minuten, bis zu fünfmal im Laufe von vier Kalendervierteljahren

Die Gebührenordnungsposition 50401 ist nur bis zum Ende des 21. Lebensjahres berechnungsfähig. Die Gebührenordnungsposition 50401 kann im Quartal des erstmaligen Arzt-Patienten-Kontakts im ASV-Team und in den darauf folgenden drei Kalendervierteljahren berechnet werden.
Die Gebührenordnungsposition 50401 ist nur von einem Arzt des Kernteams berechnungsfähig.

50.5 Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V: Anlage 2 c) Hämophilie

1. Die in diesem Abschnitt genannten Gebührenordnungspositionen sind ausschließlich im Rahmen der Leistungserbringung gemäß Anlage 2 c) Hämophilie der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V berechnungsfähig.

Grundpauschale

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt und/oder Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß Bestimmung Nr. 14 in Bereich VII EBM

Fakultativer Leistungsinhalt

- weitere persönliche oder andere Arzt-Patienten-Kontakte gemäß 4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen,

- Ärztlicher Bericht entsprechend der Gebührenordnungsposition 01600,
- Individueller Arztbrief entsprechend der Gebührenordnungsposition 01601,
- In Anhang 1 aufgeführte Leistungen,

einmal im Behandlungsfall

50510	für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr	32,62 € 256 Punkte
50511	für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr	40,00 € 314 Punkte
50512	für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres	42,04 € 330 Punkte

50.6 Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V: Anlage 1.1 c) Chronisch entzündliche Darmerkrankungen

1. Die in diesem Abschnitt genannten Gebührenordnungspositionen sind ausschließlich im Rahmen der Leistungserbringung gemäß Anlage 1.1 c) Chronisch entzündliche Darmerkrankungen der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V berechnungsfähig.

50600 **Vorstellung eines Patienten in einer interdisziplinären CED-Fallkonferenz durch ein Mitglied des Kernteams** — 25,61 € / 201 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Teilnahme an einer CED-Fallkonferenz,
- Vorstellung eines Patienten in einer interdisziplinären CED-Fallkonferenz durch ein Mitglied des Kernteams gemäß den Anlagen der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V,

einmal im Kalendervierteljahr

Die Gebührenordnungsposition 50600 ist nur von dem den Patienten vorstellenden Arzt des Kernteams berechnungsfähig. Dies gilt auch, wenn mehrere Ärzte des Kernteams an einer CED-Fallkonferenz teilnehmen. Die Gebührenordnungsposition 50600 ist nur einmal im Kalendervierteljahr berechnungsfähig. Die zweimalige Berechnung der Gebührenordnungsposition 50600 im Kalendervierteljahr ist im Einzelfall möglich und setzt die Begründung der medizinischen Notwendigkeit voraus.

Die Gebührenordnungsposition 50600 ist auch bei Durchführung der Leistung im Rahmen einer Videofallkonferenz berechnungsfähig. Für die Abrechnung gelten die Anforderungen gemäß § 5 Absatz 4 ASV-RL entsprechend.

50601 **Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 04514, 04518, 13421 und 13422 bei Durchführung einer Chromoendoskopie,** 51,22 € 402 Punkte

einmal im Krankheitsfall

50.7 Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V: Anlage 2 b) Mukoviszidose

1. Die in diesem Abschnitt genannten Gebührenordnungspositionen sind ausschließlich im Rahmen der Leistungserbringung gemäß Anlage 2 b) Mukoviszidose der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V berechnungsfähig.

50700 **Problemorientiertes ärztliches Gespräch, das aufgrund einer Mukoviszidose-Erkrankung erforderlich ist** 16,31 € 128 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Gespräch von mindestens 10 Minuten Dauer,
- mit einem Patienten

und/oder

- einer Bezugsperson,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Beratung und Erörterung zu den therapeutischen, familiären, sozialen oder beruflichen Auswirkungen und deren Bewältigung im Zusammenhang mit der Erkrankung, die aufgrund von Art und Schwere das Gespräch erforderlich macht,

je vollendete 10 Minuten, höchstens viermal im Kalendervierteljahr

Die Gebührenordnungsposition 50700 ist auch bei Durchführung der Leistung im Rahmen einer Videosprechstunde berechnungsfähig. Abrechnungsvoraussetzung ist die Einhaltung der Regelungen gemäß § 5 Absatz 4 ASV-RL.

Bei der Nebeneinanderberechnung diagnostischer bzw. therapeutischer Gebührenordnungspositionen und der Gebührenordnungsposition 50700 ist eine mindestens 10 Minuten längere Arzt-Patienten-Kontaktzeit als in den entsprechenden Gebührenordnungspositionen angegeben Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 50700.

Die Gebührenordnungsposition 50700 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35100 und 35110 berechnungsfähig.

51 Anlagenübergreifende Gebührenordnungspositionen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV)

1. Die Gebührenordnungspositionen dieses Kapitels sind ausschließlich im Rahmen der Behandlung und bei einer der Erkrankungen gemäß den Anlagen der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses

über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V entsprechend der Zuordnung gemäß Anhang 6 berechnungsfähig.

51.1 Strukturpauschalen in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV)

51010 **Vorhaltung der Rufbereitschaft im Notfall** — 29,30 € / 230 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Vorhaltung einer 24-Stunden-Notfallversorgung mindestens in Form einer Rufbereitschaft,

einmal im Kalendervierteljahr je Patient

Die Gebührenordnungsposition 51010 ist im Laufe eines Kalendervierteljahres nur von einem festzulegenden, koordinierenden Arzt des ASV-Kernteams berechnungsfähig und setzt mindestens einen persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt im ASV-Team voraus.

51011 **Pauschale für die Erfüllung der Anforderungen gem. § 10 Abs. 3 Buchstabe c) der ASV-Richtlinie - Qualitätskonferenzen** — 1,91 € / 15 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Vorhaltung der zur Durchführung von Qualitätskonferenzen notwendigen Strukturen,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Durchführung von und Teilnahme an Qualitätskonferenzen gemäß § 10 Absatz 3 Buchstabe c) der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V,

einmal im Kalendervierteljahr je Patient

Die Gebührenordnungsposition 51011 ist im Laufe eines Kalendervierteljahres nur von einem festzulegenden, koordinierenden Arzt des ASV-Kernteams berechnungsfähig und setzt mindestens einen persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt im ASV-Team voraus.

51.2 Allgemeine Gebührenordnungspositionen

1. Das Erstellen und die Aktualisierung eines Medikationsplans gemäß § 29a Bundesmantelvertrag Ärzte (BMV-Ä) in der ASV ist über die ASV-Richtlinie nach § 5 Abs. 3 geregelt.
2. Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 51020 setzt die Überprüfung auf das Vorliegen eines bereits erstellten Medikationsplanes gemäß § 29a BMV-Ä voraus. Sofern ein solcher vorliegt, ist die Gebührenordnungsposition 51020 in der ASV bei demselben Patienten nicht berechnungsfähig.

51020 **Erstellen eines Medikationsplans gemäß § 5 Abs. 3 ASV-RL** — 4,97 € / 39 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Erstellen und Erläuterung des Medikationsplans,

- Aushändigung des Medikationsplans in Papierform an den Patienten oder dessen Bezugs- und Betreuungspersonen,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Übertragung des elektronischen Medikationsplans auf die elektronische Gesundheitskarte (eGK) des Patienten,

einmal in vier Kalendervierteljahren

Die Gebührenordnungsposition 51020 ist im Laufe von vier Kalendervierteljahren nur von einem Arzt des ASV-Kernteams einmalig berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 51020 ist im Kalendervierteljahr nicht neben der Gebührenordnungsposition 51021 berechnungsfähig.

51021 **Anpassung des Medikationsplans und/oder des elektronischen Medikationsplans gemäß § 5 Abs. 3 ASV-RL** — 1,02 € / 8 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Aktualisierung, Erläuterung und Aushändigung des Medikationsplans in Papierform an den Patienten oder dessen Bezugs- und Betreuungspersonen

und/oder

- Übertragung des elektronischen Medikationsplans auf die elektronische Gesundheitskarte (eGK) des Patienten

oder

- Löschung des elektronischen Medikationsplans auf der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) des Patienten,

einmal im Behandlungsfall

Die Gebührenordnungsposition 51021 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 51020 berechnungsfähig.

51.3 Psychotherapeutische Leistungen

1. Die Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts sind nur im Zusammenhang mit einer syndrombezogenen therapeutischen Behandlung einer in den Anlagen der ASV-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses festgelegten Erkrankung gemäß der Zuordnung in Anhang 6 zum EBM berechnungsfähig.
2. Die Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts sind von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ausschließlich für die Behandlung von Patienten bis zum vollendeten 21. Lebensjahr bzw. bei Patienten, deren Behandlung vor Vollendung des 21. Lebensjahres begonnen wurde, berechnungsfähig.

51030 **Psychotherapeutisches Gespräch als Einzelbehandlung** — 19,62 € / 154 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Dauer mindestens 10 Minuten,
- Einzelbehandlung,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Syndrombezogene therapeutische Intervention,
- Krisenintervention,

- Anleitung der Bezugsperson(en),

je vollendete 10 Minuten

Die Gebührenordnungsposition 51030 ist auch bei Durchführung der Leistung im Rahmen einer Videosprechstunde berechnungsfähig. Für die Abrechnung gelten die Anforderungen gemäß § 5 Abs. 4 ASV-RL entsprechend.
Die Gebührenordnungsposition 51030 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 51032 und 51033 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 35.1 berechnungsfähig.

51032 **Psychotherapeutisches Gespräch als Gruppenbehandlung bei Erwachsenen** 21,15 € 166 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Dauer mindestens 40 Minuten,
- Als Gruppenbehandlung,
- Mindestens 3 höchstens 8 Teilnehmer,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Syndrombezogene therapeutische Intervention,
- Anleitung der Bezugsperson(en),

je Teilnehmer, je vollendete 40 Minuten

Die Gebührenordnungsposition 51032 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 51030 und 51033 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 35.1 berechnungsfähig.

51033 **Psychotherapeutisches Gespräch als Gruppenbehandlung bei Kindern und Jugendlichen** 21,15 € 166 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Dauer mindestens 25 Minuten,
- Als Gruppenbehandlung,
- Mindestens 3 höchstens 6 Teilnehmer,
- Berücksichtigung
  - entwicklungsphysiologischer Faktoren,
  - entwicklungspsychologischer Faktoren,
  - entwicklungssoziologischer Faktoren,
  - familiendynamischer Faktoren,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Syndrombezogene therapeutische Intervention,
- Anleitung der Bezugsperson(en),

je Teilnehmer, je vollendete 25 Minuten

Die Gebührenordnungsposition 51033 ist am Behandlungstag höchstens zweimal berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 51033 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 51030 und 51032 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 35.1 berechnungsfähig.

51.4 Gebührenordnungspositionen für die Behandlung von onkologischen Erkrankungen

51040 **Zusatzpauschale** für die Behandlung und/oder Betreuung eines Patienten mit einer gesicherten onkologischen Erkrankung bei laufender onkologischer Therapie — 24,33 € / 191 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Behandlung und/oder Betreuung eines Patienten mit einer laboratoriumsmedizinisch oder histologisch/zytologisch gesicherten onkologischen Erkrankung,
- Fortlaufende Beratung zum Umgang mit der onkologischen Erkrankung,
- Verlaufskontrolle und Dokumentation des Therapieerfolges,
- Erstellung, Überprüfung und Anpassung eines die onkologische Erkrankung begleitenden spezifischen Therapiekonzeptes unter Berücksichtigung individueller Faktoren,
- Kontrolle und/oder Behandlung ggf. auftretender therapiebedingter Nebenwirkungen,
- Planung und Koordination der komplementären Arznei-, Heil- und Hilfsmittelversorgung unter besonderer Berücksichtigung der gesicherten onkologischen Erkrankung,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Anleitung und Führung der Bezugs- und Betreuungsperson(en),
- Fortlaufende Überprüfung des häuslichen, familiären und sozialen Umfelds im Hinblick auf die Grunderkrankung,
- Konsiliarische Erörterung/Fachliche Beratung und regelmäßiger Informationsaustausch mit dem onkologisch verantwortlichen Arzt sowie mit weiteren mitbehandelnden Ärzten,
- Überprüfung und Koordination supportiver Maßnahmen,
- Einleitung und/oder Koordination der psychosozialen Betreuung des Patienten und seiner Familie und/oder Bezugs- und Betreuungsperson(en),
- Ggf. Hinzuziehung komplementärer Dienste bzw. häuslicher Krankenpflege,

einmal im Kalendervierteljahr

Die Gebührenordnungsposition 51040 ist bei laufender medikamentöser, im Sinne einer systemischen Chemotherapie mit z. B. zytostatischen Substanzen, operativer und/oder strahlentherapeutischer Behandlung und/oder bei Betreuung eines Patienten mit gesicherter onkologischer Erkrankung berechnungsfähig.

51041 **Vorstellung eines Patienten in einer interdisziplinären Tumorkonferenz** durch ein Mitglied des Kernteams — 25,61 € / 201 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Teilnahme an einer Tumorkonferenz,
- Vorstellung eines Patienten in einer interdisziplinären Tumorkonferenz durch ein Mitglied des Kernteams gemäß den

Anlagen der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V,

einmal im Kalendervierteljahr

Die Gebührenordnungsposition 51041 ist nur von dem den Patienten vorstellenden Arzt des Kernteams berechnungsfähig. Dies gilt auch, wenn mehrere Ärzte des Kernteams an einer Tumorkonferenz teilnehmen. Die Gebührenordnungsposition 51041 ist nur einmal im Kalendervierteljahr berechnungsfähig. Die zweimalige Berechnung der Gebührenordnungsposition 51041 im Kalendervierteljahr ist im Einzelfall möglich und setzt die Begründung der medizinischen Notwendigkeit voraus.
Die Gebührenordnungsposition 51041 ist auch bei Durchführung der Leistung im Rahmen einer Videofallkonferenz berechnungsfähig. Für die Abrechnung gelten die Anforderungen gemäß § 5 Absatz 4 ASV-RL entsprechend.
Sofern die Gebührenordnungsposition 51041 im Kalendervierteljahr aufgrund der Regelung gemäß Nr. 9 der Bestimmung zu Bereich VII EBM neben der Kostenpauschale 86512 gemäß Anhang 2 der „Onkologie-Vereinbarung“ (Anlage 7 zum BMV-Ä) berechnet wird, ist ein Abschlag in Höhe von 64 Punkten auf die Gebührenordnungsposition 51041 vorzunehmen.

51.5 Augenärztliche Gebührenordnungspositionen

51050 **Augenärztliche Leistungen** 15,54 €
122 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- klinisch-neurologische augenärztliche Basisdiagnostik

und/oder

- Bestimmung des Visus

und/oder

- subjektive und objektive Refraktionsbestimmung

und/oder

- Bestimmung des Interferenzvisus

und/oder

- Untersuchung des Dämmerungssehens

und/oder

- tonometrische Untersuchung

und/oder

- Gonioskopie

und/oder

- Spaltlampenmikroskopie

und/oder

- Beurteilung des zentralen Fundus

und/oder

- Messung der Hornhautkrümmungsradien

und/oder

- Prüfung der Augenstellung und Beweglichkeit in neun Hauptblickrichtungen

und/oder

- Prüfung der Kopfhaltung bei binokularer Sehanforderung in Ferne und Nähe

und/oder

- Prüfung der Simultanperzeption, Fusion und Stereopsis

und/oder

- Prüfung auf Heterophorie und (Pseudo-) Strabismus

und/oder

- Prüfung der Pupillenfunktion

und/oder

- Prüfung des Farbsinns

und/oder

- Prüfung der Tränenwege durch Messung der Sekretionsmenge und Durchgängigkeit

und/oder

- Bestimmung der break-up time

und/oder

- Entnahme von Abstrichmaterial aus dem Bindehautsack

und/oder

- Anpassung einfacher vergrößernder Sehhilfen

und/oder

- Kontrolle vorhandener Sehhilfen

und/oder

- Messung der Akkommodationsbreite

und/oder

- in Anhang 1 aufgeführte augenärztliche Leistungen

einmal im Kalendervierteljahr

Die Gebührenordnungsposition 51050 ist nur bei persönlichem Arzt-Patienten-Kontakt berechnungsfähig.

VIII Ausschließlich im Rahmen von Erprobungsverfahren gemäß § 137e SGB V berechnungsfähige Gebührenordnungspositionen

60 Allgemeine Regelungen zu Erprobungsverfahren gemäß § 137e SGB V

1. Die in diesem Bereich genannten Gebührenordnungspositionen sind ausschließlich im Rahmen der Durchführung einer Leistung gemäß § 137e SGB V von Vertragsärzten und nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern berechnungsfähig, welche als Studienzentrum von der unabhängigen wissenschaftlichen Institution beauftragt sind. Die in diesem Bereich genannten Gebührenordnungspositionen können je Patient nur von jeweils einem Studienzentrum berechnet werden. Darüber hinaus sind keine weiteren Gebührenordnungspositionen aus anderen Bereichen des EBM im Rahmen der Durchführung einer Leistung gemäß § 137e SGB V berechnungsfähig, sofern keine abweichende Regelung getroffen wurde.
2. Die von den Studienzentren im Rahmen von Erprobungsverfahren durchgeführten und verordneten Leistungen werden gemäß §137e Abs. 4 SGB V unmittelbar von den Krankenkassen vergütet.
3. Studienbedingter Mehraufwand nach § 137e Abs. 5 Satz 5 SGB V ist nicht Bestandteil der berechnungsfähigen Gebührenordnungspositionen des Bereiches VIII.
4. Leistungen, die zur Prüfung der Ein- und Ausschlusskriterien für eine Teilnahme an der Erprobungsstudie notwendig sind, sind Teil des studienbedingten Mehraufwands und - soweit nichts anderes bestimmt ist - nicht zusätzlich berechnungsfähig.
5. Leistungen, die bis zum Zeitpunkt des Ausschlusses von der Studie gemäß der jeweiligen Erprobungs-Richtlinie durchgeführt worden sind, sind berechnungsfähig.
6. Leistungen gemäß Kapitel 12, 19 und 32 des EBM, die im Rahmen von Erprobungsverfahren medizinisch erforderlich sind und als Auftragsleistungen durchgeführt werden, werden mit dem Studienzentrum im Innenverhältnis abgerechnet. Die Leistungen können von den Studienzentren nicht gesondert berechnet werden. Der Leistungsbedarf für Auftragsleistungen ist in den Gebührenordnungspositionen dieses Bereichs enthalten, soweit nichts anderes bestimmt ist.
7. Außerhalb der Kapitel 12, 19 und 32 durchgeführte Begleitleistungen, die im Rahmen von Erprobungsverfahren medizinisch erforderlich sind und nicht vom Studienzentrum selbst durchgeführt werden, werden mit dem Studienzentrum im Innenverhältnis abgerechnet. Die Leistungen können von den Studienzentren nicht gesondert berechnet werden. Der Leistungsbedarf für Begleitleistungen ist in

den Gebührenordnungspositionen dieses Bereichs enthalten, soweit nichts anderes bestimmt ist.

60.1 Kosten

60.1.1 Nicht gesondert berechnungsfähige Kosten

Kosten, die gemäß 7.1 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM mit der Gebühr für die ärztliche Leistung abgegolten oder explizit Leistungsinhalt der in diesem Bereich genannten Gebührenordnungspositionen sind, sind nicht gesondert berechnungsfähig.

60.1.2 Gesondert berechnungsfähige Kosten

Kosten, die gemäß 7.3 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM nicht in den Gebührenordnungspositionen enthalten sind, sind - soweit nichts anderes bestimmt ist - gesondert berechnungsfähig. Dies schließt auch die Kosten bei unterschiedlichen operativen Verfahren mit ein, sofern diese Bestandteil der Erprobungs-Richtlinien sind.
Die Kosten werden entsprechend nachstehender Regelungen erstattet.

60.1.2.1 Sprechstundenbedarf / Kontrastmittel

60.1.2.1.1 Für an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Berufsausübungsgemeinschaften und Medizinische Versorgungszentren gilt im Rahmen der Erprobungsverfahren folgendes:

Der Sprechstundenbedarf wird hinsichtlich des Umfanges sowie der Bezugswege entsprechend der regional geltenden Vereinbarungen über die ärztliche Verordnung von Sprechstundenbedarf zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen (Sprechstundenbedarfsvereinbarungen) bezogen. Vereinbarungen zur Vergütung von Kontrastmitteln, die nicht Bestandteil der Sprechstundenbedarfsvereinbarungen sind, finden ebenso Anwendung.

60.1.2.1.2 Für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser gilt im Rahmen des Erprobungsverfahrens folgendes:

Der Umfang des Sprechstundenbedarfes richtet sich nach den jeweils regional gültigen Sprechstundenbedarfsvereinbarungen. Der Sprechstundenbedarf wird für Krankenhäuser über Kostenpauschalen vergütet.

60.1.2.2 Gesondert berechnungsfähige Sachkosten

Gesondert berechnungsfähige Sachkosten sind Kosten, die nicht unter 60.1.1 oder 60.1.2.1 zu subsumieren sind.
Die gesondert berechnungsfähigen Materialien werden unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes und der medizinischen Notwendigkeit ausgewählt.
Die rechnungsbegründenden Unterlagen in Form von Originalrechnungen sind für die Dauer von fünf Jahren aufzubewahren.

Eine Kopie der Originalrechnung ist der Krankenkasse auf begründete Anfrage zu übermitteln.Die Originalrechnung muss mindestens folgende Informationen beinhalten

- Name des Herstellers bzw. des Lieferanten
- Produkt-/Artikelbezeichnung inkl. Artikel-und Modellnummer.

Der Berechtigte ist verpflichtet, die tatsächlich realisierten Preise in Rechnung zu stellen und ggf. vom Hersteller bzw. Lieferanten gewährte Rückvergütungen, wie Preisnachlässe, Rabatte, Umsatzbeteiligungen, Bonifikationen und rückvergütungsgleiche Gewinnbeteiligungen mit Ausnahme von Barzahlungsrabatten bis zu 3 % weiterzugeben.

Werden die Materialien bei mehreren Patienten verbraucht, so ist ein durchschnittlicher Preis je Patient abzurechnen.

61 Spezifische Regelungen zu Erprobungsverfahren gemäß § 137e SGB V

61.1 Erprobungs-Richtlinie "Liposuktion"

61.1.1 Präambel

1. Die in diesem Abschnitt genannten Gebührenordnungspositionen sind ausschließlich im Rahmen der Durchführung einer Leistung gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Erprobung der Liposuktion zur Behandlung des Lipödems (Erprobungs-Richtlinie „Liposuktion“) berechnungsfähig.
2. Für die operativen Eingriffe in diesem Abschnitt gelten die Bestimmungen nach Nr. 2 und 3 der Präambel 2.1 des Anhang 2 EBM.
3. Bei der Gebührenordnungsposition 61020 kann für die über die Schnitt-Naht-Zeit von 120 Minuten hinausgehende Schnitt-Naht-Zeit der Zuschlag 61021 berechnet werden. Die Schnitt-Naht-Zeit ist durch das OP- oder Narkoseprotokoll nachzuweisen.
4. Die in diesem Abschnitt genannten Gebührenordnungspositionen sind mit Ausnahme der Gebührenordnungspositionen 61011, 61019, 61021 und 61026 nur einmal am Behandlungstag berechnungsfähig.
5. Die Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 61.1.2.1 sind am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 61.1.2.2 berechnungsfähig.

61.1.2 Spezifische Leistungen

61.1.2.1 Gebührenordnungspositionen bei Durchführung einer Liposuktion nach Kategorie AA6

61010 **Liposuktion im Rahmen der Erprobung der Liposuktion zur Behandlung des Lipödems** — 769,14 € / 6037 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Eingriff der Kategorie AA6 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Gebührenordnungsposition 61010 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 61012 und für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 61013 berechnet werden.

61011 **Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 61010 bei Simultaneingriffen** — 77,97 € / 612 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Schnitt-Naht-Zeit je weitere vollendete 15 Minuten,
- Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit über das Anästhesieprotokoll oder den OP-Bericht,

je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit

61012 **Postoperative Überwachung im Anschluss an die Erbringung einer Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 61010** — 190,09 € / 1492 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Kontrolle von Atmung, Kreislauf, Vigilanz,
- Abschlussuntersuchung(en)

Fakultativer Leistungsinhalt

- Infusionstherapie,
- akute Schmerztherapie,
- EKG-Monitoring

61013 **Postoperative Behandlung nach der Erbringung einer Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 61010 bei Erbringung durch den Operateur** — 37,46 € / 294 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Befundkontrolle(n),
- Befundbesprechung,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Verbandwechsel,
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- akute Schmerztherapie,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 61010

61014 **Tumeszenzlokalanästhesie durch den Operateur bei einem Eingriff nach der Gebührenordnungsposition 61010** — 330,23 € / 2592 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Tumeszenzlokalanästhesie der Haut und des subkutanen Fettgewebes,
- Überwachung und Dokumentation der Vitalparameter,
- Pulsoxymetrie,

- EKG-Monitoring,
- I.v.-Zugang

Fakultativer Leistungsinhalt

- Infusion(en),
- Verabreichung von Analgetika/Sedativa

Sofern die Gebührenordnungsposition 61014 neben der Gebührenordnungsposition 61015 berechnet wird, ist ein Abschlag von 1.896 Punkten auf die Gebührenordnungsposition 61014 vorzunehmen.

61015 **Anästhesie und/oder Narkose, im Rahmen der Durchführung von Leistungen entsprechend der Gebührenordnungsposition 61010 einschließlich der prä- und postanästhesiologischen Rüstzeiten, mittels eines oder mehrerer der nachfolgend genannten Verfahren:** 363,99 € 2857 Punkte

- Plexusanästhesie

und/oder

- Spinal- und/oder Periduralanästhesie

und/oder

- Intravenöse regionale Anästhesie einer Extremität

und/oder

- Narkose mit Maske, Larynxmaske und/oder endotracheale Intubation einschließlich Kapnometrie

Obligater Leistungsinhalt

- Anästhesien oder Narkose

Fakultativer Leistungsinhalt

- Kontrolle der Katheterlage durch Injektion eines Lokalanästhetikums,
- Legen einer Blutleere,
- Infusion(en),
- Magenverweilsondeneinführung,
- Anlage suprapubischer Harnblasenkatheter,
- Wechsel/Entfernung suprapubischer Harnblasenkatheter,
- Wechsel/Legen transurethraler Dauerkatheter,
- arterielle Blutentnahme,
- Multigasmessung,
- Gesteuerte Blutdrucksenkung,
- Dokumentierte Überwachung bis zur Stabilisierung der Vitalfunktionen

61016 **Kostenpauschale für den Sprechstundenbedarf im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistungen aus Abschnitt 61.1.2.1** 79,61 €

Die Kostenpauschale 61016 ist nur für Krankenhäuser berechnungsfähig.

61017 **Kostenpauschale bei Durchführung der Liposuktion beim Lipödem entsprechend der Gebührenordnungsposition 61010 für die beim Eingriff eingesetzte(n) Absaugkanüle(n)** 72,00 €

61018 **Pauschale für Begleitleistungen und Auftragsleistungen in Zusammenhang mit Leistungen des Abschnitts 61.1.2.1** — 89,18 € / 700 Punkte

61019 **Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 61015 bei Fortsetzung einer Anästhesie und/oder Narkose für jeweils vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit** — 36,44 € / 286 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Fortsetzung der Narkose für jeweils vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit,
- Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit durch das OP- und/oder Narkoseprotokoll,

je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit

61.1.2.2 Gebührenordnungspositionen bei Durchführung einer Liposuktion nach Kategorie AA7

61020 **Liposuktion im Rahmen der Erprobung der Liposuktion zur Behandlung des Lipödems** — 820,99 € / 6444 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Eingriff der Kategorie AA7 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Gebührenordnungsposition 61020 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 61022 und für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 61023 berechnet werden.

61021 **Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 61020** — 77,97 € / 612 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Schnitt-Naht-Zeit je weitere vollendete 15 Minuten,
- Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit über das Anästhesieprotokoll oder den OP-Bericht,

je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit

61022 **Postoperative Überwachung im Anschluss an die Erbringung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 61020** — 252,13 € / 1979 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Kontrolle von Atmung, Kreislauf, Vigilanz,
- Abschlussuntersuchung(en)

Fakultativer Leistungsinhalt

- Infusionstherapie,
- akute Schmerztherapie,
- EKG-Monitoring

61023 **Postoperative Behandlung nach der Erbringung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 61020 bei Erbringung durch den Operateur** 37,46 € 294 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Befundkontrolle(n),
- Befundbesprechung,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Verbandwechsel,
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- akute Schmerztherapie,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 61020

61024 **Tumeszenzlokalanästhesie durch den Operateur bei einem Eingriff nach der Gebührenordnungsposition 61020** 330,23 € 2592 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Tumeszenzlokalanästhesie der Haut und des subkutanen Fettgewebes,
- Überwachung und Dokumentation der Vitalparameter,
- Pulsoxymetrie,
- EKG-Monitoring,
- I.v.-Zugang

Fakultativer Leistungsinhalt

- Infusion(en),
- Verabreichung von Analgetika/Sedativa

Sofern die Gebührenordnungsposition 61024 neben der Gebührenordnungsposition 61025 berechnet wird, ist ein Abschlag von 1.896 Punkten auf die Gebührenordnungsposition 61024 vorzunehmen.

61025 **Anästhesie und/oder Narkose, im Rahmen der Durchführung von Leistungen entsprechend der Gebührenordnungsposition 61020 einschließlich der prä- und postanästhesiologischen Rüstzeiten, mittels eines oder mehrerer der nachfolgend genannten Verfahren:** 378,90 € 2974 Punkte

- Plexusanästhesie

und/oder

- Spinal- und/oder Periduralanästhesie

und/oder

- Intravenöse regionale Anästhesie einer Extremität

und/oder

- Narkose mit Maske, Larynxmaske und/oder endotracheale Intubation einschließlich Kapnometrie

Obligater Leistungsinhalt

- Anästhesien oder Narkose

Fakultativer Leistungsinhalt

- Kontrolle der Katheterlage durch Injektion eines Lokalanästhetikums,
- Legen einer Blutleere,
- Infusion(en),
- Magenverweilsondeneinführung,
- Anlage suprapubischer Harnblasenkatheter,
- Wechsel/Entfernung suprapubischer Harnblasenkatheter,
- Wechsel/Legen transurethraler Dauerkatheter,
- arterielle Blutentnahme,
- Multigasmessung,
- Gesteuerte Blutdrucksenkung,
- Dokumentierte Überwachung bis zur Stabilisierung der Vitalfunktionen

61026 **Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 61025 bei Fortsetzung einer Anästhesie und/oder Narkose für jeweils vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit** — 36,44 € / 286 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Fortsetzung der Narkose für jeweils vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit,
- Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit durch das OP- und/oder Narkoseprotokoll,

je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit

61027 **Kostenpauschale für den Sprechstundenbedarf im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistungen aus Abschnitt 61.1.2.2** — 86,27 €

Fakultativer Leistungsinhalt

Die Kostenpauschale 61027 ist nur für Krankenhäuser berechnungsfähig.

61028 **Kostenpauschale bei Durchführung der Liposuktion beim Lipödem entsprechend der Gebührenordnungsposition 61020 für die beim Eingriff eingesetzte(n) Absaugkanüle(n)** — 72,00 €

61029 **Pauschale für Begleitleistungen und Auftragsleistungen in Zusammenhang mit Leistungen des Abschnitts 61.1.2.2** — 89,18 € / 700 Punkte

61.2 Erprobungs-Richtlinie "Tonsillotomie"

61.2.1 Präambel

Die in diesem Abschnitt genannten Gebührenordnungspositionen sind ausschließlich im Rahmen der Durchführung einer Leistung gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Erprobung der Tonsillotomie zur Behandlung der rezidivierenden akuten Tonsillitis (Erprobungs-Richtlinie „Tonsillotomie“) berechnungsfähig.

61.2.2 Spezifische Leistungen

61.2.2.1 Gebührenordnungspositionen bei Durchführung einer Tonsillotomie gemäß Kategorie N2

61030 **Tonsillotomie gemäß Kategorie N2** — 202,95 € / 1593 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie N2 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

Im Anschluss an die Leistung nach der Gebührenordnungsposition 61030 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 61031 und für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 61032 berechnet werden.

61031 **Postoperative Überwachung im Anschluss an die Erbringung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 61030** — 94,66 € / 743 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Kontrolle von Atmung, Kreislauf, Vigilanz,
- Abschlussuntersuchung(en)

Fakultativer Leistungsinhalt

- Infusionstherapie,
- akute Schmerztherapie,
- EKG-Monitoring

61032 **Postoperative Behandlung nach der Erbringung einer Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 61030 bei Erbringung durch den Operateur** — 29,30 € / 230 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Befundkontrolle(n),
- Befundbesprechung,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Verbandwechsel,
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 61030

61033 **Anästhesie und/oder Narkose, im Rahmen der Durchführung von Leistungen entsprechend der Gebührenordnungsposition 61030 einschließlich der prä- und postanästhesiologischen Rüstzeiten, mittels eines oder mehrerer der nachfolgend genannten Verfahren:** — 160,15 € / 1257 Punkte

- Plexusanästhesie

und/oder

- Spinal- und/oder Periduralanästhesie

und/oder
- Intravenöse regionale Anästhesie einer Extremität

und/oder
- Narkose mit Maske, Larynxmaske und/oder endotracheale Intubation einschließlich Kapnometrie

Obligater Leistungsinhalt
- Anästhesien oder Narkose

Fakultativer Leistungsinhalt
- Kontrolle der Katheterlage durch Injektion eines Lokalanästhetikums,
- Legen einer Blutleere,
- Infusion(en),
- Magenverweilsondeneinführung,
- Anlage suprapubischer Harnblasenkatheter,
- Wechsel/Entfernung suprapubischer Harnblasenkatheter,
- Wechsel/Legen transurethraler Dauerkatheter,
- arterielle Blutentnahme,
- Multigasmessung,
- Gesteuerte Blutdrucksenkung,
- Dokumentierte Überwachung bis zur Stabilisierung der Vitalfunktionen

61034 **Kostenpauschale für den Sprechstundenbedarf im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistungen aus Abschnitt 61.2.2.1** — 30,48 €

Die Kostenpauschale 61034 ist nur für Krankenhäuser berechnungsfähig.

61035 **Pauschale für Begleitleistungen und Auftragsleistungen in Zusammenhang mit Leistungen des Abschnitts 61.2.2.1** — 101,92 € / 800 Punkte

61.2.2.2 Gebührenordnungspositionen bei Durchführung einer Tonsillotomie mit Adenotomie gemäß Kategorie N3

61040 **Tonsillotomie mit Adenotomie gemäß Kategorie N3** — 295,32 € / 2318 Punkte

Obligater Leistungsinhalt
- Chirurgischer Eingriff der Kategorie N3 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt
- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

61041 **Postoperative Überwachung im Anschluss an die Erbringung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 61040** — 94,66 € / 743 Punkte

Obligater Leistungsinhalt
- Kontrolle von Atmung, Kreislauf, Vigilanz,
- Abschlussuntersuchung(en)

Fakultativer Leistungsinhalt
- Infusionstherapie,
- akute Schmerztherapie,

- EKG-Monitoring

61042 **Postoperative Behandlung nach der Erbringung einer Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 61040 bei Erbringung durch den Operateur** — 29,30 € / 230 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Befundkontrolle(n),
- Befundbesprechung,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Verbandwechsel,
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 61040

61043 **Anästhesie und/oder Narkose, im Rahmen der Durchführung von Leistungen entsprechend der Gebührenordnungsposition 61040 einschließlich der prä- und postanästhesiologischen Rüstzeiten, mittels eines oder mehrerer der nachfolgend genannten Verfahren:** — 196,46 € / 1542 Punkte

- Plexusanästhesie

und/oder

- Spinal- und/oder Periduralanästhesie

und/oder

- Intravenöse regionale Anästhesie einer Extremität

und/oder

- Narkose mit Maske, Larynxmaske und/oder endotracheale Intubation einschließlich Kapnometrie

Obligater Leistungsinhalt

- Anästhesien oder Narkose

Fakultativer Leistungsinhalt

- Kontrolle der Katheterlage durch Injektion eines Lokalanästhetikums,
- Legen einer Blutleere,
- Infusion(en),
- Magenverweilsondeneinführung,
- Anlage suprapubischer Harnblasenkatheter,
- Wechsel/Entfernung suprapubischer Harnblasenkatheter,
- Wechsel/Legen transurethraler Dauerkatheter,
- arterielle Blutentnahme,
- Multigasmessung,
- Gesteuerte Blutdrucksenkung,
- Dokumentierte Überwachung bis zur Stabilisierung der Vitalfunktionen

61044 **Kostenpauschale für den Sprechstundenbedarf im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistungen aus Abschnitt 61.2.2.2** — 37,13 €

Die Kostenpauschale 61044 ist nur für Krankenhäuser berechnungsfähig.

61045 **Pauschale für Begleitleistungen und Auftragsleistungen in Zusammenhang mit Leistungen des Abschnitts 61.2.2.2** 101,92 € 800 Punkte

61.3 Erprobungs-Richtlinie „MRgFUS-TUF“

61.3.1 Präambel

1. Die in diesem Abschnitt genannten Gebührenordnungspositionen sind ausschließlich im Rahmen der Durchführung einer Leistung gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Erprobung der Magnetresonanztomographie-gesteuerten hochfokussierten Ultraschalltherapie zur Behandlung des Uterusmyoms (MRgFUS-TUF) (Erprobungs-Richtlinie „MRgFUS-TUF“) berechnungsfähig.
2. Die Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts enthalten alle Kosten einschließlich Sprechstundenbedarf. Die Regelungen gemäß 60.1.2 finden keine Anwendung.

61.3.2 Spezifische Leistungen

61050 **Voruntersuchung im Rahmen der Erprobungs-Richtlinie MRgFUS-TUF inklusive der notwendigen bildgebenden Verfahren** 216,59 € 1700 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 61050 ist einmal berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 61050 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 61051 und 61052 berechnungsfähig.

61051 **Magnetresonanztomographie-gesteuerte hochfokussierte Ultraschalltherapie zur Behandlung des Uterusmyoms im Rahmen der Erprobungs-Richtlinie MRgFUS-TUF** 4.204,33 € 33000 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Planungs-MRT,
- Eingriff gemäß Erprobungs-Richtlinie MRgFUS-TUF,
- Analgosedierung,
- Legen transurethraler Dauerkatheter und Rektalkatheter,
- Überwachung der Vitalparameter,
- Kontroll-MRT nach durchgeführter MRgFUS-TUF,
- Nachbeobachtung und -betreuung

Die Gebührenordnungsposition 61051 ist einmal berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 61051 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 61050 und 61052 berechnungsfähig.

61052 **Nachuntersuchung(en) im Rahmen der Erprobungs-Richtlinie MRgFUS-TUF inklusive der notwendigen bildgebenden Verfahren** 382,21 € 3000 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 61052 ist einmal berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 61052 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 61050 und 61051 berechnungsfähig.

61.4 Erprobungs-Richtlinie „MM-pul-art-Druck-Herzinsuff“

61.4.1 Präambel

1. Die in diesem Abschnitt genannten Gebührenordnungspositionen sind ausschließlich im Rahmen der Durchführung einer Leistung gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Erprobung der Messung und des Monitorings des pulmonalarteriellen Drucks mittels implantierten Sensors zur Therapieoptimierung bei Herzinsuffizienz im Stadium NYHA III (Erprobungs-Richtlinie „MM-pul-art-Druck-Herzinsuff“) berechnungsfähig.
2. Die Kosten für die mobile Messeinheit sowie den notwendigen Datenservice sind nicht Bestandteil der Leistungen dieses Abschnitts. Diese sind gemäß 60.1.2.2 zusätzlich berechnungsfähig.

61.4.2 Spezifische Leistungen

61060 **Pauschale für die Nachsorge von Patienten der Interventionsgruppe im Rahmen der Erp-RL-MM-pul-art-Druck-Herzinsuff in der 1. - 8. Woche nach Implantation eines PA-Drucksensors** — 318,51 € / 2500 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Überprüfung der erhobenen Parameter und Messwerte, mindestens fünfmal pro Woche,
- Datenbankeinsicht und Trendbewertung durch Arzt und spezialisierter Pflegekraft, mindestens einmal pro Woche,
- Telefonische Kontaktaufnahme mit dem Patienten

Fakultativer Leistungsinhalt

- Therapieanpassung,
- Konsultation mit dem Hausarzt

Die Gebührenordnungsposition 61060 ist einmal berechnungsfähig.

61061 **Pauschale für die Nachsorge von Patienten der Interventionsgruppe im Rahmen der Erp-RLMM-pul-art-Druck-Herzinsuff in der 9. - 52. Woche nach Implantation eines PA-Drucksensors** — 891,83 € / 7000 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Überprüfung der erhobenen Parameter und Messwerte, mindestens einmal pro Woche,
- Datenbankeinsicht und Trendbewertung durch Arzt und spezialisierter Pflegekraft, mindestens einmal im Monat,
- Telefonische Kontaktaufnahme mit dem Patienten

Fakultativer Leistungsinhalt

- Therapieanpassung,
- Konsultation mit dem Hausarzt

Die Gebührenordnungsposition 61061 ist einmal berechnungsfähig.

61062 **Pauschale für die Versorgung von Patienten der Kontrollgruppe im Rahmen der Erp-RLMM-pul-art-Druck-Herzinsuff in der 1. - 52. Woche** — 305,77 € / 2400 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Telefonische Kontaktaufnahme mit dem Patienten mindestens einmal im Monat,
- Überprüfung der vom Patienten erhobenen Parameter und Messwerte

Fakultativer Leistungsinhalt

- Therapieanpassung,
- Konsultation mit dem Hausarzt

Die Gebührenordnungsposition 61062 ist einmal berechnungsfähig.

61063 **Pauschale für die Nachsorge von Patienten der Interventionsgruppe der Erp-RL-MM-pul-art-Druck-Herzinsuff ab der 53. Woche nach Implantation eines PA-Drucksensors bis zur Sicherstellung oder zum Ausschluss der Vergütung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 7 Erp-RL-MM-pul-art-Druck-Herzinsuff,** — 152,88 € / 1200 Punkte

einmal im Kalendervierteljahr

61064 **Pauschale für Auftragsleistungen der Abschnitte 12.2 und 32.2.3 im Rahmen der Erp-RL-MM-pul-art-Druck-Herzinsuff** — 134,67 € / 1057 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 61064 ist einmal berechnungsfähig.

61.5 Erprobungs-Richtlinie „Amyloid-PET“

61.5.1 Präambel

1. Die in diesem Abschnitt genannten Gebührenordnungspositionen sind ausschließlich im Rahmen der Durchführung einer Leistung gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Erprobung der Amyloid-Positronenemissionstomographie bei Demenz unklarer Ätiologie (Erprobungs-Richtlinie „Amyloid-PET“) berechnungsfähig.
2. Die Kosten für den eingesetzten Tracer sowie die im Zusammenhang mit der Beschaffung des Tracers anfallenden Transportkosten sind nicht Bestandteil der Leistungen dieses Abschnitts. Diese sind gemäß 60.1.2.2 zusätzlich berechnungsfähig.

61.5.2 Spezifische Leistungen

61070 **Pauschale für die Amyloid-Positronenemissionstomographie im Rahmen der Erprobungsrichtlinie Amyloid-PET** — 480,31 € / 3770 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 61070 ist einmal berechnungsfähig.

61071 **Kostenpauschale für den Sprechstundenbedarf im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistungen aus Abschnitt 61.5.2** — 8,95 €

Die Kostenpauschale 61071 ist nur für Krankenhäuser berechnungsfähig.

61072 **Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 61070 bei Durchführung einer diagnostischen CT (Amyloid-PET/CT) im Rahmen der Erprobungsrichtlinie Amyloid-PET** — 122,05 € 958 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 61072 ist einmal berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 61072 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 61073 berechnungsfähig.

61073 **Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 61070 bei Durchführung einer MRT (Amyloid-PET/MRT) im Rahmen der Erprobungsrichtlinie Amyloid-PET** — 188,18 € 1477 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 61073 ist einmal berechnungsfähig.
Die Gebührenordnungsposition 61073 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 61072 berechnungsfähig.

61074 **Visite im Rahmen der Erprobungsrichtlinie Amyloid-PET** — 28,54 € 224 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 61074 ist insgesamt fünfmal berechnungsfähig.

61.6 Erprobungs-Richtlinie "Transkorneale Elektrostimulation bei RP"

61.6.1 Präambel

1. Die in diesem Abschnitt genannten Gebührenordnungspositionen sind ausschließlich im Rahmen der Durchführung einer Leistung gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Erprobung der Transkornealen Elektrostimulation bei Retinopathia Pigmentosa (Erprobungs-Richtlinie „Transkorneale Elektrostimulation bei RP“; TES-RP Erp-RL) berechnungsfähig.
2. Die Kosten für das OkuStim®-System sind nicht Bestandteil der Leistungen dieses Abschnitts. Diese sind gemäß Abschnitt 60.1.2.2 zusätzlich berechnungsfähig.

61.6.2 Spezifische Leistungen

61080 **Voruntersuchung im Rahmen der TES-RP Erp-RL** — 140,14 € 1100 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 61080 ist einmal berechnungsfähig.

61081 **Pauschale für die Trainingsphase im Rahmen der TES-RP Erp-RL inklusive der Untersuchungen** — 369,47 € 2900 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 61081 ist einmal berechnungsfähig.

61082 **Pauschale für Visite nach der Trainingsphase mit Durchführung einer SD-OCT im Rahmen der TES-RP Erp-RL,** 140,14 €
1100 Punkte

je Visite

Die Gebührenordnungsposition 61082 ist dreimal berechnungsfähig.

61083 **Kostenpauschale für den Sprechstundenbedarf im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistungen aus Abschnitt 61.6.2** 8,12 €

Die Kostenpauschale 61083 ist nur für Krankenhäuser berechnungsfähig.

61084 **Pauschale für Begleitleistungen und Auftragsleistungen im Zusammenhang mit Leistungen aus Abschnitt 61.6.2** 25,00 €

61085 **Pauschale für Visite nach der Trainingsphase ohne Durchführung einer SD-OCT im Rahmen der TES-RP-Erp-RL** 41,53 €
326 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 61085 ist einmal berechnungsfähig.

61.8 Erprobungs-Richtlinie "Schlafpositionstherapie bei leichter bis mittelgradiger lageabhängiger obstruktiver Schlafapnoe"

61.8.1 Präambel

1. Die in diesem Abschnitt genannten Gebührenordnungspositionen sind ausschließlich im Rahmen der Durchführung einer Leistung gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Erprobung der Schlafpositionstherapie bei leichter bis mittelgradiger lageabhängiger obstruktiver Schlafapnoe berechnungsfähig.
2. Die Kosten für den Schlafpositionstrainer sind nicht Bestandteil der Leistungen dieses Abschnitts. Diese sind gemäß Abschnitt 60.1.2.2 zusätzlich berechnungsfähig.

61.8.2 Spezifische Leistungen

61100 **Pauschale für die Versorgung der Patienten im Rahmen der Erprobungs-Richtlinie "Schlafpositionstherapie bei leichter bis mittelgradiger lageabhängiger obstruktiver Schlafapnoe"** 26,75 €
210 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 61100 ist insgesamt viermal berechnungsfähig.

61101 **Kardiorespiratorische Polysomnographie im Rahmen der Erprobungs-Richtlinie "Schlafpositionstherapie bei leichter bis mittelgradiger lageabhängiger obstruktiver Schlafapnoe"** 404,00 €
3171 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 61101 ist insgesamt viermal berechnungsfähig.

61102 **Kostenpauschale für den Sprechstundenbedarf im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistungen aus Abschnitt 61.8.2** 16,14 €

Die Kostenpauschale 61102 ist nur für Krankenhäuser berechnungsfähig.

61.9 Erprobungs-Richtlinie "Bronchoskopische Lungenvolumenreduktion beim schweren Lungenemphysem mittels Thermoablation"

61.9.1 Präambel

1. Die in diesem Abschnitt genannten Gebührenordnungspositionen sind ausschließlich im Rahmen der Durchführung einer Leistung gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Erprobung der Bronchoskopischen Lungenvolumenreduktion beim schweren Lungenemphysem mittels Thermoablation (Erp-RL BTVA) berechnungsfähig.

61.9.2 Spezifische Leistungen

61110 **Ambulante Nachuntersuchung im Rahmen der Erp-RL BTVA für Patienten der Kontrollgruppe** — 58,73 € / 461 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 61110 ist insgesamt dreimal berechnungsfähig.

61111 **Ambulante Nachuntersuchung im Rahmen der Erp-RL BTVA für Patienten der Interventionsgruppe** — 58,73 € / 461 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 61111 ist insgesamt viermal berechnungsfähig.

61112 **CT-Untersuchung des Thorax im Rahmen der Erp-RL BTVA** — 74,66 € / 586 Punkte

Die Gebührenordnungspositionen 61112 und 61113 sind in Summe höchstens viermal berechnungsfähig.

61113 **Röntgenuntersuchung des Thorax im Rahmen der Erp-RL BTVA** — 18,60 € / 146 Punkte

Die Gebührenordnungspositionen 61112 und 61113 sind in Summe höchstens viermal berechnungsfähig.

61114 **Kostenpauschale für den Sprechstundenbedarf im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistungen aus Abschnitt 61.9.2** — 4,72 €

Die Kostenpauschale 61114 ist nur für Krankenhäuser berechnungsfähig.

61.10 Erprobungs-Richtlinie "Selbstanwendung einer aktiven Bewegungsschiene im Rahmen der Behandlung von Sprunggelenkfrakturen"

61.10.1. Präambel

1. Die in diesem Abschnitt genannten Gebührenordnungspositionen sind ausschließlich im Rahmen der Durchführung einer Leistung gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Erprobung der Selbstanwendung einer aktiven Bewegungsschiene im Rahmen der Behandlung von Sprunggelenkfrakturen berechnungsfähig.
2. Die Kosten für die CAM-Schiene sind nicht Bestandteil der Leistungen dieses Abschnitts. Diese sind gemäß Kapitel 60 Nr. 2 Allgemeine Regelungen zu Erprobungsverfahren gemäß § 137e SGB V unmittelbar durch die Krankenkassen zu erstatten.

61.10.2 Spezifische Leistungen

61120 **Voruntersuchung im Rahmen der Erprobungs-Richtlinie "Selbstanwendung einer aktiven Bewegungsschiene im Rahmen der Behandlung von Sprunggelenkfrakturen"** — 27,01 € / 212 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 61120 ist einmal berechnungsfähig.

61121 **Nachuntersuchung im Rahmen der Erprobungs-Richtlinie "Selbstanwendung einer aktiven Bewegungsschiene im Rahmen der Behandlung von Sprunggelenkfrakturen"** — 36,31 € / 285 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 61121 ist insgesamt dreimal berechnungsfähig.

61122 **Kostenpauschale für den Sprechstundenbedarf im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistungen aus Abschnitt 61.10.2** — 1,27 €

Die Kostenpauschale 61122 ist nur für Krankenhäuser berechnungsfähig.

61.12 Erprobungs-Richtlinie "High-Flow-Therapie bei chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD) und chronisch respiratorischer Insuffizienz Typ 1"

61.12.1 Präambel

1. Die in diesem Abschnitt genannten Gebührenordnungspositionen sind ausschließlich im Rahmen der Durchführung einer Leistung gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Erprobung der HighFlow-Therapie bei chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD) und chronisch respiratorischer Insuffizienz Typ 1 berechnungsfähig.
2. Die Mietkosten für das High-Flow-Gerät sowie die gerätespezifischen Verbrauchsmaterialen sind nicht Bestandteil der Leistungen dieses Abschnitts. Diese sind gemäß Kapitel 60 Nr. 2 Allgemeine Regelungen zu Erprobungsverfahren gemäß § 137e SGB V bis zu einem Höchstwert von 5.000 Euro pro Studienteilnehmenden durch die Krankenkassen zu erstatten.

61.12.2 Spezifische Leistungen

61140 **Pauschale für die Versorgung der Patienten im Rahmen der Erp-RL "High-Flow-Therapie bei chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD) und chronisch respiratorischer Insuffizienz Typ 1"** 91,35 € 717 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 61140 ist insgesamt viermal berechnungsfähig.

61141 **Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 61140 bei Therapieanpassung im Rahmen der Erp-RL "High-Flow-Therapie bei chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD) und chronisch respiratorischer Insuffizienz Typ 1"** 10,70 € 84 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 61141 ist insgesamt dreimal berechnungsfähig.

61142 **Kostenpauschale für den Sprechstundenbedarf im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistungen aus Abschnitt 61.12.2** 3,87 €

Die Kostenpauschale 61142 ist nur für Krankenhäuser berechnungsfähig.

61.13 Erprobungs-Richtlinie "Niedrigdosierter gepulster Ultraschall bei Pseudarthrosen"

61.13.1 Präambel

1. Die in diesem Abschnitt genannten Gebührenordnungspositionen sind ausschließlich im Rahmen der Durchführung einer Leistung gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Erprobung des Niedrigdosierten gepulsten Ultraschalls bei Pseudarthrosen berechnungsfähig.

61.13.2 Spezifische Leistungen

61150 **Pauschale für Visite im Rahmen der Erprobungs-Richtlinie "Niedrigdosierter gepulster Ultraschall von Pseudarthrosen“,** 32,23 € 253 Punkte

je Visite

Die Gebührenordnungsposition 61150 ist insgesamt sechsmal berechnungsfähig.

61151 **Kostenpauschale für Gerätekosten inklusive Verbrauchsmaterialien bei Anwendung des Geräts im Rahmen der Studie für die ersten 150 Anwendungen** 1.904,00 €

Die Kostenpauschale 61151 ist einmal berechnungsfähig.

61152 **Kostenpauschale für Gerätekosten inklusive Verbrauchsmaterialien bei Anwendung des Geräts im Rahmen der Studie für weitere 50 Anwendungen** 685,44 €

Die Kostenpauschale 61152 ist einmal berechnungsfähig.

Die Kostenpauschale 61152 ist erst nach Durchführung der ersten 150 Anwendungen berechnungsfähig.
Die Kostenpauschale 61152 ist bei Abbruch der Studienteilnahme nicht mehr berechnungsfähig.

61153 **Kostenpauschale für den Sprechstundenbedarf im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistungen aus Abschnitt 61.13.2** 1,88 €

Die Kostenpauschale 61153 ist nur für Krankenhäuser berechnungsfähig.

61.14 Erprobungs-Richtlinie "Neuromuskuläre Feedbacktherapie bei Querschnittlähmung"

61.14.1 Präambel

1. Die in diesem Abschnitt genannten Gebührenordnungspositionen sind ausschließlich im Rahmen der Durchführung einer Leistung gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Erprobung der Neuromuskulären Feedbacktherapie bei Querschnittlähmung berechnungsfähig.
2. Die im Rahmen der Studie erforderlichen Trainingseinheiten für die unteren Extremitäten sind für alle Studienteilnehmer mit den in diesem Kapitel enthaltenen Gebührenordnungspositionen abgegolten und nicht gesondert berechnungsfähig.

61.14.2 Spezifische Leistungen

61160 **Pauschale für Visite im Rahmen der Erprobungs-Richtlinie "Neuromuskuläre Feedbacktherapie bei Querschnittlähmung",** 56,57 €
444 Punkte

je Visite

Die Gebührenordnungsposition 61160 ist insgesamt viermal berechnungsfähig.

61161 **Pauschale je Trainingseinheit für die unteren Extremitäten im Rahmen der Erprobungs-Richtlinie "Neuromuskuläre Feedbacktherapie bei Querschnittlähmung"** 94,41 €
741 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 61161 ist insgesamt 60-mal berechnungsfähig.

61162 **Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 61160 für die Erhebung der American Spinal Injury Association Impairment Scale (AIS) im Rahmen der Erprobungs-Richtlinie "Neuromuskuläre Feedbacktherapie bei Querschnittlähmung"** 78,61 €
617 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 61162 ist insgesamt zweimal berechnungsfähig.

61163 **Kostenpauschale im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 61161** 334,71 €

für die Anwendung des HAL-Exoskeletts bei Patienten der Interventionsgruppe,

je Trainingseinheit

Die Gebührenordnungsposition 61163 ist insgesamt 60-mal berechnungsfähig.

61164 **Kostenpauschale für den Sprechstundenbedarf im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistungen aus Abschnitt 61.14.2** 2,26 €

Die Kostenpauschale 61164 ist nur für Krankenhäuser berechnungsfähig.

61.15 Erprobungs-Richtlinie „Medikamentenbeschichteter Ballondilatationskatheter zur transurethralen Behandlung von Harnröhrenstrikturen“

61.15.1 Präambel

1. Die in diesem Abschnitt genannten Gebührenordnungspositionen sind ausschließlich im Rahmen der Durchführung einer Leistung gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Erprobung des Medikamentenbeschichteten Ballondilatationskatheters zur transurethralen Behandlung von Harnröhrenstrikturen berechnungsfähig.
2. Die Kosten für den medikamentenbeschichteten Ballonkatheter sind nicht Bestandteil der Gebührenordnungsposition 61170 und nicht gesondert berechnungsfähig.

61.15.2 Spezifische Leistungen

61170 **Ballondilatation der Urethra mit einem medikamentenbeschichteten Katheter einschließlich der postoperativen Überwachung** 292,90 € 2299 Punkte

Obligater Leistungsinhalt

- Ballondilatation der Urethra mit einem medikamentenbeschichteten Katheter,
- Wechsel/Legen transurethraler Dauerkatheter

Fakultativer Leistungsinhalt

- Urethrotomia interna unter Sicht,
- Ballondilatation der Urethra mit einem unbeschichteten Katheter

61171 **Pauschale für die anästhesiologische Versorgung im Rahmen der Durchführung der Leistungen entsprechend der Gebührenordnungsposition 61170** 199,77 € 1568 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 61171 ist nur bei Durchführung der Leistung durch einen Facharzt für Anästhesiologie berechnungsfähig.

61172 **Visite im Rahmen der Erprobungs-Richtlinie "Medikamentenbeschichteter Ballondilatationskatheter zur transurethralen Behandlung von Harnröhrenstrikturen"** 30,07 € 236 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 61172 ist insgesamt fünfmal berechnungsfähig.

61173 **Kostenpauschale für den Sprechstundenbedarf im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistungen aus Abschnitt 61.15.2 bei Patienten der Interventionsgruppe** 35,99 €

Die Kostenpauschale 61173 ist nur für Krankenhäuser berechnungsfähig.

61174 **Kostenpauschale für den Sprechstundenbedarf im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistungen aus Abschnitt 61.15.2 bei Patienten der Kontrollgruppe** 1,50 €

Die Kostenpauschale 61174 ist nur für Krankenhäuser berechnungsfähig.

61.16 Erprobungs-Richtlinie „Transkutane Vagusnervstimulation bei pharmakoresistenter Epilepsie“

61.16.1 Präambel

1. Die in diesem Abschnitt genannten Gebührenordnungspositionen sind ausschließlich im Rahmen der Durchführung einer Leistung gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Erprobung der Transkutanen Vagusnervstimulation bei pharmakoresistenter Epilepsie berechnungsfähig.
2. Die Kosten für das Gerät zur transkutanen Vagusnervstimulation sind nicht Bestandteil der Leistungen dieses Abschnitts. Diese sind gemäß Kapitel 60 Nr. 2 Allgemeine Regelungen zu Erprobungsverfahren gemäß § 137e SGB V unmittelbar durch die Krankenkassen zu erstatten.

61.16.2 Spezifische Leistungen

61180 **Pauschale für Visite im Rahmen der Erprobungs-Richtlinie "Transkutane Vagusnervstimulation bei pharmakoresistenter Epilepsie",**
je Visite
23,57 €
185 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 61180 ist insgesamt fünfmal berechnungsfähig.

61181 **Kostenpauschale für den Sprechstundenbedarf im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistungen aus Abschnitt 61.16.2** 1,18 €

Die Kostenpauschale 61181 ist nur für Krankenhäuser berechnungsfähig.

61.17 Erprobungs-Richtlinie „Traktionstherapie bei Induratio Penis Plastica“

61.17.1 Präambel

1. Die in diesem Abschnitt genannten Gebührenordnungspositionen sind ausschließlich im Rahmen der Durchführung einer Leistung gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Erprobung der Traktionstherapie bei Induratio Penis Plastica berechnungsfähig.
2. Die Kosten für das Traktionsgerät sind nicht Bestandteil der Gebührenordnungsposition dieses Abschnitts. Diese sind gemäß Kapitel 60 Nr. 2 Allgemeine Regelungen zu Erprobungsverfahren gemäß § 137e SGB V unmittelbar durch die Krankenkassen zu erstatten.

61.17.2 Spezifische Leistungen

61190 **Pauschale für Visite im Rahmen der Erprobungs-Richtlinie "Traktionstherapie bei Induration Penis Plastica"** 36,95 € / 290 Punkte

einmal im Kalendervierteljahr

Die Gebührenordnungsposition 61190 ist insgesamt viermal berechnungsfähig.

61191 **Kostenpauschale für den Sprechstundenbedarf im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistungen aus Abschnitt 61.17.2** 1,48 €

Die Kostenpauschale 61191 ist nur für Krankenhäuser berechnungsfähig.