Bundesrat **Drucksache 211/94**

17. 03. 94

G – Fz – In – K

104 Seiten

Verordnung

der Bundesregierung

Vierte Verordnung zur Änderung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)

A. Zielsetzung

Mit der Verordnung sollen

— als erster Teil einer umfassenden Gesamtnovellierung wesentliche Teile des Gebührenverzeichnisses unter Berücksichtigung leistungsgerechterer Vergütungsstrukturen an die medizinische und technische Entwicklung angepaßt,

— allgemeine Gebührenvorschriften weiterentwickelt sowie

— die Gebühren für privatärztliche Leistungen an die wirtschaftliche Entwicklung angepaßt werden.

B. Lösung

Die Zielsetzung soll insbesondere durch folgende Maßnahmen erreicht werden:

1. Umfassende Neugestaltung der Abschnitte B (Grundleistungen und allgemeine Leistungen), C (Nichtgebietsbezogene Sonderleistungen), M (Laboratoriumsuntersuchungen) und O (Strahlendiagnostik, Nuklearmedizin, Magnetresonanztomographie und Strahlentherapie) bei gleichzeitiger Umgewichtung der Bewertungsrelationen zugunsten zuwendungsintensiver persönlicher Leistungen;
2. Aktualisierung weiterer Abschnitte des Gebührenverzeichnisses durch eine Reihe vordringlicher Korrekturen;
3. Ergänzende Anpassungen und Konkretisierungen zu allgemeinen Vorschriften der GOÄ;
4. Anhebung des Punktwertes um 3,6 v. H. auf 11,4 Pfennige zum 1. Januar 1995.

Druck: Bonner Universitäts-Buchdruckerei, 53113 Bonn
Vertrieb: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft mbH, Postfach 13 20, 53003 Bonn, Telefon: 02 28/3 82 08 40, Telefax: 02 28/3 82 08 44
ISSN 0720-2946

C. Alternativen

Keine

D. Kosten

Das durchschnittliche Preisniveau für privatärztliche Leistungen erhöht sich durch die strukturellen Maßnahmen der Verordnung um bis zu 2,9 v. H. sowie ab 1. Januar 1995 durch die dann wirksam werdende Punktwerterhöhung um weitere 3,6 v. H. (insgesamt dann bis zu 6,5 v. H.).

Bund, Länder und Gemeinden werden dadurch als Beihilfeträger durch eine entsprechende Erhöhung des Anteils ihrer Beihilfeausgaben für privatärztliche Leistungen in Höhe von bis zu 290 Millionen DM jährlich belastet. Davon entfallen auf den Bund einschließlich Post und Bahn 134 Millionen DM, auf die Länder 132 Millionen DM und auf die Gemeinden 24 Millionen DM jährlich. Vor dem Hintergrund, daß bei Untätigkeit des Verordnungsgebers nach den Erfahrungen der letzten Jahre mit einem Ausgabenanstieg (insbesondere durch Mengenausweitungen) von jährlich 5 bis 10 v. H. gerechnet werden müßte, ist eine Erhöhung in diesem Umfang im Hinblick auf mengendämpfende Struktureffekte der Verordnung maßvoll.

Bundesrat **Drucksache 211/94**

17. 03. 94

G – Fz – In – K

Verordnung

der Bundesregierung

Vierte Verordnung zur Änderung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)

Bundesrepublik Deutschland
Der Bundeskanzler
021 (313) — 230 01 — Ge 57/94

Bonn, den 17. März 1994

An den
Präsidenten des Bundesrates

Hiermit übersende ich die von der Bundesregierung beschlossene

Vierte Verordnung zur Änderung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)

mit Begründung und Vorblatt.

Ich bitte, die Zustimmung des Bundesrates aufgrund des Artikels 80 Absatz 2 des Grundgesetzes herbeizuführen.

Federführend ist das Bundesministerium für Gesundheit.

Dr. Helmut Kohl

211/94

Vierte Verordnung zur Änderung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)

vom . . .

Auf Grund des § 11 der Bundesärzteordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 16. April 1987 (BGBl. I S. 1218) verordnet die Bundesregierung:

Artikel 1

Änderung der Gebührenordnung für Ärzte

(1) Die Gebührenordnung für Ärzte in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. Juni 1988 (BGBl. I S. 818), zuletzt geändert durch Artikel 20 des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266), wird wie folgt geändert:

1. § 2 wird wie folgt gefaßt:

„§ 2
Abweichende Vereinbarung

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

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

2. § 4 Absatz 2 wird wie folgt neu gefaßt:

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

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

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

3. Leistungen nach den Nummern 56, 200, 250, 250 a und 252 des Gebührenverzeichnisses während der gesamten Dauer der stationären Behandlung,

wenn diese nicht durch den Wahlarzt oder dessen ständigen ärztlichen Vertreter persönlich erbracht werden; der ständige ärztliche Vertreter muß Facharzt desselben Gebiets sein. Nicht persönlich durch den Wahlarzt oder dessen ständigen ärztlichen Vertreter erbrachte Leistungen nach Abschnitt E des Gebührenverzeichnisses gelten nur dann als eigene wahlärztliche Leistungen, wenn der Wahlarzt oder dessen ständiger ärztlicher Vertreter durch die Zusatzbezeichnung „Physikalische Therapie" oder durch die Gebietsbezeichnung „Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin" qualifiziert ist und die Leistungen nach fachlicher Weisung unter deren Aufsicht erbracht werden. Für eine Leistung, die Bestandteil oder eine besondere Ausführung einer anderen Leistung nach dem Gebührenverzeichnis ist, kann der Arzt eine Gebühr nicht berechnen, wenn er für die andere Leistung eine Gebühr berechnet. Die Rufbereitschaft sowie das Bereitstehen eines Arztes oder Arztteams sind nicht berechnungsfähig."

3. § 5 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden nach dem Wort „sich" die Worte „, soweit in den Absätzen 3 und 4 nichts anderes bestimmt ist," eingefügt.

bb) In Satz 3 werden nach dem Wort „Pfennige" die Worte „und ab 1. Januar 1995 11,4 Deutsche Pfennige" eingefügt.

cc) Satz 4 wird wie folgt gefaßt:

„Bei der Bemessung von Gebühren sind sich ergebende Bruchteile eines Pfennigs unter 0,5 abzurunden und Bruchteile von 0,5 und mehr aufzurunden."

b) In Absatz 3 Satz 1 werden die Worte „A, E, M, O und Q" durch die Worte „A, E und O" ersetzt.

c) Nach Absatz 3 wird folgender Absatz 4 angefügt:

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

4. § 6a Abs. 1 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 werden nach dem Wort „Gebühren" die Worte „einschließlich der darauf entfallenden Zuschläge" eingefügt.

b) In Satz 2 werden nach dem Wort „Leistungen" die Worte „und Zuschläge" eingefügt.

c) Nach Satz 2 wird folgender Satz angefügt:

„Ausgenommen von der Minderungspflicht ist der Zuschlag nach Buchstabe J in Abschnitt B V des Gebührenverzeichnisses."

5. § 8 wird wie folgt gefaßt:

„§ 8
Wegegeld

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

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

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

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

6. In § 9 Abs. 3 werden nach der Zahl „2" die Worte „und 3" eingefügt.

7. § 10 wird wie folgt gefaßt:

„§ 10
Ersatz von Auslagen

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

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

Die Berechnung von Pauschalen ist nicht zulässig.

(2) Nicht berechnet werden können die Kosten für

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

(3) Versand- und Portokosten können nur von dem Arzt berechnet werden, dem die gesamten Kosten für Versandmaterial, Versandgefäße sowie für den Versand oder Transport entstanden sind. Kosten für Versandmaterial, für den Versand des Untersuchungsmaterials und die Übermittlung des Untersuchungsergebnisses innerhalb einer Laborgemeinschaft oder innerhalb eines Krankenhausgeländes sind nicht berechnungsfähig; dies gilt auch, wenn Material oder ein Teil davon unter Nutzung der Transportmittel oder des Versandweges oder der Versandgefäße einer Laborgemeinschaft zur Untersuchung einem zur Erbringung von Leistungen beauftragten Arzt zugeleitet wird. Werden aus demselben Körpermaterial sowohl in einer

Laborgemeinschaft als auch von einem Laborarzt Leistungen aus den Abschnitten M oder N ausgeführt, so kann der Laborarzt bei Benutzung desselben Transportweges Versandkosten nicht berechnen; dies gilt auch dann, wenn ein Arzt eines anderen Gebiets Auftragsleistungen aus den Abschnitten M oder N erbringt. Für die Versendung der Arztrechnung dürfen Versand- und Portokosten nicht berechnet werden."

8. § 12 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 2 werden nach dem Wort „Leistung" die Worte „einschließlich einer in der Leistungsbeschreibung gegebenenfalls genannten Mindestdauer" eingefügt.

bb) In Nummer 3 werden die Worte „und teilstationäre" durch die Worte „, teilstationäre sowie vor- und nachstationäre" ersetzt.

b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 wird wie folgt gefaßt:

„Überschreitet eine berechnete Gebühr nach Absatz 2 Nr. 2 das 2,3fache des Gebührensatzes, ist dies auf die einzelne Leistung bezogen für den Zahlungspflichtigen verständlich und nachvollziehbar schriftlich zu begründen; das gleiche gilt bei den in § 5 Abs. 3 genannten Leistungen, wenn das 1,8fache des Gebührensatzes überschritten wird, sowie bei den in § 5 Abs. 4 genannten Leistungen, wenn das 1,15fache des Gebührensatzes überschritten wird."

bb) Nach Satz 2 wird eingefügt:

„Soweit im Falle einer abweichenden Vereinbarung nach § 2 auch ohne die getroffene Vereinbarung ein Überschreiten der in Satz 1 genannten Steigerungssätze gerechtfertigt gewesen wäre, ist das Überschreiten auf Verlangen des Zahlungspflichtigen zu begründen; die Sätze 1 und 2 gelten entsprechend."

(2) Das Gebührenverzeichnis für ärztliche Leistungen — Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte — (Anlageband zum Bundesgesetzblatt Teil I Nr. 26 vom 23. Juni 1988) wird wie folgt geändert:

1. Abschnitt A wird wie folgt gefaßt:

„A. Gebühren in besonderen Fällen

Für die nachfolgend genannten Leistungen dürfen Gebühren nach Maßgabe des § 5 nur bis zum Zweieinhalbfachen des Vergütungssatzes bemessen werden: Nummern 2 und 56 in Abschnitt B, Nummern 250, 250 a, 402 und 403 in Abschnitt C, Nummern 602, 605 bis 617, 620 bis 624, 635 bis 647, 650, 651, 653, 654, 657 bis 661, 665 bis 666, 725, 726, 759 bis 761 in Abschnitt F, Nummern 855 bis 857 in Abschnitt G, Nummern 1001 und 1002 in Abschnitt H, Nummern 1255 bis 1257, 1259, 1260, 1262, 1263, 1268 bis 1270 in Abschnitt I, Nummern 1401, 1403 bis 1406, 1558 bis 1560 in Abschnitt J, Nummern 4850 bis 4873 in Abschnitt N."

2. Abschnitt B wird wie folgt gefaßt:

„B. Grundleistungen und allgemeine Leistungen

Allgemeine Bestimmungen

1. Als Behandlungsfall gilt für die Behandlung derselben Erkrankung der Zeitraum eines Monats nach der jeweils ersten Inanspruchnahme des Arztes.
2. Die Leistungen nach den Nummern 1 und/oder 5 sind neben Leistungen nach den Abschnitten C bis O im Behandlungsfall nur einmal berechnungsfähig.
3. Die Leistungen nach den Nummern 1, 3, 5, 6, 7 und/oder 8 können an demselben Tag nur dann mehr als einmal berechnet werden, wenn dies durch die Beschaffenheit des Krankheitsfalls geboten war. Bei mehrmaliger Berechnung ist die jeweilige Uhrzeit der Leistungserbringung in der Rechnung anzugeben. Bei den Leistungen nach den Nummern 1, 5, 6, 7 und/oder 8 ist eine mehrmalige Berechnung an demselben Tag auf Verlangen, bei der Leistung nach Nummer 3 generell zu begründen.
4. Die Leistungen nach den Nummern 1, 3, 22, 30 und/oder 34 sind neben den Leistungen nach den Nummern 804 bis 812, 817, 835, 849, 861 bis 864, 870, 871, 886 sowie 887 nicht berechnungsfähig.
5. Mehr als zwei Visiten an demselben Tag können nur berechnet werden, wenn sie durch die Beschaffenheit des Krankheitsfalls geboten waren. Bei der Berechnung von mehr als zwei Visiten an demselben Tag ist die jeweilige Uhrzeit der Visiten in der Rechnung anzugeben. Auf Verlangen ist die mehr als zweimalige Berechnung einer Visite an demselben Tag zu begründen.

   Anstelle oder neben der Visite im Krankenhaus sind die Leistungen nach den Nummern 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8 und/oder 15 nicht berechnungsfähig.
6. Besuchsgebühren nach den Nummern 48, 50 und/oder 51 sind für Besuche von Krankenhaus- und Belegärzten im Krankenhaus nicht berechnungsfähig.
7. Terminvereinbarungen sind nicht berechnungsfähig.
8. Neben einer Leistung nach den Nummern 5, 6, 7 oder 8 sind die Leistungen nach den Nummern 600, 601, 1203, 1204, 1228, 1240, 1400, 1401 und 1414 nicht berechnungsfähig.

I. Allgemeine Beratungen und Untersuchungen

1	Beratung — auch mittels Fernsprecher —	80	8,80
2	Ausstellung von Wiederholungsrezepten und/oder Überweisungen und/oder Übermittlung von Befunden oder ärztlichen Anordnungen — auch mittels Fernsprecher — durch die Arzthelferin und/oder Messung von Körperzuständen (z. B. Blutdruck, Temperatur) ohne Beratung, bei einer Inanspruchnahme des Arztes	30	3,30
	Die Leistung nach Nummer 2 darf anläßlich einer Inanspruchnahme des Arztes nicht zusammen mit anderen Gebühren berechnet werden.		
3	Eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Beratung — auch mittels Fernsprecher —	160	17,60
	Eine mehr als einmalige Berechnung der Leistung nach Nummer 3 im Behandlungsfall bedarf einer besonderen Begründung.		
4	Erhebung der Fremdanamnese über einen Kranken und/oder Unterweisung und Führung der Bezugsperson(en) — im Zusammenhang mit der Behandlung eines Kranken —	220	24,20
	Die Leistung nach Nummer 4 ist im Behandlungsfall nur einmal berechnungsfähig.		
	Die Leistung nach Nummer 4 ist neben den Leistungen nach den Nummern 30, 34, 801, 806, 807, 816, 817 und/oder 835 nicht berechnungsfähig.		
5	Symptombezogene Untersuchung	80	8,80
	Die Leistung nach Nummer 5 ist neben den Leistungen nach den Nummern 6 bis 8 nicht berechnungsfähig.		
6	Vollständige körperliche Untersuchung mindestens eines der folgenden Organsysteme: alle Augenabschnitte, der gesamte HNO-Bereich, das stomatognathe System, die Nieren und ableitenden Harnwege (bei Männern auch gegebenenfalls einschließlich der männlichen Geschlechtsorgane) oder Untersuchung zur Erhebung eines vollständigen Gefäßstatus — gegebenenfalls einschließlich Dokumentation —	100	11,—
	Die vollständige körperliche Untersuchung eines Organsystems nach der Leistung nach Nummer 6 beinhaltet insbesondere: — *bei den Augen: beidseitige Inspektion des äußeren Auges, beidseitige Untersuchung der vorderen und mittleren Augenabschnitte sowie des Augenhintergrunds;* — *bei dem HNO-Bereich: Inspektion der Nase, des Naseninnern, des Rachens, beider Ohren, beider äußerer Gehörgänge und beider Trommelfelle, Spiegelung des Kehlkopfs;* — *bei dem stomatognathen System: Inspektion der Mundhöhle, Inspektion und Palpation der Zunge und beider Kiefergelenke sowie vollständiger Zahnstatus;* — *bei den Nieren und ableitenden Harnwegen: Palpation der Nierenlager und des Unterbauchs, Inspektion des äußeren Genitale sowie Digitaluntersuchung des Enddarms, bei Männern zusätzlich Digitaluntersuchung der Prostata, Prüfung der Bruchpforten sowie Inspektion und Palpation der Hoden und Nebenhoden;* — *bei dem Gefäßstatus: Palpation und gegebenenfalls Auskultation der Arterien an beiden Handgelenken, Ellenbeugen, Achseln, Fußrücken, Sprunggelenken, Kniekehlen, Leisten sowie der tastbaren Arterien an Hals und Kopf, Inspektion und gegebenenfalls Palpation der oberflächlichen Bein- und Halsvenen.*		
	Die Leistung nach Nummer 6 ist neben den Leistungen nach den Nummern 5, 7 und/oder 8 nicht berechnungsfähig.		

7	Vollständige körperliche Untersuchung mindestens eines der folgenden Organsysteme: das gesamte Hautorgan, die Stütz- und Bewegungsorgane, alle Brustorgane, alle Bauchorgane, der gesamte weibliche Genitaltrakt (gegebenenfalls einschließlich Nieren und ableitende Harnwege) — gegebenenfalls einschließlich Dokumentation —	160	17,60
	Die vollständige körperliche Untersuchung eines Organsystems nach der Leistung nach Nummer 7 beinhaltet insbesondere:		
	— *bei dem Hautorgan: Inspektion der gesamten Haut, Hautanhangsgebilde und sichtbaren Schleimhäute, gegebenenfalls einschließlich Prüfung des Dermographismus und Untersuchung mittels Glasspatel;*		
	— *bei den Stütz- und Bewegungsorganen: Inspektion, Palpation und orientierende Funktionsprüfung der Gelenke und der Wirbelsäule einschließlich Prüfung der Reflexe;*		
	— *bei den Brustorganen: Auskultation und Perkussion von Herz und Lunge sowie Blutdruckmessung;*		
	— *bei den Bauchorganen: Palpation, Perkussion und Auskultation der Bauchorgane einschließlich palpatorischer Prüfung der Bruchpforten und der Nierenlager;*		
	— *bei dem weiblichen Genitaltrakt: bimanuelle Untersuchung der Gebärmutter und der Adnexe, Inspektion des äußeren Genitale, der Vagina und der Portio uteri, Digitaluntersuchung des Enddarms, gegebenenfalls Palpation der Nierenlager und des Unterbauchs.*		
	Die Leistung nach Nummer 7 ist neben den Leistungen nach den Nummern 5, 6 und/oder 8 nicht berechnungsfähig.		
8	Untersuchung zur Erhebung des Ganzkörperstatus, gegebenenfalls einschließlich Dokumentation	260	28,60
	Der Ganzkörperstatus beinhaltet die Untersuchung der Haut, der sichtbaren Schleimhäute, der Brust- und Bauchorgane, der Stütz- und Bewegungsorgane, sowie eine orientierende neurologische Untersuchung.		
	Die Leistung nach Nummer 8 ist neben den Leistungen nach den Nummern 5, 6, 7 und/oder 800 nicht berechnungsfähig.		
11	Digitaluntersuchung des Mastdarms und/oder der Prostata	60	6,60
15	Einleitung und Koordination flankierender therapeutischer und sozialer Maßnahmen während der kontinuierlichen ambulanten Betreuung eines chronisch Kranken	300	33,—
	Die Leistung nach Nummer 15 darf nur einmal im Kalenderjahr berechnet werden.		
	Neben der Leistung nach Nummer 15 ist die Leistung nach Nummer 4 im Behandlungsfall nicht berechnungsfähig.		

II. Zuschläge zu Beratungen und Untersuchungen nach den Nummern 1, 3, 4, 5, 6, 7 oder 8

Allgemeine Bestimmungen

Die Zuschläge nach den Buchstaben A bis D sowie K 1 sind nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig. Sie dürfen unabhängig von der Anzahl und Kombination der erbrachten Leistungen je Inanspruchnahme des Arztes nur einmal berechnet werden. Neben den Zuschlägen nach den Buchstaben A bis D sowie K 1 dürfen die Zuschläge nach den Buchstaben E bis J sowie K 2 nicht berechnet werden.

Die Zuschläge sind in der Rechnung unmittelbar im Anschluß an die zugrundeliegende Leistung aufzuführen.

A	Zuschlag für außerhalb der Sprechstunde erbrachte Leistungen	70	7,70
	Der Zuschlag nach Buchstabe A ist neben den Zuschlägen nach den Buchstaben B, C und/oder D nicht berechnungsfähig.		
	Der Zuschlag nach Buchstabe A ist für Krankenhausärzte nicht berechnungsfähig.		

B	Zuschlag für in der Zeit zwischen 20 und 22 Uhr oder 6 und 8 Uhr außerhalb der Sprechstunde erbrachte Leistungen	180	19,80
C	Zuschlag für in der Zeit zwischen 22 und 6 Uhr erbrachte Leistungen	320	35,20
	Neben dem Zuschlag nach Buchstabe C ist der Zuschlag nach Buchstabe B nicht berechnungsfähig.		
D	Zuschlag für an Samstagen, Sonn- oder Feiertagen erbrachte Leistungen ..	220	24,20
	Werden Leistungen innerhalb einer Sprechstunde an Samstagen erbracht, so ist der Zuschlag nach Buchstabe D nur mit dem halben Gebührensatz berechnungsfähig.		
	Werden Leistungen an Samstagen, Sonn- oder Feiertagen zwischen 20 und 8 Uhr erbracht, ist neben dem Zuschlag nach Buchstabe D ein Zuschlag nach Buchstabe B oder C berechnungsfähig.		
	Der Zuschlag nach Buchstabe D ist für Krankenhausärzte im Zusammenhang mit zwischen 8 und 20 Uhr erbrachten Leistungen nicht berechnungsfähig.		
K 1	Zuschlag zu Untersuchungen nach den Nummern 5, 6, 7 oder 8 bei Kindern bis zum vollendeten 4. Lebensjahr	120	13,20

III. Spezielle Beratungen und Untersuchungen

20	Beratungsgespräch in Gruppen von 4 bis 12 Teilnehmern im Rahmen der Behandlung von chronischen Krankheiten, je Teilnehmer und Sitzung (Dauer mindestens 50 Minuten)	120	13,20
	Neben der Leistung nach Nummer 20 sind die Leistungen nach den Nummern 847, 862, 864, 871 und/oder 887 nicht berechnungsfähig.		
21	Eingehende humangenetische Beratung, je angefangene halbe Stunde und Sitzung	360	39,60
	Die Leistung nach Nummer 21 darf nur berechnet werden, wenn die Beratung in der Sitzung mindestens eine halbe Stunde dauert.		
	Die Leistung nach Nummer 21 ist innerhalb eines halben Jahres nach Beginn des Beratungsfalls nicht mehr als viermal berechnungsfähig.		
	Neben der Leistung nach Nummer 21 sind die Leistungen nach den Nummern 1, 3, 4, 22 und 34 nicht berechnungsfähig.		
22	Eingehende Beratung einer Schwangeren im Konfliktfall über die Erhaltung oder den Abbruch der Schwangerschaft — auch einschließlich Beratung über soziale Hilfen, gegebenenfalls auch einschließlich Beurteilung über das Vorliegen einer Indikation für einen nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruch	300	33,—
	Neben der Leistung nach Nummer 22 sind die Leistungen nach den Nummern 1, 3, 21 oder 34 nicht berechnungsfähig.		
23	Erste Vorsorgeuntersuchung in der Schwangerschaft mit Bestimmung des Geburtstermins — einschließlich Erhebung der Anamnese und Anlegen des Mutterpasses sowie Beratung der Schwangeren über die Mutterschaftsvorsorge, einschließlich Hämoglobinbestimmung —	300	33,—
	Neben der Leistung nach Nummer 23 sind die Leistungen nach den Nummern 1, 3, 5, 7 und/oder 3550 nicht berechnungsfähig.		
24	Untersuchung im Schwangerschaftsverlauf — einschließlich Beratung und Bewertung der Befunde, gegebenenfalls auch im Hinblick auf Schwangerschaftsrisiken —	200	22,—
	Neben der Leistung nach Nummer 24 sind die Leistungen nach den Nummern 1, 3, 5 und/oder 7 nicht berechnungsfähig.		

25	Neugeborenen-Erstuntersuchung — gegebenenfalls einschließlich Beratung der Bezugsperson(en) —	200	22,—
	Neben der Leistung nach Nummer 25 sind die Leistungen nach den Nummern 1, 3, 4, 5, 6, 7 und/oder 8 nicht berechnungsfähig.		
26	Untersuchung zur Früherkennung von Krankheiten bei einem Kind bis zum vollendeten 14. Lebensjahr (Erhebung der Anamnese, Feststellung der Körpermaße, Untersuchung von Nervensystem, Sinnesorganen, Skelettsystem, Haut, Brust-, Bauch- und Geschlechtsorganen) — gegebenenfalls einschließlich Beratung der Bezugsperson(en) —	450	49,50
	Die Leistung nach Nummer 26 ist ab dem vollendeten 2. Lebensjahr je Kalenderjahr höchstens einmal berechnungsfähig.		
	Neben der Leistung nach Nummer 26 sind die Leistungen nach den Nummern 1, 3, 4, 5, 6, 7 und/oder 8 nicht berechnungsfähig.		
27	Untersuchung einer Frau zur Früherkennung von Krebserkrankungen der Brust, des Genitales, des Rektums und der Haut — einschließlich Erhebung der Anamnese, Abstrichentnahme zur zytologischen Untersuchung, Untersuchung auf Blut im Stuhl und Urinuntersuchung auf Eiweiß, Zucker und Erythrozyten, einschließlich Beratung —	320	35,20
	Mit der Gebühr sind die Kosten für Untersuchungsmaterialien abgegolten.		
	Neben der Leistung nach Nummer 27 sind die Leistungen nach den Nummern 1, 3, 5, 6, 7, 8, 297, 3500, 3511, 3650 und/oder 3652 nicht berechnungsfähig.		
28	Untersuchung eines Mannes zur Früherkennung von Krebserkrankungen des Rektums, der Prostata, des äußeren Genitales und der Haut — einschließlich Erhebung der Anamnese, Urinuntersuchung auf Eiweiß, Zucker und Erythrozyten sowie Untersuchung auf Blut im Stuhl, einschließlich Beratung —	280	30,80
	Mit der Gebühr sind die Kosten für Untersuchungsmaterialien abgegolten.		
	Neben der Leistung nach Nummer 28 sind die Leistungen nach den Nummern 1, 3, 5, 6, 7, 8, 11, 3500, 3511, 3650 und/oder 3652 nicht berechnungsfähig.		
29	Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten bei einem Erwachsenen — einschließlich Untersuchung zur Erhebung des vollständigen Status (Ganzkörperstatus), Erörterung des individuellen Risikoprofils und verhaltensmedizinischer orientierter Beratung —	440	48,40
	Neben der Leistung nach Nummer 29 sind die Leistungen nach den Nummern 1, 3, 5, 6, 7 und/oder 8 nicht berechnungsfähig.		
30	Erhebung der homöopathischen Erstanamnese mit einer Mindestdauer von einer Stunde nach biographischen und homöopathisch-individuellen Gesichtspunkten mit schriftlicher Aufzeichnung zur Einleitung einer homöopathischen Behandlung — einschließlich homöopathischer Repertorisation und Gewichtung der charakteristischen psychischen, allgemeinen und lokalen Zeichen und Symptome des jeweiligen Krankheitsfalls, unter Berücksichtigung der Modalitäten, Alternanzen, Kausal- und Begleitsymptome, zur Auffindung des homöopathischen Einzelmittels, einschließlich Anwendung und Auswertung standardisierter Fragebogen —	900	99,—
	Dauert die Erhebung einer homöopathischen Erstanamnese bei einem Kind bis zum vollendeten 14. Lebensjahr weniger als eine Stunde, mindestens aber eine halbe Stunde, kann die Leistung nach Nummer 30 bei entsprechender Begründung mit der Hälfte der Gebühr berechnet werden.		
	Die Leistung nach Nummer 30 ist innerhalb von einem Jahr nur einmal berechnungsfähig.		
	Neben der Leistung nach Nummer 30 sind die Leistungen nach den Nummern 1, 3 und/oder 34 nicht berechnungsfähig.		

32	Untersuchung nach §§ 32 bis 35 und 42 des Jugendarbeitsschutzgesetzes (Eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Untersuchung — einschließlich einfacher Seh-, Hör- und Farbsinnprüfung —; Urinuntersuchung auf Eiweiß, Zucker und Erythrozyten; Beratung des Jugendlichen; schriftliche gutachtliche Äußerung; Mitteilung für die Personensorgeberechtigten; Bescheinigung für den Arbeitgeber)	400	44,—
33	Strukturierte Schulung einer Einzelperson mit einer Mindestdauer von 20 Minuten (bei Diabetes, Gestationsdiabetes oder Zustand nach Pankreatektomie) — einschließlich Evaluation zur Qualitätssicherung unter diabetologischen Gesichtspunkten zum Erlernen und Umsetzen des Behandlungsmanagements, einschließlich der Auswertung eines standardisierten Fragebogens —	300	33,—
	Die Leistung nach Nummer 33 ist innerhalb von einem Jahr höchstens dreimal berechnungsfähig.		
	Neben der Leistung nach Nummer 33 sind die Leistungen nach den Nummern 1, 3, 15, 20, 847, 862, 864, 871 und/oder 887 nicht berechnungsfähig.		
34	Erörterung (Dauer mindestens 20 Minuten) der Auswirkungen einer Krankheit auf die Lebensgestaltung in unmittelbarem Zusammenhang mit der Feststellung oder erheblichen Verschlimmerung einer nachhaltig lebensverändernden oder lebensbedrohenden Erkrankung — gegebenenfalls einschließlich Planung eines operativen Eingriffs und Abwägung seiner Konsequenzen und Risiken —, einschließlich Beratung — gegebenenfalls unter Einbeziehung von Bezugspersonen —	300	33,—
	Die Leistung nach Nummer 34 ist innerhalb von 6 Monaten höchstens zweimal berechnungsfähig.		
	Neben der Leistung nach Nummer 34 sind die Leistungen nach den Nummern 1, 3, 4, 15 und/oder 30 nicht berechnungsfähig.		
	IV. Visiten, Konsiliartätigkeit, Besuche, Assistenz		
45	Visite im Krankenhaus	70	7,70
	Die Leistung nach Nummer 45 ist neben anderen Leistungen des Abschnitts B nicht berechnungsfähig.		
	Werden zu einem anderen Zeitpunkt an demselben Tag andere Leistungen des Abschnitts B erbracht, so können diese mit Angabe der Uhrzeit für die Visite und die anderen Leistungen aus Abschnitt B berechnet werden.		
	Anstelle oder neben der Visite im Krankenhaus sind die Leistungen nach den Nummern 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 15, 48, 50 und/oder 51 nicht berechnungsfähig.		
	Wird mehr als eine Visite an demselben Tag erbracht, kann für die über die erste Visite hinausgehenden Visiten nur die Leistung nach Nummer 46 berechnet werden.		
	Die Leistung nach Nummer 45 ist nur berechnungsfähig, wenn diese durch einen liquidationsberechtigten Arzt des Krankenhauses oder dessen ständigen ärztlichen Vertreter persönlich erbracht wird.		
46	Zweitvisite im Krankenhaus	50	5,50
	Die Leistung nach Nummer 46 ist neben anderen Leistungen des Abschnitts B nicht berechnungsfähig.		
	Werden zu einem anderen Zeitpunkt an demselben Tag andere Leistungen des Abschnitts B erbracht, so können diese mit Angabe der Uhrzeit für die Visite und die anderen Leistungen aus Abschnitt B berechnet werden.		
	Anstelle oder neben der Zweitvisite im Krankenhaus sind die Leistungen nach den Nummern 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 15, 45, 48, 50 und/oder 51 nicht berechnungsfähig.		
	Mehr als zwei Visiten dürfen nur berechnet werden, wenn sie durch die Beschaffenheit des Krankheitsfalls geboten waren oder verlangt wurden. Wurde die Visite verlangt, muß dies in der Rechnung angegeben werden.		
	Die Leistung nach Nummer 46 ist nur berechnungsfähig, wenn diese durch einen liquidationsberechtigten Arzt des Krankenhauses oder dessen ständigen ärztlichen Vertreter persönlich erbracht wird.		

48	Besuch eines Patienten auf einer Pflegestation (z. B. in Alten- oder Pflegeheimen) — bei regelmäßiger Tätigkeit des Arztes auf der Pflegestation zu vorher vereinbarten Zeiten —	120	13,20
	Die Leistung nach Nummer 48 ist neben den Leistungen nach den Nummern 1, 50, 51 und/oder 52 nicht berechnungsfähig.		
50	Besuch, einschließlich Beratung und symptombezogene Untersuchung	320	35,20
	Die Leistung nach Nummer 50 darf anstelle oder neben einer Leistung nach den Nummern 45 oder 46 nicht berechnet werden.		
	Neben der Leistung nach Nummer 50 sind die Leistungen nach den Nummern 1, 5, 48 und/oder 52 nicht berechnungsfähig.		
51	Besuch eines weiteren Kranken in derselben häuslichen Gemeinschaft in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit der Leistung nach Nummer 50 — einschließlich Beratung und symptombezogener Untersuchung —	250	27,50
	Die Leistung nach Nummer 51 darf anstelle oder neben einer Leistung nach den Nummern 45 oder 46 nicht berechnet werden.		
	Neben der Leistung nach Nummer 51 sind die Leistungen nach den Nummern 1, 5, 48 und/oder 52 nicht berechnungsfähig.		
52	Aufsuchen eines Patienten außerhalb der Praxisräume oder des Krankenhauses durch nichtärztliches Personal im Auftrag des niedergelassenen Arztes (z. B. zur Durchführung von kapillaren oder venösen Blutentnahmen, Wundbehandlungen, Verbandwechsel, Katheterwechsel)	100	11,—
	Die Pauschalgebühr nach Nummer 52 ist nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig. Sie ist nicht berechnungsfähig, wenn das nichtärztliche Personal den Arzt begleitet. Wegegeld ist daneben nicht berechnungsfähig.		
55	Begleitung eines Patienten durch den behandelnden Arzt zur unmittelbar notwendigen stationären Behandlung — gegebenenfalls einschließlich organisatorischer Vorbereitung der Krankenhausaufnahme —	500	55,—
	Neben der Leistung nach Nummer 55 sind die Leistungen nach den Nummern 56, 60 und/oder 833 nicht berechnungsfähig.		
56	Verweilen, ohne Unterbrechung und ohne Erbringung anderer ärztlicher Leistungen — wegen Erkrankung erforderlich —, je angefangene halbe Stunde	180	19,80
	Die Verweilgebühr darf nur berechnet werden, wenn der Arzt nach der Beschaffenheit des Krankheitsfalls mindestens eine halbe Stunde verweilen muß und während dieser Zeit keine ärztliche(n) Leistung(en) erbringt. Im Zusammenhang mit dem Beistand bei einer Geburt darf die Verweilgebühr nur für ein nach Ablauf von zwei Stunden notwendiges weiteres Verweilen berechnet werden.		
60	Konsiliarische Erörterung zwischen zwei oder mehr liquidationsberechtigten Ärzten, für jeden Arzt	120	13,20
	Die Leistung nach Nummer 60 darf nur berechnet werden, wenn sich der liquidierende Arzt zuvor oder in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit der konsiliarischen Erörterung persönlich mit dem Patienten und dessen Erkrankung befaßt hat.		
	Die Leistung nach Nummer 60 darf auch dann berechnet werden, wenn die Erörterung zwischen einem liquidationsberechtigten Arzt und dem ständigen persönlichen ärztlichen Vertreter eines anderen liquidationsberechtigten Arztes erfolgt.		
	Die Leistung nach Nummer 60 ist nicht berechnungsfähig, wenn die Ärzte Mitglieder derselben Krankenhausabteilung oder derselben Gemeinschaftspraxis oder einer Praxisgemeinschaft von Ärzten gleicher oder ähnlicher Fachrichtung (z. B. praktischer Arzt und Allgemeinarzt, Internist und praktischer Arzt) sind. Sie ist nicht berechnungsfähig für routinemäßige Besprechungen (z. B. Röntgenbesprechung, Klinik- oder Abteilungskonferenz, Team- oder Mitarbeiterbesprechung, Patientenübergabe).		

61	Beistand bei der ärztlichen Leistung eines anderen Arztes (Assistenz), je angefangene halbe Stunde	130	14,30
	Die Leistung nach Nummer 61 ist neben anderen Leistungen nicht berechnungsfähig.		
	Die Nummer 61 gilt nicht für Ärzte, die zur Ausführung einer Narkose hinzugezogen werden.		
	Die Leistung nach Nummer 61 darf nicht berechnet werden, wenn die Assistenz durch nicht liquidationsberechtigte Ärzte erfolgt.		
62	Zuziehung eines Assistenten bei operativen belegärztlichen Leistungen oder bei ambulanter Operation durch niedergelassene Ärzte, je angefangene halbe Stunde	150	16,50
	Wird die Leistung nach Nummer 62 berechnet, kann der assistierende Arzt die Leistung nach Nummer 61 nicht berechnen.		

V. Zuschläge zu den Leistungen nach den Nummern 45 bis 62

Allgemeine Bestimmungen

Die Zuschläge nach den Buchstaben E bis J sowie K 2 sind nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig. Abweichend hiervon sind die Zuschläge nach den Buchstaben E bis H neben der Leistung nach Nummer 51 nur mit dem halben Gebührensatz berechnungsfähig. Im Zusammenhang mit Leistungen nach den Nummern 45 bis 55 und 60 dürfen die Zuschläge unabhängig von der Anzahl und Kombination der erbrachten Leistungen je Inanspruchnahme des Arztes nur einmal berechnet werden. Neben den Zuschlägen nach den Buchstaben E bis J sowie K 2 dürfen die Zuschläge nach den Buchstaben A bis D sowie K 1 nicht berechnet werden.

Die Zuschläge sind in der Rechnung unmittelbar im Anschluß an die zugrundeliegende Leistung aufzuführen.

E	Zuschlag für dringend angeforderte und unverzüglich erfolgte Ausführung .	160	17,60
	Der Zuschlag nach Buchstabe E ist neben Leistungen nach den Nummern 45 und/oder 46 nicht berechnungsfähig, es sei denn, die Visite wird durch einen Belegarzt durchgeführt. Der Zuschlag nach Buchstabe E ist neben Zuschlägen nach den Buchstaben F, G und/oder H nicht berechnungsfähig.		
F	Zuschlag für in der Zeit von 20 bis 22 Uhr oder 6 bis 8 Uhr erbrachte Leistungen	260	28,60
G	Zuschlag für in der Zeit zwischen 22 und 6 Uhr erbrachte Leistungen	450	49,50
	Neben dem Zuschlag nach Buchstabe G ist der Zuschlag nach Buchstabe F nicht berechnungsfähig.		
H	Zuschlag für an Samstagen, Sonn- oder Feiertagen erbrachte Leistungen ..	340	37,40
	Werden Leistungen an Samstagen, Sonn- oder Feiertagen zwischen 20 und 8 Uhr erbracht, darf neben dem Zuschlag nach Buchstabe H ein Zuschlag nach Buchstabe F oder G berechnet werden.		
	Der Zuschlag nach Buchstabe H ist neben den Leistungen nach den Nummern 45, 46, 48 und 52 nicht berechnungsfähig.		
J	Zuschlag zur Visite bei Vorhalten eines vom Belegarzt zu vergütenden ärztlichen Bereitschaftsdienstes, je Tag	80	8,80
K 2	Zuschlag zu den Leistungen nach den Nummern 45, 46, 48, 50, 51, 55 oder 56 bei Kindern bis zum vollendeten 4. Lebensjahr	120	13,20

VI. Berichte, Briefe

70	Kurze Bescheinigung oder kurzes Zeugnis, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung	40	4,40
75	Ausführlicher schriftlicher Krankheits- und Befundbericht (einschließlich Angaben zur Anamnese, zu dem(n) Befund(en), zur epikritischen Bewertung und gegebenenfalls zur Therapie)	130	14,30
	Die Befundmitteilung oder der einfache Befundbericht ist mit der Gebühr für die zugrundeliegende Leistung abgegolten.		

76	Schriftlicher Diätplan, individuell für den einzelnen Patienten aufgestellt ...	70	7,70
77	Schriftliche, individuelle Planung und Leitung einer Kur mit diätetischen, balneologischen und/oder klimatherapeutischen Maßnahmen unter Einbeziehung gesundheitserzieherischer Aspekte	150	16,50
	Die Leistung nach Nummer 77 ist für eine im zeitlichen Zusammenhang durchgeführte Kur unabhängig von deren Dauer nur einmal berechnungsfähig.		
78	Behandlungsplan für die Chemotherapie und/oder schriftlicher Nachsorgeplan für einen tumorkranken Patienten, individuell für den einzelnen Patienten aufgestellt	180	19,80
80	Schriftliche gutachtliche Äußerung	300	33,—
85	Schriftliche gutachtliche Äußerung mit einem das gewöhnliche Maß übersteigenden Aufwand — gegebenenfalls mit wissenschaftlicher Begründung —, je angefangene Stunde Arbeitszeit	500	55,—
90	Schriftliche Feststellung über das Vorliegen oder Nichtvorliegen einer Indikation für einen Schwangerschaftsabbruch	120	13,20
95	Schreibgebühr, je angefangene DIN A4-Seite	60	6,60
96	Schreibgebühr, je Kopie	3	0,33
	Die Schreibgebühren nach den Nummern 95 und 96 sind nur neben den Leistungen nach den Nummern 80, 85 und 90 und nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.		

VII. Todesfeststellung

Allgemeine Bestimmung

Begibt sich der Arzt zur Erbringung einer oder mehrerer Leistungen nach den Nummern 100 bis 107 außerhalb seiner Arbeitsstätte (Praxis oder Krankenhaus) oder seiner Wohnung, kann er für die zurückgelegte Wegstrecke Wegegeld nach § 8 berechnen.

100	Untersuchung eines Toten — einschließlich Feststellung des Todes und Ausstellung des Leichenschauscheines —	250	27,50
102	Entnahme einer Körperflüssigkeit bei einem Toten	150	16,50
104	Bulbusentnahme bei einem Toten	250	27,50
105	Hornhautentnahme aus einem Auge bei einem Toten	230	25,30
107	Entnahme eines Herzschrittmachers bei einem Toten	220	24,20"

3. Abschnitt C wird wie folgt gefaßt:

„C. Nichtgebietsbezogene Sonderleistungen

I. Anlegen von Verbänden

Allgemeine Bestimmung

Wundverbände nach Nummer 200, die im Zusammenhang mit einer operativen Leistung (auch Ätzung, Fremdkörperentfernung), Punktion, Infusion, Transfusion oder Injektion durchgeführt werden, sind Bestandteil dieser Leistung.

200	Verband — ausgenommen Schnell- und Sprühverbände, Augen-, Ohrenklappen oder Dreiecktücher —	45	4,95
201	Redressierender Klebeverband des Brustkorbs oder dachziegelförmiger Klebeverband — ausgenommen Nabelverband —	65	7,15

204	Zirkulärer Verband des Kopfes oder des Rumpfes (auch als Wundverband); stabilisierender Verband des Halses, des Schulter- oder Hüftgelenks oder einer Extremität über mindestens zwei große Gelenke; Schanz'scher Halskrawattenverband; Kompressionsverband	95	10,45
206	Tape-Verband eines kleinen Gelenks	70	7,70
207	Tape-Verband eines großen Gelenks oder Zinkleimverband	100	11,—
208	Stärke- oder Gipsfixation, zusätzlich zu einem Verband	30	3,30
209	Großflächiges Auftragen von Externa (z. B. Salben, Cremes, Puder, Lotionen, Lösungen) zur Behandlung von Hautkrankheiten mindestens einer Körperregion (Extremität, Kopf, Brust, Bauch, Rücken), je Sitzung	150	16,50
210	Kleiner Schienenverband — auch als Notverband bei Frakturen —	75	8,25
211	Kleiner Schienenverband — bei Wiederanlegung derselben, gegebenenfalls auch veränderten Schiene —	60	6,60
212	Schienenverband mit Einschluß von mindestens zwei großen Gelenken (Schulter-, Ellenbogen-, Hand-, Knie-, Fußgelenk) — auch als Notverband bei Frakturen —	160	17,60
213	Schienenverband mit Einschluß von mindestens zwei großen Gelenken (Schulter-, Ellenbogen-, Hand-, Knie-, Fußgelenk) — bei Wiederanlegung derselben, gegebenenfalls auch veränderten Schiene —	100	11,—
214	Abduktionsschienenverband — auch mit Stärke- oder Gipsfixation —	240	26,40
217	Streckverband	230	25,30
218	Streckverband mit Nagel- oder Drahtextension	660	72,60
225	Gipsfingerling	70	7,70
227	Gipshülse mit Gelenkschienen	300	33,—
228	Gipsschienenverband oder Gipspantoffel	190	20,90
229	Gipsschienenverband — bei Wiederanlegung derselben, gegebenenfalls auch veränderten Schiene —	130	14,30
230	Zirkulärer Gipsverband — gegebenenfalls als Gipstutor —	300	33,—
231	Zirkulärer Gehgipsverband des Unterschenkels	360	39,60
232	Zirkulärer Gipsverband mit Einschluß von mindestens zwei großen Gelenken (Schulter-, Ellenbogen-, Hand-, Knie-, Sprunggelenk)	430	47,30
235	Zirkulärer Gipsverband des Halses einschließlich Kopfstütze — auch mit Schultergürtel —	750	82,50
236	Zirkulärer Gipsverband des Rumpfes	940	103,40
237	Gips- oder Gipsschienenverband mit Einschluß von mindestens zwei großen Gelenken (Schulter-, Ellenbogen-, Hand-, Knie-, Fußgelenk)	370	40,70
238	Gipsschienenverband mit Einschluß von mindestens zwei großen Gelenken (Schulter-, Ellenbogen-, Hand-, Knie-, Fußgelenk) — bei Wiederanlegung derselben, gegebenenfalls auch veränderten Schiene —	200	22,—
239	Gipsverband für Arm mit Schulter oder Bein mit Beckengürtel	750	82,50
240	Gipsbett oder Nachtschale für den Rumpf	940	103,40
245	Quengelverband zusätzlich zum jeweiligen Gipsverband	110	12,10
246	Abnahme des zirkulären Gipsverbands	150	16,50
247	Fensterung, Spaltung, Schieneneinsetzung, Anlegung eines Gehbügels oder einer Abrollsohle bei einem nicht an demselben Tag angelegten Gipsverband	110	12,10

II. Blutentnahmen, Injektionen, Infiltrationen, Infusionen, Transfusionen, Implantation, Abstrichentnahmen

Allgemeine Bestimmungen

Die Leistungen nach den Nummern 252 bis 258 und 261 sind nicht mehrfach berechnungsfähig, wenn anstelle einer Mischung mehrere Arzneimittel bei liegender Kanüle im zeitlichen Zusammenhang nacheinander verabreicht werden.

Die Leistungen nach den Nummern 270, 273 bis 281, 283, 286 sowie 287 können jeweils nur einmal je Behandlungstag berechnet werden. Die Leistungen nach den Nummern 271 oder 272 sind je Gefäßzugang einmal, insgesamt jedoch nicht mehr als zweimal je Behandlungstag berechnungsfähig. Die zweimalige Berechnung der Leistungen nach den Nummern 271 oder 272 setzt gesonderte Punktionen verschiedener Blutgefäße voraus.

Gegebenenfalls erforderliche Gefäßpunktionen sind Bestandteil der Leistungen nach den Nummern 270 bis 287 und mit den Gebühren abgegolten.

Die Leistungen nach den Nummern 271 bis 276 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.

250	Blutentnahme mittels Spritze, Kanüle oder Katheter aus der Vene	40	4,40
250 a	Kapillarblutentnahme bei Kindern bis zum vollendeten 8. Lebensjahr	40	4,40
251	Blutentnahme mittels Spritze oder Kanüle aus der Arterie	60	6,60
252	Injektion, subkutan, submukös, intrakutan oder intramuskulär	40	4,40
253	Injektion, intravenös	70	7,70
254	Injektion, intraarteriell	80	8,80
255	Injektion, intraartikulär oder perineural	95	10,45
256	Injektion in den Periduralraum	185	20,35
257	Injektion in den Subarachnoidalraum	400	44,—
258	Injektion, intraaortal oder intrakardial — ausgenommen bei liegendem Aorten- oder Herzkatheter —	180	19,80
259	Legen eines Periduralkatheters — in Verbindung mit der Anlage eines subkutanen Medikamentenreservoirs —	600	66,—
260	Legen eines arteriellen Katheters oder eines zentralen Venenkatheters — einschließlich Fixation —	200	22,—
	Die Leistung nach Nummer 260 ist neben Leistungen nach den Nummern 355 bis 361, 626 bis 632 und/oder 648 nicht berechnungsfähig.		
261	Einbringung von Arzneimitteln in einen parenteralen Katheter	30	3,30
	Die Leistung nach Nummer 261 ist im Zusammenhang mit einer Anästhesie/Narkose nicht berechnungsfähig für die Einbringung von Anästhetika, Anästhesieadjuvantien und Anästhesieantidoten.		
	Wird die Leistung nach Nummer 261 im Zusammenhang mit einer Anästhesie/Narkose berechnet, ist das Medikament in der Rechnung anzugeben.		
262	Transfemorale Blutentnahme mittels Katheter aus dem Bereich der Nierenvene(n)	450	49,50
263	Subkutane Hyposensibilisierungsbehandlung (Desensibilisierung), je Sitzung	90	9,90
264	Injektions- und/oder Infiltrationsbehandlung der Prostata, je Sitzung	120	13,20
265	Auffüllung eines subkutanen Medikamentenreservoirs oder Spülung eines Ports, je Sitzung	60	6,60
265 a	Auffüllung eines Hautexpanders, je Sitzung	90	9,90
266	Intrakutane Reiztherapie (Quaddelbehandlung), je Sitzung	60	6,60

267	Medikamentöse Infiltrationsbehandlung im Bereich einer Körperregion, auch paravertebrale oder perineurale oder perikapsuläre oder retrobulbäre Injektion und/oder Infiltration, je Sitzung	80	8,80
268	Medikamentöse Infiltrationsbehandlung im Bereich mehrerer Körperregionen (auch eine Körperregion beidseitig), je Sitzung	130	14,30
269	Akupunktur (Nadelstich-Technik) zur Behandlung von Schmerzen, je Sitzung	200	22,—
269 a	Akupunktur (Nadelstich-Technik) mit einer Mindestdauer von 20 Minuten zur Behandlung von Schmerzen, je Sitzung *Neben der Leistung nach Nummer 269 a ist die Leistung nach Nummer 269 nicht berechnungsfähig.*	350	38,50
270	Infusion, subkutan	80	8,80
271	Infusion, intravenös, bis zu 30 Minuten Dauer	120	13,20
272	Infusion, intravenös, von mehr als 30 Minuten Dauer	180	19,80
273	Infusion, intravenös — gegebenenfalls mittels Nabelvenenkatheter oder in die Kopfvene —, bei einem Kind bis zum vollendeten 4. Lebensjahr *Die Leistungen nach den Nummern 271, 272 und 273 sind im Zusammenhang mit einer Anästhesie/Narkose nicht berechnungsfähig für die Einbringung von Anästhetika, Anästhesieadjuvantien und Anästhesieantidoten.* *Werden die Leistungen nach den Nummern 271, 272 oder 273 im Zusammenhang mit einer Anästhesie/Narkose berechnet, ist das Medikament in der Rechnung anzugeben.*	180	19,80
274	Dauertropfinfusion, intravenös, von mehr als 6 Stunden Dauer — gegebenenfalls einschließlich Infusionsplan und Bilanzierung — *Neben der Leistung nach Nummer 274 sind die Leistungen nach den Nummern 271 bis 273, 275 und/oder 276 nicht berechnungsfähig.*	320	35,20
275	Dauertropfinfusion von Zytostatika, von mehr als 90 Minuten Dauer	360	39,60
276	Dauertropfinfusion von Zytostatika, von mehr als 6 Stunden Dauer	540	59,40
277	Infusion, intraarteriell, bis zu 30 Minuten Dauer	180	19,80
278	Infusion, intraarteriell, von mehr als 30 Minuten Dauer	240	26,40
279	Infusion in das Knochenmark	180	19,80
280	Transfusion der ersten Blutkonserve (auch Frischblut) oder des ersten Blutbestandteilpräparats — einschließlich Identitätssicherung im AB0-System (bedside-test) und Dokumentation der Konserven- bzw. Chargen-Nummer — *Die Infusion von Albumin oder von Präparaten, die als einzigen Blutbestandteil Albumin enthalten, ist nicht nach der Leistung nach Nummmer 280 berechnungsfähig.*	330	36,30
281	Transfusion der ersten Blutkonserve (auch Frischblut) oder des ersten Blutbestandteilpräparats bei einem Neugeborenen — einschließlich Nabelvenenkatheterismus, Identitätssicherung im AB0-System (bedside-test) und Dokumentation der Konserven- bzw. Chargen-Nummer — *Die Infusion von Albumin oder von Präparaten, die als einzigen Blutbestandteil Albumin enthalten, ist nicht nach der Leistung nach Nummmer 281 berechnungsfähig.*	450	49,50
282	Transfusion jeder weiteren Blutkonserve (auch Frischblut) oder jedes weiteren Blutbestandteilpräparats im Anschluß an die Leistungen nach den Nummern 280 oder 281 — einschließlich Identitätssicherung im AB0-System (bedside-test) und Dokumentation der Konserven- bzw. Chargen-Nummer — *Die Infusion von Albumin oder von Präparaten, die als einzigen Blutbestandteil Albumin enthalten, ist nicht nach der Leistung nach Nummmer 282 berechnungsfähig.*	150	16,50

283	Infusion in die Aorta bei einem Neugeborenen mittels transumbilikalem Aortenkatheter — einschließlich der Anlage des Katheters —	500	55,—
284	Eigenbluteinspritzung — einschließlich Blutentnahme —	90	9,90
285	Aderlaß aus der Vene oder Arterie mit Entnahme von mindestens 200 Milliliter Blut — gegebenenfalls einschließlich Verband —	110	12,10
286	Reinfusion der ersten Einheit (mindestens 200 Milliliter) Eigenblut oder Eigenplasma — einschließlich Identitätssicherung im AB0-System (bedside-test) —	220	24,20
286a	Reinfusion jeder weiteren Einheit (mindestens 200 Milliliter) Eigenblut oder Eigenplasma im Anschluß an die Leistung nach der Nummer 286 — einschließlich Identitätssicherung im AB0-System (bedside-test) —	100	11,—
287	Blutaustauschtransfusion (z. B. bei schwerster Intoxikation)	800	88,—
288	Präoperative Entnahme einer Einheit Eigenblut (mindestens 400 Milliliter) zur späteren Retransfusion bei Aufbewahrung als Vollblutkonserve — gegebenenfalls einschließlich Konservierung —	230	25,30
289	Präoperative Entnahme einer Einheit Eigenblut (mindestens 400 Milliliter) zur späteren Retransfusion — einschließlich Auftrennung des Patientenblutes in ein Erythrozytenkonzentrat und eine Frischplasmakonserve, Versetzen des Erythrozytenkonzentrats mit additiver Lösung und anschließender Aufbewahrung bei +2 °C bis +6 °C sowie Schockgefrieren des Frischplasmas und anschließender Aufbewahrung bei –30 °C oder darunter —	350	38,50
290	Infiltration gewebehärtender Mittel	120	13,20
291	Implantation von Hormonpreßlingen	70	7,70
297	Entnahme und Aufbereitung von Abstrichmaterial zur zytologischen Untersuchung — gegebenenfalls einschließlich Fixierung —	45	4,95
	Mit der Gebühr sind die Kosten abgegolten.		
298	Entnahme und gegebenenfalls Aufbereitung von Abstrichmaterial zur mikrobiologischen Untersuchung — gegebenenfalls einschließlich Fixierung —	40	4,40
	Mit der Gebühr sind die Kosten abgegolten.		

III. Punktionen

Allgemeine Bestimmung

Zum Inhalt der Leistungen für Punktionen gehören die damit im Zusammenhang stehenden Injektionen, Instillationen, Spülungen sowie Entnahmen z. B. von Blut, Liquor, Gewebe.

300	Punktion eines Gelenks	120	13,20
301	Punktion eines Ellenbogen-, Knie- oder Wirbelgelenks	160	17,60
302	Punktion eines Schulter- oder Hüftgelenks	250	27,50
303	Punktion einer Drüse, eines Schleimbeutels, Ganglions, Seroms, Hygroms, Hämatoms oder Abszesses oder oberflächiger Körperteile	80	8,80
304	Punktion der Augenhöhle	160	17,60
305	Punktion der Liquorräume (Subokzipital- oder Lumbalpunktion)	50	38,50
305a	Punktion der Liquorräume durch die Fontanelle	250	27,50
306	Punktion der Lunge — auch Abszeß- oder Kavernenpunktion in der Lunge — oder Punktion des Gehirns bei vorhandener Trepanationsöffnung	500	55,—
307	Punktion des Pleuraraums oder der Bauchhöhle	250	27,50

308	Gewebeentnahme aus der Pleura — gegebenenfalls einschließlich Punktion —	350	38,50
310	Punktion des Herzbeutels	350	38,50
311	Punktion des Knochenmarks — auch Sternalpunktion —	200	22,—
312	Knochenstanze — gegebenenfalls einschließlich Entnahme von Knochenmark —	300	33,—
314	Punktion der Mamma oder Punktion eines Lymphknotens	120	13,20
315	Punktion eines Organs (z. B. Leber, Milz, Niere, Hoden)	250	27,50
316	Punktion des Douglasraums	250	27,50
317	Punktion eines Adnextumors — auch einschließlich Douglaspunktion —	350	38,50
318	Punktion der Harnblase oder eines Wasserbruchs	120	13,20
319	Punktion der Prostata oder Punktion der Schilddrüse	200	22,—
321	Untersuchung von natürlichen Gängen oder Fisteln mittels Sonde oder Einführung eines Fistelkatheters — gegebenenfalls einschließlich anschließender Injektion oder Instillation —	50	5,50

IV. Kontrastmitteleinbringungen

Allgemeine Bestimmungen

Die zur Einbringung des Kontrastmittels erforderlichen Maßnahmen wie Sondierungen, Injektionen, Punktionen, Gefäßkatheterismus oder Probeinjektionen und gegebenenfalls anschließende Wundnähte und Entfernung(en) des Kontrastmittels sind Bestandteile der Leistungen und nicht gesondert berechnungsfähig. Dies gilt auch für gegebenenfalls notwendige Durchleuchtungen zur Kontrolle der Lage eines Katheters oder einer Punktionsnadel.

340	Einbringung des Kontrastmittels in die cerebralen und spinalen Liquorräume	400	44,—
344	Intravenöse Einbringung des Kontrastmittels mittels Injektion oder Infusion, bis zu 10 Minuten Dauer	100	11,—
345	Intravenöse Einbringung des Kontrastmittels mittels Injektion oder Infusion, von mehr als 10 Minuten Dauer	130	14,30
346	Intravenöse Einbringung des Kontrastmittels mittels Hochdruckinjektion	300	33,—
347	Ergänzung für jede weitere intravenöse Kontrastmitteleinbringung mittels Hochdruckinjektion bei bestehendem Zugang — im Zusammenhang mit der Leistung nach Nummer 346 —	150	16,50
350	Intraarterielle Einbringung des Kontrastmittels	150	16,50
351	Einbringung des Kontrastmittels zur Angiographie von Gehirnarterien, je Halsschlagader *Die Leistung nach Nummer 351 ist je Sitzung nicht mehr als zweimal berechnungsfähig.*	500	55,—
355	Herzkatheter-Einbringung(en) und anschließende intrakardiale bzw. intraarterielle Einbringung(en) des Kontrastmittels mittels Hochdruckinjektion zur Darstellung des Herzens und der herznahen Gefäße (Aorta ascendens, Arteria pulmonalis) — einschließlich Röntgenkontrolle und fortlaufender EKG-Kontrolle —, je Sitzung *Die Leistung nach Nummer 355 ist neben den Leistungen nach den Nummern 626 und/oder 627 nicht berechnungsfähig.* *Wird die Leistung nach Nummer 355 im zeitlichen Zusammenhang mit der Leistung nach Nummer 360 erbracht, ist die Leistung nach Nummer 355 nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.*	600	66,—

356	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 355 bei Herzkatheter-Einbringung(en) zur Untersuchung sowohl des linken als auch des rechten Herzens über jeweils gesonderte Gefäßzugänge während einer Sitzung	400	44,—
	Die Leistung nach Nummer 356 ist neben den Leistungen nach den Nummern 626 und/oder 627 nicht berechnungsfähig.		
	Wird die Leistung nach Nummer 356 im zeitlichen Zusammenhang mit der Leistung nach Nummer 360 erbracht, ist die Leistung nach Nummer 356 nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.		
357	Intraarterielle Einbringung(en) des Kontrastmittels über einen Katheter mittels Hochdruckinjektion zur Übersichtsangiographie der Brust- und/oder Bauchaorta — einschließlich Röntgenkontrolle und gegebenenfalls einschließlich fortlaufender EKG-Kontrolle —, je Sitzung	500	55,—
	Wird die Leistung nach Nummer 357 im Zusammenhang mit der Leistung nach Nummer 351 erbracht, ist die Leistung nach Nummer 357 nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.		
360	Herzkatheter-Einbringung(en) und anschließende intraarterielle Einbringung(en) des Kontrastmittels nach selektiver arterieller Katheterplazierung zur selektiven Koronarangiographie — einschließlich Röntgenkontrolle und fortlaufender EKG-Kontrolle —, je Sitzung	1000	110,—
	Die Leistung nach Nummer 360 kann je Sitzung nur einmal berechnet werden.		
	Die Leistung nach Nummer 360 ist neben den Leistungen nach den Nummern 626 und/oder 627 nicht berechnungsfähig.		
361	Intraarterielle Einbringung(en) des Kontrastmittels nach erneuter Einbringung eines Herzkatheters zur Sondierung eines weiteren Gefäßes — im Anschluß an die Leistung nach Nummer 360 —	600	66,—
	Die Leistung nach Nummer 361 ist je Sitzung nicht mehr als zweimal berechnungsfähig.		
365	Einbringung des Kontrastmittels zur Lymphographie, je Extremität	400	44,—
368	Einbringung des Kontrastmittels zur Bronchographie	400	44,—
370	Einbringung des Kontrastmittels zur Darstellung natürlicher, künstlicher oder krankhaft entstandener Gänge, Gangsysteme, Hohlräume oder Fisteln — gegebenenfalls intraoperativ —	200	22,—
372	Einbringung des Kontrastmittels in einen Zwischenwirbelraum	280	30,80
373	Einbringung des Kontrastmittels in ein Gelenk	250	27,50
374	Einbringung des Kontrastmittels in den Dünndarm mittels im Dünndarm endender Sonde	150	16,50

V. Impfungen und Testungen

Allgemeine Bestimmungen

1. Als Behandlungsfall gilt für die Behandlung derselben Erkrankung der Zeitraum eines Monats nach der jeweils ersten Inanspruchnahme des Arztes.
2. Erforderliche Nachbeobachtungen am Tag der Impfung oder Testung sind in den Leistungsansätzen enthalten und nicht gesondert berechnungsfähig.
3. Neben den Leistungen nach den Nummern 376 bis 378 sind die Leistungen nach den Nummern 1 und 2 und die gegebenenfalls erforderliche Eintragung in den Impfpaß nicht berechnungsfähig.
4. Mit den Gebühren für die Leistungen nach den Nummern 380 bis 382, 385 bis 391 sowie 395 und 396 sind die Kosten abgegolten.
5. Mit den Gebühren für die Leistungen nach den Nummern 393, 394, 397 und 398 sind die Kosten für serienmäßig lieferbare Testmittel abgegolten.

375	Schutzimpfung (intramuskulär, subkutan) — gegebenenfalls einschließlich Eintragung in den Impfpaß —	80	8,80
376	Schutzimpfung (oral) — einschließlich beratendem Gespräch —	80	8,80
377	Zusatzinjektion bei Parallelimpfung	50	5,50
378	Simultanimpfung (gleichzeitige passive und aktive Impfung gegen Wundstarrkrampf)	120	13,20
380	Epikutantest, je Test (1. bis 30. Test je Behandlungsfall)	30	3,30
381	Epikutantest, je Test (31. bis 50. Test je Behandlungsfall)	20	2,20
382	Epikutantest, je Test (51. bis 100. Test je Behandlungsfall)	15	1,65
	Mehr als 100 Epikutantests sind je Behandlungsfall nicht berechnungsfähig.		
383	Kutane Testung (z. B. von Pirquet, Moro)	30	3,30
384	Tuberkulinstempeltest, Mendel-Mantoux-Test oder Stempeltest mit mehreren Antigenen (sog. Batterietests)	40	4,40
385	Pricktest, je Test (1. bis 20. Test je Behandlungsfall)	45	4,95
386	Pricktest, je Test (21. bis 40. Test je Behandlungsfall)	30	3,30
387	Pricktest, je Test (41. bis 80. Test je Behandlungsfall)	20	2,20
	Mehr als 80 Pricktests sind je Behandlungsfall nicht berechnungsfähig.		
388	Reib-, Scratch- oder Skarifikationstest, je Test (bis zu 10 Tests je Behandlungsfall)	35	3,85
389	Reib-, Scratch- oder Skarifikationstest, jeder weitere Test	25	2,75
390	Intrakutantest, je Test (1. bis 20. Test je Behandlungsfall)	60	6,60
391	Intrakutantest, jeder weitere Test	40	4,40
393	Beidseitiger nasaler oder konjunktivaler Provokationstest zur Ermittlung eines oder mehrerer auslösender Allergene mit Einzel- oder Gruppenextrakt, je Test	100	11,—
394	Höchstwert für Leistungen nach Nummer 393, je Tag	300	33,—
395	Nasaler Schleimhautprovokationstest (auch beidseitig) mit mindestens dreimaliger apparativer Registrierung zur Ermittlung eines oder mehrerer auslösender Allergene mit Einzel- oder Gruppenextrakt, je Test	280	30,80
396	Höchstwert für Leistungen nach Nummer 395, je Tag	560	61,60
397	Bronchialer Provokationstest zur Ermittlung eines oder mehrerer auslösender Allergene mit Einzel- oder Gruppenextrakt mit apparativer Registrierung, je Test	380	41,80
398	Höchstwert für Leistungen nach Nummer 397, je Tag	760	83,60
399	Oraler Provokationstest, auch Expositionstest bei Nahrungsmittel- oder Medikamentenallergien — einschließlich Überwachung zur Erkennung von Schockreaktionen —	200	22,—

VI. Sonographische Leistungen

Allgemeine Bestimmungen

1. Die Zuschläge nach den Nummern 401 sowie 404 bis 406 sind nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.
2. Die Zuschläge bzw. Leistungen nach den Nummern 401 bis 418 sowie 422 bis 424 sind je Sitzung jeweils nur einmal berechnungsfähig.

3. Die Zuschläge bzw. Leistungen nach den Nummern 410 bis 418 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.
4. Die Leistungen nach den Nummern 422 bis 424 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.
5. Mit den Gebühren für die Zuschläge bzw. Leistungen nach den Nummern 401 bis 424 ist die erforderliche Bilddokumentation abgegolten.
6. Als Organe im Sinne der Leistungen nach den Nummern 410 und 420 gelten neben den anatomisch definierten Organen auch der Darm, Gelenke als Funktionseinheiten sowie Muskelgruppen, Lymphknoten und/oder Gefäße einer Körperregion.
   Als Organ gilt die jeweils untersuchte Körperregion unabhängig davon, ob nur Gefäße oder nur Lymphknoten oder Gefäße und Lymphknoten bzw. Weichteile untersucht werden.
   Die Darstellung des Darms gilt als eine Organuntersuchung unabhängig davon, ob der gesamte Darm, mehrere Darmabschnitte oder nur ein einziger Darmabschnitt untersucht werden.
7. Die sonographische Untersuchung eines Organs erfordert die Differenzierung der Organstrukturen in mindestens zwei Ebenen und schließt gegebenenfalls die Untersuchung unterschiedlicher Funktionszustände und die mit der gezielten Organuntersuchung verbundene Darstellung von Nachbarorganen mit ein.

401	Zuschlag zu den sonographischen Leistungen nach den Nummern 410 bis 418 bei zusätzlicher Anwendung des Duplex-Verfahrens — gegebenenfalls einschließlich Farbkodierung —	400	44,—
	Der Zuschlag nach Nummer 401 ist neben den Leistungen nach den Nummern 406, 422 bis 424, 644, 645, 649 und/oder 1754 nicht berechnungsfähig.		
402	Zuschlag zu den sonographischen Leistungen bei transösophagealer Untersuchung	250	27,50
	Der Zuschlag nach Nummer 402 ist neben den Leistungen nach den Nummern 403 sowie 676 bis 692 nicht berechnungsfähig.		
403	Zuschlag zu den sonographischen Leistungen bei transkavitärer Untersuchung	150	16,50
	Der Zuschlag nach Nummer 403 ist neben den Leistungen nach den Nummern 402 sowie 676 bis 692 nicht berechnungsfähig.		
404	Zuschlag zu Doppler-sonographischen Leistungen bei zusätzlicher Frequenzspektrumanalyse — einschließlich graphischer oder Bilddokumentation — ..	250	27,50
	Der Zuschlag nach Nummer 404 ist neben den Leistungen nach den Nummern 422, 423, 644, 645, 649 und/oder 1754 nicht berechnungsfähig.		
405	Zuschlag zu den Leistungen nach den Nummern 415 oder 424 — bei zusätzlicher Untersuchung mit cw-Doppler —	200	22,—
406	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 424 — bei zusätzlicher Farbkodierung —	200	22,—
408	Transluminale Sonographie von einem oder mehreren Blutgefäße(en) nach Einbringung eines Gefäßkatheters, je Sitzung	200	22,—
410	Ultraschalluntersuchung eines Organs	200	22,—
	Das untersuchte Organ ist in der Rechnung anzugeben.		
412	Ultraschalluntersuchung des Schädels bei einem Säugling oder Kleinkind bis zum vollendeten 2. Lebensjahr	280	30,80
413	Ultraschalluntersuchung der Hüftgelenke bei einem Säugling oder Kleinkind bis zum vollendeten 2. Lebensjahr	280	30,80
415	Ultraschalluntersuchung im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge — gegebenenfalls einschließlich Biometrie und Beurteilung der Organentwicklung —	300	33,—
417	Ultraschalluntersuchung der Schilddrüse	210	23,10
418	Ultraschalluntersuchung einer Brustdrüse — gegebenenfalls einschließlich der regionalen Lymphknoten —	210	23,10

420	Ultraschalluntersuchung von bis zu drei weiteren Organen im Anschluß an eine der Leistung nach den Nummern 410 bis 418, je Organ	80	8,80
	Die untersuchten Organe sind in der Rechnung anzugeben.		
	Die Leistung nach Nummer 420 kann je Sitzung höchstens dreimal berechnet werden.		
422	Eindimensionale echokardiographische Untersuchung mittels Time-Motion-Diagramm, mit Bilddokumentation — gegebenenfalls einschließlich gleichzeitiger EKG-Kontrolle —	200	22,—
423	Zweidimensionale echokardiographische Untersuchung mittels Real-Time-Verfahren (B-Mode), mit Bilddokumentation — einschließlich der Leistung nach Nummer 422 —	500	55,—
424	Zweidimensionale Doppler-echokardiographische Untersuchung mit Bilddokumentation — einschließlich der Leistung nach Nummer 423 — (Duplex-Verfahren)	700	77,—
	VII. Intensivmedizinische und sonstige Leistungen		
427	Assistierte und/oder kontrollierte apparative Beatmung durch Saug-Druck-Verfahren bei vitaler Indikation, bis zu 12 Stunden Dauer	150	16,50
428	Assisitierte und/oder kontrollierte apparative Beatmung durch Saug-Druck-Verfahren bei vitaler Indikation, bei mehr als 12 Stunden Dauer, je Tag ...	220	24,20
	Neben den Leistungen nach den Nummern 427 und 428 sind die Leistungen nach den Nummern 462, 463 und/oder 501 nicht berechnungsfähig.		
429	Wiederbelebungsversuch — einschließlich künstlicher Beatmung und extrathorakaler indirekter Herzmassage, gegebenenfalls einschließlich Intubation —	400	44,—
430	Extra- oder intrathorakale Elektro-Defibrillation und/oder -Stimulation des Herzens	400	44,—
	Die Leistung nach Nummer 430 ist auch bei mehrfacher Verabfolgung von Stromstößen in engem zeitlichen Zusammenhang zur Erreichung der Defibrillation nur einmal berechnungsfähig.		
431	Elektrokardioskopie im Notfall	100	11,—
433	Ausspülung des Magens — auch mit Sondierung der Speiseröhre und des Magens und/oder Spülung des Duodenums —	140	15,40
435	Stationäre intensivmedizinische Überwachung und Behandlung eines Patienten auf einer dafür eingerichteten gesonderten Betteneinheit eines Krankenhauses mit spezieller Personal- und Geräteausstattung — einschließlich aller im Rahmen der Intensivbehandlung erbrachten Leistungen, soweit deren Berechnungsfähigkeit nachfolgend ausgeschlossen ist —, bis zu 24 Stunden Dauer	900	99,—
	Neben der Leistung nach Nummer 435 sind für die Dauer der stationären intensivmedizinischen Überwachung und Behandlung Leistungen nach den Abschnitten C III und M sowie die Leistungen nach den Nummern 1 bis 56, 61 bis 96, 200 bis 211, 247, 250 bis 268, 270 bis 286 a, 288 bis 298, 401 bis 424, 427 bis 433, 483 bis 485, 488 bis 490, 500, 501, 505, 600 bis 609, 634 bis 648, 650 bis 657, 659 bis 661, 665 bis 672, 1529 bis 1532, 1728 bis 1733 nicht berechnungsfähig. Diese Leistungen dürfen auch nicht anstelle der Leistung nach Nummer 435 berechnet werden.		
	Teilleistungen sind auch dann mit der Gebühr abgegolten, wenn sie von verschiedenen Ärzten erbracht werden. Die Leistung nach Nummer 60 kann nur von dem Arzt berechnet werden, der die Leistung nach Nummer 435 nicht berechnet.		
	Mit der Gebühr für die Leistung nach Nummer 435 sind Leistungen zur Untersuchung und/oder Behandlung von Störungen der Vitalfunktionen, der zugrundeliegenden Erkrankung und/oder sonstiger Erkrankungen abgegolten.		

437	Laboratoriumsuntersuchungen im Rahmen einer Intensivbehandlung nach Nummer 435, bis zu 24 Stunden Dauer	500	55,—

Neben der Leistung nach Nummer 437 sind Leistungen nach Abschnitt M — mit Ausnahme von Leistungen nach den Abschnitten M III 13 (Blutgruppenmerkmale, HLA-System) und M IV (Untersuchungen zum Nachweis und zur Charakterisierung von Krankheitserregern) — nicht berechnungsfähig.

VIII. Zuschläge zu ambulanten Operations- und Anästhesieleistungen

Allgemeine Bestimmungen

1. Bei ambulanter Durchführung von Operations- und Anästhesieleistungen in der Praxis niedergelassener Ärzte oder in Krankenhäusern können für die erforderliche Bereitstellung von Operationseinrichtungen und Einrichtungen zur Vor- und Nachsorge (z. B. Kosten für Operations- oder Aufwachräume oder Gebühren bzw. Kosten für wiederverwendbare Operationsmaterialien bzw. -geräte) Zuschläge berechnet werden.

   Für die Anwendung eines Operationsmikroskops oder eines Lasers im Zusammenhang mit einer ambulanten operativen Leistung können Zuschläge berechnet werden, wenn die Anwendung eines Operationsmikroskops oder eines Lasers in der Leistungsbeschreibung der Gebührennummer für die operative Leistung nicht beinhaltet ist.

2. Die Zuschläge nach den Nummern 440 bis 449 sind nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.

3. Die Zuschläge nach den Nummern 440, 441, 442, 443, 444 und 445 sind operativen Leistungen

   — nach den Nummern 679, 695, 700, 701, 765 in Abschnitt F,

   — nach den Nummern 1011, 1014, 1041, 1043 bis 1045, 1048, 1052, 1055, 1056, 1060, 1085, 1086, 1089, 1097 bis 1099, 1104, 1111 bis 1113, 1120 bis 1122, 1125, 1126, 1129, 1131, 1135 bis 1137, 1140, 1141, 1145, 1155, 1156, 1159, 1160 in Abschnitt H,

   — nach den Nummern 1283 bis 1285, 1292, 1299, 1301, 1302, 1304 bis 1306, 1310, 1311, 1321, 1326, 1330 bis 1333, 1341, 1345, 1346, 1348 bis 1361, 1365, 1366, 1367, 1369 bis 1371, 1374, 1375, 1377, 1382, 1384, 1386 in Abschnitt I,

   — nach den Nummern 1428, 1438, 1441, 1445 bis 1448, 1455, 1457, 1467 bis 1472, 1485, 1486, 1493, 1497, 1513, 1519, 1520, 1527, 1528, 1534, 1535, 1576, 1586, 1588, 1595, 1597, 1598, 1601, 1610 bis 1614, 1622, 1628, 1635 bis 1637 in Abschnitt J,

   — nach den Nummern 1713, 1738, 1740, 1741, 1753, 1755, 1756, 1760, 1761, 1763 bis 1769, 1782, 1797, 1800, 1802, 1815, 1816, 1827, 1851 in Abschnitt K,

   — oder nach den Nummern 2010, 2040, 2041, 2042 bis 2045, 2050 bis 2052, 2062, 2064 bis 2067, 2070, 2072 bis 2076, 2080 bis 2084, 2087 bis 2089, 2091, 2092, 2100 bis 2102, 2105, 2106, 2110 bis 2112, 2117 bis 2122, 2130, 2131, 2133 bis 2137, 2140, 2141, 2156 bis 2158, 2170 bis 2172, 2189 bis 2191, 2193, 2210, 2213, 2216, 2219, 2220, 2223 bis 2225, 2230, 2235, 2250, 2253, 2254, 2256, 2257, 2260, 2263, 2268, 2269, 2273, 2279, 2281 bis 2283, 2291, 2293 bis 2297, 2325, 2339, 2340, 2344, 2345, 2347 bis 2350, 2354 bis 2356, 2380 bis 2386, 2390, 2392 bis 2394, 2396, 2397, 2402, 2404, 2405, 2407, 2408, 2410 bis 2412, 2414 bis 2421, 2427, 2430 bis 2432, 2440 bis 2442, 2454, 2540, 2541, 2570, 2580, 2581, 2583, 2584, 2586 bis 2589, 2597, 2598, 2620, 2621, 2625, 2627, 2640, 2642, 2650, 2651, 2655 bis 2658, 2660, 2670, 2671, 2675 bis 2677, 2682, 2687, 2688, 2690, 2692 bis 2695, 2698, 2699, 2701, 2705, 2706, 2710, 2711, 2730, 2732, 2751 bis 2754, 2800, 2801, 2803, 2809, 2823, 2881 bis 2883, 2887, 2890, 2891, 2895 bis 2897, 2950 bis 2952, 2970, 2990 bis 2993, 3095 bis 3097, 3120, 3156, 3173, 3200, 3208, 3219 bis 3224, 3237, 3240, 3241, 3283 bis 3286, 3300 in Abschnitt L zuzuordnen.

   Die Zuschläge nach den Nummern 446 und 447 sind anästhesiologischen Leistungen des Abschnitts D zuzuordnen.

   Die Zuschläge nach den Nummern 448 und 449 dürfen nur im Zusammenhang mit einer an einen Zuschlag nach den Nummern 442 bis 445 gebundenen ambulanten Operation und mit einer an einen Zuschlag nach den Nummern 446 bis 447 gebundenen Anästhesie bzw. Narkose berechnet werden.

   Die Zuschläge sind in der Rechnung unmittelbar im Anschluß an die zugeordnete operative bzw. anästhesiologische Leistung aufzuführen.

4. Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach den Nummern 442 bis 445 sowie 446 oder 447 ist die erbrachte Operations- bzw. Anästhesieleistung mit der höchsten Punktzahl. Eine Zuordnung des Zuschlags nach den Nummern 442 bis 445 sowie 446 bis 447 zu der Summe der jeweils ambulant erbrachten einzelnen Operations- bzw. Anästhesieleistungen ist nicht möglich.

5. Die Leistungen nach den Nummern 448 und 449 sind im Zusammenhang mit derselben Operation nur von einem der an dem Eingriff beteiligten Ärzte und nur entweder neben den Leistungen nach den Nummern 442 bis 445 oder den Leistungen nach den Nummern 446 bis 447 berechnungsfähig. Neben den Leistungen nach den Nummern 448 oder 449 darf die Leistung nach Nummer 56 nicht berechnet werden.

6. Die Zuschläge nach den Nummern 442 bis 449 sind nicht berechnungsfähig, wenn der Patient an demselben Tag wegen derselben Erkrankung in stationäre Krankenhausbehandlung aufgenommen wird; das gilt nicht, wenn die stationäre Behandlung wegen unvorhersehbarer Komplikationen während oder nach der ambulanten Operation notwendig und entsprechend begründet wird.

440	Zuschlag für die Anwendung eines Operationsmikroskops bei ambulanten operativen Leistungen	400	44,—
	Der Zuschlag nach Nummer 440 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig.		
441	Zuschlag für die Anwendung eines Lasers bei ambulanten operativen Leistungen, je Sitzung		
	Der Zuschlag nach Nummer 441 beträgt 100 v. H. des einfachen Gebührensatzes der betreffenden Leistung, jedoch nicht mehr als 132 Deutsche Mark.		
	Der Zuschlag nach Nummer 441 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig.		
442	Zuschlag bei ambulanter Durchführung von operativen Leistungen, die mit Punktzahlen von 250 bis 499 Punkten bewertet sind	400	44,—
	Der Zuschlag nach Nummer 442 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nummer 442 ist neben den Zuschlägen nach den Nummern 443 bis 445 nicht berechnungsfähig.		
443	Zuschlag bei ambulanter Durchführung von operativen Leistungen, die mit Punktzahlen von 500 bis 799 Punkten bewertet sind	750	82,50
	Der Zuschlag nach Nummer 443 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nummer 443 ist neben den Zuschlägen nach den Nummern 442, 444 und/oder 445 nicht berechnungsfähig.		
444	Zuschlag bei ambulanter Durchführung von operativen Leistungen, die mit Punktzahlen von 800 bis 1199 Punkten bewertet sind	1300	143,—
	Der Zuschlag nach Nummer 444 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nummer 444 ist neben den Zuschlägen nach den Nummern 442, 443 und/oder 445 nicht berechnungsfähig.		
445	Zuschlag bei ambulanter Durchführung von operativen Leistungen, die mit Punktzahlen von 1200 und mehr Punkten bewertet sind	2200	242,—
	Der Zuschlag nach Nummer 445 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nummer 445 ist neben den Zuschlägen nach den Nummern 442 bis 444 nicht berechnungsfähig.		
446	Zuschlag bei ambulanter Durchführung von Anästhesieleistungen, die mit Punktzahlen von 200 bis 399 Punkten bewertet sind	300	33,—
	Der Zuschlag nach Nummer 446 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nummer 446 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 447 nicht berechnungsfähig.		
447	Zuschlag bei ambulanter Durchführung von Anästhesieleistungen, die mit 400 und mehr Punkten bewertet sind	650	71,50
	Der Zuschlag nach Nummer 447 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nummer 447 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 446 nicht berechnungsfähig.		

448	Beobachtung und Betreuung eines Kranken über mehr als zwei Stunden während der Aufwach- und/oder Erholungszeit bis zum Eintritt der Transportfähigkeit nach zuschlagsberechtigten ambulanten operativen Leistungen bei Durchführung unter zuschlagsberechtigten ambulanten Anästhesien bzw. Narkosen	600	66,—
	Der Zuschlag nach Nummer 448 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nummer 448 ist neben den Leistungen nach den Nummmern 1 bis 8 und 56 sowie dem Zuschlag nach Nummer 449 nicht berechnungsfähig.		
449	Beobachtung und Betreuung eines Kranken über mehr als vier Stunden während der Aufwach- und/oder Erholungszeit bis zum Eintritt der Transportfähigkeit nach zuschlagsberechtigten ambulanten operativen Leistungen beiDurchführung unter zuschlagsberechtigten ambulanten Anästhesien bzw. Narkosen	900	99,—
	Der Zuschlag nach Nummer 449 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nummer 449 ist neben den Leistungen nach den Nummern 1 bis 8 und 56 sowie dem Zuschlag nach Nummer 448 nicht berechnungsfähig."		

4. Nach der Leistung nach Nummer 495 werden folgende Leistungen mit den Nummern 497 und 498 eingefügt:

„497	Blockade des Truncus sympathicus (lumbaler Grenzstrang oder Ganglion stellatum) mittels Anästhetika	220	24,20
498	Blockade des Truncus sympathicus (thorakaler Grenzstrang oder Plexus solaris) mittels Anästhetika	300	33,—"

5. Nach der Leistung nach Nummer 555 wird folgende Leistung mit der Nummer 558 eingefügt:

„558	Apparative isokinetische Muskelfunktionstherapie, je Sitzung	120	13,20"

6. Nach der Leistung nach Nummer 605 wird folgende Leistung mit der Nummer 605 a eingefügt:

„605 a	Darstellung der Flußvolumenkurve bei spirographischen Untersuchungen — einschließlich graphischer Registrierung und Dokumentation —	140	15,40"

7. Nach der Leistung nach Nummer 612 wird folgende Leistung mit der Nummer 614 eingefügt:

„614	Transkutane Messung(en) des Sauerstoffpartialdrucks	150	16,50"

8. Nach der Leistung nach Nummer 624 werden folgende Leistungen mit den Nummern 626 und 627 eingefügt:

„626	Rechtsherzkatheterismus — einschließlich Druckmessungen und oxymetrischer Untersuchungen sowie fortlaufender EKG- und Röntgenkontrolle — ..	1000	110,—
	Die Leistung nach Nummer 626 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig.		
	Neben der Leistung nach Nummer 626 sind die Leistungen nach den Nummern 355, 356, 360, 361, 602, 648, 650, 651, 3710 und 5295 nicht berechnungsfähig.		
627	Linksherzkatheterismus — einschließlich Druckmessungen und oxymetrischer Untersuchungen sowie fortlaufender EKG- und Röntgenkontrolle —	1500	165,—
	Die Leistung nach Nummer 627 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig.		
	Neben der Leistung nach Nummer 627 sind die Leistungen nach den Nummern 355, 356, 360, 361, 602, 648, 650, 651, 3710 und 5295 nicht berechnungsfähig."		

9. Die Leistungen nach den Nummern 628 und 629 werden wie folgt gefaßt:

„628	Herzkatheterismus mit Druckmessungen und oxymetrischen Untersuchungen — einschließlich fortlaufender EKG- und Röntgenkontrolle — im zeitlichen Zusammenhang mit Leistungen nach den Nummern 355 und/oder 360	800	88,—
	Die Leistung nach Nummer 628 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig.		
	Neben der Leistung nach Nummer 628 sind die Leistungen nach den Nummern 602, 648, 650, 651, 3710 und 5295 nicht berechnungsfähig.		
629	Transseptaler Linksherzkatheterismus — einschließlich Druckmessungen und oxymetrischer Untersuchungen sowie fortlaufender EKG- und Röntgenkontrolle —	2000	220,—
	Die Leistung nach Nummer 629 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig.		
	Neben der Leistung nach Nummer 629 sind die Leistungen nach den Nummern 355, 356, 602, 648, 650, 651, 3710 und 5295 nicht berechnungsfähig."		

10. Nach der Abrechnungsbestimmung nach der Leistung nach Nummer 630 wird folgende Abrechnungsbestimmung eingefügt:

„Neben der Leistung nach Nummer 630 sind die Leistungen nach den Nummern 355, 356, 360, 361, 602, 648, 650, 651, 3710 und 5295 nicht berechnungsfähig."

11. Der zweite Absatz der Abrechnungsbestimmung nach der Leistung nach Nummer 632 wird wie folgt gefaßt:

„Neben der Leistung nach Nummer 632 sind die Leistungen nach den Nummern 355, 356, 360, 361, 602, 648, 650, 651, 3710 und 5295 nicht berechnungsfähig."

12. Nach der Leistung nach Nummer 648 wird folgende Leistung mit der Nummer 649 eingefügt:

„649	Transkranielle, Doppler-sonographische Untersuchung — einschließlich graphischer Registrierung —	650	71,50"

13. Nach der Leistung nach Nummer 653 wird folgende Leistung mit der Nummer 654 eingefügt:

„654	Langzeitblutdruckmessung von mindestens 18 Stunden Dauer — einschließlich Aufzeichnung und Auswertung —	150	16,50"

14. Die Leistungen nach den Nummern 667 und 668 werden gestrichen.

15. Nach der Leistung nach Nummer 669 werden folgende Leistungen mit den Nummern 670 bis 672 eingefügt:

„670	Einführung einer Magenverweilsonde zur enteralen Ernährung oder zur Druckentlastung	120	13,20
671	Fraktionierte Ausheberung des Magensaftes — auch nach Probefrühstück oder Probemahlzeit —	120	13,20
672	Ausheberung des Duodenalsaftes — auch mit Gallenreflex oder Duodenalspülung, gegebenenfalls fraktioniert —	120	13,20"

16. Nach der Leistung nach Nummer 692 wird folgende Leistung mit der Nummer 692 a eingefügt:

„692a	Plazierung einer Drainage in den Gallen- oder Pankreasgang — zusätzlich zu einer Leistung nach den Nummern 685, 686 oder 692 —	400	44,—"

17. Nach der Leistung nach Nummer 698 wird folgende Leistung mit der Nummer 699 eingefügt:

„699	Infrarotkoagulation im Enddarmbereich, je Sitzung	120	13,20"

18. Nach der Leistung nach Nummer 701 wird folgende Leistung mit der Nummer 703 eingefügt:

„703	Ballonsondentamponade bei blutenden Ösophagus- und/oder Fundusvarizen	500	55,—"

19. Die Abrechnungsbestimmung nach der Leistung nach Nummer 715 wird wie folgt gefaßt:

„Neben der Leistung nach Nummer 715 sind die Leistungen nach den Nummern 8 und 26 nicht berechnungsfähig."

20. Nach der Leistung nach Nummer 748 werden folgende Leistungen mit den Nummern 750 und 752 eingefügt:

„750	Auflichtmikroskopie der Haut (Dermatoskopie), je Sitzung	120	13,20
752	Bestimmung des Elektrolytgehalts im Schweiß durch Widerstandsmessung — einschließlich Stimulation der Schweißsekretion —	150	16,50"

21. Nach der Leistung nach Nummer 766 werden folgende Leistungen mit den Nummern 768 und 770 eingefügt:

„768	Ätzung im Enddarmbereich, als selbständige Leistung	50	5,50
770	Ausräumung des Mastdarms mit der Hand	140	15,40"

22. Der dritte Absatz der Abrechnungsbestimmung nach der Leistung nach Nummer 793 wird wie folgt gefaßt:

„Leistungen nach den Abschnitten B und C (mit Ausnahme der Leistung nach Nummer 50 in Verbindung mit einem Zuschlag nach den Buchstaben E, F, G und/oder H) sowie die Leistungen nach den Nummern 3550, 3555, 3557, 3558, 3562.H1, 3565.H1, 3574, 3580.H1, 3584.H1, 3585.H1, 3587.H1, 3592.H1, 3594.H1, 3595.H1, 3620, 3680, 3761 und 4381, die in ursächlichem Zusammenhang mit der Dialysebehandlung erbracht werden, sind nicht gesondert berechnungsfähig. Dies gilt auch für Auftragsleistungen."

23. Die Abrechnungsbestimmung nach der Leistung nach Nummer 800 wird wie folgt gefaßt:

„Neben der Leistung nach Nummer 800 sind die Leistungen nach den Nummern 8, 26, 825, 826, 830 und 1400 nicht berechnungsfähig."

24. Die Abrechnungsbestimmung nach der Leistung nach Nummer 801 wird wie folgt gefaßt:

„Neben der Leistung nach Nummer 801 sind die Leistungen nach den Nummern 4, 8, 715 bis 718, 825, 826, 830 und 1400 nicht berechnungsfähig."

25. Nach der Abrechnungsbestimmung nach der Leistung nach Nummer 807 wird folgende Leistung mit der Nummer 808 eingefügt:

„808	Einleitung oder Verlängerung der tiefenpsychologisch fundierten oder der analytischen Psychotherapie — einschließlich Antrag auf Feststellung der Leistungspflicht im Rahmen des Gutachterverfahrens, gegebenenfalls einschließlich Besprechung mit dem nichtärztlichen Psychotherapeuten —	400	44,—"

26. Nach der Leistung nach Nummer 827 wird folgende Leistung mit der Nummer 827 a eingefügt:

„827 a	Langzeit-elektroenzephalographische Untersuchung von mindestens 18 Stunden Dauer — einschließlich Aufzeichnung und Auswertung —	950	104,50"

27. Nach der Leistung nach Nummer 840 wird folgende Leistung mit der Nummer 842 eingefügt:

„842	Apparative isokinetische Muskelfunktionsdiagnostik	500	55,—
	Die Leistung nach Nummer 842 ist im Behandlungsfall nur einmal berechnungsfähig."		

28. Nach der Leistung nach Nummer 865 werden folgende Leistungen mit den Nummern 870 und 871 eingefügt:

„870	Verhaltenstherapie, Einzelbehandlung, Dauer mindestens 50 Minuten — gegebenenfalls Unterteilung in zwei Einheiten von jeweils mindestens 25 Minuten —	750	82,50
871	Verhaltenstherapie, Gruppenbehandlung mit einer Teilnehmerzahl von höchstens 8 Personen, Dauer mindestens 50 Minuten, je Teilnehmer	150	16,50
	Bei einer Sitzungsdauer von mindestens 100 Minuten kann die Leistung nach Nummer 871 zweimal berechnet werden."		

29. Nach der Leistung nach Nummer 1062 wird folgende Leistung mit der Nummer 1063 eingefügt:

„1063	Vaginoskopie bei einem Kind bis zum vollendeten 10. Lebensjahr	240	26,40"

30. Nach der Leistung nach Nummer 1104 wird folgende Leistung mit der Nummer 1105 eingefügt:

„1105	Gewinnung von Zellmaterial aus der Gebärmutterhöhle und Aufbereitung zur zytologischen Untersuchung — einschließlich Kosten —	180	19,80"

31. Nach der Leistung nach Nummer 1204 wird folgende Leistung mit der Nummer 1207 eingefügt:

„1207	Prüfung von Mehrstärken- oder Prismenbrillen mit Bestimmung der Fern- und Nahpunkte bei subjektiver Brillenunverträglichkeit	70	7,70"

32. Der erste Absatz der Abrechnungsbestimmung nach der Leistung nach Nummer 1213 wird wie folgt gefaßt:

„Neben den Leistungen nach den Nummern 1210 bis 1213 sind die Leistungen nach den Nummern 5 und/oder 6 nicht berechnungsfähig."

33. Die Abrechnungsbestimmung nach der Leistung nach Nummer 1217 wird wie folgt gefaßt:

„Neben der Leistung nach Nummer 1217 sind die Leistungen nach den Nummern 5 und/oder 6 nicht berechnungsfähig."

34. Nach der Leistung nach Nummer 1251 werden folgende Leistungen mit den Nummern 1252 und 1253 eingefügt:

„1252	Fotographische Verlaufskontrolle intraokularer Veränderungen mittels Spaltlampenfotographie	100	11,—
1253	Fotographische Verlaufskontrolle von Veränderungen des Augenhintergrunds mittels Fundusfotographie	150	16,50"

35. Nach der Leistung nach Nummer 1408 wird folgende Leistung mit der Nummer 1409 eingefügt:

„1409	Messung otoakustischer Emissionen	400	44,—
	Die Leistung nach Nummer 1409 ist neben den Leistungen nach den Nummern 827 bis 829 nicht berechnungsfähig."		

36. Nach der Leistung nach Nummer 1417 wird folgende Leistung mit der Nummer 1418 eingefügt:

„1418	Endoskopische Untersuchung der Nasenhaupthöhlen und/oder des Nasenrachenraums — gegebenenfalls einschließlich der Stimmbänder —	180	19,80
	Neben der Leistung nach Nummer 1418 ist die Leistung nach Nummer 1466 nicht berechnungsfähig."		

37. Die Abrechnungsbestimmung nach der Leistung nach Nummer 1730 wird wie folgt gefaßt:

„Wird eine Harnblasenkatheterisierung lediglich ausgeführt, um eine gynäkologische Untersuchung nach Nummer 7 zu erleichtern, so ist sie neben der Leistung nach Nummer 7 nicht berechnungsfähig."

38. Nach der Leistung nach Nummer 1738 wird folgende Leistung mit der Nummer 1739 eingefügt:

„1739	Unblutige Beseitigung einer Paraphimose und/oder Lösung einer Vorhautverklebung	60	6,60"

39. Nach der Leistung nach Nummer 1753 wird folgende Leistung mit der Nummer 1754 eingefügt:

„1754	Direktionale doppler-sonographische Untersuchung der Strömungsverhältnisse in den Penisgefäßen und/oder Skrotalfächern — einschließlich graphischer Registrierung —	180	19,80"

40. Nach der Leistung nach Nummer 1758 wird folgende Leistung mit der Nummer 1759 eingefügt:

„1759	Transpenile oder transskrotale Venenembolisation	2800	308,—"

41. Nach der Abrechnungsbestimmung nach der Leistung nach Nummer 1798 wird folgende Leistung mit der Nummer 1799 eingefügt:

„1799	Nierenbeckendruckmessung	150	16,50"

42. Nach der Leistung nach Nummer 2010 wird folgende Leistung mit der Nummer 2015 eingefügt:

„2015	Anlegen einer oder mehrerer Redondrainage(n) in Gelenke, Weichteile oder Knochen über einen gesonderten Zugang — gegebenenfalls einschließlich Spülung —	60	6,60"

43. Nach der Leistung nach Nummer 2092 wird folgende Leistung mit der Nummer 2093 eingefügt:

„2093	Spülung bei liegender Drainage	50	5,50"

44. Nach der Überschrift „III. Gelenkchirurgie" in Abschnitt L werden folgende Allgemeine Bestimmungen eingefügt:

„Allgemeine Bestimmungen

Werden Leistungen nach den Nummern 2102, 2104, 2112, 2113, 2117, 2119, 2136, 2189, 2190, 2191 und/oder 2193 an demselben Gelenk im Rahmen derselben Sitzung erbracht, so sind diese Leistungen nicht mehrfach und nicht nebeneinander berechnungsfähig.

Neben den Leistungen nach den Nummern 2189 bis 2196 sind die Leistungen nach den Nummern 300 bis 302 sowie 3300 nicht berechnungsfähig.

Die Leistungen nach den Nummern 2192, 2195 und/oder 2196 sind für operative Eingriffe an demselben Gelenk im Rahmen derselben Sitzung jeweils nur einmal berechnungsfähig."

45. Nach der Leistung nach Nummer 2184 werden folgende Leistungen mit den Nummern 2189 bis 2193, 2195 und 2196 in Abschnitt L III eingefügt:

„2189	Arthroskopische Operation mit Entfernung oder Teilresektion eines Meniskus im Kniegelenk — gegebenenfalls einschließlich Plicateilresektion, Teilresektion des Hoffa'schen Fettkörpers und/oder Entfernung freier Gelenkkörper —	1500	165,—
2190	Arthroskopische erhaltende Operation an einem Meniskus (z. B. Meniskusnaht, Refixation) in einem Kniegelenk	1800	198,—
2191	Arthroskopische Operation mit primärer Naht, Reinsertion, Rekonstruktion oder plastischem Ersatz eines Kreuz- oder Seitenbandes an einem Kniegelenk — einschließlich Kapselnaht —	2000	220,—
2192	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 2191 für die primäre Naht, Reinsertion, Rekonstruktion oder den plastischen Ersatz eines weiteren Bandes in demselben Kniegelenk im Rahmen derselben Sitzung	500	55,—
2193	Arthroskopische Operation mit Synovektomie an einem Knie- oder Hüftgelenk bei chronischer Gelenkentzündung — gegebenenfalls einschließlich Abtragung von Osteophyten	1800	198,—

2195	Zuschlag für weitere operative Eingriffe an demselben Gelenk — zusätzlich zu den Leistungen nach den Nummern 2102, 2104, 2112, 2117, 2119, 2136, 2189 bis 2191 oder 2193 —	300	33,—
2196	Diagnostische Arthroskopie im direkten zeitlichen Zusammenhang mit arthroskopischen Operationen nach den Nummern 2189 bis 2191 sowie 2193	250	27,50"

46. Nach der Leistung nach Nummer 2225 wird folgende Leistung mit der Nummer 2226 eingefügt:

„2226	Einrenkung eines eingeklemmten Meniskus, der Subluxation eines Radiusköpfchens (Chassaignac) oder der Luxation eines Sternoklavikulargelenks	120	13,20"

47. Nach der Leistung nach Nummer 2280 wird folgende Leistung mit der Nummer 2281 eingefügt:

„2281	Perkutane Nukleotomie (z. B. Absaugen des Bandscheibengewebes im Hochdruckverfahren)	1400	154,—"

48. Nach der Leistung nach Nummer 2407 wird folgende Leistung mit der Nummer 2408 eingefügt:

„2408	Ausräumung des Lymphstromgebiets einer Axilla	1100	121,—"

49. Die Leistungen nach den Nummern 2850 und 2851 werden gestrichen.

50. Nach der Leistung nach Nummer 3079 wird folgende Leistung mit der Nummer 3084 eingefügt:

„3084	Valvuloplastik einer Herzklappe	3300	363,—"

51. Nach der Leistung nach Nummer 3190 wird folgende Leistung mit der Nummer 3192 eingefügt:

„3192	Milzrevision, als selbständige Leistung	2000	220,—"

52. Abschnitt M wird wie folgt gefaßt:

„M. Laboratoriumsuntersuchungen

Allgemeine Bestimmungen

1. Die Gebühren für Laboratoriumsuntersuchungen des Abschnitts M umfassen die Eingangsbegutachtung des Probenmaterials, die Probenvorbereitung, die Durchführung der Untersuchung (einschließlich der erforderlichen Qualitätssicherungsmaßnahmen) sowie die Erstellung des daraus resultierenden ärztlichen Befunds.

   Mit den Gebühren für die berechnungsfähigen Leistungen sind außer den Kosten — mit Ausnahme der Versand- und Portokosten sowie der Kosten für Pharmaka im Zusammenhang mit Funktionstesten — auch die Beurteilung, die obligatorische Befunddokumentation, die Befundmitteilung sowie der einfache Befundbericht abgegolten. Die Verwendung radioaktiven Materials kann nicht gesondert berechnet werden.

   Kosten für den Versand des Untersuchungsmaterials und die Übermittlung des Untersuchungsergebnisses innerhalb einer Laborgemeinschaft sind nicht berechnungsfähig.

2. Stehen dem Arzt für die Erbringung bestimmter Laboruntersuchungen mehrere in ihrer klinischen Aussagefähigkeit und analytischen Qualität gleichwertige Verfahren zur Verfügung, so kann er nur das niedriger bewertete Verfahren abrechnen.

3. Bei Weiterversand von Untersuchungsmaterial durch einen Arzt an einen anderen Arzt wegen der Durchführung von Laboruntersuchungen der Abschnitte M III und/oder M IV hat die Rechnungsstellung durch den Arzt zu erfolgen, der die Laborleistung selbst erbracht hat.

4. Mehrmalige Blutentnahmen an einem Kalendertag (z. B. im Zusammenhang mit Funktionsprüfungen) sind entsprechend mehrfach berechnungsfähig. Anstelle der Blutentnahme kann die intravenöse Einbringung von Testsubstanzen berechnet werden, wenn beide Leistungen bei liegender Kanüle nacheinander erbracht werden.

   Entnahmen aus liegender Kanüle oder liegendem Katheter sind nicht gesondert berechnungsfähig.

5. Die rechnerische Ermittlung von Ergebnissen aus einzelnen Meßgrößen ist nicht berechnungsfähig (z. B. Clearance-Berechnungen, mittlerer korpuskulärer Hämoglobingehalt).

6. Die in Abschnitt M enthaltenen Höchstwerte umfassen alle Untersuchungen aus einer Art von Körpermaterial (z. B. Blut einschließlich seiner Bestandteile Serum, Plasma und Blutzellen), das an einem Kalendertag gewonnen wurde, auch wenn dieses an mehreren Tagen untersucht wurde.

   Sind aus medizinischen Gründen an einem Kalendertag mehrere Untersuchungen einer Meßgröße aus einer Materialart zu verschiedenen Tageszeiten erforderlich, so können diese entsprechend mehrfach berechnet werden. Bestehen für diese Bestimmungen Höchstwerte, so gehen sie in den Höchstwert mit ein.

   Die unter Höchstwerte fallenden Untersuchungen sind in der 5. und 6. Stelle der Gebührennummer durch H1 bis H4 gekennzeichnet. Diese Kennzeichnung ist Bestandteil der Gebührennummer und muß in der Rechnung angegeben werden.

   Die erbrachten Einzelleistungen sind auch dann in der Rechnung aufzuführen, wenn für diese ein Höchstwert berechnet wird.

7. Werden Untersuchungen, die Bestandteil eines Leistungskomplexes sind (z. B. Spermiogramm), als selbständige Einzelleistungen durchgeführt, so darf die Summe der Vergütungen für diese Einzelleistungen die für den Leistungskomplex festgelegte Vergütung nicht überschreiten.

8. Für die analoge Abrechnung einer nicht aufgeführten selbständigen Laboruntersuchung ist die nach Art, Kosten- und Zeitaufwand zutreffendste Gebührennummer aus den Abschnitten M II bis M IV zu verwenden. In der Rechnung ist diese Gebührennummer durch Voranstellen des Buchstabens „A" als Analogabrechnung zu kennzeichnen.

9. Sofern erforderlich, sind in den Katalogen zu den Meßgrößen die zur Untersuchung verwendeten Methoden in Kurzbezeichnung aufgeführt. In den folgenden Fällen werden verschiedene Methoden unter einem gemeinsamen Oberbegriff zusammengefaßt:

   Agglutination: Agglutinationsreaktionen (z. B. Hämagglutination, Hämagglutinationshemmung, Latex-Agglutination, Bakterienagglutination);

   Immundiffusion: Immundiffusions- (radiale), Elektroimmundiffusions-, nephelometrische oder turbidimetrische Untersuchungen;

   Immunfluoreszenz oder ähnliche Untersuchungsmethoden: Lichtmikroskopische Untersuchungen mit Fluoreszenz-, Enzym- oder anderer Markierung zum Nachweis von Antigenen oder Antikörpern;

   Ligandenassay: Enzym-, Chemolumineszenz-, Fluoreszenz-, Radioimmunoassay und ihre Varianten.

   Die Gebühren für Untersuchungen mittels Ligandenassay beinhalten grundsätzlich eine Durchführung in Doppelbestimmung einschließlich aktueller Bezugskurve. Bei der Formulierung „— gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve —" ist die Durchführung fakultativ, bei der Formulierung „— einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve —" ist die Durchführung obligatorisch zur Berechnung der Gebühr. Wird eine Untersuchung mittels Ligandenassay, die obligatorisch eine Doppelbestimmung beinhaltet, als Einfachbestimmung durchgeführt, so dürfen nur zwei Drittel der Gebühr berechnet werden.

10. Sofern nicht gesondert gekennzeichnet, handelt es sich bei den aufgeführten Untersuchungen um quantitative oder semiquantitative Bestimmungen.

11. Laboratoriumsuntersuchungen der Abschnitte M I, M II und M III (mit Ausnahme der Leistungen nach den Nummern 3980 bis 4017) im Rahmen einer Intensivbehandlung nach Nummer 435 sind nur nach Nummer 437 berechnungsfähig.

I. Vorhalteleistungen in der eigenen, niedergelassenen Praxis

Allgemeine Bestimmungen

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

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

3500	Blut im Stuhl, dreimalige Untersuchung ..... *Die Kosten für ausgegebenes Testmaterial sind anstelle der Leistung nach Nummer 3500 berechnungsfähig, wenn die Auswertung aus Gründen unterbleibt, die der Arzt nicht zu vertreten hat.*	90	9,90

3501	Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit (BKS, BSG)	60	6,60
3502	Differenzierung des Blutausstrichs, mikroskopisch	120	13,20
3503	Hämatokrit	70	7,70
	Mikroskopische Einzelbestimmung, je Meßgröße	70	7,70
	Katalog		
3504	Erythrozyten		
3505	Leukozyten		
3506	Thrombozyten		
3508	Mikroskopische Untersuchung eines Nativpräparats, gegebenenfalls nach einfacher Aufbereitung (z. B. Zentrifugation) im Durchlicht- oder Phasenkontrastverfahren, je Material (z. B. Punktate, Sekrete, Stuhl)	80	8,80
3509	Mikroskopische Untersuchung nach einfacher Färbung (z. B. Methylenblau, Lugol), je Material	100	11,—
3510	Mikroskopische Untersuchung nach differenzierender Färbung (z. B. Gramfärbung), je Präparat	120	13,20
3511	Untersuchung eines Körpermaterials mit vorgefertigten Reagenzträgern oder Reagenzzubereitungen und visueller Auswertung (z. B. Glukose, Harnstoff, Urinteststreifen), qualitativ oder semiquantitativ, auch bei Verwendung eines Mehrfachreagenzträgers, je Untersuchung	50	5,50
	Können mehrere Meßgrößen durch Verwendung eines Mehrfachreagenzträgers erfaßt werden, so ist die Leistung nach Nummer 3511 auch dann nur einmal berechnungsfähig, wenn mehrere Einfachreagenzträger verwandt wurden.		
	Bei mehrfacher Berechnung der Leistung nach Nummer 3511 ist die Art der Untersuchung in der Rechnung anzugeben.		
	Untersuchung folgender Meßgrößen unabhängig vom Meßverfahren, je Meßgröße	70	7,70
	Katalog		
3512	Alpha-Amylase		
3513	Gamma-Glutamyltranspeptidase (Gamma-Glutamyltransferase, Gamma-GT)		
3514	Glukose		
3515	Glutamatoxalazetattransaminase (GOT, Aspartataminotransferase, ASAT, AST)		
3516	Glutamatpyruvattransaminase (GPT, Alaninaminotransferase, ALAT, ALT)		
3517	Hämoglobin		
3518	Harnsäure		
3519	Kalium		
3520	Kreatinin		
3521	Lipase		
	Untersuchung folgender Meßgrößen unabhängig vom Meßverfahren, je Meßgröße	100	11,—
	Katalog		
3523	Antistreptolysin (ASL)		
3524	C-reaktives Protein (CRP)		
3525	Mononukleosetest		
3526	Rheumafaktor (RF)		
3528	Schwangerschaftstest (Nachweisgrenze des Tests kleiner als 500 U/l)	130	14,30
3529	Schwangerschaftstest (Nachweisgrenze des Tests kleiner als 50 U/l)	150	16,50
3530	Thromboplastinzeit (TPZ, Quickwert)	120	13,20
3531	Urinsediment	70	7,70
3532	Phasenkontrastmikroskopische Untersuchung des Urinsediments — einschließlich morphologischer Beurteilung der Erythrozyten —	90	9,90

II. Basislabor

Allgemeine Bestimmungen

Die aufgeführten Laborleistungen dürfen auch dann als eigene Leistungen berechnet werden, wenn diese nach fachlicher Weisung unter der Aufsicht eines anderen Arztes in Laborgemeinschaften oder in von Ärzten ohne eigene Liquidationsberechtigung geleiteten Krankenhauslabors erbracht werden.

Für die mit H1 gekennzeichneten Untersuchungen ist der Höchstwert nach Nummer 3541.H zu beachten.

Höchstwerte

3541.H	Höchstwert für die mit H1 gekennzeichneten Untersuchungen des Abschnitts M II	480	52,80

1. Körperzellen und deren Bestandteile,Zellfunktionsuntersuchungen

3550	Blutbild und Blutbildbestandteile	60	6,60
	Die Leistung nach Nummer 3550 beinhaltet die Erbringung mindestens eines der folgenden Parameter, darf jedoch unabhängig von der Zahl der erbrachten Parameter aus demselben Probenmaterial nur einmal berechnet werden: *Erythrozytenzahl und/oder Hämatokrit und/oder Hämoglobin und/oder mittleres Zellvolumen (MCV) und die errechneten Kenngrößen (z. B. MCH, MCHC) und die Erythrozytenverteilungskurve und/oder Leukozytenzahl und/oder Thrombozytenzahl.*		
3551	Differenzierung der Leukozyten, elektronisch-zytometrisch, zytochemisch-zytometrisch oder mittels mechanisierter Mustererkennung (Bildanalyse), zusätzlich zu der Leistung nach Nummer 3550	20	2,20
3552	Retikulozytenzahl	70	7,70

2. Elektrolyte, Wasserhaushalt

3555	Calcium	40	4,40
3556	Chlorid	30	3,30
3557	Kalium	30	3,30
3558	Natrium	30	3,30

3. Kohlehydrat- und Lipidstoffwechsel

Allgemeine Bestimmung

Für die mit H1 gekennzeichneten Untersuchungen ist der Höchstwert nach Nummer 3541.H zu beachten.

3560	Glukose	40	4,40
3561	Glykierte Hämoglobine (HbA_1, HbA_{1c})	200	22,—
3562.H1	Cholesterin	40	4,40
3563.H1	HDL-Cholesterin	40	4,40
3564.H1	LDL-Cholesterin	40	4,40
3565.H1	Triglyzeride	40	4,40

4. Proteine, Elektrophoreseverfahren

Allgemeine Bestimmung

Für die mit H1 gekennzeichneten Untersuchungen ist der Höchstwert nach Nummer 3541.H zu beachten.

3570.H1	Albumin, photometrisch	30	3,30

3571	Immunglobulin (IgA, IgG, IgM), Ligandenassay — gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve —, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden, je Immunglobulin	150	16,50
3572	Immunglobulin E (IgE), Ligandenassay — gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve —, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	250	27,50
3573.H1	Gesamt-Protein im Serum oder Plasma	30	3,30
3574	Proteinelektrophorese im Serum	200	22,—
3575	Transferrin, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	100	11,—

5. Substrate, Metabolite, Enzyme

Allgemeine Bestimmung

Für die mit H1 gekennzeichneten Untersuchungen ist der Höchstwert nach Nummer 3541.H zu beachten.

3580.H1	Anorganisches Phosphat	40	4,40
3581.H1	Bilirubin, gesamt	40	4,40
3582	Bilirubin, direkt	70	7,70
3583.H1	Harnsäure	40	4,40
3584.H1	Harnstoff (Harnstoff-N, BUN)	40	4,40
3585.H1	Kreatinin	40	4,40
3587.H1	Alkalische Phosphatase	40	4,40
3588.H1	Alpha-Amylase (auch immuninhibitorische Bestimmung der Pankreas-Amylase)	50	5,50
3589.H1	Cholinesterase (Pseudocholinesterase, CHE, PCHE)	40	4,40
3590.H1	Creatinkinase (CK)	40	4,40
3591.H1	Creatinkinase MB (CK-MB), Immuninhibitionsmethode	50	5,50
3592.H1	Gamma-Glutamyltranspeptidase (Gamma-Glutamyltransferase, Gamma-GT)	40	4,40
3593.H1	Glutamatdehydrogenase (GLDH)	50	5,50
3594.H1	Glutamatoxalazetattransaminase (GOT, Aspartataminotransferase, ASAT, AST)	40	4,40
3595.H1	Glutamatpyruvattransaminase (GPT, Alaninaminotransferase, ALAT, ALT)	40	4,40
3596.H1	Hydroxybutyratdehydrogenase (HBDH)	40	4,40
3597.H1	Laktatdehydrogenase (LDH)	40	4,40
3598.H1	Lipase	50	5,50
3599	Saure Phosphatase (sP), photometrisch	70	7,70

6. Gerinnungssystem

3605	Partielle Thromboplastinzeit (PTT, aPTT), Einfachbestimmung	50	5,50
3606	Plasmathrombinzeit (PTZ, TZ), Doppelbestimmung	70	7,70
3607	Thromboplastinzeit (Prothrombinzeit, TPZ, Quickwert), Einfachbestimmung	50	5,50

7. Funktionsteste

Allgemeine Bestimmungen

Wird eine vom jeweils genannten Leistungsumfang abweichende geringere Anzahl von Bestimmungen durchgeführt, so ist nur die Zahl der tatsächlich durchgeführten Einzelleistungen berechnungsfähig.

Sind aus medizinischen Gründen über den jeweils genannten Leistungsumfang hinaus weitere Bestimmungen einzelner Meßgrößen erforderlich, so können diese mit entsprechender Begründung als Einzelleistungen gesondert berechnet werden.

3610	Amylase-Clearance (Zweimalige Bestimmung von Amylase)	100	11,—
3611	Blutzuckertagesprofil (Viermalige Bestimmung von Glukose)	160	17,60
3612	Glukosetoleranztest, intravenös (Siebenmalige Bestimmung von Glukose)	280	30,80
3613	Glukosetoleranztest, oral (Viermalige Bestimmung von Glukose)	160	17,60
3615	Kreatinin-Clearance (Zweimalige Bestimmung von Kreatinin)	60	6,60

8. Spurenenlemente

3620	Eisen im Serum oder Plasma	40	4,40
3621	Magnesium	40	4,40

III. Untersuchungen von körpereigenen oder körperfremden Substanzen und körpereigenen Zellen

Allgemeine Bestimmung

Für die mit H2, H3 und H4 gekennzeichneten Untersuchungen sind die Höchstwerte nach den Nummern 3630.H, 3631.H und 3633.H zu beachten.

Höchstwerte

3630.H	Höchstwert für die mit H2 gekennzeichneten Untersuchungen aus Abschnitt M III 8	870	95,70
3631.H	Höchstwert für die mit H3 gekennzeichneten Untersuchungen aus Abschnitt M III 10	1400	154,—
3633.H	Höchstwert für die mit H4 gekennzeichneten Untersuchungen aus Abschnitt M III 14	550	60,50

1. Ausscheidungen (Urin, Stuhl)

3650	Blut im Stuhl, dreimalige Untersuchung	60	6,60
	Die Kosten für ausgegebenes Testmaterial sind anstelle der Leistung nach Nummer 3650 berechnungsfähig, wenn die Auswertung aus Gründen unterbleibt, die der Arzt nicht zu vertreten hat.		
3651	Phasenkontrastmikroskopische Untersuchung des Urinsediments — einschließlich morphologischer Beurteilung der Erythrozyten —	70	7,70
3652	Streifentest im Urin, auch bei Verwendung eines Mehrfachreagenzträgers, je Untersuchung	35	3,85
3653	Urinsediment, mikroskopisch	50	5,50
3654	Zellzählung im Urin (Addis-Count), mikroskopisch	80	8,80

2. Sekrete, Liquor, Konkremente

3660	Sekret (Magen, Duodenum, Cervix uteri), mikroskopische Beurteilung	40	4,40
3661	Gallensediment, mikroskopisch	40	4,40
3662	HCl, titrimetrisch	70	7,70
3663	Morphologische Differenzierung des Spermas, mikroskopisch	160	17,60
3664	Spermienagglutination, mikroskopisch	120	13,20
3665	Spermien-Mucus-Penetrationstest, je Ansatz	150	16,50
3667	Spermienzahl und Motilitätsbeurteilung, mikroskopisch	70	7,70
3668	Physikalisch-morphologische Untersuchung des Spermas (Menge, Viskosität, pH-Wert, Nativpräparat(e), Differenzierung der Beweglichkeit, Bestimmung der Spermienzahl, Vitalitätsprüfung, morphologische Differenzierung nach Ausstrichfärbung)	400	44,—
	Neben der Leistung nach Nummer 3668 sind die Leistungen nach den Nummern 3663, 3664 und/oder 3667 nicht berechnungsfähig.		
3669	Erythrozytenzahl (Liquor), mikroskopisch	60	6,60
3670	Leukozytenzahl (Liquor), mikroskopisch	60	6,60
3671	Morphologische Differenzierung des Liquorzellausstrichs, mikroskopisch	160	17,60
3672	Steinanalyse (Gallensteine, Harnsteine), mittels Infrarotspektrometrie oder mikroskopisch — einschließlich chemischer Reaktionen —	250	27,50
3673	Steinanalyse (Gallensteine, Harnsteine), Röntgendiffraktion	570	62,70

3. Körperzellen und deren Bestandteile, Zellfunktionsuntersuchungen

3680	Differenzierung des Blutausstrichs, mikroskopisch	90	9,90
3681	Morphologische Differenzierung des Knochenmarkausstrichs, mikroskopisch	570	62,70
3682	Eisenfärbung eines Blut- oder Knochenmarkausstrichs	120	13,20
3683	Färbung eines Blut- oder Knochenmarkausstrichs (z. B. Nachweis der alkalischen Leukozytenphosphatase, Leukozytenesterase, Leukozytenperoxidase oder PAS), je Färbung	250	27,50
3686	Eosinophile, segmentkernige Granulozyten (absolute Eosinophilenzahl), mikroskopisch	70	7,70
3688	Osmotische Resistenz der Erythrozyten	90	9,90
3689	Fetales Hämoglobin (HbF), mikroskopisch	160	17,60
3690	Freies Hämoglobin, spektralphotometrisch	180	19,80
3691	Hämoglobinelektrophorese	570	62,70
3692	Methämoglobin und/oder Carboxyhämoglobin und/oder Sauerstoffsättigung, cooxymetrisch	60	6,60
3693	Granulozytenfunktionstest (Adhäsivität, Chemotaxis (bis zu drei Stimulatoren), Sauerstoffaufnahme (bis zu drei Stimulatoren), Luminiszenz (O_2-Radikale), Degranulierung), je Funktionstest	570	62,70
3694	Lymphozytentransformationstest	570	62,70

3695	Phagozytäre Funktion neutrophiler Granulozyten (Nitrotetrazolblautest, NBT-Test)	120	13,20
3696	Phänotypisierung von Zellen oder Rezeptornachweis auf Zellen mit bis zu drei verschiedenen, primären Antiseren (Einfach- oder Mehrfachmarkierung), Durchflußzytometrie, je Antiserum	570	62,70
3697	Phänotypisierung von Zellen oder Rezeptornachweis auf Zellen mit weiteren Antiseren (Einfach- oder Mehrfachmarkierung), Durchflußzytometrie, je Antiserum	250	27,50
	Die Leistung nach Nummer 3697 kann nur im Zusammenhang mit der Leistung nach Nummer 3696 berechnet werden.		
3698	Phänotypisierung von Zellen oder Rezeptornachweis auf Zellen mit dem ersten, primären Antiserum, Immunfluoreszenz oder ähnliche Untersuchungsmethoden	450	49,50
3699	Phänotypisierung von Zellen oder Rezeptornachweis auf Zellen mit weiteren Antiseren, Immunfluoreszenz oder ähnliche Untersuchungsmethoden, je Antiserum	360	39,60
	Die Leistung nach Nummer 3699 kann nur im Zusammenhang mit der Leistung nach Nummer 3698 berechnet werden.		
3700	Tumorstammzellenassay — gegebenenfalls auch von Zellanteilen — zur Prüfung der Zytostatikasensibilität	2000	220,—

4. Elektrolyte, Wasserhaushalt, physikalische Eigenschaften von Körperflüssigkeiten

3710	Blutgasanalyse (pH und/oder PCO_2 und/oder PO_2 und/oder Hb)	90	9,90
3711	Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit (BKS, BSG)	40	4,40
3712	Viskosität (z. B. Blut, Serum, Plasma), viskosimetrisch	250	27,50
3714	Wasserstoffionenkonzentration (pH), potentiometrisch, jedoch nicht aus Blut oder Urin	40	4,40
3715	Bikarbonat	60	6,60
3716	Osmolalität	50	5,50

5. Kohlehydrat- und Lipidstoffwechsel

3721	Glykierte Proteine	250	27,50
3722	Fructosamin, photometrisch	70	7,70
3723	Fruktose, photometrisch	200	22,—
3724	D-Xylose, photometrisch	200	22—
3725	Apolipoprotein (A1, A2, B), Ligandenassay — gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve —, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden, je Bestimmung	200	22,—
3726	Fettsäuren, Gaschromatographie	410	45,10
3727	Fraktionierung der Lipoproteine, Ultrazentrifugation	680	74,80
3728	Lipidelektrophorese, qualitativ	180	19,80
3729	Lipidelektrophorese, quantitativ	300	33,—
3730	Lipoprotein (a) (Lp(a)), Ligandenassay — gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve —, Elektroimmundiffusion	300	33,—

6. Proteine, Aminosäuren, Elektrophoreseverfahren

Allgemeine Bestimmung

Für die mit H4 gekennzeichnete Untersuchung ist der Höchstwert nach Nummer 3633.H zu beachten.

3735	Albumin, Ligandenassay — gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve —, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	150	16,50
3736	Albumin mit vorgefertigten Reagenzträgern, zur Diagnose einer Mikroalbuminurie	120	13,20
3737	Aminosäuren, Hochdruckflüssigkeitschromatographie	570	62,70
3738	Aminosäuren, qualitativ, Dünnschichtchromatographie	250	27,50
3739	$Alpha_1$-Antitrypsin, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	180	19,80
3740	Coeruloplasmin, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	180	19,80
3741	C-reaktives Protein (CRP), Ligandenassay — gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve —, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	200	22,—
3742	Ferritin, Ligandenassay — gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve —	250	27,50
3743	Alpha-Fetoprotein (AFP), Ligandenassay — gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve —	250	27,50
3744	Fibronectin, Ligandenassay — einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve —	450	49,50
3745	$Beta_2$-Glykoprotein II (C3-Proaktivator), Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	180	19,80
3746	Hämopexin, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	180	19,80
3747	Haptoglobin, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	180	19,80
3748	Immunelektrophorese, bis zu sieben Ansätze, je Ansatz	200	22,—
3749	Immunfixation, bis zu fünf Antiseren, je Antiserum	200	22,—
3750	Isoelektrische Fokussierung (z. B. Oligoklonale Banden)	570	62,70
3751	Kryoglobuline, qualitativ, visuell	40	4,40
3752	Kryoglobuline (Bestimmung von je zweimal IgA, IgG und IgM), Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden, je Globulinbestimmung	120	13,20
3753	$Alpha_2$-Makroglobulin, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	180	19,80
3754	Mikroglobuline ($Alpha_1$, $Beta_2$), Ligandenassay — gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve —, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden, je Mikroglobulinbestimmung	200	22,—
3755	Myoglobin, Agglutination, qualitativ	60	6,60
3756	Myoglobin, Ligandenassay — gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve —, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	200	22,—
3758	Phenylalanin (Guthrie-Test), Bakterienwachstumstest	60	6,60
3759	Präalbumin, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	180	19,80

3760	Protein im Urin, photometrisch	70	7,70
3761	Proteinelektrophorese im Urin	250	27,50
3762	Schwefelhaltige Aminosäuren (Cystin, Cystein, Homocystin), Farbreaktion und visuell, qualitativ, je Aminosäurenbestimmung	40	4,40
3763	SDS-Elektrophorese mit anschließender Immunreaktion (z. B. Westernblot)	570	62,70
3764	SDS-Polyacrylamidgel-Elektrophorese	250	27,50
3765	Sexualhormonbindendes Globulin (SHBG), Ligandenassay — einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve —	450	49,50
3766.H4	Thyroxin-bindendes Globulin (TBG), Ligandenassay — gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve —	250	27,50
3767	Tumornekrosefaktor (TNF), Ligandenassay — einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve —	450	49,50
3768	Isolierung von Immunglobulin M mit chromatographischen Untersuchungsverfahren	360	39,60

7. Substrate, Metabolite, Enzyme

3774	Ammoniak (NH_4)	220	24,20
3775	Bilirubin im Fruchtwasser (E450), spektralphotometrisch	180	19,80
3776	Citrat, photometrisch	300	33,—
3777	Gallensäuren, Ligandenassay — einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve —	290	31,90
3778	Glutamatdehydrogenase (GLDH), manuell, photometrisch	120	13,20
3779	Homogentisinsäure, Farbreaktion und visuell, qualitativ	40	4,40
3780	Kreatin	120	13,20
3781	Laktat, photometrisch	220	24,20
3782	Lecithin/Sphingomyelin-Quotient (L/S-Quotient)	200	22,—
3783	Organisches Säurenprofil, Gaschromatographie oder Gaschromatographie-Massenspektromie	570	62,70
3784	Isoenzyme (z. B. Alkalische Phosphatase, Alpha-Amylase), chemische oder thermische Hemmung oder Fällung, je Ansatz	150	16,50
3785	Isoenzyme (z. B. Alkalische Phosphatase, Alpha-Amylase, Creatinkinase, LDH), Elektrophorese oder Immunpräzipitation, je Ansatz	300	33,—
3786	Angiotensin I Converting Enzyme (Angiotensin I-Convertase, ACE)	220	24,20
3787	Chymotrypsin (Stuhl)	120	13,20
3788	Creatinkinase-MB-Konzentration (CK-MB), Ligandenassay — gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve —	200	22,—
3789	Enzyme der Hämsynthese (Delta-Aminolaevulinsäure-Dehydratase, Uroporphyrinsynthase und ähnliche), je Enzym	120	13,20
3790	Erythrozytenenzyme (Glukose-6-Phosphat-Dehydrogenase, Pyruvatkinase und ähnliche), je Enzym	120	13,20
3791	Granulozyten-Elastase, Ligandenassay — einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve —	290	31,90

3792	Granulozyten-Elastase, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	180	19,80
3793	Lysozym	120	13,20
3794	Prostataspezifische saure Phosphatase (PAP), Ligandenassay — gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve —	200	22,—
3795	Tatrathemmbare saure Phosphatase (PSP)	110	12,10
3796	Trypsin, Ligandenassay — gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve —	200	22,—

8. Antikörper gegen körpereigene Antigene oder Haptene

Allgemeine Bestimmungen

Die Berechnung einer Gebühr für die qualitative Immunfluoreszenzuntersuchung (bis zu zwei Titerstufen) neben einer Gebühr für die quantitative Immunfluoreszenzuntersuchung (mehr als zwei Titerstufen) oder eine ähnliche Untersuchungsmethode ist nicht zulässig.

Für die mit H2 gekennzeichneten Untersuchungen ist der Höchstwert nach Nummer 3630.H zu beachten.

	Untersuchung auf Antikörper mittels qualitativer Immunfluoreszenzuntersuchung (bis zu zwei Titerstufen) oder ähnlicher Untersuchungsmethoden	290	31,90
	Katalog		
	Antikörper gegen		
3805.H2	Basalmembran (GBM)		
3806.H2	Centromerregion		
3807.H2	Endomysium		
3808.H2	Extrahierbare, nukleäre Antigene (ENA)		
3809.H2	Glatte Muskulatur (SMA)		
3811.H2	Haut (AHA, BMA und ICS)		
3812.H2	Herzmuskulatur (HMA)		
3813.H2	Kerne (ANA)		
3814.H2	Kollagen		
3815.H2	Langerhans-Inseln (ICA)		
3816.H2	Mikrosomen (Thyroperoxidase)		
3817.H2	Mikrosomen (Leber, Niere)		
3818.H2	Mitochondrien (AMA)		
3819.H2	nDNA		
3820.H2	Nebenniere		
3821.H2	Parietalzellen (PCA)		
3822.H2	Skelettmuskulatur (SkMA)		
3823.H2	Speichelgangepithel		
3824.H2	Spermien		
3825.H2	Thyreoglobulin		
3826.H2	zytoplasmatische Antigene in neutrophilen Granulozyten (P-ANCA, C-ANCA)		
3827.H2	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand *Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.*		
	Untersuchung auf Antikörper mittels quantitativer Immunfluoreszenzuntersuchung (mehr als zwei Titerstufen) oder ähnlicher Untersuchungsmethoden	510	56,10
	Katalog		
	Antikörper gegen		
3832	Basalmembran (GBM)		
3833	Centromerregion		
3834	Endomysium		
3835	Extrahierbare, nukleäre Antigene (ENA)		
3836	Glatte Muskulatur (SMA)		
3838	Haut (AHA, BMA und ICS)		
3839	Herzmuskulatur (HMA)		
3840	Kerne (ANA)		
3841	Kollagen		

3842	Langerhans-Inseln (ICA)		
3843	Mikrosomen (Thyroperoxidase)		
3844	Mikrosomen (Leber, Niere)		
3845	Mitochondrien (AMA)		
3846	nDNA		
3847	Parietalzellen (PCA)		
3848	Skelettmuskulatur (SkMA)		
3849	Speichelgangepithel		
3850	Spermien		
3852	Thyreoglobulin		
3853	zytoplasmatische Antigene in neutrophilen Granulozyten (P-ANCA, C-ANCA)		
3854	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand *Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.*		

Untersuchung auf Subformen antinukleärer und zytoplasmatischer Antikörper mittels Ligandenassay — gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve —, Immunoblot oder Überwanderungselektrophorese		300	33,—
Katalog Antikörper gegen			
3857	dDNS		
3858	Histone		
3859	Ribonukleoprotein (RNP)		
3860	Sm-Antigen		
3861	SS-A-Antigen		
3862	SS-B-Antigen		
3863	Scl-70-Antigen		
3864	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand *Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.*		

Untersuchung auf Antikörper mittels Ligandenassay — gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve —		450	49,50
Katalog Antikörper gegen			
3868	Azetylcholinrezeptoren		
3869	Cardiolipin (IgG- oder IgM-Fraktion), je Fraktion		
3870	Interferon alpha		
3871	Mikrosomen (Thyroperoxydase)		
3872	Mitochondriale Subformen (AMA-Subformen)		
3873	Myeloperoxydase (P-ANCA)		
3874	Proteinase 3 (C-ANCA)		
3875	Spermien		
3876	Thyreoglobulin		
3877	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand *Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.*		

3879	Untersuchung auf Antikörper gegen TSH-Rezeptor (TRAK) mittels Ligandenassay — einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve — .	550	60,50
3881	Zirkulierende Immunkomplexe, Ligandenassay — einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve —	290	31,90

Qualitativer Nachweis von Antikörpern mittels Agglutination		90	9,90
Katalog Antikörper gegen			
3884	Fc von IgM (Rheumafaktor)		
3885	Thyreoglobulin (Boydentest)		

	Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Immundiffusion oder ähnlicher Untersuchungsmethoden	180	19,80
	Katalog Antikörper gegen		
3886	Fc von IgM (Rheumafaktor)		
3889	Mixed-Antiglobulin-Reaction (MAR-Test) zum Nachweis von Spermien-Antikörpern	200	22,—

9. Antikörper gegen körperfremde Antigene

Allgemeine Bestimmung

Neben den Leistungen nach den Nummern 3892, 3893 und/oder 3894 sind die Leistungen nach den Nummern 3572, 3890 und/oder 3891 nicht berechnungsfähig.

3890	Allergenspezifisches Immunglobulin (z. B. IgE), Mischallergentest (z. B. RAST), im Einzelansatz, Ligandenassay — gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve —, qualitativ, bis zu vier Mischallergenen, je Mischallergen	250	27,50
3891	Allergenspezifisches Immunglobulin (z. B. IgE), Einzelallergentest (z. B. RAST), im Einzelansatz, Ligandenassay — gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve —, bis zu zehn Einzelallergenen, je Allergen	250	27,50
3892	Bestimmung von allergenspezifischem Immunglobulin (z. B. IgE), Einzel- oder Mischallergentest mit mindestens vier deklarierten Allergenen oder Mischallergenen auf einem Träger, je Träger	200	22,—
3893	Bestimmung von allergenspezifischem Immunglobulin (z. B. IgE), Einzelallergentest mit mindestens neun deklarierten Allergenen auf einem Träger und Differenzierung nach Einzelallergenen — gegebenenfalls einschließlich semiquantitativer Bestimmung des Gesamt-IgE —, insgesamt	500	55,—
3894	Bestimmung von allergenspezifischem Immunglobulin (z. B. IgE), Einzelallergentest mit mindestens zwanzig deklarierten Allergenen auf einem Träger und Differenzierung nach Einzelallergenen — gegebenenfalls einschließlich semiquantitativer Bestimmung des Gesamt-IgE —, insgesamt	900	99,—
3895	Heterophile Antikörper (IgG- oder IgM-Fraktion), Ligandenassay — einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve —, je Fraktion	1 100	121,—
3896	Untersuchung auf Antikörper gegen Gliadin mittels qualitativer Immunfluoreszenzuntersuchung (bis zu zwei Titerstufen) oder ähnlicher Untersuchungsmethoden	290	31,90
3897	Untersuchung auf Antikörper gegen Gliadin mittels quantitativer Immunfluoreszenzuntersuchung (mehr als zwei Titerstufen) oder ähnlicher Untersuchungsmethoden	510	56,10
3898	Antikörper gegen Insulin, Ligandenassay — einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve —	450	49,50

10. Tumormarker

Allgemeine Bestimmung

Für die mit H3 gekennzeichneten Untersuchungen ist der Höchstwert nach Nummer 3631.H zu beachten.

3900.H3	Ca 125, Ligandenassay — gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve —	300	33,—
3901.H3	Ca 15-3, Ligandenassay — gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve —	450	49,50
3902.H3	Ca 19-9, Ligandenassay — gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve —	300	33,—

3903.H3	Ca 50, Ligandenassay — gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve —	450	49,50
3904.H3	Ca 72-4, Ligandenassay — gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve —	450	49,50
3905.H3	Carcinoembryonales Antigen (CEA), Ligandenassay — gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve —	250	27,50
3906.H3	Cyfra 21-1, Ligandenassay — gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve —	450	49,50
3907.H3	Neuronenspezifische Enolase (NSE), Ligandenassay — einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve —	450	49,50
3908.H3	Prostataspezifisches Antigen (PSA), Ligandenassay — gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve —	300	33,—
3909.H3	Squamous cell carcinoma-Antigen (SCC), Ligandenassay — gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve —	450	49,50
3910.H3	Thymidinkinase, Ligandenassay — einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve —	450	49,50
3911.H3	Tissue-polypeptide-Antigen (TPA), Ligandenassay — gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve —	450	49,50

11. Nukleinsäuren und ihre Metabolite

3920	Isolierung von humanen Nukleinsäuren aus Untersuchungsmaterial	900	99,—
3921	Verdau (Spaltung) isolierter humaner Nukleinsäuren mit Restriktionsenzymen, je Enzym	150	16,50
3922	Amplifikation von humanen Nukleinsäuren oder Nukleinsäurefragmenten mit Polymerasekettenreaktion (PCR)	500	55,—
3923	Amplifikation von humanen Nukleinsäuren oder Nukleinsäurefragmenten mit geschachtelter Polymerasekettenreaktion (nested PCR)	1000	110,—
3924	Identifizierung von humanen Nukleinsäurefragmenten durch Hybridisierung mit radioaktiv oder nichtradioaktiv markierten Sonden und nachfolgender Detektion, je Sonde	300	33,—
3925	Trennung von humanen Nukleinsäurefragmenten mittels elektrophoretischer Methoden und anschließendem Transfer auf Trägermaterialien (z. B. Dot-Blot, Slot-Blot)	600	66,—
3926	Identifizierung von humanen Nukleinsäurefragmenten durch Sequenzermittlung	2000	220,—

12. Gerinnungs-, Fibrinolyse-, Komplementsystem

3930	Antithrombin III, chromogenes Substrat	110	12,10
3931	Antithrombin III, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	180	19,80
3932	Blutungszeit	60	6,60
3933	Fibrinogen nach Clauss, koagulometrisch	100	11,—
3934	Fibrinogen, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	180	19,80
3935	Fibrinogenspaltprodukte, qualitativ	120	13,20
3936	Fibrinogenspaltprodukte, quantitativ	250	27,50
3937	Fibrinspaltprodukte, quervernetzt (Dimertest), qualitativ	180	19,80

3938	Fibrinspaltprodukte, quervernetzt (Dimertest), quantitativ	360	39,60
3939	Gerinnungsfaktor (II, V, VIII, IX, X), je Faktor	460	50,60
3940	Gerinnungsfaktor (VII, XI, XII), je Faktor	720	79,20
3941	Gerinnungsfaktor VIII Ag, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	250	27,50
3942	Gerinnungsfaktor XIII, Untersuchung mittels Monochloressigsäure oder ähnliche Untersuchungsmethoden	180	19,80
3943	Gerinnungsfaktor XIII, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	250	27,50
3944	Gewebsplasminogenaktivator (t-PA), chromogenes Substrat	300	33,—
3945	Heparin, chromogenes Substrat	140	15,40
3946	Partielle Thromboplastinzeit (PTT, aPTT), Doppelbestimmung	70	7,70
3947	Plasmatauschversuch	460	50,60
3948	Plasminogen, chromogenes Substrat	140	15,40
3949	Plasminogenaktivatorinhibitor (PAI), chromogenes Substrat	410	45,10
3950	Plättchenfaktor (3, 4), Ligandenassay — einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve —, je Faktor	480	52,80
3951	Protein C-Aktivität	450	49,50
3952	Protein C-Konzentration, Ligandenassay — einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve —	450	49,50
3953	Protein S-Aktivität	450	49,50
3954	Protein S-Konzentration, Ligandenassay — einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve —	450	49,50
3955	Reptilasezeit	100	11,—
3956	Ristocetin-Cofaktor (F VIII Rcof), Agglutination	200	22,—
3957	Thrombelastogramm oder Resonanzthrombogramm	180	19,80
3958	Thrombin-Antithrombin-Komplex (TAT-Komplex), Ligandenassay — einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve —	480	52,80
3959	Thrombinkoagulasezeit	100	11,—
3960	Thromboplastinzeit (Prothrombinzeit, TPZ, Quickwert), Doppelbestimmung	70	7,70
3961	Thrombozytenaggregationstest mit mindestens drei Stimulatoren	900	99,—
3962	Thrombozytenausbreitung, mikroskopisch	60	6,60
3963	Von Willebrand-Faktor (vWF), Ligandenassay — einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve —	480	52,80
3964	C1-Esteraseinhibitor-Aktivität, chromogenes Substrat	360	39,60
3965	C1-Esteraseinhibitor-Konzentration, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	260	28,60
3966	Gesamtkomplement AH 50	600	66,—
3967	Gesamtkomplement CH 50	500	55,—

	Untersuchungen von Einzelfaktoren des Komplementsystems	250	27,50
Katalog			
3968	Komplementfaktor C3-Aktivität, Lysis		
3969	Komplementfaktor C3, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden		
3970	Komplementfaktor C4-Aktivität, Lysis		
3971	Komplementfaktor C4, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden		

13. Blutgruppenmerkmale, HLA-System

3980	AB0-Merkmale	100	11,—
3981	AB0-Merkmale und Isoagglutinine	180	19,80
3982	AB0-Merkmale, Isoagglutinine und Rhesusfaktor D (D und CDE)	300	33,—
3983	AB0-Merkmale, Isoagglutinine und Rhesusformel (C, c, D, E und e)	500	55,—
	Bestimmung weiterer Blutgruppenmerkmale		
Katalog			
3984	im NaCl- oder Albumin-Milieu (z. B. P, Lewis, MNS), je Merkmal	120	13,20
3985	im indirekten Anti-Humanglobulin-Test (indirekter Coombstest) (z. B. C^w, Kell, D^u, Duffy), je Merkmal	200	22,—
3986	im indirekten Anti-Humanglobulin-Test (indirekter Coombstest) (z. B. Kidd, Lutheran), je Merkmal	360	39,60
	Bei den Leistungen nach den Nummern 3984 bis 3986 sind die jeweils untersuchten Merkmale in der Rechnung anzugeben.		
3987	Antikörpersuchtest (Antikörper gegen Erythrozytenantigene) mit zwei verschiedenen Test-Erythrozyten-Präparationen im indirekten Anti-Humanglobulin-Test (indirekter Coombstest)	140	15,40
3988	Antikörpersuchtest (Antikörper gegen Erythrozytenantigene) mit drei und mehr verschiedenen Test-Erythrozyten-Präparationen im indirekten Anti-Humanglobulin-Test (indirekter Coombstest)	200	22,—
3989	Antikörperdifferenzierung (Antikörper gegen Erythrozytenantigene) mit mindestens acht, jedoch nicht mehr als zwölf verschiedenen Test-Erythrozyten-Präparationen im indirekten Anti-Humanglobulin-Test (indirekter Coombstest) im Anschluß an die Leistung nach Nummer 3987 oder 3988, je Test-Erythrozyten-Präparation	60	6,60
3990	Antikörpersuchtest (Antikörper gegen Erythrozytenantigene) mit zwei verschiedenen Test-Erythrozyten-Präparationen im NaCl- oder Enzymmilieu	70	7,70
3991	Antikörpersuchtest (Antikörper gegen Erythrozytenantigene) mit drei und mehr verschiedenen Test-Erythrozyten-Präparationen im NaCl- oder Enzymmilieu	100	11,—
3992	Antikörperdifferenzierung (Antikörper gegen Erythrozytenantigene) mit mindestens acht, jedoch höchstens zwölf verschiedenen Test-Erythrozyten-Präparationen im NaCl- oder Enzymmilieu im Anschluß an die Leistung nach Nummer 3990 oder 3991, je Test-Erythrozyten-Präparation	30	3,30
3993	Bestimmung des Antikörpertiters bei positivem Ausfall eines Antikörpersuchtests (Antikörper gegen Erythrozytenantigene) im Anschluß an eine der Leistungen nach den Nummern 3989 oder 3992	400	44,—
3994	Quantitative Bestimmung (Titration) von Antikörpern gegen Erythrozytenantigene (z. B. Kälteagglutinine, Hämolysine) mittels Agglutination, Präzipitation oder Lyse (mit jeweils mindestens vier Titerstufen)	140	15,40
3995	Qualitativer Nachweis von Antikörpern gegen Leukozyten- oder Thrombozytenantigene mittels Fluoreszenzimmunoassay (bis zu zwei Titerstufen) oder ähnlicher Untersuchungsmethoden	350	38,50

3996	Quantitative Bestimmung von Antikörpern gegen Leukozyten- oder Thrombozytenantigene mittels Fluoreszenzimmunoassay (mehr als zwei Titerstufen) oder ähnlicher Untersuchungsmethoden	600	66,—
3997	Direkter Anti-Humanglobulin-Test (direkter Coombstest), mit mindestens zwei Antiseren	120	13,20
3998	Anti-Humanglobulin-Test zur Ermittlung der Antikörperklasse mit monovalenten Antiseren im Anschluß an die Leistung nach Nummer 3989 oder 3997, je Antiserum	90	9,90
3999	Antikörper-Elution, Antikörper-Absorption, Untersuchung auf biphasische Kältehämolysine, Säure-Serum-Test oder ähnlich aufwendige Untersuchungen, je Untersuchung	360	39,60
	Die Art der Untersuchung ist in der Rechnung anzugeben.		
4000	Serologische Verträglichkeitsprobe (Kreuzprobe) im NaCl-Milieu und im Anti-Humanglobulintest	200	22,—
4001	Serologische Verträglichkeitsprobe (Kreuzprobe) im NaCl-Milieu und im Anti-Humanglobulintest sowie laborinterne Identitätssicherung im AB0-System	300	33,—
	Die Leistung nach Nummer 4001 ist für die Identitätssicherung im AB0-System am Krankenbett (bedside-test) nicht berechnungsfähig.		
4002	Serologische Verträglichkeitsprobe (Kreuzprobe) im NaCl- oder Enzym-Milieu als Kälteansatz unter Einschluß einer Eigenkontrolle	100	11,—
4003	Dichtegradientenisolierung von Zellen, Organellen oder Proteinen, je Isolierung	400	44,—
4004	Nachweis eines HLA-Antigens der Klasse I mittels Lymphozytotoxizitätstest nach Isolierung der Zellen	750	82,50
4005	Höchstwert für die Leistung nach Nummer 4004	3000	330,—
4006	Gesamttypisierung der HLA-Antigene der Klasse I mittels Lymphozytotoxizitätstest mit mindestens 60 Antiseren nach Isolierung der Zellen, je Antiserum	30	3,30
4007	Höchstwert für die Leistung nach Nummer 4006	3600	396,—
4008	Gesamttypisierung der HLA-Antigene der Klasse II mittels molekularbiologischer Methoden (bis zu 15 Sonden), insgesamt	2500	275,—
4009	Subtypisierung der HLA-Antigene der Klasse II mittels molekularbiologischer Methoden (bis zu 40 Sonden), insgesamt	2700	297,—
4010	HLA-Isoantikörpernachweis	800	88,—
4011	Spezifizierung der HLA-Isoantikörper, insgesamt	1600	176,—
4012	Serologische Verträglichkeitsprobe im Gewebe-HLA-System nach Isolierung von Zellen und Organellen	750	82,50
4013	Lymphozytenmischkultur (MLC) bei Empfänger und Spender — einschließlich Kontrollen —	4600	506,—
4014	Lymphozytenmischkultur (MLC) für jede weitere getestete Person	2300	253,—

14. Hormone und ihre Metabolite, biogene Amine, Rezeptoren

Allgemeine Bestimmung

Für die mit H4 gekennzeichneten Untersuchungen ist der Höchstwert nach Nummer 3633.H zu beachten.

Hormonbestimmung mittels Ligandenassay — gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve —		250	27,50
Katalog			
4020	Cortisol		
4021	Follitropin (FSH, follikelstimulierendes Hormon)		
4022.H4	Freies Trijodthyronin (fT3)		
4023.H4	Freies Thyroxin (fT4)		
4024	Humanes Choriongonadotropin (HCG)		
4025	Insulin		
4026	Luteotropin (LH, luteinisierendes Hormon)		
4027	Östriol		
4028	Plazentalaktogen (HPL)		
4029.H4	T3-Uptake-Test (TBI, TBK)		
4030	Thyreoidea stimulierendes Hormon (TSH)		
4031.H4	Thyroxin		
4032.H4	Trijodthyronin		
4033	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand		
	Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.		
Hormonbestimmung mittels Ligandenassay — einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve —		350	38,50
Katalog			
4035	17-Alpha-Hydroxyprogesteron		
4036	Androstendion		
4037	Dehydroepiandrosteron (DHEA)		
4038	Dehydroepiandrosteronsulfat (DHEAS)		
4039	Östradiol		
4040	Progesteron		
4041	Prolaktin		
4042	Testosteron		
4043	Wachstumshormon (HGH)		
4044	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand		
	Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.		
Hormonbestimmung mittels Ligandenassay — einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve —		480	52,80
Katalog			
4045	Aldosteron		
4046	C-Peptid		
4047	Calcitonin		
4048	cAMP		
4049	Corticotropin (ACTH)		
4050	Erythropoetin		
4051	Gastrin		
4052	Glukagon		
4053	Humanes Choriongonadotropin (HCG), zum Ausschluß einer Extrauteringravidität		
4054	Osteocalcin		
4055	Oxytocin		
4056	Parathormon		
4057	Reninaktivität (PRA), kinetische Bestimmung mit mindestens drei Meßpunkten		
4058	Reninkonzentration		
4060	Somatomedin		
4061	Vasopressin (Adiuretin, ADH)		
4062	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand		
	Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.		
Hormonbestimmung mittels Ligandenassay — einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve —		750	82,50
Katalog			
4064	Gastric inhibitory Polypeptid (GIP)		
4065	Gonadotropin-releasing-Hormon (GnRH)		

4066	Pankreatisches Polypeptid (PP)		
4067	Parathyroid hormone related peptide		
4068	Vasoaktives intestinales Polypeptid (VIP)		
4069	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand *Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.*		
4070	Thyreoglobulin, Ligandenassay — einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve sowie Kontrollansatz für Anti-Thyreoglobulin-Antikörper —	900	99,—
	Hormonbestimmung mittels Hochdruckflüssigkeitschromatographie, Gaschromatographie oder Säulenchromatographie und Photometrie	570	62,70
	Katalog		
4071	5-Hydroxyindolessigsäure (5-HIES)		
4072	Adrenalin und/oder Noradrenalin und/oder Dopamin im Plasma oder Urin		
4073	Homovanillinsäure im Urin (HVA)		
4074	Metanephrine		
4075	Serotonin		
4076	Steroidprofil		
4077	Vanillinmandelsäure (VMA)		
4078	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand *Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.*		
4079	Zuschlag zu den Leistungen nach den Nummern 4071 bis 4078 bei Anwendung der Gaschromatographie-Massenspektrometrie	350	38,50
4080	5-Hydroxyindolessigsäure (5-HIES), Farbreaktion und visuell, qualitativ	120	13,20
4081	Humanes Choriongonadotropin im Urin, Schwangerschaftstest (Nachweisgrenze des Tests kleiner als 500 U/l)	120	13,20
4082	Humanes Choriongonadotropin im Urin (HCG), Schwangerschaftstest (Nachweisgrenze des Tests kleiner als 50 U/l), Ligandenassay — gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve —	140	15,40
4083	Luteotropin (LH) im Urin, Ligandenassay — gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve — oder Agglutination, im Rahmen einer künstlichen Befruchtung, je Bestimmung	570	62,70
4084	Gesamt-Östrogene im Urin, photometrisch	570	62,70
4085	Vanillinmandelsäure im Urin (VMA), Dünnschichtchromatographie, semiquantitativ	250	27,50
4086	Östrogenrezeptoren — einschließlich Aufbereitung —	1200	132,—
4087	Progesteronrezeptoren — einschließlich Aufbereitung —	1200	132,—
4088	Andere Hormonrezeptoren (z. B. Androgenrezeptoren) — einschließlich Aufbereitung —	1200	132,—
4089	Tumornekrosefaktorrezeptor (p55), Ligandenassay — einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve —	450	49,50

15. Funktionsteste

Allgemeine Bestimmungen

Wird eine vom jeweils genannten Leistungsumfang abweichende geringere Anzahl von Bestimmungen durchgeführt, so ist nur die Zahl der tatsächlich durchgeführten Einzelleistungen berechnungsfähig.

Sind aus medizinischen Gründen über den jeweils genannten Leistungsumfang hinaus weitere Bestimmungen einzelner Meßgrößen erforderlich, so können diese mit entsprechender Begründung als Einzelleistungen gesondert berechnet werden.

4090	ACTH-Infusionstest (Zweimalige Bestimmung von Cortisol)	500	55,—
4091	ACTH-Kurztest (Zweimalige Bestimmung von Cortisol)	500	55,—
4092	Clonidintest (Zweimalige Bestimmung von Adrenalin/Noradrenalin im Plasma)	1140	125,40

4093	Cortisoltagesprofil (Viermalige Bestimmung von Cortisol)	1000	110,—
4094	CRF-Test (Dreimalige Bestimmung von Corticotropin und Cortisol)	2190	240,90
4095	D-Xylosetest (Einmalige Bestimmung von Xylose)	200	22,—
4096	Desferioxamintest (Einmalige Bestimmung von Eisen im Urin)	120	13,20
4097	Dexamethasonhemmtest, Kurztest (Zweimalige Bestimmung von Cortisol)	500	55,—
4098	Dexamethasonhemmtest, Verabreichung von jeweils 3 mg Dexamethason an drei aufeinander folgenden Tagen (Zweimalige Bestimmung von Cortisol)	500	55,—
4099	Dexamethasonhemmtest, Verabreichung von jeweils 9 mg Dexamethason an drei aufeinander folgenden Tagen (Zweimalige Bestimmung von Cortisol)	500	55,—
4100	Fraktionierte Magensekretionsanalyse mit Pentagastrinstimulation (Viermalige Titration von HCl)	280	30,80
4101	Glukosesuppressionstest (Sechsmalige Bestimmung von Glukose, Wachstumshormon und Insulin)	3840	422,40
4102	GHRH-Test (Sechsmalige Bestimmung von Wachstumshormon)	2100	231,—
4103	HCG-Test (Zweimalige Bestimmung von Testosteron)	700	77,—
4104	Hungerversuch (Zweimalige Bestimmung von C-Peptid)	960	105,60
4105	Hungerversuch (Zweimalige Bestimmung von Insulin)	500	55,—
4106	Insulinhypoglykämietest (Sechsmalige Bestimmung von Glukose, Wachstumshormon und Cortisol)	3840	422,40
4107	Laktat-Ischämietest (Fünfmalige Bestimmung von Laktat)	900	99,—
4108	Laktose-Toleranztest (Fünfmalige Bestimmung von Glukose)	200	22,—
4109	LH-RH-Test (Zweimalige Bestimmung von LH und FSH)	1000	110,—
4110	MEGX-Test (Monoethylglycinxylidid) (Zweimalige Bestimmung von MEGX)	500	55,—
4111	Metoclopramidtest (Zweimalige Bestimmung von Prolaktin)	700	77,—
4112	Pentagastrintest (Sechsmalige Bestimmung von Calcitonin)	2880	316,80
4113	Renin-Aldosteron-Stimulationstest (Zweimalige Bestimmung von Renin und Aldosteron)	1920	211,20
4114	Renin-Aldosteron-Suppressionstest (Zweimalige Bestimmung von Renin und Aldosteron)	1920	211,20
4115	Seitengetrennte Reninbestimmung (Viermalige Bestimmung von Renin)	1920	211,20
4116	Sekretin-Pankreozymin-Evokationstest (Dreimalige Bestimmung von Amylase, Lipase, Trypsin und Bikarbonat)	1080	118,80
4117	TRH-Test (Zweimalige Bestimmung von TSH)	500	55,—
4118	Vitamin A-Resorptionstest (Zweimalige Bestimmung von Vitamin A)	720	79,20

16. Porphyrine und ihre Vorläufer

4120	Delta-Aminolaevulinsäure (Delta-ALS, Delta-ALA), photometrisch und säulenchromatographisch	570	62,70
4121	Gesamt-Porphyrine, photometrisch	250	27,50
4122	Gesamt-Porphyrine, qualitativ	120	13,20

4123	Porphobilinogen (PBG, Hösch-Test, Schwarz-Watson-Test) mit Rückextraktion, Farbreaktion und visuell, qualitativ	60	6,60
4124	Porphobilinogen (PBG), photometrisch und säulenchromatographisch	570	62,70
4125	Porphyrinprofil (Urin, Stuhl, Erythrozyten), Hochdruckflüssigkeitschromatographie, je Material	570	62,70
4126	Porphyrinprofil (Urin, Stuhl, Erythrozyten), Dünnschichtchromatographie, je Material	460	50,60

17. Spurenelemente, Vitamine

4130	Eisen im Urin, Atomabsorption	120	13,20
4131	Kupfer im Serum oder Plasma	40	4,40
4132	Kupfer im Urin, Atomabsorption	410	45,10
4133	Mangan, Atomabsorption, flammenlos	410	45,10
4134	Selen, Atomabsorption, flammenlos	410	45,10
4135	Zink, Atomabsorption	90	9,90
4138	25-Hydroxy-Vitamin D (25-OH-D, D2), Ligandenassay — einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve —	480	52,80
4139	1,25-Dihydroxy-Vitamin D (1,25-$(OH)_2D_3$, Calcitriol), Ligandenassay — einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve —	750	82,50
4140	Folsäure und/oder Vitamin B12, Ligandenassay — gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve —	250	27,50
	Untersuchung von Vitaminen mittels Hochdruckflüssigkeitschromatographie	360	39,60
	Katalog		
4141	Vitamin A		
4142	Vitamin E		
	Untersuchung von Vitaminen mittels Hochdruckflüssigkeitschromatographie	570	62,70
	Katalog		
4144	25-Hydroxy-Vitamin D (25-OH-D, D2)		
4145	Vitamin B1		
4146	Vitamin B6		
4147	Vitamin K		

18. Arzneimittelkonzentrationen, exogene Gifte, Drogen

	Untersuchung mittels Ligandenassay — gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve —	250	27,50
	Katalog		
4150	Amikacin		
4151	Amphetamin		
4152	Azetaminophen		
4153	Barbiturate		
4154	Benzodiazepine		
4155	Cannabinoide		
4156	Carbamazepin		
4157	Chinidin		
4158	Cocainmetabolite		
4160	Desipramin		
4161	Digitoxin		
4162	Digoxin		
4163	Disopyramid		

4164	Ethosuximid		
4165	Flecainid		
4166	Gentamicin		
4167	Lidocain		
4168	Methadon		
4169	Methotrexat		
4170	N-Azetylprocainamid		
4171	Netilmicin		
4172	Opiate		
4173	Phenobarbital		
4174	Phenytoin		
4175	Primidon		
4176	Propaphenon		
4177	Salizylat		
4178	Streptomycin		
4179	Theophyllin		
4180	Tobramicin		
4181	Valproinsäure		
4182	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand *Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.*		
4185	Cyclosporin (mono- oder polyspezifisch), Ligandenassay — gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve —	300	33,—
	Untersuchung mittels Ligandenassay — einschließlich vorhergehender Säulentrennung, gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve —	700	77,—
Katalog			
4186	Amitryptilin		
4187	Imipramin		
4188	Nortriptylin		
	Untersuchung mittels Atomabsorption, flammenlos	410	45,10
Katalog			
4190	Aluminium		
4191	Arsen		
4192	Blei		
4193	Cadmium		
4194	Chrom		
4195	Gold		
4196	Quecksilber		
4197	Thallium		
4198	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand *Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.*		
	Untersuchung mittels Hochdruckflüssigkeitschromatographie, je Untersuchung	360	39,60
Katalog			
4199	Amiodarone		
4200	Antiepileptika (Ethosuximid und/oder Phenobarbital und/oder Phenytoin und/oder Primidon)		
4201	Chinidin		
4202	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand *Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.*		
	Untersuchung mittels Hochdruckflüssigkeitschromatographie, je Untersuchung	450	49,50
Katalog			
4203	Antibiotika		
4204	Antimykotika		

	Untersuchung mittels Gaschromatographie, je Untersuchung	410	45,10
	Katalog		
4206	Valproinsäure		
4207	thanol		
4208	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand *Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.*		
4209	Untersuchung mittels Gaschromatographie nach Säulenextraktion und Derivatisierung zum Nachweis von exogenen Giften, je Untersuchung	480	52,80
4210	Untersuchung von exogenen Giften mittels Gaschromatographie-Massenspektrometrie, Bestätigungsanalyse, je Untersuchung	900	99,—
4211	Ethanol, photometrisch	150	16,50
4212	Exogene Gifte, dünnschichtchromatographisches Screening, qualitativ oder semiquantitativ	250	27,50
4213	Identifikation von exogenen Giften mittels aufwendiger Dünnschichtchromatographie mit standardkorrigierten Rf-Werten, je Untersuchung	360	39,60
4214	Lithium	60	6,60

19. Antikörper gegen Bakterienantigene

Allgemeine Bestimmung

Die Berechnung einer Gebühr für eine qualitative Untersuchung mittels Agglutinations- oder Fällungsreaktion bzw. Immunfluoreszenzuntersuchung (bis zu zwei Titerstufen) neben einer Gebühr für eine quantitative Untersuchung mittels Agglutinations- oder Fällungsreaktion bzw. Immunfluoreszenzuntersuchung (mehr als zwei Titerstufen) oder einer ähnlichen Untersuchungsmethode ist nicht zulässig.

	Qualitativer Nachweis von Antikörpern mittels Agglutinations- oder Fällungsreaktion (z. B. Hämagglutination, Hämagglutinationshemmung, Latex-Agglutination)	90	9,90
	Katalog		
	Antikörper gegen		
4220	Borrelia burgdorferi		
4221	Brucellen		
4222	Campylobacter		
4223	Francisellen		
4224	Legionella pneumophila bis zu fünf Typen, je Typ		
4225	Leptospiren		
4226	Listerien, je Typ		
4227	Rickettsien (Weil-Felix-Reaktion)		
4228	Salmonellen-H-Antigene		
4229	Salmonellen-O-Antigene		
4230	Staphylolysin		
4231	Streptolysin		
4232	Treponema pallidum (TPHA, Cardiolipinmikroflockungstest, VDRL-Test)		
4233	Yersinien bis zu zwei Typen, je Typ		
4234	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand *Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.*		
	Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Agglutinations- oder Fällungsreaktion (z. B. Hämagglutination, Hämagglutinationshemmung, Latex-Agglutination)	230	25,30
	Katalog		
	Antikörper gegen		
4235	Agglutinierende Antikörper (WIDAL-Reaktion)		
4236	Borrelia burgdorferi		
4237	Brucellen		
4238	Campylobacter		
4239	Francisellen		
4240	Legionellen bis zu zwei Typen, je Typ		
4241	Leptospiren		

4242 Listerien, je Typ
4243 Rickettsien
4244 Salmonellen-H-Antigene, bis zu zwei Antigenen, je Antigen
4245 Salmonellen-O-Antigene, bis zu vier Antigenen, je Antigen
4246 Staphylolysin
4247 Streptolysin
4248 Treponema pallidum (TPHA, Cardiolipinmikroflockungstest, VDRL-Test)
4249 Yersinien, bis zu zwei Typen, je Typ
4250 Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand
Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

Qualitativer Nachweis von Antikörpern mittels Immunfluoreszenz oder ähnlicher Untersuchungsmethoden	290	31,90

Katalog
Antikörper gegen
4251 Bordetella pertussis
4252 Borrelia burgdorferi
4253 Chlamydia trachomatis
4254 Coxiella burneti
4255 Legionella pneumophila
4256 Leptospiren (IgA, IgG oder IgM)
4257 Mycoplasma pneumoniae
4258 Rickettsien
4259 Treponema pallidum (IgG und IgM) (FTA-ABS-Test)
4260 Treponema pallidum (IgM) (IgM-FTA-ABS-Test)
4261 Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand
Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Immunfluoreszenz oder ähnlicher Untersuchungsmethoden	510	56,10

Katalog
Antikörper gegen
4263 Bordetella pertussis
4264 Borrelia burgdorferi
4265 Chlamydia trachomatis
4266 Coxiella burneti
4267 Legionella pneumophila
4268 Mycoplasma pneumoniae
4269 Rickettsien
4270 Treponema pallidum (IgG und IgM) (FTA-ABS-Test)
4271 Treponema pallidum (IgM) (IgM-FTA-ABS-Test)
4272 Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand
Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Immunfluoreszenz oder ähnlicher Untersuchungsmethoden	800	88,—

Katalog
Antikörper gegen
4273 Treponema pallidum (IgM) (19S-IgM-FTA-ABS-Test)

Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Komplementbindungsreaktion (KBR)	250	27,50

Katalog
Antikörper gegen
4275 Campylobacter
4276 Chlamydia psittaci (Ornithosegruppe)
4277 Chlamydia trachomatis
4278 Coxiella burneti
4279 Gonokokken
4280 Leptospiren

4281	Listerien		
4282	Mycoplasma pneumoniae		
4283	Treponema pallidum (Cardiolipinreaktion)		
4284	Yersinien		
4285	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand *Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.*		

Bestimmung von Antikörpern mittels Ligandenassay — gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve —		350	38,50
Katalog			
Antikörper gegen			
4286	Borrelia burgdorferi		
4287	Campylobacter		
4288	Coxiella burneti		
4289	Leptospiren (IgA, IgG oder IgM)		
4290	Mycoplasma pneumoniae		
4291	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand *Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.*		

Bestimmung von Antikörpern mit sonstigen Methoden			
Katalog			
4293	Streptolysin, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	180	19,80
4294	Streptolysin, Hämolysehemmung	230	25,30
4295	Streptokokken-Desoxyribonuklease (Antistreptodornase, ADNAse B), Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	180	19,80
4296	Streptokokken-Desoxyribonuklease (Antistreptodornase, ADNAse B), Farbreaktion und visuell	120	13,20
4297	Hyaluronidase, Farbreaktion und visuell, qualitativ	120	13,20

20. Antikörper gegen Virusantigene

Allgemeine Bestimmung

Die Berechnung einer Gebühr für eine qualitative Untersuchung mittels Agglutinations- oder Fällungsreaktion bzw. Immunfluoreszenzuntersuchung (bis zu zwei Titerstufen) neben einer Gebühr für eine quantitative Untersuchung mittels Agglutinations- oder Fällungsreaktion bzw. Immunfluoreszenzuntersuchung (mehr als zwei Titerstufen) oder einer ähnlichen Untersuchungsmethode ist nicht zulässig.

Qualitativer Nachweis von Antikörpern mittels Agglutinationsreaktion (z. B. Hämagglutination, Hämagglutinationshemmung, Latex-Agglutination)		90	9,90
Katalog			
Antikörper gegen			
4300	Epstein-Barr-Virus, heterophile Antikörper (Paul-Bunnel-Test)		
4301	Röteln-Virus		
4302	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand *Die untersuchten Viren sind in der Rechnung anzugeben.*		

Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Agglutinationsreaktion (z. B. Hämagglutination, Hämagglutinationshemmung, Latex-Agglutination)		240	26,40
Katalog			
Antikörper gegen			
4305	Epstein-Barr-Virus, heterophile Antikörper (Paul-Bunnel-Test)		
4306	Röteln-Virus		
4307	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand *Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.*		

Qualitativer Nachweis von Antikörpern mittels Immunfluoreszenz oder ähnlicher Untersuchungsmethoden		290	31,90
Katalog			
Antikörper gegen			
4310	Adenoviren		
4311	Epstein-Barr-Virus Capsid (IgA)		
4312	Epstein-Barr-Virus Capsid (IgG)		
4313	Epstein-Barr-Virus Capsid (IgM)		
4314	Epstein-Barr-Virus Early Antigen diffus		
4315	Epstein-Barr-Virus Early Antigen restricted		
4316	Epstein-Barr-Virus Nukleäres Antigen (EBNA)		
4317	FSME-Virus		
4318	Herpes simplex-Virus 1 (IgG)		
4319	Herpes simplex-Virus 1 (IgM)		
4320	Herpes simplex-Virus 2 (IgG)		
4321	Herpes simplex-Virus 2 (IgM)		
4322	HIV 1		
4323	HIV 2		
4324	Influenza A-Virus		
4325	Influenza B-Virus		
4327	Masern-Virus		
4328	Mumps-Virus		
4329	Parainfluenza-Virus 1		
4330	Parainfluenza-Virus 2		
4331	Parainfluenza-Virus 3		
4332	Respiratory syncytial virus		
4333	Tollwut-Virus		
4334	Varizella-Zoster-Virus		
4335	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand *Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.*		

Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Immunfluoreszenz oder ähnlicher Untersuchungsmethoden		510	56,10
Katalog			
Antikörper gegen			
4337	Adenoviren		
4338	Epstein-Barr-Virus Capsid (IgA)		
4339	Epstein-Barr-Virus Capsid (IgG)		
4340	Epstein-Barr-Virus Capsid (IgM)		
4341	Epstein-Barr-Virus Early Antigen diffus		
4342	Epstein-Barr-Virus Early Antigen restricted		
4343	Epstein-Barr-Virus Nukleäres Antigen (EBNA)		
4344	FSME-Virus		
4345	Herpes simplex-Virus 1 (IgG)		
4346	Herpes simplex-Virus 1 (IgM)		
4347	Herpes simplex-Virus 2 (IgG)		
4348	Herpes simplex-Virus 2 (IgM)		
4349	HIV 1		
4350	HIV 2		
4351	Influenza A-Virus		
4352	Influenza B-Virus		
4353	Lymphozytäres Choriomeningitis-Virus		
4354	Masern-Virus		
4355	Mumps-Virus		
4356	Parainfluenza-Virus 1		
4357	Parainfluenza-Virus 2		
4358	Parainfluenza-Virus 3		
4359	Respiratory syncytial virus		
4360	Röteln-Virus		

4361 Tollwut-Virus
4362 Varizella-Zoster-Virus
4363 Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand
Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Komplementbindungsreaktion (KBR)	250	27,50

Katalog
Antikörper gegen
4365 Adenoviren
4366 Coronaviren
4367 Influenza A-Virus
4368 Influenza B-Virus
4369 Influenza C-Virus
4370 Lymphozytäres Choriomeningitis-Virus
4371 Parainfluenza-Virus 1
4371a Parainfluenza-Virus 2
4372 Parainfluenza-Virus 3
4373 Polyomaviren
4374 Reoviren
4375 Respiratory syncytial virus
4376 Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand
Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

Bestimmung von Antikörpern mittels Ligandenassay — gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve —	240	26,40

Katalog
Antikörper gegen
4378 Cytomegalie-Virus (IgG und IgM)
4379 FSME-Virus (IgG und IgM)
4380 HBe-Antigen (IgG und IgM)
4381 HBs-Antigen
4382 Hepatitis A-Virus (IgG und IgM)
4383 Hepatitis A-Virus (IgM)
4384 Herpes simplex-Virus (IgG und IgM)
4385 Masern-Virus (IgG und IgM)
4386 Mumps-Virus (IgG und IgM)
4387 Röteln-Virus (IgG und IgM)
4388 Varizella-Zoster-Virus (IgG und IgM)
4389 Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand
Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

Bestimmung von Antikörpern mittels Ligandenassay — gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve —	300	33,—

Katalog
Antikörper gegen
4390 Cytomegalie-Virus (IgM)
4391 Epstein-Barr-Virus (IgG und IgM)
4392 FSME-Virus (IgM)
4393 HBc-Antigen (IgG und IgM)
4394 Herpes simplex-Virus (IgM)
4395 HIV
4396 Masern-Virus (IgM)
4397 Mumps-Virus (IgM)
4398 Röteln-Virus (IgM)
4399 Varizella-Zoster-Virus (IgM)
4400 Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand
Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

Bestimmung von Antikörpern mittels Ligandenassay — gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve —		350	38,50
Katalog			
Antikörper gegen			
4402	HBc-Antigen (IgM)		
4403	HBe-Antigen (IgM)		
4404	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand		
	Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.		
Bestimmung von Antikörpern mittels Ligandenassay — gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve		350	38,50
Katalog			
Antikörper gegen			
4405	Delta-Antigen	800	88,—
4406	Hepatitis C-Virus	400	44,—
Bestimmung von Antikörpern mittels anderer Methoden		800	88,—
Katalog			
Antikörper gegen			
4408	Hepatitis C-Virus, Immunoblot		
4409	HIV, Immunoblot		

21. Antikörper gegen Pilzantigene

Allgemeine Bestimmung

Die Berechnung einer Gebühr für eine qualitative Untersuchung mittels Agglutinations- oder Fällungsreaktion bzw. Immunfluoreszenzuntersuchung (bis zu zwei Titerstufen) neben einer Gebühr für eine quantitative Untersuchung mittels Agglutinations- oder Fällungsreaktion bzw. Immunfluoreszenzuntersuchung (mehr als zwei Titerstufen) oder einer ähnlichen Untersuchungsmethode ist nicht zulässig.

Qualitativer Nachweis von Antikörpern mittels Immunfluoreszenz oder ähnlicher Untersuchungsmethoden		290	31,90
Katalog			
Antikörper gegen			
4415	Candida albicans		
4416	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand		
	Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.		
Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Immunfluoreszenz oder ähnlicher Untersuchungsmethoden		510	56,10
Katalog			
Antikörper gegen			
4418	Candida albicans		
4419	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand		
	Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.		
Qualitativer Nachweis von Antikörpern mittels Agglutinations- oder Fällungsreaktion (z. B. Hämagglutination, Hämagglutinationshemmung, Latex-Agglutination)		90	9,90
Katalog			
Antikörper gegen			
4421	Aspergillus		
4422	Candida albicans		
4423	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand		
	Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.		

Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Agglutinations- oder Fällungsreaktion (z. B. Hämagglutination, Hämagglutinationshemmung, Latex-Agglutination 240 26,40
Katalog
Antikörper gegen
4425 Aspergillus
4426 Candida albicans
4427 Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand
Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

22. Antikörper gegen Parasitenantigene

Allgemeine Bestimmung

Die Berechnung einer Gebühr für eine qualitative Untersuchung mittels Agglutinations- oder Fällungsreaktion bzw. Immunfluoreszenzuntersuchung (bis zu zwei Titerstufen) neben einer Gebühr für eine quantitative Untersuchung mittels Agglutinations- oder Fällungsreaktion bzw. Immunfluoreszenzuntersuchung (mehr als zwei Titerstufen) oder einer ähnlichen Untersuchungsmethode ist nicht zulässig.

Qualitativer Nachweis von Antikörpern mittels Agglutinations- oder Fällungsreaktion (z. B. Hämagglutination, Hämagglutinationshemmung, Latex-Agglutination) 90 9,90
Katalog
Antikörper gegen
4430 Echinokokken
4431 Schistosomen
4432 Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand
Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Agglutinations- oder Fällungsreaktion (z. B. Hämagglutination, Hämagglutina-tionshemmung, Latex-Agglutination) 240 26,40
Katalog
Antikörper gegen
4435 Echinokokken
4436 Schistosomen
4437 Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand
Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

Qualitativer Nachweis von Antikörpern mittels Immunfluoreszenz oder ähnlicher Untersuchungsmethoden 290 31,90
Katalog
Antikörper gegen
4440 Entamoeba histolytica
4441 Leishmanien
4442 Plasmodien
4443 Pneumocystis carinii
4444 Schistosomen
4445 Toxoplasma gondii
4446 Trypanosoma cruzi
4447 Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand
Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Immunfluoreszenz oder ähnlicher Untersuchungsmethoden 510 56,10
Katalog
Antikörper gegen
4448 Entamoeba histolytica
4449 Leishmanien
4450 Pneumocystis carinii
4451 Plasmodien
4452 Schistosomen

4453 Toxoplasma gondii
4454 Trypanosoma cruzi
4455 Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand
Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Komplementbindungsreaktion (KBR) 250 27,50
Katalog
Antikörper gegen
4456 Echinokokken
4457 Entamoeba histolytica
4458 Leishmanien
4459 Toxoplasma gondii
4460 Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand
Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Ligandenassay — gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve — 230 5,30
Katalog
Antikörper gegen
4461 Toxoplasma gondii
4462 Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand
Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Ligandenassay — gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve — 350 38,50
Katalog
Antikörper gegen
4465 Entamoeba histolytica
4466 Leishmanien
4467 Schistosomen
4468 Toxoplasma gondii
4469 Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand
Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

IV. Untersuchungen zum Nachweis und zur Charakterisierungvon Krankheitserregern

Allgemeine Bestimmung

Werden Untersuchungen berechnet, die im methodischen Aufwand mit im Leistungstext konkret benannten Untersuchungen vergleichbar sind, so muß die Art der berechneten Untersuchungen genau bezeichnet werden.

1. Untersuchungen zum Nachweis und zur Charakterisierung von Bakterien

a. Untersuchungen im Nativmaterial

Untersuchung zum Nachweis von Bakterien im Nativmaterial mittels Agglutination, je Antiserum 130 14,30
Katalog
4500 Betahämolysierende Streptokokken Typ B
4501 Hämophilus influenzae Kapseltyp b
4502 Neisseria meningitidis Typen A und B
4503 Streptococcus pneumoniae
4504 Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand
Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

Lichtmikroskopische Untersuchung des Nativmaterials zum Nachweis von Bakterien — einschließlich einfacher Anfärbung —, qualitativ, je Untersuchung 90 9,90

Katalog
4506 Methylenblaufärbung
4508 Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand
Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

Lichtmikroskopische Untersuchung des Nativmaterials zum Nachweis von Bakterien — einschließlich aufwendigerer Anfärbung —, qualitativ, je Untersuchung 110 12,10
Katalog
4510 Giemsafärbung (Punktate)
4511 Gramfärbung (Liquor-, Blut-, Punktat-, Sputum-, Eiter- oder Urinausstrich, Nasenabstrich)
4512 Ziehl-Neelsen-Färbung
4513 Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand
Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

Lichtmikroskopische Untersuchung des Nativmaterials zum Nachweis von Bakterien — einschließlich Anfärbung mit Fluorochromen —, qualitativ, je Untersuchung 160 17,60
Katalog
4515 Auraminfärbung
4516 Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand
Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.
4518 Lichtmikroskopische, immunologische Untersuchung des Nativmaterials zum Nachweis von Bakterien — einschließlich Fluoreszenz-, Enzym- oder anderer Markierung —, je Antiserum 250 27,50
Eine mehr als fünfmalige Berechnung der Leistung nach Nummer 4518 bei Untersuchungen aus demselben Untersuchungsmaterial ist nicht zulässig.

Qualitative Untersuchung des Nativmaterials zum Nachweis von Bakterienantigenen mittels Ligandenassay (z. B. Enzym- oder Radioimmunoassay) — gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve —, je Untersuchung ... 250 27,50
Katalog
4520 Beta-hämolysierende Streptokokken der Gruppe B
4521 Enteropathogene Escherichia coli-Stämme
4522 Legionellen
4523 Neisseria meningitidis
4524 Neisseria gonorrhoeae
4525 Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand
Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

b. Züchtung/Gewebekultur

4530 Untersuchung zum Nachweis von Bakterien durch einfache Anzüchtung oder Weiterzüchtung auf Nährböden, aerob (z. B. Blut-, Endo-, McConkey-Agar, Nährbouillon), je Nährmedium 80 8,80

Eine mehr als viermalige Berechnung der Leistung nach Nummer 4530 bei Untersuchungen aus demselben Untersuchungsmaterial ist nicht zulässig.

4531 Untersuchung zum Nachweis von Bakterien durch Anzüchtung oder Weiterzüchtung bei besonderer Temperatur, je Nährmedium ..... 100 11,—

Eine mehr als dreimalige Berechnung der Leistung nach Nummer 4531 bei Untersuchungen aus demselben Untersuchungsmaterial ist nicht zulässig.

4532 Untersuchung zum Nachweis von Bakterien durch Anzüchtung oder Weiterzüchtung in CO_2-Atmosphäre, je Nährmedium ..... 100 11,—

4533	Untersuchung zum Nachweis von Bakterien durch Anzüchtung oder Weiterzüchtung in anaerober oder mikroaerophiler Atmosphäre, je Nährmedium .	250	27,50
	Eine mehr als viermalige Berechnung der Leistung nach Nummer 4533 bei Untersuchungen aus demselben Untersuchungsmaterial ist nicht zulässig.		
4538	Untersuchung zum Nachweis von Bakterien durch Anzüchtung oder Weiterzüchtung auf Selektiv- oder Anreicherungsmedien, aerob (z. B. Blutagar mit Antibiotikazusätzen, Schokoladen-, Yersinien-, Columbia-, Kochsalz-Mannit-Agar, Thayer-Martin-Medium), je Nährmedium	120	13,20
	Eine mehr als viermalige Berechnung der Leistung nach Nummer 4538 bei Untersuchungen aus demselben Untersuchungsmaterial ist nicht zulässig.		
4539	Untersuchung zum Nachweis von Bakterien durch besonders aufwendige Anzüchtung oder Weiterzüchtung auf Selektiv- oder Anreicherungsmedien (z. B. Campylobacter-, Legionellen-, Mycoplasmen-, Clostridium difficile-Agar), je Nährmedium	250	27,50
	Eine mehr als viermalige Berechnung der Leistung nach Nummer 4539 bei Untersuchungen aus demselben Untersuchungsmaterial ist nicht zulässig.		
4540	Anzüchtung von Mykobakterien mit mindestens zwei festen und einem flüssigen Nährmedium, je Untersuchungsmaterial	400	44,—
4541	Untersuchung zum Nachweis von Chlamydien durch Anzüchtung auf Gewebekultur, je Ansatz	350	38,50
4542	Untersuchung zum Nachweis von bakteriellen Toxinen durch Anzüchtung auf Gewebekultur, je Untersuchung	250	27,50
4543	Untersuchung zum Nachweis von bakteriellen Toxinen durch Anzüchtung auf Gewebekultur mit Spezifitätsprüfung durch Neutralisationstest, je Untersuchung	500	55,—
	c. Identifizierung/Typisierung		
4545	Orientierende Identifizierung, Untersuchung von angezüchteten Bakterien mit einfachen Verfahren (z. B. Katalase-, Optochin-, Oxidase-, Galle-, Klumpungstest), je Test und Keim	60	6,60
4546	Identifizierung, Untersuchung von angezüchteten Bakterien mit aufwendigeren Verfahren (z. B. Äskulinspaltung, Methylenblau-, Nitratreduktion, Harnstoffspaltung, Koagulase-, cAMP-, O-F-, Ammen-, DNAase-Test), je Test und Keim	120	13,20
4547	Identifizierung, Untersuchung von angezüchteten Bakterien mit Mehrtestverfahren (z. B. Kombination von Zitrat-, Kligler-, SIM-Agar), je Keim	120	13,20
4548	Identifizierung, Untersuchung von aerob angezüchteten Bakterien mittels bunter Reihe (bis zu acht Reaktionen), je Keim	160	17,60
4549	Identifizierung, Untersuchung von aerob angezüchteten Bakterien mittels erweiterter bunter Reihe — mindestens zwanzig Reaktionen —, je Keim ...	240	26,40
4550	Identifizierung, Untersuchung anaerob angezüchteter Bakterien mittels erweiterter bunter Reihe in anaerober oder mikroaerophiler Atmosphäre, je Keim	330	36,30
4551	Identifizierung, Untersuchung von Mykobakterium tuberkulosis-Komplex mittels biochemischer Reaktionen	300	33,—
	Eine mehr als viermalige Berechnung der Leistung nach Nummer 4551 bei Untersuchungen aus demselben Untersuchungsmaterial ist nicht zulässig.		
Lichtmikroskopische Untersuchung angezüchteter Bakterien — einschließlich Anfärbung —, qualitativ, je Untersuchung		60	6,60
Katalog			
4553	Gramfärbung (Bakterienkulturausstrich)		
4554	Neisser-Färbung (Bakterienkulturausstrich)		
4555	Ziehl-Neelsen-Färbung (Bakterienkulturausstrich)		
4556	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand		
	Die durchgeführten Färbungen sind in der Rechnung anzugeben.		

4560	Lichtmikroskopische, immunologische Untersuchung von angezüchteten Bakterien — einschließlich Fluoreszenz-, Enzym- oder anderer Markierung —, je Antiserum	290	31,90
	Untersuchung zum Nachweis von Bakterienantigenen mittels Ligandenassay (z. B. Enzym-, Radioimmunoassay) — gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve —, qualitativ, je Untersuchung	250	27,50
	Katalog		
4561	Beta-hämolysierende Streptokokken		
4562	Enteropathogene Escherichia coli-Stämme		
4563	Legionellen		
4564	Neisseria meningitidis		
4565	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand *Die untersuchten Keime sind in der Rechnung anzugeben.*		
	Untersuchung von angezüchteten Bakterien über Metabolitprofil mittels Gaschromatographie, je Untersuchung	410	45,10
	Katalog		
4567	Anaerobier		
4568	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand *Die untersuchten Keime sind in der Rechnung anzugeben.*		
4570	Untersuchung von angezüchteten Bakterien über Metabolitprofil (z. B. Fettsäurenprofil) mittels Gaschromatographie — einschließlich aufwendiger Probenvorbereitung (z. B. Extraktion) und Derivatisierungreaktion —, je Untersuchung	570	62,70
4571	Untersuchung von angezüchteten Bakterien mittels chromatographischer Analyse struktureller Komponenten, je Untersuchung	570	62,70
	Untersuchung von angezüchteten Bakterien mittels Agglutination (bis zu höchstens 15 Antiseren je Keim), je Antiserum	120	13,20
	Katalog		
4572	Beta-hämolysierende Streptokokken		
4573	Escherichia coli		
4574	Salmonellen		
4575	Shigellen		
4576	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand *Die untersuchten Keime sind in der Rechnung anzugeben.*		
	Untersuchung durch Phagentypisierung von angezüchteten Bakterien (Bacteriocine oder ähnliche Methoden), je Untersuchung	250	27,50
	Katalog		
4578	Brucellen		
4579	Pseudomonaden		
4580	Staphylokokken		
4581	Salmonellen		
4582	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand *Die untersuchten Keime sind in der Rechnung anzugeben.*		
4584	Untersuchung zum Nachweis und zur Identifizierung von Bakterien durch Anzüchtung in Flüssigmedien und Nachweis von Substratverbrauch oder Reaktionsprodukten durch photometrische, spektrometrische oder elektrochemische Messung (z. B. teil- oder vollmechanisierte Geräte für Blutkulturen), je Untersuchung	250	27,50
4585	Untersuchung zum Nachweis und zur Identifizierung von Mykobakterien durch Anzüchtung in Flüssigmedien und photometrische, elektrochemische oder radiochemische Messung (z. B. teil- oder vollmechanisierte Geräte), je Untersuchung	350	38,50

d. Toxinnachweis

	Untersuchung zum Nachweis von Bakterientoxinen mittels Ligandenassay (z. B. Enzym-, Radioimmunoassay) — gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve —, je Untersuchung	250	27,50
	Katalog		
4590	Clostridium difficile, tetani oder botulinum		
4591	Enteropathogene Escherichia coli-Stämme		
4592	Staphylococcus aureus		
4593	Vibrionen		
4594	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand *Die untersuchten Keime sind in der Rechnung anzugeben.*		
	Untersuchung zum Nachweis von Bakterienantigenen oder -toxinen durch Präzipitation im Agargel mittels Antitoxinen, je Untersuchung	250	27,50
	Katalog		
4596	Clostridium botulinum		
4597	Corynebacterium diphtheriae		
4598	Staphylokokkentoxin		
4599	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand *Die untersuchten Keime sind in der Rechnung anzugeben.*		
4601	Untersuchung zum Nachweis von Bakterientoxinen durch Inokulation in Versuchstiere, je Untersuchung	500	55,—
	Eine mehr als dreimalige Berechnung der Leistung nach Nummer 4601 im Behandlungsfall ist nicht zulässig. *Kosten für Versuchstiere sind nicht gesondert berechnungsfähig.*		

e. Keimzahl, Hemmstoffe

4605	Untersuchung zur Bestimmung der Keimzahl mittels Eintauchobjektträgerkultur (z. B. Cult-dip Plus®, Dip-Slide®, Uricount®, Uricult®, Uriline®, Urotube®), semiquantitativ, je Urinuntersuchung	60	6,60
4606	Untersuchung zur Bestimmung der Keimzahl in Flüssigkeiten mittels Oberflächenkulturen oder Plattengußverfahren nach quantitativer Aufbringung des Untersuchungsmaterials, je Untersuchungsmaterial	250	27,50
4607	Untersuchung zum Nachweis von Hemmstoffen, je Material	60	6,60

f. Empfindlichkeitstestung

4610	Untersuchung zur Prüfung der Empfindlichkeit von Bakterien gegen Antibiotika und/oder Chemotherapeutika mittels semiquantitativem Agardiffusionstest und trägergebundenen Testsubstanzen (Plättchentest), je geprüfter Substanz	20	2,20
	Eine mehr als sechzehnmalige Berechnung der Leistung nach Nummer 4610 ist in der Rechnung zu begründen.		
4611	Untersuchung zur Prüfung der Empfindlichkeit von Bakterien gegen Antibiotika und/oder Chemotherapeutika nach der Break-Point-Methode, bis zu acht Substanzen, je geprüfter Substanz	30	3,30
4612	Untersuchung zur Prüfung der Empfindlichkeit von Bakterien gegen Antibiotika und/oder Chemotherapeutika mittels semiquantitativem Antibiotikadilutionstest (Agardilution oder MHK-Bestimmung), bis zu acht Substanzen, je geprüfter Substanz	50	5,50
4613	Untersuchung zur Prüfung der Empfindlichkeit von Bakterien gegen Antibiotika und/oder Chemotherapeutika mittels semiquantitativer Bestimmung der minimalen mikrobiziden Antibiotikakonzentration (MBC), bis zu acht Substanzen, je geprüfter Substanz	75	8,25

4614	Untersuchung zur quantitativen Prüfung der Empfindlichkeit von Bakterien gegen Antibiotika und/oder Chemotherapeutika durch Anzüchtung in entsprechenden Flüssigmedien und photometrische, turbidimetrische oder nephelometrische Messung (teil- oder vollmechanisierte Geräte), je Untersuchung	250	27,50

2. Untersuchungen zum Nachweis und zur Charakterisierung von Viren

a. Untersuchungen im Nativmaterial

	Nachweis von viralen Antigenen im Nativmaterial mittels Agglutinationsreaktion (z. B. Latex-Agglutination), je Untersuchung	60	6,60
	Katalog		
4630	Rota-Viren		
4631	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand *Die untersuchten Viren sind in der Rechnung anzugeben.*		
	Lichtmikroskopische Untersuchung im Nativmaterial zum Nachweis von Einschluß- oder Elementarkörperchen aus Zellmaterial — einschließlich Anfärbung —, qualitativ, je Untersuchung	80	8,80
	Katalog		
4633	Herpes simplex Viren		
4634	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand *Die untersuchten Viren sind in der Rechnung anzugeben.*		
4636	Lichtmikroskopische immunologische Untersuchung im Nativmaterial zum Nachweis von Viren — einschließlich Fluoreszenz-, Enzym- oder anderer Markierung —, je Antiserum	290	31,90
4637	Elektronenmikroskopischer Nachweis und Identifizierung von Viren im Nativmaterial, je Untersuchung	3180	349,80
	Ligandenassay (z. B. Enzym- oder Radioimmunoassay) — gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve —, zum Nachweis von viralen Antigenen im Nativmaterial, je Untersuchung	250	27,50
	Katalog		
4640	Adeno-Viren		
4641	Hepatitis A-Viren		
4642	Hepatitis B-Viren (HBe-Antigen)		
4643	Hepatitis B-Viren (HBs-Antigen)		
4644	Influenza-Viren		
4645	Parainfluenza-Viren		
4646	Rota-Viren		
4647	Respiratory syncytial virus		
4648	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand *Die untersuchten Viren sind in der Rechnung anzugeben.*		

b. Züchtung

4655	Untersuchung zum Nachweis von Viren durch Anzüchtung auf Gewebekultur oder Gewebesubkultur, je Ansatz	450	49,50

c. Identifizierung, Charakterisierung

Allgemeine Bestimmungen

Die zur Identifizierung geeigneten Verfahren können nur dann in Ansatz gebracht werden, wenn zuvor im Rahmen der Leistung nach Nummer 4655 ein positiver Nachweis gelungen ist und die Charakterisierung nach der Leistung nach Nummer 4665 durchgeführt wurde. Es können jedoch nicht mehr als zwei Verfahren nach den Nummern 4666 bis 4671 zur Identifizierung berechnet werden.

4665	Untersuchung zur Charakterisierung von Viren mittels einfacher Verfahren (z. B. Ätherresistenz, Chloroformresistenz, pH3-Test), je Ansatz	250	27,50

4666	Identifizierung von Viren durch aufwendigere Verfahren (Hämabsorption, Hämagglutination, Hämagglutinationshemmung), je Ansatz	250	27,50
4667	Identifizierung von Viren durch Neutralisationstest, je Untersuchung	250	27,50
4668	Identifizierung von Virus-Antigenen durch Immunoblotting, je Untersuchung	330	36,30
4670	Lichtmikroskopische immunologische Untersuchung zur Identifizierung von Viren — einschließlich Fluoreszenz-, Enzym- oder anderer Markierung —, je Antiserum	290	31,90
4671	Elektronenmikroskopischer Nachweis und Identifizierung von Viren nach Anzüchtung, je Untersuchung	3180	349,80
	Ligandenassay (z. B. Enzym- oder Radioimmunoassay) — gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve —, zum Nachweis von viralen Antigenen angezüchteter Viren, je Untersuchung	250	27,50
	Katalog		
4675	Adeno-Viren		
4676	Influenza-Viren		
4677	Parainfluenza-Viren		
4678	Rota-Viren		
4679	Respiratory syncytial virus		
4680	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand		
	Die untersuchten Viren sind in der Rechnung anzugeben.		

3. Untersuchungen zum Nachweis und zur Charakterisierung von Pilzen

a. Untersuchungen im Nativmaterial

	Untersuchungen zum Nachweis von Pilzantigenen mittels Agglutination, je Antiserum	120	13,20
	Katalog		
4705	Aspergillus		
4706	Candida		
4707	Kryptokokkus neoformans		
4708	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand		
	Die untersuchten Pilze sind in der Rechnung anzugeben.		
4710	Lichtmikroskopische Untersuchung zum Nachweis von Pilzen ohne Anfärbung im Nativmaterial, je Material	80	8,80
4711	Lichtmikroskopische Untersuchung zum Nachweis von Pilzen im Nativmaterial nach Präparation (z. B. Kalilauge) oder aufwendigerer Anfärbung (z. B. Färbung mit Fluorochromen, Baumwollblau-, Tuschefärbung), je Material	120	3,20
4712	Lichtmikroskopische immunologische Untersuchung zum Nachweis von Pilzen im Nativmaterial — einschließlich Fluoreszenz-, Enzym- oder anderer Markierung —, je Antiserum	290	31,90
4713	Untersuchung im Nativmaterial zum Nachweis von Pilzantigenen mittels Ligandenassay (z. B. Enzym- oder Radioimmunoassay) — gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve —, je Untersuchung	250	27,50

b. Züchtung

4715	Untersuchung zum Nachweis von Pilzen durch An- oder Weiterzüchtung auf einfachen Nährmedien (z. B. Sabouraud-Agar), je Nährmedium	100	11,—
	Eine mehr als fünfmalige Berechnung der Leistung nach Nummer 4715 bei Untersuchungen aus demselben Untersuchungsmaterial ist nicht zulässig.		

4716	Untersuchung zum Nachweis von Pilzen durch An- oder Weiterzüchtung auf aufwendigeren Nährmedien (z. B. Antibiotika-, Wuchsstoffzusatz), je Nährmedium	120	13,20
	Eine mehr als fünfmalige Berechnung der Leistung nach Nummer 4716 bei Untersuchungen aus demselben Untersuchungsmaterial ist nicht zulässig.		
4717	Züchtung von Pilzen auf Differenzierungsmedien (z. B. Harnstoff-, Stärkeagar), je Nährmedium	120	13,20
	Eine mehr als dreimalige Berechnung der Leistung nach Nummer 4717 je Pilz ist nicht zulässig.		
	c. Identifizierung/Charakterisierung		
4720	Identifizierung von angezüchteten Pilzen mittels Röhrchen- oder Mehrkammerverfahren bis zu fünf Reaktionen, je Pilz	120	13,20
4721	Identifizierung von angezüchteten Pilzen mittels Röhrchen- oder Mehrkammerverfahren mit mindestens sechs Reaktionen, je Pilz	250	27,50
4722	Lichtmikroskopische Identifizierung angezüchteter Pilze — einschließlich Anfärbung (z. B. Färbung mit Fluorochromen, Baumwollblau-, Tuschefärbung) —, je Untersuchung	120	13,20
4723	Lichtmikroskopische immunologische Untersuchung zur Identifizierung angezüchteter Pilze — einschließlich Fluoreszenz-, Enzym- oder anderer Markierung —, je Antiserum	290	31,90
4724	Untersuchung zur Identifizierung von Antigenen angezüchteter Pilze mittels Ligandenassay (z. B. Enzym- oder Radioimmunoassay) — gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve —, je Untersuchung	250	27,50
	d. Empfindlichkeitstestung		
4727	Untersuchung zur Prüfung der Empfindlichkeit von angezüchteten Pilzen gegen Antimykotika und/oder Chemotherapeutika mittels trägergebundener Testsubstanzen, je Pilz	120	13,20
4728	Untersuchung zur Prüfung der Empfindlichkeit von angezüchteten Pilzen gegen Antimykotika und/oder Chemotherapeutika mittels Reihenverdünnungstest, je Reihenverdünnungstest	250	27,50
	4. Untersuchungen zum Nachweis und zur Charakterisierung von Parasiten		
	a. Untersuchungen im Nativmaterial oder nach Anreicherung		
	Lichtmikroskopische Untersuchung zum Nachweis von Parasiten, ohne oder mit einfacher Anfärbung (z. B. Lugol- oder Methylenblaufärbung) — gegebenenfalls einschließlich spezieller Beleuchtungsverfahren (z. B. Phasenkontrast) —, qualitativ, je Untersuchung	120	13,20
Katalog			
4740	Amöben		
4741	Lamblien		
4742	Sarcoptes scabiei (Krätzmilbe)		
4743	Trichomonaden		
4744	Würmer und deren Bestandteile, Wurmeier		
4745	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand		
	Die untersuchten Parasiten sind in der Rechnung anzugeben.		

	Lichtmikroskopische Untersuchung zum Nachweis von Parasiten, ohne oder mit einfacher Anfärbung (z. B. Lugol- oder Methylenblaufärbung) — gegebenenfalls einschließlich spezieller Beleuchtungsverfahren (z. B. Phasenkontrast) —, nach einfacher Anreicherung (z. B. Sedimentation, Filtration, Kochsalzaufschwemmung), qualitativ, je Untersuchung	160	17,60
	Katalog		
	4747 Amöben		
	4748 Lamblien		
	4749 Trichomonaden		
	4750 Würmer und deren Bestandteile, Wurmeier		
	4751 Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand		
	Die untersuchten Parasiten sind in der Rechnung anzugeben.		
	Lichtmikroskopische Untersuchung zum Nachweis von Parasiten — einschließlich aufwendigerer Anfärbung —, qualitativ, je Untersuchung	250	27,50
	Katalog		
	4753 Giemsafärbung (Blutausstrich)(z. B. Malariaplasmodien)		
	4754 Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand		
	Die untersuchten Parasiten sind in der Rechnung anzugeben.		
4756	Lichtmikroskopische Untersuchung zum Nachweis von Parasiten, ohne oder mit einfacher Anfärbung (z. B. Lugol- oder Methylenblaufärbung) oder speziellen Beleuchtungsverfahren (z. B. Phasenkontrast), nach aufwendiger Anreicherung oder Vorbereitung (z. B. Schlüpfversuch, Formalin-Äther-Verfahren), qualitativ, je Untersuchung	200	22,—
4757	Lichtmikroskopische Untersuchung zum Nachweis von Parasiten, ohne oder mit einfacher Anfärbung (z. B. Lugolfärbung- oder Methylenblaufärbung) oder speziellen Beleuchtungsverfahren (z. B. Phasenkontrast), nach aufwendiger Anreicherung oder Vorbereitung (z. B. Schlüpfversuch, Formalin-Äther-Verfahren), quantitativ (z. B. Filtermethode, Zählkammer), je Untersuchung	250	27,50
4758	Lichtmikroskopische immunologische Untersuchung zum Nachweis von Parasiten im Nativmaterial — einschließlich Fluoreszenz-, Enzym- oder anderer Markierung —, je Antiserum	290	31,90
4759	Ligandenassay (z. B. Enzym-, Radioimmunoassay) — gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve —, zum Nachweis von Parasitenantigenen im Nativmaterial, je Untersuchung	250	27,50

b. Züchtung

	Untersuchung zum Nachweis von Parasiten durch Züchtung auf Kulturmedien, je Untersuchung	250	27,50
	Katalog		
	4760 Amöben		
	4761 Lamblien		
	4762 Trichomonaden		
	4763 Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand		
	Die untersuchten Parasiten sind in der Rechnung anzugeben.		

c. Identifizierung

	Lichtmikroskopische Untersuchung zur Identifizierung von Parasiten nach Anzüchtung, je Untersuchung	120	13,20
	Katalog		
	4765 Trichomonaden		
	4766 Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand		
	Die untersuchten Parasiten sind in der Rechnung anzugeben.		

4768	Ligandenassay (z. B. Enzym- oder Radioimmunoassay) — gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve —, zum Nachweis von Parasitenantigenen, je Untersuchung	250	27,50

d. Xenodiagnostische Untersuchungen

	Xenodiagnostische Untersuchung zum Nachweis von parasitären Krankheitserregern, je Untersuchung	250	27,50
Katalog			
4770	Trypanosoma cruzi		
4771	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand		
	Die untersuchten Parasiten sind in der Rechnung anzugeben.		

5. Untersuchungen zur molekularbiologischen Identifizierung von Bakterien, Viren, Pilzen und Parasiten

Allgemeine Bestimmung

Bei der Berechnung der Leistungen nach den Nummern 4780 bis 4787 ist die Art des untersuchten Materials (Nativmaterial oder Material nach Anzüchtung) sowie der untersuchte Mikroorganismus (Bakterium, Virus, Pilz oder Parasit) in der Rechnung anzugeben.

4780	Isolierung von Nukleinsäuren	900	99,—
4781	Verdau (Spaltung) isolierter Nukleinsäuren mit Restriktionsenzymen, je Enzym	150	16,50
4782	Enzymatische Transkription von RNA mittels reverser Transkriptase	500	55,—
4783	Amplifikation von Nukleinsäuren oder Nukleinsäurefragmenten mit Polymerasekettenreaktion (PCR)	500	55,—
4784	Amplifikation von Nukleinsäuren oder Nukleinsäurefragmenten mit geschachtelter Polymerasekettenreaktion (nested PCR)	1000	110,—
4785	Identifizierung von Nukleinsäurefragmenten durch Hybridisierung mit radioaktiv oder nichtradioaktiv markierten Sonden und nachfolgender Detektion, je Sonde	300	33,—
4786	Trennung von Nukleinsäurefragmenten mittels elektrophoretischer Methoden und anschließendem Transfer auf Trägermaterialien (z. B. Dot-Blot, Slot-Blot)	600	66,—
4787	Identifizierung von Nukleinsäurefragmenten durch Sequenzermittlung	2000	220,—"

53. Die Abrechnungsbestimmung nach der Leistung nach Nummer 4850 wird wie folgt gefaßt:

„Neben der Leistung nach Nummer 4850 ist die Leistung nach Nummer 297 nicht berechnungsfähig."

54. Nach der Leistung nach Nummer 4851 wird folgende Abrechnungsbestimmung eingefügt:

„Neben der Leistung nach Nummer 4851 ist die Leistung nach Nummer 4850 bei Untersuchungen aus demselben Material nicht berechnungsfähig."

55. Nach der Leistung nach Nummer 4852 wird folgende Leistung mit der Nummer 4860 eingefügt:

„4860	Mikroskopische Differenzierung von Haaren und deren Wurzeln (Trichogramm) — einschließlich Epilation und Aufbereitung sowie gegebenenfalls einschließlich Färbung —, auch mehrere Präparate	160	17,60"

56. Abschnitt O wird wie folgt gefaßt:

„O. Strahlendiagnostik, Nuklearmedizin, Magnetresonanztomographie und Strahlentherapie

I. Strahlendiagnostik

Allgemeine Bestimmungen

1. Mit den Gebühren sind alle Kosten (auch für Dokumentation und Aufbewahrung der Datenträger) abgegolten.

2. Die Leistungen für Strahlendiagnostik mit Ausnahme der Durchleuchtung(en) (Nummer 5295) sind nur bei Bilddokumentation auf einem Röntgenfilm oder einem anderen Langzeitdatenträger berechnungsfähig.

3. Die Befundmitteilung oder der einfache Befundbericht mit Angaben zu Befund(en) und zur Diagnose ist Bestandteil der Leistungen und nicht gesondert berechnungsfähig.

4. Die Beurteilung von Röntgenaufnahmen (auch Fremdaufnahmen) als selbständige Leistung ist nicht berechnungsfähig.

5. Die nach der Strahlenschutzverordnung bzw. Röntgenverordnung notwendige ärztliche Überprüfung der Indikation und des Untersuchungsumfangs ist auch im Überweisungsfall Bestandteil der Leistungen des Abschnitts O und mit den Gebühren abgegolten.

6. Die Leistungen nach den Nummern 5011, 5021, 5031, 5101, 5106, 5121, 5201, 5267, 5295, 5302, 5305, 5308, 5311, 5318, 5331, 5339, 5376 und 5731 dürfen unabhängig von der Anzahl der Ebenen, Projektionen, Durchleuchtungen bzw. Serien insgesamt jeweils nur einmal berechnet werden.

7. Die Kosten für Kontrastmittel auf Bariumbasis und etwaige Zusatzmittel für die Doppelkontrastuntersuchung sind in den abrechnungsfähigen Leistungen enthalten.

1. Skelett

Allgemeine Bestimmung

Neben den Leistungen nach den Nummern 5050, 5060 und 5070 sind die Leistungen nach den Nummern 300 bis 302, 372, 373, 490, 491 und 5295 nicht berechnungsfähig.

Zähne			
5000	Zähne, je Projektion	50	5,50
	Werden mehrere Zähne mittels einer Röntgenaufnahme erfaßt, so darf die Leistung nach Nummer 5000 nur einmal und nicht je aufgenommenem Zahn berechnet werden.		
5002	Panoramaaufnahme(n) eines Kiefers	250	27,50
5004	Panoramaschichtaufnahme der Kiefer	400	44,—
Finger oder Zehen			
5010	jeweils in zwei Ebenen	180	19,80
5011	ergänzende Ebene(n)	60	6,60
	Werden mehrere Finger oder Zehen mittels einer Röntgenaufnahme erfaßt, so dürfen die Leistungen nach den Nummmern 5010 und 5011 nur einmal und nicht je aufgenommenem Finger oder Zehen berechnet werden.		
Handgelenk, Mittelhand, alle Finger einer Hand, Sprunggelenk, Fußwurzel und/oder Mittelfuß, Kniescheibe			
5020	jeweils in zwei Ebenen	220	24,20
5021	ergänzende Ebene(n)	80	8,80
	Werden mehrere der in der Leistungsbeschreibung genannten Skeletteile mittels einer Röntgenaufnahme erfaßt, so dürfen die Leistungen nach den Nummern 5020 und 5021 nur einmal und nicht je aufgenommenem Skeletteil berechnet werden.		
Oberarm, Unterarm, Ellenbogengelenk, Oberschenkel, Unterschenkel, Kniegelenk, ganze Hand oder ganzer Fuß, Gelenke der Schulter, Schlüsselbein, Beckenteilaufnahme, Kreuzbein oder Hüftgelenk			
5030	jeweils in zwei Ebenen	360	39,60

5031	ergänzende Ebene(n)	100	11,—
	Werden mehrere der in der Leistungsbeschreibung genannten Skeletteile mittels einer Röntgenaufnahme erfaßt, so dürfen die Leistungen nach den Nummern 5030 und 5031 nur einmal und nicht je aufgenommenem Skeletteil berechnet werden.		
5035	Teile des Skeletts in einer Ebene, je Teil	160	17,60
	Die Leistung nach Nummer 5035 ist je Skeletteil und Sitzung nur einmal berechnungsfähig. Das untersuchte Skeletteil ist in der Rechnung anzugeben.		
	Die Leistung nach Nummer 5035 ist neben den Leistungen nach den Nummern 5000 bis 5031 und 5037 bis 5121 nicht berechnungsfähig.		
5037	Bestimmung des Skelettalters — gegebenenfalls einschließlich Berechnung der prospektiven Endgröße, einschließlich der zugehörigen Röntgendiagnostik und gutachterlichen Beurteilung —	300	33,—
5040	Beckenübersicht	300	33,—
5041	Beckenübersicht bei einem Kind bis zum vollendeten 14. Lebensjahr	200	22,—
5050	Kontrastuntersuchung eines Hüftgelenks, Kniegelenks oder Schultergelenks, einschließlich Punktion, Stichkanalanästhesie und Kontrastmitteleinbringung — gegebenenfalls einschließlich Durchleuchtung(en) —	950	104,50
5060	Kontrastuntersuchung eines Kiefergelenks, einschließlich Punktion, Stichkanalanästhesie und Kontrastmitteleinbringung — gegebenenfalls einschließlich Durchleuchtung(en) —	500	55,—
5070	Kontrastuntersuchung der übrigen Gelenke, einschließlich Punktion, Stichkanalanästhesie und Kontrastmitteleinbringung — gegebenenfalls einschließlich Durchleuchtung(en) —, je Gelenk	400	44,—
5090	Schädel-Übersicht, in zwei Ebenen	400	44,—
5095	Schädelteile in Spezialprojektionen, je Teil	200	22,—
5098	Nasennebenhöhlen — gegebenenfalls auch in mehreren Ebenen —	260	28,60
5100	Halswirbelsäule, in zwei Ebenen	300	33,—
5101	ergänzende Ebene(n)	160	17,60
5105	Brust- oder Lendenwirbelsäule, in zwei Ebenen, je Teil	400	44,—
5106	ergänzende Ebene(n)	180	19,80
5110	Ganzaufnahme der Wirbelsäule oder einer Extremität	500	55,—
5111	ergänzende Ebene(n)	200	22,—
	Die Leistung nach Nummer 5111 ist je Sitzung nicht mehr als zweimal berechnungsfähig.		
	Die Leistungen nach den Nummern 5110 und 5111 sind neben den Leistungen nach den Nummern 5010, 5011, 5020, 5021, 5030 und 5031 nicht berechnungsfähig.		
	Die Nebeneinanderberechnung der Leistungen nach den Nummern 5100, 5105 und 5110 bedarf einer besonderen Begründung.		
5115	Untersuchung von Teilen der Hand oder des Fußes mittels Feinstfokustechnik (Fokusgröße maximal 0,2 mm) oder Xeroradiographietechnik zur gleichzeitigen Beurteilung von Knochen und Weichteilen, je Teil	400	44,—
5120	Rippen einer Thoraxhälfte, Schulterblatt oder Brustbein, in einer Ebene	260	28,60
5121	ergänzende Ebene(n)	140	15,40

2. Hals- und Brustorgane

5130	Halsorgane oder Mundboden — gegebenenfalls in mehreren Ebenen — ...	280	30,80
5135	Brustorgane-Übersicht, in einer Ebene ...	280	30,80
	Die Leistung nach Nummer 5135 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig.		
5137	Brustorgane-Übersicht — gegebenenfalls einschließlich Breischluck und Durchleuchtung(en) —, in mehreren Ebenen ...	450	49,50
5139	Teil der Brustorgane ...	180	19,80
	Die Berechnung der Leistung nach Nummer 5139 neben den Leistungen nach den Nummern 5135, 5137 und/oder 5140 ist in der Rechnung zu begründen.		
5140	Brustorgane, Übersicht im Mittelformat ...	100	11,—

3. Bauch- und Verdauungsorgane

5150	Speiseröhre, gegebenenfalls einschließlich ösophago-gastraler Übergang, Kontrastuntersuchung (auch Doppelkontrast) — einschließlich Durchleuchtung(en) —, als selbständige Leistung ...	550	60,50
5157	Oberer Verdauungstrakt (Speiseröhre, Magen, Zwölffingerdarm und oberer Abschnitt des Dünndarms), Monokontrastuntersuchung — einschließlich Durchleuchtung(en) — ...	700	77,—
5158	Oberer Verdauungstrakt (Speiseröhre, Magen, Zwölffingerdarm und oberer Abschnitt des Dünndarms), Kontrastuntersuchung — einschließlich Doppelkontrastdarstellung und Durchleuchtung(en), gegebenenfalls einschließlich der Leistung nach Nummer 5150 — ...	1200	132,—
5159	Zuschlag zu den Leistungen nach den Nummern 5157 und 5158 bei Erweiterung der Untersuchung bis zum Ileozökalgebiet ...	300	33,—
5163	Dünndarmkontrastuntersuchung mit im Bereich der Flexura duodeno-jejunalis endender Sonde — einschließlich Durchleuchtung(en) — ...	1300	143,—
5165	Monokontrastuntersuchung von Teilen des Dickdarms — einschließlich Durchleuchtung(en) — ...	700	77,—
5166	Dickdarmdoppelkontrastuntersuchung — einschließlich Durchleuchtung(en) — ...	1400	154,—
5167	Defäkographie nach Markierung der benachbarten Hohlorgane — einschließlich Durchleuchtung(en) — ...	1000	110,—
5168	Pharyngographie unter Verwendung kinematographischer Techniken — einschließlich Durchleuchtung(en) —, als selbständige Leistung ...	800	88,—
5169	Pharyngographie unter Verwendung kinematographischer Techniken — einschließlich Durchleuchtung(en) und einschließlich der Darstellung der gesamten Speiseröhre — ...	1100	121,—
5170	Kontrastuntersuchung von Gallenblase und/oder Gallenwegen und/oder Pankreasgängen ...	400	44,—
5190	Bauchübersicht, in einer Ebene oder Projektion ...	300	33,—
	Die Leistung nach Nummer 5190 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig.		
5191	Bauchübersicht, in zwei oder mehr Ebenen oder Projektionen ...	500	55,—
5192	Bauchteilaufnahme — gegebenenfalls in mehreren Ebenen oder Spezialprojektionen — ...	200	22,—
5200	Harntraktkontrastuntersuchung — einschließlich intravenöser Verabreichung des Kontrastmittels — ...	600	66,—

5201	Ergänzende Ebene(n) oder Projektion(en) im Anschluß an die Leistung nach Nummer 5200 — gegebenenfalls einschließlich Durchleuchtung(en) —	200	22,—
5220	Harntraktkontrastuntersuchung — einschließlich retrograder Verabreichung des Kontrastmittels, gegebenenfalls einschließlich Durchleuchtung(en) —, je Seite	300	33,—
5230	Harnröhren- und/oder Harnblasenkontrastuntersuchung (Urethrozystographie) — einschließlich retrograder Verabreichung des Kontrastmittels, gegebenenfalls einschließlich Durchleuchtung(en) —, als selbständige Leistung .	300	33,—
5235	Refluxzystographie — einschließlich retrograder Verabreichung des Kontrastmittels, einschließlich Miktionsaufnahmen und gegebenenfalls einschließlich Durchleuchtung(en) —, als selbständige Leistung	500	55,—
5250	Gebärmutter- und/oder Eileiterkontrastuntersuchung — einschließlich Durchleuchtung(en) —	400	44,—

4. Spezialuntersuchungen

5260	Röntgenuntersuchung natürlicher, künstlicher oder krankhaft entstandener Gänge, Gangsysteme, Hohlräume oder Fisteln (z. B. Sialographie, Galaktographie, Kavernographie, Vesikulographie) — gegebenenfalls einschließlich Durchleuchtung(en) —	400	44,—
	Die Leistung nach Nummer 5260 ist nicht berechnungsfähig für Untersuchungen des Harntrakts, der Gebärmutter und Eileiter sowie der Gallenblase.		
5265	Mammographie einer Seite, in einer Ebene	300	33,—
	Die Leistung nach Nummer 5265 ist je Seite und Sitzung nur einmal berechnungsfähig.		
5266	Mammographie einer Seite, in zwei Ebenen	450	49,50
5267	Ergänzende Ebene(n) oder Spezialprojektion(en) im Anschluß an die Leistung nach Nummer 5266	150	16,50
5280	Myelographie	750	82,50
5285	Bronchographie — einschließlich Durchleuchtung(en) —	450	49,50
5290	Schichtaufnahme(n) (Tomographie), bis zu fünf Strahlenrichtungen oder Projektionen, je Strahlenrichtung oder Projektion	650	71,50
5295	Durchleuchtung(en), als selbständige Leistung	240	26,40
5298	Zuschlag zu den Leistungen nach den Nummern 5010 bis 5290 bei Anwendung digitaler Radiographie (Bildverstärker-Radiographie)		
	Der Zuschlag nach Nummer 5298 beträgt 25 v. H. des einfachen Gebührensatzes der betreffenden Leistung.		

5. Angiographie

Allgemeine Bestimmungen

Die Zahl der Serien im Sinne der Leistungsbeschreibungen der Leistungen nach den Nummern 5300 bis 5327 wird durch die Anzahl der Kontrastmittelgaben bestimmt.

Die Leistungen nach den Nummern 5300, 5302, 5303, 5305 bis 5313, 5315, 5316, 5318, 5324, 5325, 5327, 5329 bis 5331, 5338 und 5339 sind je Sitzung jeweils nur einmal berechnungsfähig.

5300	Serienangiographie im Bereich von Schädel, Brust- und/oder Bauchraum, eine Serie	2000	220,—
5301	Zweite bis dritte Serie im Anschluß an die Leistung nach Nummer 5300, je Serie	400	44,—
	Bei der angiographischen Darstellung von hirnversorgenden Arterien ist auch die vierte bis sechste Serie jeweils nach Nummer 5301 berechnungsfähig.		

5302	Weitere Serien im Anschluß an die Leistungen nach den Nummern 5300 und 5301, insgesamt	600	66,—
5303	Serienangiographie im Bereich von Schädel, Brust- und Bauchraum im zeitlichen Zusammenhang mit einer oder mehreren Leistungen nach den Nummern 5315 bis 5327, eine Serie	1000	110,—
5304	Zweite bis dritte Serie im Anschluß an die Leistung nach Nummer 5303, je Serie	200	22,—
	Bei der angiographischen Darstellung von hirnversorgenden Arterien ist auch die vierte bis sechste Serie jeweils nach Nummer 5304 berechnungsfähig.		
5305	Weitere Serien im Anschluß an die Leistungen nach den Nummern 5303 und 5304, insgesamt	300	33,—
5306	Serienangiographie im Bereich des Beckens und beider Beine, eine Serie	2000	220,—
5307	Zweite Serie im Anschluß an die Leistung nach Nummer 5306	600	66,—
5308	Weitere Serien im Anschluß an die Leistungen nach den Nummern 5306 und 5307, insgesamt	800	88,—
	Neben den Leistungen nach den Nummern 5306 bis 5308 sind die Leistungen nach den Nummern 5309 bis 5312 für die Untersuchung der Beine nicht berechnungsfähig.		
	Werden die Leistungen nach den Nummern 5306 bis 5308 im zeitlichen Zusammenhang mit einer oder mehreren Leistung(en) nach den Nummern 5300 bis 5305 erbracht, sind die Leistungen nach den Nummern 5306 bis 5308 nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.		
5309	*Serienangiographie einer Extremität, eine Serie*	1800	198,—
5310	Weitere Serien im Anschluß an die Leistung nach Nummer 5309, insgesamt	600	66,—
5311	Serienangiographie einer weiteren Extremität im zeitlichen Zusammenhang mit der Leistung nach Nummer 5309, eine Serie	1000	110,—
5312	Weitere Serien im Anschluß an die Leistung nach Nummer 5311, insgesamt	600	66,—
5313	Angiographie der Becken- und Beingefäße in Großkassetten-Technik, je Sitzung	800	88,—
	Die Leistung nach Nummer 5313 ist neben den Leistungen nach den Nummern 5300 bis 5312 sowie 5315 bis 5339 nicht berechnungsfähig.		
5315	Angiokardiographie einer Herzhälfte, eine Serie	2 200	242,—
	Die Leistung nach Nummer 5315 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig.		
5316	Angiokardiographie beider Herzhälften, eine Serie	3000	330,—
	Die Leistung nach Nummer 5316 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig.		
	Neben der Leistung nach Nummer 5316 ist die Leistung nach Nummer 5315 nicht berechnungsfähig.		
5317	Zweite bis dritte Serie im Anschluß an die Leistungen nach den Nummern 5315 oder 5316, je Serie	400	44,—
5318	Weitere Serien im Anschluß an die Leistung nach Nummer 5317, insgesamt	600	66,—
	Die Leistungen nach den Nummern 5315 bis 5318 sind neben den Leistungen nach den Nummern 5300 bis 5302 sowie 5324 bis 5327 nicht berechnungsfähig.		
5324	Selektive Koronarangiographie eines Herzkranzgefäßes oder Bypasses mittels Cinetechnik, eine Serie	2400	264,—
	Die Leistungen nach den Nummern 5324 und 5325 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.		

5325	Selektive Koronarangiographie aller Herzkranzgefäße oder Bypasse mittels Cinetechnik, eine Serie	3000	330,—
5326	Selektive Koronarangiographie eines oder aller Herzkranzgefäße im Anschluß an die Leistungen nach den Nummern 5324 oder 5325, zweite bis fünfte Serie, je Serie	400	44,—
5327	Zusätzliche Linksventrikulographie bei selektiver Koronarangiographie	1000	110,—
	Die Leistungen nach den Nummern 5324 bis 5327 sind neben den Leistungen nach den Nummern 5300 bis 5302 und 5315 bis 5318 nicht berechnungsfähig.		
5328	Zuschlag zu den Leistungen nach den Nummern 5300 bis 5327 bei Anwendung der simultanen Zwei-Ebenen-Technik	1200	132,—
	Der Zuschlag nach Nummer 5328 ist je Sitzung nur einmal und nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.		
5329	Venographie im Bereich des Brust- und Bauchraums	1600	176,—
5330	Venographie einer Extremität	750	82,50
5331	Ergänzende Projektion(en) (insbesondere des zentralen Abflußgebiets) im Anschluß an die Leistung nach Nummer 5330, insgesamt	200	22,—
5335	Zuschlag zu den Leistungen nach den Nummern 5300 bis 5331 bei computergestützter Analyse und Abbildung	800	88,—
	Der Zuschlag nach Nummer 5335 kann je Untersuchungstag unabhängig von der Anzahl der Einzeluntersuchungen nur einmal und nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnet werden.		
5338	Lymphographie, je Extremität	1000	110,—
5339	Ergänzende Projektion(en) im Anschluß an die Leistung nach Nummer 5338 — einschließlich Durchleuchtung(en) —, insgesamt	250	27,50

6. Interventionelle Maßnahmen

Allgemeine Bestimmung

Die Leistungen nach den Nummern 5345 bis 5356 können je Sitzung nur einmal berechnet werden.

5345	Perkutane transluminale Dilatation und Rekanalisation von Arterien mit Ausnahme der Koronararterien — einschließlich Kontrastmitteleinbringungen und Durchleuchtung(en) im zeitlichen Zusammenhang mit dem gesamten Eingriff —	2800	308,—
	Neben der Leistung nach Nummer 5345 sind die Leistungen nach den Nummern 350 bis 361 sowie 5295 nicht berechnungsfähig.		
	Wurde innerhalb eines Zeitraums von vierzehn Tagen vor Erbringung der Leistung nach Nummer 5345 bereits eine Leistung nach den Nummern 5300 bis 5313 berechnet, darf neben der Leistung nach Nummer 5345 für dieselbe Sitzung eine Leistung nach den Nummern 5300 bis 5313 nicht erneut berechnet werden. Im Falle der Nebeneinanderberechnung der Leistung nach Nummer 5345 neben einer Leistung nach den Nummern 5300 bis 5313 ist in der Rechnung zu bestätigen, daß in den vorhergehenden vierzehn Tagen eine Leistung nach den Nummern 5300 bis 5313 nicht berechnet wurde.		
5346	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5345 bei Dilatation und Rekanalisation von mehr als zwei Arterien, insgesamt	600	66,—
	Neben der Leistung nach Nummer 5346 sind die Leistungen nach den Nummern 350 bis 361 sowie 5295 nicht berechnungsfähig.		

5348	Perkutane transluminale Dilatation und Rekanalisation von Koronararterien — einschließlich Kontrastmitteleinbringungen und Durchleuchtung(en) im zeitlichen Zusammenhang mit dem gesamten Eingriff —	3800	418,—
	Neben der Leistung nach Nummer 5348 sind die Leistungen nach den Nummern 350 bis 361 sowie 5295 nicht berechnungsfähig.		
	Wurde innerhalb eines Zeitraums von vierzehn Tagen vor Erbringung der Leistung nach Nummer 5348 bereits eine Leistung nach den Nummern 5315 bis 5327 berechnet, darf neben der Leistung nach Nummer 5348 für dieselbe Sitzung eine Leistung nach den Nummern 5315 bis 5327 nicht erneut berechnet werden. Im Falle der Nebeneinanderberechnung der Leistung nach Nummer 5348 neben einer Leistung nach den Nummern 5315 bis 5327 ist in der Rechnung zu bestätigen, daß in den vorhergehenden vierzehn Tagen eine Leistung nach den Nummern 5315 bis 5327 nicht berechnet wurde.		
5349	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5348 bei Dilatation und Rekanalisation von mehr als einer Koronararterie, insgesamt	1000	110,—
	Neben der Leistung nach Nummer 5349 sind die Leistungen nach den Nummern 350 bis 361 sowie 5295nicht berechnungsfähig.		
5351	Lysebehandlung, als Einzelbehandlung oder ergänzend zu den Leistungen nach den Nummern 2826, 5345 oder 5348 — bei einer Lysedauer von mehr als einer Stunde —	500	55,—
5352	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5351 bei Lysebehandlung der hirnversorgenden Arterien	1000	110,—
5353	Perkutane transluminale Dilatation und Rekanalisation von Venen — einschließlich Kontrastmitteleinbringungen und Durchleuchtung(en) im zeitlichen Zusammenhang mit dem gesamten Eingriff —	2000	220,—
	Neben der Leistung nach Nummer 5353 sind die Leistungen nach den Nummern 344 bis 347, 5295 sowie 5329 bis 5331 nicht berechnungsfähig.		
5354	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5353 bei Dilatation und Rekanalisation von mehr als zwei Venen, insgesamt	200	22,—
	Neben der Leistung nach Nummer 5354 sind die Leistungen nach den Nummern 344 bis 347, 5295 sowie 5329 bis 5331 nicht berechnungsfähig.		
5355	Einbringung von Gefäßstützen oder Anwendung alternativer Angioplastiemethoden (Atherektomie, Laser), zusätzlich zur perkutanen transluminalen Dilatation — einschließlich Kontrastmitteleinbringungen und Durchleuchtung(en) im zeitlichen Zusammenhang mit dem gesamten Eingriff —	2000	220,—
	Neben der Leistung nach Nummer 5355 sind die Leistungen nach den Nummern 344 bis 361, 5295 sowie 5300 bis 5327 nicht berechnungsfähig.		
5356	Einbringung von Gefäßstützen oder Anwendung alternativer Angioplastiemethoden (Atherektomie, Laser), zusätzlich zur perkutanen transluminalen Dilatation einer Koronararterie — einschließlich Kontrastmitteleinbringungen und Durchleuchtung(en) im zeitlichen Zusammenhang mit dem gesamten Eingriff —	2500	275,—
	Neben der Leistung nach Nummer 5356 sind die Leistungen nach den Nummern 350 bis 361, 5295, 5315 bis 5327, 5345, 5353 sowie 5355 nicht berechnungsfähig.		
	Neben der Leistung nach Nummer 5356 ist die Leistung nach Nummer 5355 für Eingriffe an Koronararterien nicht berechnungsfähig.		
5357	Embolisation einer oder mehrerer Arterie(n) mit Ausnahme der Arterien im Kopf-Halsbereich oder Spinalkanal — einschließlich Kontrastmitteleinbringung(en) und angiographischer Kontrollen im zeitlichen Zusammenhang mit dem gesamten Eingriff —, je Gefäßgebiet	3500	385,—
	Neben der Leistung nach Nummer 5357 sind die Leistungen nach den Nummern 350 bis 361, 5295 sowie 5300 bis 5312 nicht berechnungsfähig.		

5358	Embolisation einer oder mehrerer Arterie(n) im Kopf-Halsbereich oder Spinalkanal — einschließlich Kontrastmitteleinbringung(en) und angiographischer Kontrollen im zeitlichen Zusammenhang mit dem gesamten Eingriff —, je Gefäßgebiet	4500	495,—
	Neben der Leistung nach Nummer 5358 sind die Leistungen nach den Nummern 350, 351, 5295 sowie 5300 bis 5305 nicht berechnungsfähig.		
5359	Embolisation der Vena spermatica — einschließlich Kontrastmitteleinbringung(en) und angiographischer Kontrollen im zeitlichen Zusammenhang mit dem gesamten Eingriff —	2500	275,—
	Neben der Leistung nach Nummer 5359 sind die Leistungen nach den Nummern 344 bis 347, 5295 sowie 5329 bis 5331 nicht berechnungsfähig.		
5360	Embolisation von Venen — einschließlich Kontrastmitteleinbringung(en) und angiographischer Kontrollen im zeitlichen Zusammenhang mit dem gesamten Eingriff —	2000	220,—
	Neben der Leistung nach Nummer 5360 sind die Leistungen nach den Nummern 344 bis 347, 5295 sowie 5329 bis 5331 nicht berechnungsfähig.		
5361	Transhepatische Drainage und/oder Dilatation von Gallengängen — einschließlich Kontrastmitteleinbringung(en) und cholangiographischer Kontrollen im zeitlichen Zusammenhang mit dem gesamten Eingriff —	2600	286,—
	Neben der Leistung nach Nummer 5361 sind die Leistungen nach den Nummern 370, 5170 sowie 5295 nicht berechnungsfähig.		

7. Computertomographie

5370	Computergesteuerte Tomographie im Kopfbereich — gegebenenfalls einschließlich des kranio-zervikalen Übergangs —	2000	220,—
5371	Computergesteuerte Tomographie im Hals- und/oder Thoraxbereich	2300	253,—
5372	Computergesteuerte Tomographie im Abdominalbereich	2600	286,—
	Die Nebeneinanderberechnung der Nummern 5370 bis 5372 ist in der Rechnung gesondert zu begründen.		
5373	Computergesteuerte Tomographie des Skeletts (Wirbelsäule, Extremitäten oder Gelenke bzw. Gelenkpaare)	1900	209,—
5374	Computergesteuerte Tomographie der Zwischenwirbelräume im Bereich der Hals-, Brust- und/oder Lendenwirbelsäule — gegebenenfalls einschließlich der Übergangsregionen —	1900	209,—
5375	Computergesteuerte Tomographie der Aorta in ihrer gesamten Länge	2000	220,—
	Die Leistung nach Nummer 5375 ist neben den Leistungen nach den Nummern 5371 und 5372 nicht berechnungsfähig.		
5376	Ergänzende computergesteuerte Tomographie(n) mit mindestens einer zusätzlichen Serie (z. B. bei Einsatz von Xenon, bei Einsatz der High-Resolution-Technik, bei zusätzlichen Kontrastmittelgaben) — zusätzlich zu den Leistungen nach den Nummern 5370 bis 5375 —	500	55,—
5377	Zuschlag für computergesteuerte Analyse — einschließlich speziell nachfolgender 3D-Rekonstruktion —	800	88,—
	Der Zuschlag nach Nummer 5377 ist nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.		
5378	Computergesteuerte Tomographie zur Bestrahlungsplanung oder zu interventionellen Maßnahmen	1000	110,—
	Neben oder anstelle der computergesteuerten Tomographie zur Bestrahlungsplanung oder zu interventionellen Maßnahmen sind die Leistungen nach den Nummern 5370 bis 5376 nicht berechnungsfähig.		

5380	Bestimmung des Mineralgehalts (Osteodensitometrie) von repräsentativen (auch mehreren) Skeletteilen mit quantitativer Computertomographie oder quantitativer digitaler Röntgentechnik	400	44,—

II. Nuklearmedizin

Allgemeine Bestimmungen

1. Szintigraphische Basisleistung ist grundsätzlich die planare Szintigraphie mit der Gammakamera, gegebenenfalls in mehreren Sichten/Projektionen. Bei der Auswahl des anzuwendenden Radiopharmazeutikums sind wissenschaftliche Erkenntnisse und strahlenhygienische Gesichtspunkte zu berücksichtigen. Wiederholungsuntersuchungen, die nicht ausdrücklich aufgeführt sind, sind nur mit besonderer Begründung und wie die jeweilige Basisleistung berechnungsfähig.
2. Ergänzungsleistungen nach den Nummern 5480 bis 5485 sind je Basisleistung oder zulässiger Wiederholungsuntersuchung nur einmal berechnungsfähig. Neben Basisleistungen, die quantitative Bestimmungen enthalten, dürfen Ergänzungsleistungen für Quantifizierungen nicht zusätzlich berechnet werden. Die Leistungen nach den Nummern 5473 und 5481 dürfen nicht nebeneinander berechnet werden. Die Leistungen nach den Nummern 5473, 5480, 5481 und 5483 sind nur mit Angabe der Indikation berechnungsfähig.
3. Die Befunddokumentation, die Aufbewahrung der Datenträger sowie die Befundmitteilung oder der einfache Befundbericht mit Angaben zu Befund(en) und zur Diagnose sind Bestandteil der Leistungen und nicht gesondert berechnungsfähig.
4. Die Materialkosten für das Radiopharmazeutikum (Nuklid, Markierungs- oder Testbestecke) sind gesondert berechnungsfähig. Kosten für Beschaffung, Aufbereitung, Lagerung und Entsorgung der zur Untersuchung notwendigen Substanzen, die mit ihrer Anwendung verbraucht sind, sind nicht gesondert berechnungsfähig.
5. Die Einbringung von zur Diagnostik erforderlichen Stoffen in den Körper — mit Ausnahme der Einbringung durch Herzkatheter, Arterienkatheter, Subokzipitalpunktion oder Lumbalpunktion — sowie die gegebenenfalls erforderlichen Entnahmen von Blut oder Urin sind mit den Gebühren abgegolten, soweit zu den einzelnen Leistungen dieses Abschnitts nichts anderes bestimmt ist.
6. Die Einbringung von zur Therapie erforderlichen radioaktiven Stoffen in den Körper — mit Ausnahme der intraartikulären, intralymphatischen, endoskopischen oder operativen Einbringungen des Strahlungsträgers oder von Radionukliden — ist mit den Gebühren abgegolten, soweit zu den einzelnen Leistungen dieses Abschnitts nichts anderes bestimmt ist.
7. Rechnungsbestimmungen
   a) Der Arzt darf nur die für den Patienten verbrauchte Menge an radioaktiven Stoffen berechnen.
   b) Bei der Berechnung von Leistungen nach Abschnitt O II sind die Untersuchungs- und Behandlungsdaten der jeweils eingebrachten Stoffe sowie die Art der ausgeführten Maßnahmen in der Rechnung anzugeben, sofern nicht durch die Leistungsbeschreibung eine eindeutige Definition gegeben ist.

1. Diagnostische Leistungen (In-vivo-Untersuchungen)

a. Schilddrüse

5400	Szintigraphische Untersuchung (Schilddrüse) — gegebenenfalls einschließlich Darstellung dystoper Anteile —	350	38,50
5401	Szintigraphische Untersuchung (Schilddrüse) — einschließlich quantitativer Untersuchung —, mit Bestimmung der globalen, gegebenenfalls auch der regionalen Radionuklidaufnahme in der Schilddrüse mit Gammakamera und Meßwertverarbeitungssystem als Jodidclearance-Äquivalent — einschließlich individueller Kalibrierung und Qualitätskontrollen (z. B. Bestimmung der injizierten Aktivität) —	1300	143,—
5402	Radiojodkurztest bis zu 24 Stunden (Schilddrüse) — gegebenenfalls einschließlich Blutaktivitätsbestimmungen und/oder szintigraphischer Untersuchung(en) —	1000	110,—
	Die Leistungen nach den Nummern 5400 bis 5402 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.		

5403	Radiojodtest (Schilddrüse) vor Radiojodtherapie mit 131J mit mindestens drei zeitlichen Meßpunkten, davon zwei später als 24 Stunden nach Verabreichung — gegebenenfalls einschließlich Blutaktivitätsbestimmungen —	1200	132,—
	Die Leistungen nach den Nummern 5402 und 5403 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.		
	b. Gehirn		
5410	Szintigraphische Untersuchung des Gehirns	1200	132,—
5411	Szintigraphische Untersuchung des Liquorraums	900	99,—
	Für die Leistung nach Nummer 5411 sind zwei Wiederholungsuntersuchungen zugelassen, davon eine später als 24 Stunden nach Einbringung(en) des radioaktiven Stoffes.		
	c. Lunge		
5415	Szintigraphische Untersuchung der Lungenperfusion — mindestens vier Sichten/Projektionen —, insgesamt	1300	143,—
5416	Szintigraphische Untersuchung der Lungenbelüftung mit Inhalation radioaktiver Gase, Aerosole oder Stäube	1300	143,—
	d. Herz		
5420	Radionuklidventrikulographie mit quantitativer Bestimmung von mindestens Auswurffraktion und regionaler Wandbewegung in Ruhe — gegebenenfalls einschließlich EKG im zeitlichen Zusammenhang mit der Untersuchung — .	1200	132,—
5421	Radionuklidventrikulographie als kombinierte quantitative Mehrfachbestimmung von mindestens Auswurffraktion und regionaler Wandbewegung in Ruhe und unter körperlicher oder pharmakologischer Stimulation — gegebenenfalls einschließlich EKG im zeitlichen Zusammenhang mit der Untersuchung —	3800	418,—
	Neben der Leistung nach Nummer 5421 ist bei zusätzlicher Erste-Passage-Untersuchung die Leistung nach Nummer 5473 berechnungsfähig.		
5422	Szintigraphische Untersuchung des Myokards mit myokardaffinen Tracern in Ruhe — gegebenenfalls einschließlich EKG im zeitlichen Zusammenhang mit der Untersuchung —	1000	110,—
	Die Leistungen nach den Nummern 5422 und 5423 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.		
5423	Szintigraphische Untersuchung des Myokards mit myokardaffinen Tracern unter körperlicher oder pharmakologischer Stimulation — gegebenenfalls einschließlich EKG im zeitlichen Zusammenhang mit der Untersuchung — .	2000	220,—
5424	Szintigraphische Untersuchung des Myokards mit myokardaffinen Tracern in Ruhe und unter körperlicher oder pharmakologischer Stimulation — gegebenenfalls einschließlich EKG im zeitlichen Zusammenhang mit der Untersuchung —	2800	308,—
	Neben der Leistung nach Nummer 5424 sind die Leistungen nach den Nummern 5422 und/oder 5423 nicht berechnungsfähig.		
	e. Knochen- und Knochenmarksszintigraphie		
5425	Ganzkörperskelettszintigraphie, Schädel und Körperstamm in zwei Sichten/Projektionen — einschließlich der proximalen Extremitäten, gegebenenfalls einschließlich der distalen Extremitäten —	2250	247,50
5426	Teilkörperskelettszintigraphie — gegebenenfalls einschließlich der kontralateralen Seite —	1260	138,60

5427	Zusätzliche szintigraphische Abbildung des regionalen Blutpools (Zwei-Phasenszintigraphie) — mindestens zwei Aufnahmen —	400	44,—
5428	Ganzkörperknochenmarkszintigraphie, Schädel und Körperstamm in zwei Sichten/Projektionen — einschließlich der proximalen Extremitäten, gegebenenfalls einschließlich der distalen Extremitäten —	2250	247,50

f. Tumorszintigraphie

Tumorszintigraphie mit radioaktiv markierten unspezifischen Tumormarkern (z. B. Radiogallium oder -thallium), metabolischen Substanzen (auch 131J), Rezeptorsubstanzen oder monoklonalen Antikörpern

5430	eine Region	1200	132,—
5431	Ganzkörper (Stamm und/oder Extremitäten)	2250	247,50

Für die Untersuchung mehrerer Regionen ist die Leistung nach Nummer 5430 nicht mehrfach berechnungsfähig.

Für die Leistung nach Nummer 5430 sind zwei Wiederholungsuntersuchungen zugelassen, davon eine später als 24 Stunden nach Einbringung der Testsubstanz(en).

Die Leistungen nach den Nummern 5430 und 5431 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.

g. Nieren

5440	Nierenfunktionsszintigraphie mit Bestimmung der quantitativen Ganzkörper-Clearance und der Einzelnieren-Clearance — gegebenenfalls einschließlich Blutaktivitätsbestimmungen und Vergleich mit Standards —	2800	308,—
5441	Perfusionsszintigraphie der Nieren — einschließlich semiquantitativer oder quantitativer Auswertung —	1600	176,—
5442	Statische Nierenszintigraphie	600	66,—

Die Leistungen nach den Nummern 5440 bis 5442 sind je Sitzung nur einmal und nicht nebeneinander berechnungsfähig.

5443	Zusatzuntersuchung zu den Leistungen nach den Nummern 5440 oder 5441 — mit Angabe der Indikation (z. B. zusätzliches Radionephrogramm als Einzel- oder Wiederholungsuntersuchung, Tiefenkorrektur durch Verwendung des geometrischen Mittels, Refluxprüfung, forcierte Diurese) —	700	77,—
5444	Quantitative Clearanceuntersuchungen der Nieren an Sondenmeßplätzen — gegebenenfalls einschließlich Registrierung mehrerer Kurven und Blutaktivitätsbestimmungen —	1000	110,—

Neben der Leistung nach Nummer 5444 ist die Leistung nach Nummer 5440 nicht berechnungsfähig.

h. Endokrine Organe

5450	Szintigraphische Untersuchung von endokrin aktivem Gewebe — mit Ausnahme der Schilddrüse —	1000	110,—

Das untersuchte Gewebe ist in der Rechnung anzugeben.

Für die Leistung nach Nummer 5450 sind zwei Wiederholungsuntersuchungen zugelassen, davon eine später als 24 Stunden nach Einbringung der radioaktiven Substanz(en).

Die Leistung nach Nummer 5450 ist neben den Leistungen nach den Nummern 5430 und 5431 nicht berechnungsfähig.

i. Gastrointestinaltrakt

5455	Szintigraphische Untersuchung im Bereich des Gastrointestinaltrakts (z. B. Speicheldrüsen, Ösophagus-Passage — gegebenenfalls einschließlich gastralem Reflux und Magenentleerung —, Gallenwege — gegebenenfalls einschließlich Gallenreflux —, Blutungsquellensuche, Nachweis eines Mekkel'schen Divertikels)	1300	143,—
5456	Szintigraphische Untersuchung von Leber und/oder Milz (z. B. mit Kolloiden, gallengängigen Substanzen, Erythrozyten), in mehreren Ebenen	1300	143,—

j. Hämatologie, Angiologie

5460	Szintigraphische Untersuchung von großen Gefäßen und/oder deren Stromgebieten — gegebenenfalls einschließlich der kontralateralen Seite —	900	99,—
	Die Leistung nach Nummer 5460 ist neben der Leistung nach Nummer 5473 nicht berechnungsfähig.		
5461	Szintigraphische Untersuchung von Lymphabflußgebieten an Stamm und/oder Kopf und/oder Extremitäten — gegebenenfalls einschließlich der kontralateralen Seite —	2200	242,—
5462	Bestimmung von Lebenszeit und Kinetik zellulärer Blutbestandteile — einschließlich Blutaktivitätsbestimmungen —	2200	242,—
5463	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5462, bei Bestimmung des Abbauorts	500	55,—
	Szintigraphische Suche nach Entzündungsherden oder Thromben mit Radiogallium, markierten Eiweissen, Zellen oder monoklonalen Antikörpern		
5465	eine Region	1260	138,60
5466	Ganzkörper (Stamm und Extremitäten)	2250	247,50
	Für die Untersuchung mehrerer Regionen ist die Leistung nach Nummer 5465 nicht mehrfach berechnungsfähig.		
	Für die Leistungen nach den Nummern 5462 bis 5466 sind zwei Wiederholungsuntersuchungen zugelassen, davon eine später als 24 Stunden nach Einbringung der Testsubstanz(en).		

k. Resorptions- und Exkretionsteste

5470	Nachweis und/oder quantitative Bestimmung von Resorption, Exkretion oder rung) und/oder von radioaktiv markierten Analoga, in Blut, Urin, Faeces oder Liquor — einschließlich notwendiger Radioaktivitätsmessungen über dem Verteilungsraum —	950	104,50

l. Sonstige

5472	Szintigraphische Untersuchungen (z. B. von Hoden, Tränenkanälen, Augen, Tuben) oder Funktionsmessungen (z. B. Ejektionsfraktion mit Meßsonde) ohne Gruppenzuordnung — auch nach Einbringung eines Radiopharmazeutikums in eine Körperhöhle —	950	104,50
5473	Funktionsszintigraphie — einschließlich Sequenzszintigraphie und Erstellung von Zeit-Radioaktivitätskurven aus ROI und quantifizierender Berechnung (z. B. von Transitzeiten, Impulsratenquotienten, Perfusionsindex, Aus-wurffraktion aus Erster-Radionuklid-Passage) —	900	99,—
	Die Leistung nach Nummer 5473 ist neben den Leistungen nach den Nummern 5460 und 5481 nicht berechnungsfähig.		
5474	Nachweis inkorporierter unbekannter Radionuklide	1350	148,50

m. Mineralgehalt

5475	Quantitative Bestimmung des Mineralgehalts im Skelett (Osteodensitometrie) in einzelnen oder mehreren repräsentativen Extremitäten- oder Stammskelettabschnitten mittels Dual-Photonen-Absorptionstechnik	400	44,—

n. Ergänzungsleistungen

Allgemeine Bestimmung

Die Ergänzungsleistungen nach den Nummern 5480 bis 5485 sind nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.

5480	Quantitative Bestimmung von Impulsen/Impulsratendichte (Fläche, Pixel, Voxel) mittels Gammakamera mit Meßwertverarbeitung — mindestens zwei ROI —	750	82,50
5481	Sequenzszintigraphie — mindestens sechs Bilder in schneller Folge —	680	74,80
5483	Subtraktionsszintigraphie oder zusätzliche Organ- oder Blutpoolszintigraphie als anatomische Ortsmarkierung	680	74,80
5484	In-vitro-Markierung von Blutzellen, (z. B. Erythrozyten, Leukozyten, Thrombozyten) — einschließlich erforderlicher In-vitro-Qualitätskontrollen —	1300	143,—
5485	Messung mit dem Ganzkörperzähler — gegebenenfalls einschließlich quantitativer Analysen von Gammaspektren	980	107,80

o. Emissions-Computer-Tomographie

5486	Single-Photonen-Emissions-Computertomographie (SPECT) mit Darstellung in drei Ebenen	1200	132,—
5487	Single-Photonen-Emissions-Computertomographie (SPECT) mit Darstellung in drei Ebenen und regionaler Quantifizierung	2000	220,—
5488	Positronen-Emissions-Tomographie (PET) — gegebenenfalls einschließlich Darstellung in mehreren Ebenen —	6000	660,—
5489	Positronen-Emissions-Tomographie (PET) mit quantifizierender Auswertung — gegebenenfalls einschließlich Darstellung in mehreren Ebenen —	7500	825,—

2. Therapeutische Leistungen
(Anwendung offener Radionuklide)

5600	Radiojodtherapie von Schilddrüsenerkrankungen	2480	272,80
5602	Radiophosphortherapie bei Erkrankungen der blutbildenden Organe	1350	148,50
5603	Behandlung von Knochenmetastasen mit knochenaffinen Radiopharmazeutika	1080	118,80
5604	Instillation von Radiopharmazeutika in Körperhöhlen, Gelenke oder Hohlorgane	2700	297,—
5605	Tumorbehandlung mit radioaktiv markierten, metabolisch aktiven oder rezeptorgerichteten Substanzen oder Antikörpern	2250	247,50
5606	Quantitative Bestimmung der Therapieradioaktivität zur Anwendung eines individuellen Dosiskonzepts — einschließlich Berechnungen auf Grund von Vormessungen —	900	99,—
	Die Leistung nach Nummer 5606 ist nur bei Zugrundeliegen einer Leistung nach den Nummern 5600, 5603 und/oder 5605 berechnungsfähig.		
5607	Posttherapeutische Bestimmung von Herddosen — einschließlich Berechnungen auf Grund von Messungen der Kinetik der Therapieradioaktivität —	1620	178,20
	Die Leistung nach Nummer 5607 ist nur bei Zugrundeliegen einer Leistung nach den Nummern 5600, 5603 und/oder 5605 berechnungsfähig.		

III. Magnetresonanztomographie

Allgemeine Bestimmungen

Die Leistungen nach den Nummern 5700 bis 5733 sind je Sitzung jeweils nur einmal berechnungsfähig.

Die Nebeneinanderberechnung von Leistungen nach den Nummern 5700 bis 5730 ist in der Rechnung besonders zu begründen.

5700	Magnetresonanztomographie im Bereich des Kopfes — gegebenenfalls einschließlich des Halses —, in zwei Projektionen, davon mindestens eine Projektion unter Einschluß T2-gewichteter Aufnahmen	4400	484,—
5705	Magnetresonanztomographie im Bereich der Wirbelsäule, in zwei Projektionen	4200	462,—
5715	Magnetresonanztomographie im Bereich des Thorax — gegebenenenfalls einschließlich des Halses —, der Thoraxorgane und/oder der Aorta in ihrer gesamten Länge	4300	473,—
5720	Magnetresonanztomographie im Bereich des Abdomens und/oder des Beckens	4400	484,—
5721	Magnetresonanztomographie der Mamma(e)	4000	440,—
5729	Magnetresonanztomographie eines oder mehrerer Gelenke oder Abschnitte von Extremitäten	2400	264,—
5730	Magnetresonanztomographie einer oder mehrerer Extremität(en) mit Darstellung von mindestens zwei großen Gelenken einer Extremität	4000	440,—
	Neben der Leistung nach Nummer 5730 ist die Leistung nach Nummer 5729 nicht berechnungsfähig.		
5731	Ergänzende Serie(n) zu den Leistungen nach den Nummern 5700 bis 5730 (z. B. nach Kontrastmitteleinbringung, Darstellung von Arterien als MR-Angiographie)	1000	110,—
5732	Zuschlag zu den Leistungen nach den Nummern 5700 bis 5730 für Positionswechsel und/oder Spulenwechsel	1000	110,—
	Der Zuschlag nach Nummer 5732 ist nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.		
5733	Zuschlag für computergesteuerte Analyse (z. B. Kinetik, 3D-Rekonstruktion)	800	88,—
	Der Zuschlag nach Nummer 5733 ist nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.		

IV. Strahlentherapie

Allgemeine Bestimmungen

1. Eine Bestrahlungsserie umfaßt grundsätzlich sämtliche Bestrahlungsfraktionen bei der Behandlung desselben Krankheitsfalls, auch wenn mehrere Zielvolumina bestrahlt werden.

2. Eine Bestrahlungsfraktion umfaßt alle für die Bestrahlung eines Zielvolumens erforderlichen Einstellungen, Bestrahlungsfelder und Strahleneintrittsfelder. Die Festlegung der Ausdehnung bzw. der Anzahl der Zielvolumina und Einstellungen muß indikationsgerecht erfolgen.

3. Eine mehrfache Berechnung der Leistungen nach den Nummern 5800, 5810, 5831 bis 5833, 5840 und 5841 bei der Behandlung desselben Krankheitsfalls ist nur zulässig, wenn wesentliche Änderungen der Behandlung durch Umstellung der Technik (z. B. Umstellung von Stehfeld auf Pendeltechnik, Änderung der Energie und Strahlenart) oder wegen fortschreitender Metastasierung, wegen eines Tumorrezidivs oder wegen zusätzlicher Komplikationen notwendig werden. Die Änderungen sind in der Rechnung zu begründen.

4. Bei Berechnung einer Leistung für Bestrahlungsplanung sind in der Rechnung anzugeben: die Diagnose, das/die Zielvolumen/ina, die vorgesehene Bestrahlungsart und -dosis sowie die geplante Anzahl von Bestrahlungsfraktionen.

1. Strahlenbehandlung dermatologischer Erkrankungen

5800	Erstellung eines Bestrahlungsplans für die Strahlenbehandlung nach den Nummern 5802 bis 5806, je Bestrahlungsserie	250	27,50
	Der Bestrahlungsplan nach Nummer 5800 umfaßt Angaben zur Indikation und die Beschreibung des zu bestrahlenden Volumens, der vorgesehenen Dosis, der Fraktionierung und der Strahlenschutzmaßnahmen und gegebenenfalls die Fotodokumentation.		
Orthovoltstrahlenbehandlung (10 bis 100 kV Röntgenstrahlen)			
5802	Bestrahlung von bis zu zwei Bestrahlungsfeldern bzw. Zielvolumina, je Fraktion	200	22,—
5803	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5802 bei Bestrahlung von mehr als zwei Bestrahlungsfeldern bzw. Zielvolumina, je Fraktion	100	11,—
	Der Zuschlag nach Nummer 5803 ist nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.		
	Die Leistungen nach den Nummern 5802 und 5803 sind für die Bestrahlung flächenhafter Dermatosen jeweils nur einmal berechnungsfähig.		
5805	Strahlenbehandlung mit schnellen Elektronen, je Fraktion	1000	110,—
5806	Strahlenbehandlung der gesamten Haut mit schnellen Elektronen, je Fraktion	2000	220,—

2. Orthovolt- oder Hochvoltstrahlenbehandlung

5810	Erstellung eines Bestrahlungsplans für die Strahlenbehandlung nach den Nummern 5812 und 5813, je Bestrahlungsserie	200	22,—
	Der Bestrahlungsplan nach Nummer 5810 umfaßt Angaben zur Indikation und die Beschreibung des zu bestrahlenden Volumens, der vorgesehenen Dosis, der Fraktionierung und der Strahlenschutzmaßnahmen und gegebenenfalls die Fotodokumentation.		
5812	Orthovolt- (100 bis 400 kV Röntgenstrahlen) oder Hochvoltstrahlenbehandlung bei gutartiger Erkrankung, je Fraktion	190	20,90
	Bei Bestrahlung mit einem Telecaesiumgerät wegen einer bösartigen Erkrankung ist die Leistung nach Nummer 5812 je Fraktion zweimal berechnungsfähig.		
5813	Hochvoltstrahlenbehandlung von gutartigen Hypophysentumoren oder der endokrinen Orbitopathie, je Fraktion	900	99,—

3. Hochvoltstrahlenbehandlung bösartiger Erkrankungen (mindestens 1 MeV)

Allgemeine Bestimmungen

Die Leistungen nach den Nummern 5834 bis 5837 sind grundsätzlich nur bei einer Mindestdosis von 1,5 Gy im Zielvolumen berechnungsfähig. Muß diese im Einzelfall unterschritten werden, ist für die Berechnung dieser Leistungen eine besondere Begründung erforderlich.

Bei Bestrahlungen von Systemerkrankungen oder metastasierten Tumoren gilt als ein Zielvolumen derjenige Bereich, der in einem Großfeld (z. B. Mantelfeld, umgekehrtes Y-Feld) bestrahlt werden kann.

Die Kosten für die Anwendung individuell geformter Ausblendungen (mit Ausnahme der Kosten für wiederverwendbares Material) und/oder Kompensatoren oder für die Anwendung individuell gefertigter Lagerungs- und/oder Fixationshilfen sind gesondert berechnungsfähig.

5831	Erstellung eines Bestrahlungsplans für die Strahlenbehandlung nach den Nummern 5834 bis 5837, je Bestrahlungsserie	1500	165,—
	Der Bestrahlungsplan nach Nummer 5831 umfaßt Angaben zur Indikation und die Beschreibung des Zielvolumens, der Dosisplanung, der Berechnung der Dosis im Zielvolumen, der Ersteinstellung einschließlich Dokumentation (Feldkontrollaufnahme).		

5832	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5831 bei Anwendung eines Simulators und Anfertigung einer Körperquerschnittszeichnung oder Benutzung eines Körperquerschnitts anhand vorliegender Untersuchungen (z. B. Computertomogramm), je Bestrahlungsserie	500	55,—
	Der Zuschlag nach Nummer 5832 ist nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.		
5833	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5831 bei individueller Berechnung der Dosisverteilung mit Hilfe eines Prozeßrechners, je Bestrahlungsserie	2000	220,—
	Der Zuschlag nach Nummer 5833 ist nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.		
5834	Bestrahlung mittels Telekobaltgerät mit bis zu zwei Strahleneintrittsfeldern — gegebenenfalls unter Anwendung von vorgefertigten, wiederverwendbaren Ausblendungen —, je Fraktion	720	79,20
5835	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5834 bei Bestrahlung mit Großfeld oder von mehr als zwei Strahleneintrittsfeldern, je Fraktion	120	13,20
5836	Bestrahlung mittels Beschleuniger mit bis zu zwei Strahleneintrittsfeldern — gegebenenfalls unter Anwendung von vorgefertigten, wiederverwendbaren Ausblendungen —, je Fraktion	1000	110,—
5837	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5836 bei Bestrahlung mit Großfeld oder von mehr als zwei Strahleneintrittsfeldern, je Fraktion	120	13,20

4. Brachytherapie mit umschlossenen Radionukliden

Allgemeine Bestimmungen

Der Arzt darf nur die für den Patienten verbrauchte Menge an radioaktiven Stoffen berechnen.

Bei der Berechnung von Leistungen nach Abschnitt O IV 4 sind die Behandlungsdaten der jeweils eingebrachten Stoffe sowie die Art der ausgeführten Maßnahmen in der Rechnung anzugeben, sofern nicht durch die Leistungsbeschreibung eine eindeutige Definition gegeben ist.

5840	Erstellung eines Bestrahlungsplans für die Brachytherapie nach den Nummern 5844 und/oder 5846, je Bestrahlungsserie	1500	165,—
	Der Bestrahlungsplan nach Nummer 5840 umfaßt Angaben zur Indikation, die Berechnung der Dosis im Zielvolumen, die Lokalisation und Einstellung der Applikatoren und die Dokumentation (Feldkontrollaufnahmen).		
5841	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5840 bei individueller Berechnung der Dosisverteilung mit Hilfe eines Prozeßrechners, je Bestrahlungsserie	2000	220,—
	Der Zuschlag nach Nummer 5841 ist nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.		
5842	Brachytherapie an der Körperoberfläche — einschließlich Bestrahlungsplanung, gegebenenfalls einschließlich Fotodokumentation —, je Fraktion	300	33,—
5844	Intrakavitäre Brachytherapie, je Fraktion	1000	110,—
5846	Interstitielle Brachytherapie, je Fraktion	2100	231,—

5. Besonders aufwendige Bestrahlungstechniken

5851	Ganzkörperstrahlenbehandlung vor Knochenmarktransplantation — einschließlich Bestrahlungsplanung —	6900	759,—
	Die Leistung nach Nummer 5851 ist unabhängig von der Anzahl der Fraktionen insgesamt nur einmal berechnungsfähig.		

5852	Oberflächen-Hyperthermie, je Fraktion	1000	110,—
5853	Halbtiefen-Hyperthermie, je Fraktion	2000	220,—
5854	Tiefen-Hyperthermie, je Fraktion	2490	273,90
	Die Leistungen nach den Nummern 5852 bis 5854 sind nur in Verbindung mit einer Strahlenbehandlung oder einer regionären intravenösen oder intraarteriellen Chemotherapie und nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.		
5855	Intraoperative Strahlenbehandlung mit Elektronen	6900	759,—"

57. Abschnitt Q wird gestrichen.

Artikel 2

Neufassung der Gebührenordnung für Ärzte

Das Bundesministerium für Gesundheit kann den Wortlaut der Gebührenordnung für Ärzte in der vom Inkrafttreten dieser Verordnung an geltenden Fassung im Bundesgesetzblatt bekanntmachen. Dabei kann die Anlage und deren Untergliederungen mit neuen durchlaufenden Ordnungszeichen versehen werden. Die Bekanntmachung nach Satz 1 kann auch Anpassungen enthalten, die sich auf Grund des Artikels 1 Abs. 1 Nr. 3 Buchstabe a Doppelbuchstabe bb dieser Verordnung ergeben.

Artikel 3

Übergangsvorschriften

Für vor Inkrafttreten dieser Verordnung erbrachte Leistungen gilt die Gebührenordnung für Ärzte in der bis zum Inkrafttreten dieser Verordnung geltenden Fassung weiter. Für die Abrechnung von Leistungen, die nach Inkrafttreten dieser Verordnung, aber vor dem 1. Januar 1995 erbracht werden, ist § 5 Abs. 1 Satz 3 der Gebührenordnung für Ärzte in der bis zum Inkrafttreten dieser Verordnung geltenden Fassung zugrunde zu legen.

Artikel 4

Inkrafttreten

Diese Verordnung tritt am ersten Tag des auf die Verkündung folgenden Kalendermonats in Kraft.

Der Bundesrat hat zugestimmt.

Begründung

A. Allgemeiner Teil

I. Vorgeschichte

Seit ihrer umfassenden Novellierung zum 1. Januar 1983 ist die als Abrechnungsgrundlage für die Vergütung privatärztlicher Leistungen aufgrund § 11 der Bundesärzteordnung mit Zustimmung des Bundesrates erlassene Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) vom 12. November 1982 (BGBl. I S. 1522), mit der die Gebührenordnung vom 18. März 1965 abgelöst wurde, nicht mehr grundlegend überarbeitet worden. Seitdem wurde die GOÄ zwar insgesamt viermal geändert; die tragenden Grundsätze des ärztlichen Gebührenrechts und die Bewertungsstrukturen des Gebührenverzeichnisses sind dadurch aber nur in Randbereichen tangiert worden:

Mit der Ersten Verordnung zur Änderung der GOÄ vom 20. Dezember 1983 (BGBl. I S. 1500) wurde lediglich eine Übergangsfrist für die Abgeltung von Sach- und Personalkosten im Krankenhausbereich verlängert. Die zweite Änderung vom 20. Dezember 1984 (BGBl. I S. 1680) betraf — ebenso wie die zuletzt durch Artikel 20 des Gesundheitsstrukturgesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) vorgenommene Änderung — ausschließlich Regelungen zur Gebührenminderung bei privatärztlichen Leistungen im stationären Bereich.

Auch die Dritte Verordnung zur Änderung der GOÄ vom 9. Juni 1988 (BGBl. I S. 797) beschränkte sich — neben einer durchschnittlichen Gebührenerhöhung um 3 bis 4 v. H. durch lineare Anhebung des Punktwerts um 10 v. H. bei gleichzeitiger pauschaler Bewertungsabsenkung bei den Laborleistungen um 20 v. H. — unter Verzicht auf eine schon damals im Grundsatz als notwendig anerkannte umfassendere Überarbeitung des Gebührenverzeichnisses im wesentlichen auf eine Reihe zügig umsetzbarer vordringlicher Korrekturen, Klarstellungen und Ergänzungen in wenigen überschaubaren Teilbereichen. So wurde z. B. das Gebührenverzeichnis um eine Reihe von Leistungen ergänzt, deren Abrechnung zuvor auf Empfehlung der Bundesärztekammer von den Privatversicherern und den Beihilfestellen in entsprechender Bewertung zu vorhandenen Positionen (sog. Analogabrechnung) allgemein anerkannt worden war, sowie Abschnitt L.IX des Gebührenverzeichnisses (Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie) neu gefaßt.

II. Ausgangspunkt und Ziele der Neuregelung

1. Berücksichtigung der medizinischen und technischen Entwicklung

Mit Ausnahme der 1988 im Zuge der Dritten Verordnung zur Änderung der GOÄ vorgenommenen Anpassungen entspricht das geltende Gebührenverzeichnis in seiner Gliederung sowie in den Leistungsbeschreibungen und -bewertungen im wesentlichen dem 1982 weitgehend zugrundegelegten damaligen Stand des im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vereinbarten einheitlichen Bewertungsmaßstabs für die ärztlichen Leistungen (EBM). Während im EBM die in der Zwischenzeit fortgeschrittene medizinische und technische Entwicklung durch Anpassungen der Vertragspartner in kurzen Zeitabständen fortlaufend berücksichtigt werden konnte, ist das Gebührenverzeichnis der GOÄ in weiten Teilbereichen zunehmend hinter dem Stand der medizinischen und technischen Entwicklung zurückgeblieben. Dies hat zur Folge, daß gegenwärtig eine Vielzahl von in ihrer Erbringungsweise wesentlich veränderten oder im Gebührenverzeichnis noch nicht enthaltenen Leistungen nur analog abgerechnet werden können, während andere Leistungen des Gebührenverzeichnisses obsolet geworden sind, so daß dieses das heutige Leistungs- und Abrechnungsgeschehen nur noch unzureichend widerspiegelt. Zwischen allen Beteiligten ist deshalb die Notwendigkeit einer umfassenden Überarbeitung des Gebührenverzeichnisses unter Berücksichtigung der medizinischen und technischen Entwicklung unbestritten.

2. Berücksichtigung leistungsgerechter Vergütungsstrukturen

Die Entwicklung neuer Technologien und die Erschließung von Rationalisierungsreserven vor allem bei medizinisch-technischen Leistungen hat zu einer erheblichen Veränderung der Kostenstrukturen geführt. Dadurch sind viele medizinisch-technische Leistungen insbesondere im Labor- und Röntgenbereich im Bewertungsniveau zum Teil deutlich überhöht, einige aber auch unterbewertet, während bei zuwendungsintensiven ärztlichen Grundleistungen (z. B. Beratungen, allgemeine körperliche Untersuchungen, Hausbesuche) in der Bewertungsrelation deutliche Unterbewertungen festzustellen sind. Dies hat fehlsteuernde Gebührenanreize zur Folge, die eine Mengenausweitung medizinisch-technischer Leistungen begünstigen und eine zeitaufwendige persönliche Zuwendung des Arztes zu seinen Patienten benachteiligen. Zur Korrektur dieser auch unter Kostengesichtspunkten bedenklichen Fehlentwicklung ist es geboten, die Überarbeitung des Gebührenverzeichnisses mit einer Umgewichtung der Bewertungsrelationen zwischen medizinisch-technischen Leistungen und zuwendungsintensiven Grundleistungen zu verknüpfen. Gebührenanreizen zur Ausweitung von Laborleistungen über das medizinisch notwendige Maß hinaus soll zudem dadurch entge-

gengewirkt werden, daß die Beziehbarkeit von Laborleistungen, bei der aus Laborgemeinschaften kostengünstig bezogene Laborleistungen als eigene Leistungen abgerechnet werden können, auf ein eng begrenztes Segment häufig anfallender Leistungen beschränkt wird. Entsprechend der im vertragsärztlichen Vergütungsbereich aufgrund des Gesundheitsstrukturgesetzes eingeleiteten Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven sollen dabei Einsparungen insbesondere bei Laborleistungen auch im privatärztlichen Bereich vorrangig zur leistungsgerechteren Vergütung von Grundleistungen in der hausärztlichen Versorgung genutzt werden.

3. Förderung des ambulanten Operierens

In den letzten Jahren hat das ambulante Operieren — auch in seiner Anwendungsbreite — zunehmend an Bedeutung gewonnen. Es kann in geeigneten Fällen gegenüber stationär durchgeführten Operationen im Hinblick auf den entfallenden Krankenhausaufenthalt nicht nur erhebliche Kostenvorteile, sondern darüber hinaus bei entsprechender Nachbetreuung auch für die Patienten, die ihre gewohnte häusliche Umgebung nicht aufzugeben brauchen, beachtliche Vorzüge bieten.

Im Gegensatz zum EBM berücksichtigt die GOÄ bislang nicht den bei ambulanten Operationen typischen Kostenaufwand für die Bereitstellung der Operationseinrichtungen sowie die vor- und nachoperative Betreuung. Bei Privatliquidation stehen deshalb der Berücksichtigung des besonderen Kostenaufwands ambulanter Operationen gebührenrechtliche Hemmnisse entgegen, weil diesem im Rahmen der allgemeinen Gebührenbemessungskriterien des § 5 Abs. 2 GOÄ nicht hinreichend Rechnung getragen werden kann. Mit der Einführung von Zuschlägen für ambulante Operations- und Anästhesieleistungen soll diesem Mangel abgeholfen werden.

4. Weiterentwicklung allgemeiner Gebührenvorschriften

Die grundlegende Überarbeitung der Leistungs- und Gebührenstrukturen des Gebührenverzeichnisses erfordert im Hinblick auf die Verzahnung mit allgemeinen Vorschriften der GOÄ bei der Gebührenabrechnung eine Anpassung auch allgemeiner Vorschriften der GOÄ. So soll z. B. im Zusammenhang mit der Neuordnung der Vergütung von Laborleistungen dem Umstand, daß sich diese Leistungen im Hinblick auf ihre typische Schwierigkeit nur geringfügig in den jeweiligen Erbringungsmerkmalen unterscheiden, in § 5 durch Einführung eines für diese Leistungen künftig auf den einfachen bis 1,3fachen Gebührensatz reduzierten Gebührenrahmens Rechnung getragen werden.

Um dem der GOÄ zugrundeliegenden Leitgedanken des angemessenen Interessenausgleichs zwischen Ärzten und zahlungspflichtigen Patienten im Hinblick auf Erfahrungen aus der Anwendungspraxis sowie Entwicklungen in der Rechtsprechung zum ärztlichen Gebührenrecht zu entsprechen, bedarf es darüber hinaus einer Reihe konkretisierender Klarstellungen, Ergänzungen und Anpassungen. Mit dem Ziel einer an den tragenden Grundsätzen des privatärztlichen Gebührenrechts ausgerichteten Weiterentwicklung beschränken sich die notwendigen Korrekturen insoweit im wesentlichen auf

— die Präzisierung von Voraussetzungen und Inhalt abweichender Honorarvereinbarungen (§ 2 GOÄ),

— die gebührenrechtliche Neuabgrenzung des Begriffs der eigenen Leistung im Rahmen wahlärztlicher Krankenhausbehandlung (§ 4 Abs. 2 GOÄ),

— die systematische Neuordnung der Wegegeldvorschriften (§ 8 GOÄ),

— die Neufassung der Berechnung von Auslagenersatz (§ 10 GOÄ) sowie

— Präzisierungen zur Verbesserung der Abrechnungstransparenz (§ 12 GOÄ).

5. Berücksichtigung der wirtschaftlichen Entwicklung

Eine Anpassung des seit nun mehr als fünf Jahren unverändert geltenden Punktwerts ist mit Blick auf die zwischenzeitliche wirtschaftliche Entwicklung gerechtfertigt. Die in diesem Zeitraum zu verzeichnenden allgemeinen Kostensteigerungen haben sich auch in einem entsprechenden Anstieg der mit den Gebühren abgegoltenen Praxiskosten (Mieten, Personal- und Gerätekosten) niedergeschlagen. Entsprechend ist der Erlös aus der Vergütung privatärztlicher Leistungen gesunken. Die bisherige Mengenentwicklung privatärztlich abgerechneter Leistungen, durch die diese Erlösminderung teilweise kompensiert wurde, sowie die gegenwärtige gesamtwirtschaftliche Lage lassen jedoch für die Anhebung des Punktwerts nur einen geringen Spielraum zu. Die Anpassung bezweckt — auch mit Blick auf die mengendämpfenden Effekte der Verordnung —, eine insgesamt angemessene Vergütung der privatärztlichen Leistungen sicherzustellen.

III. Zwischenzeitliche Vorarbeiten

Bereits in der Amtlichen Begründung der Bundesregierung zur Dritten Verordnung zur Änderung der GOÄ war die Absicht angekündigt worden, das Gebührenverzeichnis der GOÄ umfassend und im Hinblick auf dessen beträchtlichen Umfang (rd. 2 500 Leistungspositionen) schrittweise nach Leistungsabschnitten zu überarbeiten (vgl. Bundesrats-Drucksache 118/88, S. 41 f.). Hierzu hat die Bundesärztekammer dem damals zuständigen Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung in den Jahren 1989 und 1990 erste Vorschläge zu den am dringendsten reformbedürftigen Abschnitten Strahlendiagnostik, Anwendung radioaktiver Stoffe und Strahlentherapie, Magnetfeld-Resonanz-Tomographie, Laboratoriumsdiagnostik, Chirurgie sowie Grund- und allgemeine Leistungen vorgelegt. Wegen erheblicher honorar-

steigernder Gesamtauswirkungen konnten diese Vorschläge nicht ohne grundlegende Überarbeitung und konzeptionelle Änderungen im Hinblick auf den Zuschnitt der für die erste Novellierungsstufe ausgewählten Leistungsbereiche übernommen werden.

Die weiteren Vorarbeiten führten gegenüber dem ursprünglichen Konzept der Bundesärztekammer nach zahlreichen intensiven Beratungen mit Sachverständigen sowie unter Berücksichtigung vielfältiger Anregungen und Stellungnahmen betroffener Verbände zu einer Vielzahl von Änderungen. Hervorzuheben ist in diesem Zusammenhang insbesondere, daß Abschnitt M (Laboratoriumsdiagnostik) völlig neu strukturiert, Abschnitt B (Grundleistungen und allgemeine Leistungen) umfassend überarbeitet sowie Abschnitt C (Nichtgebietsbezogene Sonderleistungen) in die erste Novellierungsstufe einbezogen wurde. Dagegen mußte die Gesamtüberarbeitung der sehr umfangreichen chirurgischen Leistungsbereiche mit Rücksicht auf den für den ersten Novellierungsschritt vorgesehenen Zeitrahmen vorläufig zurückgestellt werden.

Auf der Grundlage der Ergebnisse der Anhörungen zum Referentenentwurf im Januar 1994 sowie der hierzu eingegangenen Stellungnahmen konnte eine Vielzahl weiterer Anregungen berücksichtigt werden.

IV. Wesentlicher Inhalt der Neuregelungen

1. Umfassende Überarbeitung wesentlicher Teile des Gebührenverzeichnisses

Unter Anpassung an den aktuellen Stand der medizinischen und technischen Entwicklung werden folgende Abschnitte des Gebührenverzeichnisses, auf die rd. 63 v. H. des abgerechneten Honorarvolumens der GOÄ entfallen, mit zum Teil erheblichen Korrekturen im Bewertungsgefüge neu gefaßt:

a) Abschnitt B (Grundleistungen und allgemeine Leistungen)

Im Rahmen der völligen Neugestaltung dieses Abschnitts, der in seinem systematischen Aufbau wesentliche Strukturelemente aus dem EBM übernimmt, erfahren die zuwendungsintensiven Leistungen (z. B. Beratungen, allgemeine Untersuchungen, Hausbesuche) eine gegenüber dem bisherigen Bewertungsniveau deutliche Aufwertung um durchschnittlich rd. 38 v. H. Dies kommt der sogenannten sprechenden Medizin und insbesondere den in der hausärztlichen Versorgung tätigen Ärzten zugute.

Der Neufassung liegen vor allem bei den allgemeinen Beratungs- und Untersuchungsleistungen wesentlich differenziertere Leistungsbeschreibungen und -bewertungen zugrunde, die besser als bisher eine dem jeweiligen persönlichen Leistungsaufwand des Arztes gerecht werdende Abrechnung ermöglichen. Dazu tragen insbesondere auch Zuschläge für besondere Umstände oder Erschwernisse bei der Leistungserbringung bei, die zusätzlich zu den Gebühren für bestimmte Grundleistungen berechnet werden können. Eine Reihe differenzierter Abrechnungsbestimmungen, die die Nebeneinanderberechnung bestimmter Leistungen des Abschnitts B mit anderen sich in ihren Leistungsinhalten überschneidenden Gebührenpositionen aus diesem oder anderen Abschnitten des Gebührenverzeichnisses ausschließen oder begrenzen, wirken stärker als bisher kumulierenden Effekten bei der Gebührenabrechnung entgegen.

Mit der Einführung einer Gebührenposition für die zeitaufwendige Erhebung der homöopathischen Anamnese (Mindestdauer eine Stunde), die bisher entsprechend einer — allerdings allgemein anerkannten — Empfehlung der Bundesärztekammer nur analog abgerechnet werden konnte, wird der zunehmenden Bedeutung der homöopathischen Behandlungsweise Rechnung getragen.

b) Abschnitt C (Nichtgebietsbezogene Sonderleistungen)

Die — vor allem auch gesundheitspolitisch — bedeutsamste Neuerung dieses insgesamt neu gegliederten und inhaltlich aktualisierten Abschnitts bildet die Einführung von Zuschlägen für ambulante Operations- und Anästhesieleistungen (Unterabschnitt C.VIII). Die — wie im EBM — nach der Bewertungshöhe ambulant durchführbarer Operations- und Anästhesieleistungen gestaffelten Zuschläge tragen der besonderen Kostensituation des ambulanten Operierens im Hinblick auf die Bereitstellung von Operationseinrichtungen und Einrichtungen zur ambulanten Vor- und Nachsorge Rechnung. Damit entfallen gebührenrechtliche Hemmnisse, die im Privatliquidationsbereich einer auch unter Kostengesichtspunkten wünschenswerten stärkeren Nutzung ambulanter Operationsmöglichkeiten bisher entgegenstanden.

Des weiteren werden die Leistungsbeschreibungen und -bewertungen der dem Unterabschnitt C.VI zugeordneten Sonographieleistungen (Ultraschalluntersuchungen) dem heutigen Entwicklungsstand angepaßt. Dies ist mit einer deutlichen Absenkung des bisher überhöhten Vergütungsniveaus für diese Leistungen verbunden.

Die Gebührenpositionen für Kontrastmitteleinbringungen (Unterabschnitt C.IV) sind grundlegend überarbeitet. Dabei sind die bisher unausgewogenen Bewertungsrelationen insbesondere im Leistungszusammenhang mit den grundlegend überarbeiteten diagnostischen Herzkatheterleistungen in Abschnitt F und den Kontrastuntersuchungsleistungen in Abschnitt O entsprechend dem jeweiligen Leistungsaufwand besser aufeinander abgestimmt und zum Teil deutlich nach unten korrigiert worden.

Für bestimmte allergologische Leistungen (Epikutan- und Pricktestungen) wird in Unterabschnitt C.V die mengenabhängige Gebührenabstaffelung stärker differenziert.

Des weiteren wird der Leistungsinhalt der Komplexgebühren für die stationäre intensivmedizinische Überwachung und Behandlung (Num-

mer 435) sowie für Laboruntersuchungen während einer solchen Behandlung (Nummer 437) klarer bestimmt und sachgerechter abgegrenzt.

Hervorzuheben ist auch die Einführung einer Gebührenposition (Nummer 269) für die bisher nur analog abrechnungsfähige Akupunktur zur Schmerzbehandlung.

c) Abschnitt M (Laboratoriumsuntersuchungen)

Gliederung und Leistungsbeschreibungen des Laborkapitels der geltenden GOÄ liegen zum Teil noch bis zu 30 Jahre zurückreichende Leistungsstrukturen zugrunde. Angesichts einer geradezu stürmischen labormedizinischen und -technischen Entwicklung mit weitreichenden Auswirkungen auf Kostenstrukturen und Erbringungsformen ist die Diskrepanz zwischen dem Stand der GOÄ und dem heutigen Standard hier besonders gravierend. Viele in der GOÄ noch beschriebene Leistungen sind heute obsolet, während andererseits Meßgrößen, die inzwischen zum routinemäßigen Standard gehören, vielfach fehlen. Dies erschwert die Abrechnungstransparenz, da viele Laborleistungen derzeit nur als „ähnliche Untersuchungen" oder analog abgerechnet werden können.

Zudem trägt die geltende GOÄ den durch erhebliche Rationalisierungsfortschritte im Laborbereich erzielten Kostensenkungen nur unzureichend Rechnung. Das dadurch insgesamt überhöhte Vergütungsniveau fördert eine über den medizinisch notwendigen Umfang hinausgehende Mengenausweitung. Die Verordnung beseitigt diese Strukturmängel:

— Die Neufassung des Laborkapitels entspricht in der systematischen Gliederung und den Leistungsbeschreibungen dem aktuellen Entwicklungsstand der Labormedizin. Die Leistungsbewertungen orientieren sich an dem jeweiligen leistungsspezifischen Kostenaufwand bei wirtschaftlicher Erbringungsweise. Dabei werden auch die bisher überbewerteten In-vitro-Untersuchungen (Radioimmuno-Assays) aus Abschnitt O — wie im EBM — in das Laborkapitel integriert und in den Bewertungen den entsprechenden Laboruntersuchungen (Liganden-Assays) gleichgestellt.

— Mit an entsprechenden Strukturen des EBM orientierten differenzierenden Regelungen für Leistungen des Praxislabors, des Basislabors und des Speziallabors trägt die Verordnung den unterschiedlichen Erbringungsweisen von Laborleistungen Rechnung. Für ein begrenztes Spektrum von rd. 30 Laborleistungen sieht die Verordnung bei — häufig notwendiger — Durchführung in der Praxis des niedergelassenen Arztes (Praxislabor) im Hinblick auf die dort ungünstigeren Vorhaltekosten höhere Bewertungen vor. Die Abrechnung delegierter Laborleistungen als eigene Leistungen (z. B. bei Bezug aus einer Laborgemeinschaft) wird auf einen begrenzten Katalog häufiger Routineuntersuchungen (Basislabor) beschränkt. Sämtliche übrigen Leistungen (Speziallabor) können künftig nur noch von dem mit der Durchführung beauftragten Arzt abgerechnet werden. Damit entfällt in einem weiten Bereich ein Vergütungsanreiz für die sogenannte Selbstzuweisung von Laborleistungen, durch die eine Mengenausweitung begünstigt wurde.

— Mengendämpfend wirken sich des weiteren Höchstwertregelungen aus, durch die für bestimmte Laboruntersuchungen die Berechnungsfähigkeit auf einen unter Berücksichtigung der medizinisch sinnvollen Menge festgelegten Höchstwert begrenzt wird.

— Die bei der Festsetzung der Punktzahlbewertungen bereits berücksichtigte Reduzierung des Gebührenrahmens für Laborleistungen auf den bis 1,3fachen Gebührensatz (Schwellenwert 1,15fach) trägt dem Umstand Rechnung, daß Laborleistungen sich in ihrem jeweils typischen Schwierigkeitsgrad und in der Art ihrer Durchführung nur geringfügig unterscheiden. Im Hinblick darauf erscheint eine Variationsbreite von 30 v. H. für die Gebührenbemessung ausreichend.

Das neue Bewertungsgefüge führt rechnerisch zu einer Absenkung des Vergütungsniveaus für Laborleistungen um rd. 20 v. H. Darüber hinaus lassen die gezielt mengendämpfenden Strukturmaßnahmen eine — im einzelnen aber nicht quantifizierbare — weitere Reduzierung des Laborvolumens erwarten.

d) Abschnitt O (Strahlendiagnostik, Nuklearmedizin, Magnetresonanztomographie und Strahlentherapie)

Auch die Abschnitt O zugeordneten Leistungsbereiche haben sich durch die medizinische und technische Entwicklung grundlegend gewandelt. Die umfassende Neubearbeitung des Abschnitts O unter Neugewichtung der Bewertungsrelationen und Absenkung des Vergütungsniveaus um im gewichteten Durchschnitt aller Leistungen dieses Abschnitts rd. 10 v. H. berücksichtigt diese Entwicklung. Hinter diesem rechnerischen Gesamtergebnis verbergen sich für die einzelnen Leistungsbereiche dieses Abschnitts aber sehr unterschiedliche Tendenzen. Während die strahlendiagnostischen Leistungen des Unterabschnitts O.I im Durchschnitt um rd. 15 v. H. abgewertet werden, erfahren die nuklearmedizinischen Leistungen des Unterabschnitts O.II eine durchschnittliche Aufwertung um rd. 6 v. H. Die Magnetresonanztomographie, die bisher mit nur einer Leistungposition Abschnitt Q bildete, wird mit differenzierenden Leistungsbeschreibungen und -bewertungen in Abschnitt O (Unterabschnitt O.III) integriert und insgesamt deutlich abgewertet. Dagegen werden die strahlentherapeutischen Leistungen des Unterabschnitts O.IV im Bewertungsniveau um durchschnittlich rd. 25 v. H. angehoben. Der auch aus Gründen des Patientenschutzes erheblichen Bedeutung einer indikationsgerechten Behandlungsplanung in der Strahlentherapie wird durch die Aufnahme spezieller Gebührenpositionen für die Erstellung eines Bestrahlungsplans entsprochen.

2. *Aktualisierung weiterer Abschnitte des Gebührenverzeichnisses*

Im Vorgriff auf die einem zweiten Novellierungsschritt vorbehaltene Gesamtüberarbeitung der übrigen Leistungsabschnitte des Gebührenverzeichnisses trägt die Verordnung auch insoweit dem dringlichsten Korrekturbedarf Rechnung. Zum einen werden entsprechend dem bereits bei der Dritten Verordnung zur Änderung der GOÄ praktizierten Verfahren inzwischen allgemein anerkannte Analogpositionen unter Zuordnung zu den jeweiligen Abschnitten des Gebührenverzeichnisses aufgenommen. Zum anderen werden notwendige Anpassungen, die sich aus dem Sachzusammenhang der zu überarbeitenden Leistungsbereiche ergeben, berücksichtigt. So sind im Zusammenhang mit der Neufassung der Gebührenpositionen für Kontrastmitteleinbringungen in Abschnitt C und Kontrastuntersuchungsleistungen in Abschnitt O auch die diagnostischen Herzkatheterleistungen in Abschnitt F im Hinblick auf die notwendige Abstimmung der Bewertungsrelationen grundlegend überarbeitet worden. Einem weiteren dringlichen Korrekturbedarf wird darüber hinaus mit der Einführung von Gebührenpositionen für arthroskopische Operationen entsprochen, die bisher wegen mangelnder Orientierung an vorhandenen Leistungspositionen häufig weit überhöht abgerechnet wurden.

3. *Weiterentwicklung allgemeiner Vorschriften der GOÄ*

a) Abweichende Vereinbarung (§ 2 GOÄ)

Das Urteil des Bundesgerichtshofs vom 30. Oktober 1991 — VIII ZR 51/91 — zur Unwirksamkeit formularmäßiger Honorarvereinbarungen zwischen Ärzten und Privatpatienten erfordert eine Präzisierung der Voraussetzungen für die Zulässigkeit sog. Abdingungsvereinbarungen nach § 2 GOÄ. Die Neufassung stellt auf die der Stellung des zahlungspflichtigen Privatpatienten als Vertragspartner des Arztes entsprechende Notwendigkeit der individuellen Absprache im Einzelfall ab.

Zur Verbesserung der bei abweichenden Honorarvereinbarungen im Hinblick auf den finanziellen Umfang der Abweichung gebotenen Transparenz müssen in der Abdingungsvereinbarung die Leistungen, für die sie gelten soll, bezeichnet werden. Zudem muß die abweichende Gebührenhöhe durch die Angabe des Steigerungssatzes präzisiert werden.

b) Gebührenrechtliche Neuabgrenzung des Begriffs der eigenen Leistung bei wahlärztlicher Krankenhausbehandlung

Der bei stationärer Krankenhausbehandlung unter dem Gesichtspunkt der persönlichen Leistungserbringung zunehmend problematisierte Abrechnungsumfang wahlärztlicher Leistungen erfordert — auch im Hinblick auf die dem speziellen wahlärztlichen Leistungsaufwand entsprechende angemessene Vergütung — in § 4 Abs. 2 GOÄ eine klarere gebührenrechtliche Abgrenzung der dem liquidationsberechtigten Krankenhausarzt für eigene Leistungen zustehenden Gebühren von den ihm im gebührenrechtlichen Sinne nicht als eigene Leistungen zurechenbaren und deshalb nicht gesondert berechnungsfähigen Leistungen.

Entsprechend in der Abrechnungspraxis weitgehend anerkannten Grundsätzen wird klargestellt, daß bei stationärer wahlärztlicher Behandlung allgemeine Aufnahme- und Entlassungsuntersuchungen, Visiten sowie einige in der Regel von Krankenpflegepersonal durchgeführte Leistungen (z. B. einfache Verbände, Blutentnahmen aus der Vene, einfache Injektionen) nur dann gesondert berechnet werden können, wenn sie von einem liquidationsberechtigten Krankenhausarzt oder dessen ständigen ärztlichen Fachvertreter selbst erbracht werden. Bei Delegierung physikalisch-medizinischer Leistungen (Krankengymnastik, Massagen) wird die gesonderte Berechnung nur noch für liquidationsberechtigte Ärzte mit Teilgebietsbezeichnung „Physikalische Therapie" oder Gebietsbezeichnung „Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin" zugelassen.

c) Wegegeld (§ 8 GOÄ)

Der Neufassung der Wegegeldvorschrift liegt im wesentlichen die Berechnungssystematik aus dem vertragsärztlichen Bereich zugrunde. Zur Vereinfachung der Abrechnung insbesondere auch bei Besuch mehrerer Patienten auf einem Weg stellt die Wegegeldberechnung nicht mehr auf die Zahl der zurückgelegten Entfernungskilometer, sondern pauschal auf den jeweiligen Entfernungsradius ab. Die bisherige Kürzung des Wegegeldes für den häufigen Fall des Besuchs mehrerer Patienten auf einem Weg an verschiedenen Besuchsstellen entfällt; dies wird durch eine Absenkung der je Besuch berechnungsfähigen Wegegeldpauschale ausgeglichen.

d) Ersatz von Auslagen (§ 10 GOÄ)

Die Berechnung von Auslagenersatz (§ 10 GOÄ) wirft in der Anwendungspraxis — insbesondere im Hinblick auf Versand- und Portokosten — eine Reihe von Auslegungs- und Abgrenzungsproblemen auf, die durch entsprechende Übernahme bewährter Abgrenzungskriterien aus dem vertragsärztlichen Vergütungsbereich bereinigt werden. Im übrigen wird der systematische Aufbau der Vorschrift durch die klarere Trennung der berechnungsfähigen von den nicht gesondert berechnungsfähigen Auslagen übersichtlicher gestaltet.

e) Rechnungstransparenz (§ 12 GOÄ)

Im Zusammenhang mit der Begründungspflicht bei schwellenwertüberschreitender Gebührenbemessung wird häufig eine zu geringe Aussagekraft der Begründung in der Rechnung beklagt. Dies gilt z. B. für Begründungen, die sich im wesentlichen auf eine Wiederholung von Gebührenbemessungskriterien des § 5 Abs. 2 Satz 1 GOÄ beschränken, ohne die Gründe für die Schwellenwertüberschreitung zu konkretisieren. Zur Verbesserung

der Abrechnungstransparenz und im Hinblick auf die aus der Sicht der Zahlungspflichtigen in der Regel auch aus Erstattungsgründen notwendige Nachvollziehbarkeit wird in § 12 Abs. 3 GOÄ eine dem Zweck der Begründungspflicht entsprechende Präzisierung der Mindestanforderungen für die Rechnungslegung vorgenommen.

4. Lineare Punktwertanhebung

Die Verordnung sieht mit Wirkung zum 1. Januar 1995 eine Anhebung des Punktwerts um 0,4 Pfennig (+ 3,6 v. H.) auf 11,4 Pfennige vor. Unter Berücksichtigung der im Hinblick auf die gesamtwirtschaftliche Situation gebotenen Zurückhaltung gewährleistet die Erhöhung des Punktwerts in diesem Umfang eine maßvolle Beteiligung des Arztes an der wirtschaftlichen Entwicklung seit 1988.

V. Finanzielle Auswirkungen

Die Regelungen haben im wesentlichen die folgenden finanziellen Auswirkungen:

1. Honorarsteigernd wirken:

a) die Anhebung der Gebühren für die Leistungen des Abschnitts B (Grundleistungen und allgemeine Leistungen),

b) die Einführung von Zuschlägen für ambulante Operations- und Anästhesieleistungen.

c) mit Wirkung vom 1. Januar 1995 an die Punktwertanhebung, die für alle Leistungen gilt.

2. Honorarmindernd wirken:

a) die Absenkung der Gebühren für Leistungen der Abschnitte M (Labor) und O (Strahlendiagnostik, Nuklearmedizin, Magnetresonanztomographie und Strahlentherapie) sowie für Ultraschall- und Herzkatheteruntersuchungen,

b) die Einschränkung der Delegierbarkeit labormedizinischer Leistungen,

c) die gebührenrechtliche Präzisierung der Voraussetzungen für die gesonderte Berechnungsfähigkeit bestimmter wahlärztlicher Leistungen (Erst- und Abschlußuntersuchungen, Visiten, Blutentnahmen, Injektionen, Verbände, physikalisch-medizinische Leistungen),

d) die stärkere Einschränkung der Nebeneinanderberechung von Grundleistungen des Abschnitts B und anderen Leistungen,

e) die Aufnahme von arthroskopischen Operationen in das Gebührenverzeichnis mit gegenüber bisherigen Analogabrechnungen reduzierter Leistungsbewertung,

f) die mengenabhängig differenzierte Gebührenabstaffelung bei bestimmten radiologischen Leistungen (Angiographien) und allergologischen Leistungen (Prick- und Epikutantestungen),

g) die Präzisierung des Leistungsumfangs der Komplexgebühr für intensivmedizinische Überwachung und Behandlung (Nummer 435),

h) die Neuregelungen für die Berechnung von Wegegeld sowie von Versand- und Portokosten.

Im Ergebnis werden die privatärztlichen Honorare unter Berücksichtigung der Leistungsmengenentwicklung und der Kostenentwickung insbesondere bei medizinisch-technischen Leistungen so angehoben, daß der Gesamtanstieg des Praxiskostenanteils am Umsatz aus privatärztlichen Leistungen nachvollzogen und die wirtschaftliche Entwicklung seit dem 1. Juli 1988 angemessen berücksichtigt wird.

Für den einzelnen Arzt erfolgt eine deutliche Honorarsteigerung immer dann, wenn der Anteil der persönlich erbrachten Leistungen an seinem Gesamtumsatz überwiegt. Damit wird eine Annäherung an das allgemein anerkannte Ziel erreicht, persönlich vom Arzt erbrachte Leistungen zu fördern und Rationalisierungsgewinne, die allein dem technischen Fortschritt zu verdanken sind, an den zahlungspflichtigen Patienten weiterzugeben.

Für die Privatpatienten ergeben sich je nach Art der in Anspruch genommenen Leistungen Preiserhöhungen oder Preissenkungen. Preiserhöhungen in Teilbereichen (z. B. bei ambulanten Operationen) stehen Kostensenkungen durch die Ersparnis höherer Aufwendungen für andere Leistungsentgelte gegenüber. Bezogen auf das durchschnittliche Preisniveau der ärztlichen Leistungen ergibt sich durch die strukturellen Maßnahmen eine rechnerische Erhöhung von 2,9 v. H. und durch die zum 1. Januar 1995 wirksam werdende Punktwertanhebung eine Erhöhung von 3,6 v. H. (insgesamt dann 6,5 v. H.). Bei der Berechnung des Struktureffektes ist allerdings die bei bestimmten wahlärztlichen Leistungen vorgesehene Beschränkung der Abrechnungsfähigkeit auf die persönliche Leistungserbringung nicht quantifiziert worden. Sofern diese Leistungen in Zukunft nicht vollständig von liquidationsberechtigten Krankenhausärzten oder deren ständigen ärztlichen Vertretern persönlich erbracht werden, vermindert sich der rechnerische Struktureffekt von +2,9 v. H.

Da bei Untätigkeit des Verordnungsgebers nach den Erfahrungen der letzten Jahre mit einem Ausgabenanstieg (insbesondere durch Mengenausweitungen) von jährlich 5 bis zu 10 v. H. gerechnet werden müßte, ist eine Erhöhung in dem vorbeschriebenen Umfang im Hinblick auf die in der Tendenz mengendämpfenden Struktureffekte der Verordnung maßvoll.

Die finanziellen Auswirkungen der strukturellen Änderungen sowie der Punktwerterhöhung werden sich entsprechend in den Ausgaben der privaten Krankenversicherungsunternehmen für ärztliche Behandlungsaufwendungen niederschlagen und eine Überprüfung der Prämienkalkulation zur Folge haben. Insoweit sind — in allerdings geringem Umfang — Auswirkungen auf das allgemeine Preis-

niveau, insbesondere das Verbraucherpreisniveau, nicht auszuschließen.

B. Einzelbegründung

Zu Artikel 1 Abs. 1 (Änderungen der allgemeinen Vorschriften der GOÄ)

Zu Nummer 1 (§ 2 GOÄ)

Die Neufassung greift tragende Grundsätze der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs zu den Voraussetzungen der Zulässigkeit abweichender Honorarvereinbarungen zwischen Ärzten und Zahlungspflichtigen auf und präzisiert darüber hinaus insbesondere einige für die Transparenz der abweichenden Honorarhöhe aus der Sicht des Zahlungspflichtigen unverzichtbare Erfordernisse. Entsprechend dem bisherigen Aufbau der Vorschrift regelt Absatz 1 grundsätzliche materielle Voraussetzungen und Absatz 2 zu beachtende Verfahrens- und Formerfordernisse.

Der Abschluß einer abweichenden Honorarvereinbarung setzt für den Zahlungspflichtigen regelmäßig die genaue Kenntnis des Umfangs der Abweichung voraus. Für die Beurteilung der Höhe der Abweichung kommt dabei dem Steigerungssatz der Gebührenbemessung (Multiplikator) maßgebliche Bedeutung als Orientierungsmaßstab zu. Um die für den Zahlungspflichtigen notwendige Transparenz zu gewährleisten, schließt Absatz 1 Satz 2 die Vereinbarung einer abweichenden Punktzahl oder eines abweichenden Punktwerts ausdrücklich aus, weil es sich insoweit lediglich um unselbständige rechnerische Bestandteile der Gebühr handelt, deren Höhe und Bedeutung dem Zahlungspflichtigen in der Regel — im Gegensatz zu dem die Gebührenhöhe prägenden Steigerungssatz — im einzelnen auch nicht bekannt sein dürfte. Die Präzisierung erfolgt in Übereinstimmung mit der vorherrschenden Auslegung zum geltenden Recht, wonach aus den dargelegten Gründen die Vereinbarung abweichender Punktzahlen oder eines abweichenden Punktwerts nicht als zulässige Vereinbarung einer abweichenden Gebührenhöhe im Sinne der geltenden Fassung des § 2 Abs. 1 erachtet wird.

Absatz 1 Satz 3 schließt abweichende Honorarvereinbarungen für Notfall- und akute Schmerzbehandlungen nicht generell aus, sondern stellt entsprechend geltenden Rechtsgrundsätzen zur unterlassenen Hilfeleistung lediglich klar, daß die Behandlung in solchen Fällen nicht von einer abweichenden Honorarvereinbarung abhängig gemacht werden darf.

Absatz 2 Satz 1 stellt in Übereinstimmung mit dem Urteil des BGH vom 30. Oktober 1991 — VIII ZR 51/91 — klar, daß es zur Wirksamkeit einer abweichenden Honorarvereinbarung der individuellen Absprache im Einzelfall zwischen Arzt und Zahlungspflichtigem bedarf. Satz 2 des Absatzes 2 ergänzt die inhaltlichen Anforderungen an die schriftliche Vereinbarung. Die nach neuem Recht zusätzlich geforderten Angaben erhöhen die Transparenz über den Umfang der vereinbarten Abweichung und tragen damit auch zur Rechtsklarkeit und Rechtssicherheit bei.

Zu Nummer 2 (§ 4 Abs. 2 GOÄ)

Die bisher im Privatliquidationsbereich in weitem Umfang bestehende und genutzte Möglichkeit, angeforderte Laborleistungen als eigene Leistungen abzurechnen, hat in einem nicht allein durch medizinische Notwendigkeiten begründbaren Maße zur Mengenausweitung geführt. Maßgeblich beeinflußt worden sein dürfte diese Entwicklung vor allem durch das teilweise erhebliche Gefälle zwischen den Preisen bezogener Laborleistungen und den für diese nach der GOÄ berechenbaren Gebühren.

Vor diesem Hintergrund beschränkt die Neuregelung in Absatz 2 Satz 2 die Möglichkeit, in Auftrag gegebene Laborleistungen als eigene Leistungen abzurechnen (Delegierbarkeit), in Anlehnung an vergleichbare Gliederungsstrukturen des EBM auf die in Abschnitt M.II (Basislabor) des Gebührenverzeichnisses aufgeführten Laborleistungen, bei denen es sich im wesentlichen um häufige, rationalisierungsfähige Routineleistungen handelt. Der damit verbundene Ausschluß der Delegierbarkeit von Laborleistungen aus den Abschnitten M.III und IV bewirkt, daß diese Leistungen nur noch von dem erbringenden Arzt abgerechnet werden können. Auf die Erbringung von Laborleistungen in dem medizinisch notwendigen Umfang hat dies keinen Einfluß. Für den anfordernden Arzt entfällt lediglich der Gebührenanreiz, medizinisch nicht notwendige Laborleistungen in Auftrag zu geben.

Von der Forderung nach völliger Aufgabe der Delegierbarkeit im Hinblick auch auf die dem Basislabor zugeordneten Laborleistungen wird bewußt Abstand genommen. Insoweit wäre es nicht sachgerecht, die gerade in dem Kernbereich der Basis-Laborleistungen unter dem Gesichtspunkt der Erschließung von Rationalisierungsreserven ausgeprägten Erbringungsstrukturen zu beseitigen. Bei Verzicht auf die Delegierbarkeit dieser Leistungen würde künftig ein wesentlicher Anreiz zur kostengünstigen Erbringung dieser Leistungen entfallen, die letztlich den Patienten durch entsprechende Vergütungsanpassungen zugute kommen kann.

Bei wahlärztlichen Leistungen entspricht die Abrechnungspraxis in vielen Fällen nicht den besonderen Anforderungen, die im Hinblick auf die Natur dieser Leistungen an die persönliche Leistungserbringung zu stellen sind. Die Besonderheit wahlärztlicher Leistungen liegt darin, daß für die im Rahmen der stationären Krankenhausbehandlung notwendigen und mit der Vergütung für die allgemeinen Krankenhausleistungen abgegoltenen ärztlichen Leistungen auch dann, wenn deren Erbringung durch nachgeordnete Ärzte des Krankenhauses nach den Umständen des Behandlungsfalls ausreichend wäre, die Erbringung durch liquidationsberechtigte Krankenhausärzte (Wahlärzte) mit der Maßgabe der gesonderten Berechnung dieser Leistungen vereinbart werden kann. Somit stehen die wahlärztlichen Leistungen und deren gesonderte Vergütung in einem Verhältnis von Leistung und Gegenleistung. Dies erfordert es, daß der Wahlarzt durch sein Tätigwerden der wahlärztlichen Behandlung eines Patienten sein persönliches Gepräge geben muß. Dazu gehört es, daß sich der

Wahlarzt zu Beginn, während und zum Abschluß der Behandlung mit dem Patienten persönlich befaßt. Andernfalls muß davon ausgegangen werden, daß seine Kenntnis über Behandlungsnotwendigkeit und -verlauf unzureichend ist und er seinem Behandlungsauftrag als Wahlarzt nicht genügend nachkommen kann. Die Neuregelungen in Absatz 2 Satz 3 und 4 konkretisieren die sich aus diesen allgemein anerkannten Grundsätzen ergebenden Anforderungen, indem sie für bestimmte Leistungen im Rahmen der wahlärztlichen Krankenhausbehandlung den gebührenrechtlichen Begriff der eigenen Leistung klarer definieren und an die Erfüllung entsprechender Mindestanforderungen binden. Gegebenenfalls engere Grenzen aufgrund vertraglicher Vereinbarungen über wahlärztliche Leistungen bleiben unberührt.

Zum unverzichtbaren Kernbestand der Leistungen, durch deren persönliche Erbringung die ärztliche Behandlung erst ihre wahlärztliche Prägung erhält, gehören die Grundleistungen innerhalb des ersten Tages nach der Aufnahme und des letzten Tages vor der Entlassung (Absatz 2 Satz 3 Nr. 1) sowie die Visiten während der gesamten Dauer des Krankenhausaufenthalts (Absatz 2 Satz 3 Nr. 2). Dabei wird davon ausgegangen, daß im Hinblick auf den kontinuierlichen behandlungsfallbezogenen Informationsaustausch zwischen liquidationsberechtigtem Krankenhausarzt und dessen ständigen ärztlichen Vertreter die Anforderungen an die persönliche Leistungserbringung auch dann erfüllt sind, wenn diese Leistungen teilweise von dem ständigen ärztlichen Vertreter des Wahlarztes persönlich erbracht werden, sofern dieser als Facharzt desselben Gebiets qualifiziert ist. Sofern z. B. der Wahlarzt nach eingehender persönlicher Kenntnisnahme des Krankheitsfalls zu Beginn der Behandlung in deren weiteren Verlauf gelegentlich (z. B. Urlaub, Dienstunfähigkeit, Fortbildung) an der persönlichen Ausführung der Visite verhindert ist, kann dieser auch die von seinem ständigen ärztlichen Vertreter ausgeführten Visiten als eigene Leistungen abrechnen, wenn dies nach der vertraglichen Vereinbarung über die gesonderte Berechnung wahlärztlicher Leistungen nicht ausgeschlossen ist.

Absatz 2 Satz 3 Nr. 3 stellt klar, daß bestimmte Leistungen (Verweilen nach Nummer 56, Verbände nach Nummer 200, Blutentnahmen nach den Nummern 250 oder 250 a sowie Injektionen nach Nummer 252), die im organisatorischen Ablauf der Krankenhausbehandlung auch bei wahlärztlicher Behandlung typischerweise von angestelltem Krankenpflegepersonal erbracht werden, nur dann von dem liquidationsberechtigten Krankenhausarzt als eigene Leistungen berechnet werden dürfen, wenn sie ausnahmsweise von diesem oder dessen ständigen ärztlichen Vertreter persönlich erbracht werden.

Absatz 2 Satz 4 trifft eine Sonderregelung für die Berechnungsfähigkeit physikalisch-medizinischer Leistungen nach Abschnitt E des Gebührenverzeichnisses, die im Rahmen der wahlärztlichen stationären Krankenhausbehandlung ebenfalls in der Regel von nicht-ärztlichem Krankenhauspersonal erbracht werden. Die Vorschrift stellt hinsichtlich der gebührenrechtlichen Anforderungen für die gesonderte Berechnung dieser Leistungen klar, daß diese grundsätzlich nur dann berechnet werden dürfen, wenn sie von einem liquidationsberechtigten Krankenhausarzt oder dessen ständigen ärztlichen Vertreter persönlich erbracht werden. Allerdings sollen liquidationsberechtigte Krankenhausärzte, die durch die Zusatzbezeichnung „Physikalische Therapie" oder durch die Gebietsbezeichnung „Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin" qualifiziert sind, diese Leistungen wie bisher auch dann berechnen dürfen, wenn sie diese nicht selbst durchführen, sondern nach fachlicher Weisung unter ihrer Aufsicht erbringen lassen.

Absatz 2 Satz 6 stellt im Hinblick auf eine zunehmende Tendenz, für verschiedene Formen der Ruf- oder Einsatzbereitschaft von Ärzten eine gesonderte Vergütung zu verlangen, klar, daß es sich insoweit nicht um eine gesondert berechnungsfähige ärztliche Tätigkeit handelt. Berechnet werden können nur ärztliche Leistungen oder ein wegen einer Erkrankung erforderliches Verweilen bei dem Patienten nach Nummer 56 des Gebührenverzeichnisses.

Zu Nummer 3 (§ 5 Abs. 3 GOÄ)

Buchstabe a

Doppelbuchstabe aa (Absatz 1 Satz 1)

Die Änderung beinhaltet eine systematische Klarstellung im Hinblick auf die in den Absätzen 3 und 4 getroffenen abweichenden Regelungen.

Doppelbuchstabe bb (Absatz 1 Satz 3)

Mit der Änderung wird der Punktwert einheitlich für alle Leistungen des Gebührenverzeichnisses vom 1. Januar 1995 an auf 11,4 Deutsche Pfennige festgesetzt.

Doppelbuchstabe cc (Absatz 1 Satz 4)

Die neue Formulierung, die auf die im Geschäftsverkehr allgemein übliche kaufmännische Rundung abstellt, beseitigt den Streit um die Anwendung der Rundungsvorschrift. Danach sind Pfennigbruchteile ab 0,5 Pfennig aufzurunden, kleinere Bruchteile dagegen abzurunden.

Buchstabe b (Absatz 3 Satz 1)

Redaktionelle Anpassung infolge der unter Buchstabe c (§ 5 Abs. 4) für Leistungen nach Abschnitt M getroffenen Sonderregelung sowie der Einbeziehung der Magnetresonanztomographie in Abschnitt O.

Buchstabe c (Absatz 4)

Die Reduzierung des Gebührenrahmens für Laborleistungen trägt dem Umstand Rechnung, daß bei der

Erbringung dieser Leistungen die Unterschiede hinsichtlich des jeweiligen leistungsspezifischen Schwierigkeitsgrads und Zeitaufwands sowie der Umstände bei der Ausführung sehr gering sind und nur in seltenen Ausnahmefällen eine vom Regelfall abweichende Differenzierung in der Gebührenbemessung rechtfertigen. Vor diesem Hintergrund ist die Aufrechterhaltung der bisherigen Variationsbreite des Gebührenrahmens für diese Leistungen vom Einfachen bis zum Zweieinhalbfachen des Gebührensatzes nicht vertretbar. Eine Variationsbreite in der Gebührenbemessung von bis zu 30 v. H. reicht aus, um Besonderheiten bei der Erbringung von Laborleistungen angemessen zu berücksichtigen.

Da es sich bei der außerhalb des Abschnittes M aufgeführten Leistung nach Nummer 437 um eine Pauschale für Laborleistungen anläßlich einer intensivmedizinischen Behandlung handelt, wird auch diese Leistung dem neuen Gebührenrahmen zugeordnet.

Zu Nummer 4 (§ 6 a Abs. 1 GOÄ)

Buchstabe a (Satz 1)

Die Ergänzung stellt klar, daß sich die Gebührenminderungspflicht für stationäre, teilstationäre sowie vor- und nachstationäre Leistungen grundsätzlich auch auf im Gebührenverzeichnis als Zuschläge bezeichnete Gebührenpositionen erstreckt.

Buchstabe b (Satz 2)

Redaktionelle Folgeänderung im Hinblick auf die unter Buchstabe a zu Absatz 1 Satz 1 getroffene Klarstellung.

Buchstabe c (Satz 3)

Im Hinblick auf die Ergänzungen in Absatz 1 Satz 1 und 2 enthält die Vorschrift die gebotene Klarstellung, daß sich die Gebührenminderungspflicht nicht auf den Zuschlag für die belegärztliche Visite erstreckt. Da der der bisherigen Nummer 4 c des Gebührenverzeichnisses entsprechende Zuschlag zur belegärztlichen Visite ausschließlich der Abgeltung von Kosten des für die Patienten der Belegärzte vorgehaltenen ärztlichen Bereitschaftsdienstes dient, würde die Einbeziehung dieser Zuschlagsposition in die Gebührenminderungspflicht dem Zuschlagszweck zuwiderlaufen.

Zu Nummer 5 (§ 8 GOÄ)

Die Neufassung übernimmt im wesentlichen die Systematik, die der Berechnung des Wegegeldes im vertragsärztlichen Bereich zugrunde liegt. Mit einer rein entfernungsabhängigen Wegegeldpauschale auch bei Besuch mehrerer Patienten auf einem Wege vermeidet die Neuregelung die mit der bisherigen Fassung der Vorschrift verbundenen Abrechnungsschwierigkeiten. Die Wegegeldregelung wird dadurch insgesamt transparenter und auch aus der Sicht des Patienten nachvollziehbarer. Absatz 2 trägt nunmehr dem nicht seltenen Fall Rechnung, daß der Arzt den Besuch von seiner von der Praxisstelle entfernten Wohnung aus durchführt. Absatz 3 stellt ausdrücklich klar, daß das Wegegeld bei Besuch mehrerer Patienten in derselben häuslichen Gemeinschaft oder in einem Heim auch dann insgesamt nur einmal und nur anteilig berechnet werden darf, wenn die besuchten Patienten unterschiedlichen Versicherungssystemen angehören (Privatversicherte, GKV-Versicherte).

Zu Nummer 6 (§ 9 Abs. 3 GOÄ)

Redaktionelle Anpassung an die Änderung des § 8 GOÄ.

Zu Nummer 7 (§ 10 GOÄ)

Im Zusammenhang mit der differenzierten Neuregelung der Berechnungsfähigkeit von Versand- und Portokosten (Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 in Verbindung mit Absatz 3) wird die Vorschrift zur Verbesserung der Transparenz neu gefaßt. Dabei wird inhaltlich im wesentlichen an der bisherigen Abgrenzung zwischen berechnungsfähigen und nicht berechnungsfähigen Auslagen festgehalten.

Absatz 1 Satz 1 enthält den abschließenden Katalog der gesondert berechnungsfähigen Auslagen. Künftig nicht mehr berechnungsfähig sind danach Kosten für die Anwendung radioaktiver Stoffe bei nuklearmedizinischen Laborleistungen (bisherige In-vitro-Leistungen des Abschnitts O.II.A.2). Damit werden diese Leistungen auch hinsichtlich der Berechnungsfähigkeit von Kosten mit vergleichbaren Laborleistungen (Liganden-Assays) gleichgestellt. Die in Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 aufgeführten Versand- und Portokosten sind nunmehr entsprechend ihrer zunehmenden Bedeutung als Kostenfaktor ohne Beschränkung auf Leistungen nach bestimmten Abschnitten des Gebührenverzeichnisses im Grundsatz zur gesonderten Berechnung zugelassen. Allerdings wird der Grundsatz der gesonderten Berechnungsfähigkeit von Versand- und Portokosten durch die in Absatz 3 getroffenen differenzierten Regelungen relativiert und insbesondere bei Nutzung von Laborgemeinschaften — wie schon nach geltendem Recht — eingeschränkt. Absatz 1 Satz 2 stellt nunmehr ausdrücklich klar, daß Kosten nur in dem tatsächlich entstandenen Umfang berechnet werden können und die Berechnung von Pauschalen nicht zulässig ist.

Absatz 2 enthält die Aufzählung der nicht als Auslagen berechnungsfähigen Kosten. Die aufgeführten Materialien entsprechen nach Inhalt und Umfang dem bisherigen Ausnahmekatalog in § 10 Satz 1 Nr. 1 Buchstabe a bis e.

Die in Absatz 3 Satz 1 bis 3 enthaltenen Kriterien zur Abgrenzung der gesondert berechnungsfähigen von den nicht berechnungsfähigen Versand- und Porto-

kosten entsprechen inhaltlich und systematisch weitgehend den im vertragsärztlichen Vergütungsbereich geltenden Bestimmungen. Damit wird gewährleistet, daß in der ärztlichen Abrechnungspraxis bei der Berechnung von Versand- und Portokosten nach einheitlichen und bewährten Kriterien verfahren werden kann.

Die in Absatz 3 Satz 4 getroffene Klarstellung ist notwendig, um einer entgegen geltendem Gebührenrecht zunehmenden Berechnung von Portokosten für die Versendung von Arztrechnungen zu begegnen.

Zu Nummer 8 (§ 12 GOÄ)

Buchstabe a

Doppelbuchstabe aa (Absatz 2 Nr. 2)

Soweit die Abrechnungsfähigkeit von Leistungen nach deren Leistungsbeschreibung im Gebührenverzeichnis von einer bestimmten Mindestdauer abhängt (z. B. homöopathische Erstanamnese nach Nummer 30), ist auch die Mindestdauer in der Rechnung anzugeben. Die Angabe stellt in diesen Fällen ein aus Transparenzgründen unverzichtbares Kriterium für die Erfüllung des Leistungsinhalts dar.

Doppelbuchstabe bb (Absatz 2 Nr. 3)

Redaktionelle Anpassung an die durch Artikel 20 des Gesundheitsstrukturgesetzes vom 21. Dezember 1992 geänderte Fassung von § 6a GOÄ.

Buchstabe b

Doppelbuchstabe aa (Absatz 3 Satz 1)

Die Änderung präzisiert die Anforderungen an die Begründungspflicht bei schwellenwertüberschreitenden Liquidationen. Die Formulierung verdeutlicht, daß die Begründungspflicht nicht lediglich ein formales Rechnungskriterium darstellt, sondern eine materiell der Überprüfung der Angemessenheit der Gebührenhöhe dienende Funktion erfüllt. Im übrigen wird die Vorschrift redaktionell an die nach § 5 Abs. 4 für Laborleistungen geänderte Schwellenwertregelung angepaßt.

Doppelbuchstabe bb (Absatz 3 Satz 3)

Die Vorschrift stellt klar, daß die sich aus privatvertraglichen Nebenpflichten ergebende Verpflichtung des Arztes gegenüber dem Zahlungspflichtigen, diesem die zur vollen Geltendmachung von Erstattungsansprüchen gegenüber Dritten (z. B. privates Krankenversicherungsunternehmen) bei schwellenwertüberschreitender Gebührenbemessung erforderliche Rechnungsbegründung zu erteilen, auch im Falle einer abweichenden Honorarvereinbarung nach § 2 GOÄ gilt.

Zu Artikel 1 Abs. 2 (Änderung des Gebührenverzeichnisses zur GOÄ)

Zu Nummer 1 (Abschnitt A)

Die Neufassung beschränkt sich inhaltlich im wesentlichen auf redaktionelle Folgeänderungen in der Numerierung der Leistungen, die sich aus der Überarbeitung der Abschnitte B, C und F ergeben.

Zu Nummer 2 (Abschnitt B)

Die Neufassung des Abschnitts B (Grundleistungen und allgemeine Leistungen) beinhaltet insbesondere eine Neuordnung der allgemeinen Beratungs- und Untersuchungsleistungen. Diese sind nunmehr in durchgängig getrennten Gebührenpositionen erfaßt und in den Punktzahlbewertungen deutlich angehoben. Zur Berücksichtigung besonderer Umstände bei der Erbringung von Untersuchungs-, Beratungs- und Besuchsleistungen werden nicht steigerungsfähige Zuschläge eingeführt.

Neben anderen Gründen hat vor allem das im Vergleich zu vielen medizinisch-technischen Leistungen niedrige Vergütungsniveau bei Untersuchungs- und Beratungsleistungen häufig zu einer für den Behandlungsverlauf unbefriedigenden Kommunikationshemmung in der Arzt-Patienten Begegnung beigetragen. Zur nachhaltigen Verbesserung dieser Situation ist eine finanzielle Aufwertung der gesprächs- und zuwendungsintensiven Leistungen erforderlich, die deren besonderen Bedeutung im Gesamtspektrum der ärztlichen Leistungen gerecht wird. Gerade die Erbringungsqualität dieser Leistungen spielt eine entscheidende Rolle für die Entwicklung des Verständnisses von präventivem Verhalten, für die Erstellung fundierter Anamnesen, für die zielorientierte Diagnostik und die therapeutische Führung des Patienten.

Bei den allgemeinen Beratungen und Untersuchungen wird bewußt auf eine Anknüpfung der Gebührenbewertung an bestimmte zeitliche Rahmenvorgaben verzichtet, da die Qualität insbesondere des ärztlichen Gesprächs nicht in erster Linie von dessen Dauer, sondern von der Bereitschaft und Fähigkeit zum einfühlenden Verstehen sowie von der Gesprächstechnik abhängt.

1. Allgemeine Bestimmungen zu Abschnitt B

Die den Gebührenpositionen vorangestellten Abrechnungsbestimmungen sollen eine einheitliche Handhabung der Abrechnung und deren Überprüfbarkeit durch den Rechnungsempfänger erleichtern. Zur Vereinfachung der Anwendung von Abrechnungsvorschriften, die sich auf den Behandlungsfall beziehen, wird dieser als der Zeitraum eines Monats nach der jeweils ersten Inanspruchnahme des Arztes wegen derselben Erkrankung definiert. Wird die Behandlung nach Ablauf eines Monats fortgesetzt, beginnt abrechnungstechnisch ein neuer Behandlungsfall. Innerhalb eines Behandlungsfalles können die einfache Beratung und die symptombezogene Untersuchung nur

einmal neben Leistungen nach den Abschnitten C bis 0 berechnet werden. Hierdurch soll eine wiederholte Berechnung dieser Leistungen, z. B. im Zusammenhang mit Serienbehandlungen ausgeschlossen werden.

Der Ausschluß der Berechenbarkeit der Nummern 1, 3, 22, 30 und/oder 34 neben psychotherapeutischen Leistungen des Abschnitts G soll die Doppelberechnung von sich im Inhalt überschneidenden Leistungen verhindern.

Die Berechenbarkeit von Visitleistungen wird in der Regel auf zwei Visiten an demselben Tag begrenzt. Sofern wegen der Beschaffenheit des Krankheitsfalls mehr als zwei Visiten an einem Tag erforderlich sind, muß dies in der Rechnung begründet werden. Eine Nebeneinanderberechnung von Untersuchungs- und Beratungsleistungen neben der Visitgebühr wird ausgeschlossen, weil diese Leistungen sich im Hinblick auf ihren Inhalt überschneiden.

Die Unzulässigkeit der Abrechnung von Terminvereinbarungen wird ausdrücklich geregelt, da Terminvereinbarungen keine ärztlichen Leistungen darstellen.

2. Allgemeine Beratungen und Untersuchungen (Nummern 1 bis 15)

Die Leistungen nach den Nummern 1 bis 4 betreffen die beratungsrelevanten Grundleistungen. Die normale, das gewöhnliche Maß nicht übersteigende Beratungsleistung des Arztes ist die Beratung nach Nummer 1.

Stellt der Arzt Wiederholungsrezepte oder Überweisungen aus, ohne den Patienten zu beraten, oder werden Informationen durch die Arzthelferin übermittelt, so kann dies nach Nummer 2 berechnet werden.

Die eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Beratung nach Nummer 3 stellt eine Beratungsleistung dar, die durch hohen Zeitaufwand, besonders intensive Zuwendung oder eine hohes Maß an Informationsübermittlung gekennzeichnet ist. Eine solche Beratung kann innerhalb eines Behandlungsfalls auch mehr als einmal anfallen. Da dies jedoch nicht die Regel ist, bedarf eine mehr als einmalige Berechnung dieser Beratungsleistung einer besonderen Begründung.

Die Anamnese und Besprechung eines Krankheitsfalls in Zusammenarbeit mit Angehörigen oder anderen Bezugspersonen (z. B. bei behinderten Kindern, bewußtseinsgestörten Patienten, Unfallpatienten) kann schwierig und aufwendig sein. Dieser Aufwand wird durch die Gebühr nach Nummer 4 entsprechend berücksichtigt.

Die Leistungen nach den Nummern 5 bis 8 erfassen die Grundleistungen zur körperlichen Untersuchung mit einfachen physikalischen Mitteln (z. B. Inspektion, Palpation, Perkussion, Auskultation, Reflexprüfung). Sie sind in der Bewertung nach Umfang und Aufwand gestaffelt. Die Leistungen können nicht nebeneinander berechnet werden. Werden die Inhalte mehrerer Untersuchungsleistungen erbracht, kann lediglich die Gebühr für die am höchsten bewertete Leistung berechnet werden.

Die Gebühr nach Nummer 15 soll eine adäquate Honorierung der hausärztlichen Koordinierungsfunktionen im Rahmen der ambulanten Behandlung chronisch Kranker sicherstellen (Gespräche mit anderen behandelnden Ärzten, Vor- und Nachbereitung von Krankenhausaufenthalten, regelmäßige Überprüfung der Medikation, Kontakte zu sozialen Einrichtungen oder Versicherungsträgern).

3. Zuschläge zu allgemeinen Beratungen und Untersuchungen

Mit den nicht steigerungsfähigen Zuschlägen nach den Buchstaben A bis D sowie K 1 werden besondere Umstände bei der Erbringung von Beratungs- und Untersuchungsleistungen berücksichtigt. Sofern bei der Inanspruchnahme des Arztes die Voraussetzungen mehrerer dieser Zuschlagspositionen erfüllt sind, können diese nebeneinander berechnet werden. Bei einer Kumulation besonderer Umstände können diese über die entsprechenden Zuschläge additiv berücksichtigt werden.

4. Spezielle Beratungen und Untersuchungen (Nummern 20 bis 34)

Die Gebührenpositionen nach den Nummern 20 bis 34 beinhalten spezielle Beratungs- und Untersuchungsleistungen. Hierbei handelt es sich insbesondere um präventive Leistungen, Beratungsgespräche in Gruppen und Einzelgespräche sowie Beratungen bei einer Schwangerschaft.

Die eingehende Beratung einer Schwangeren im Konfliktfall über die Erhaltung oder den Abbruch einer Schwangerschaft (Nummer 22) wird in der Bewertung deutlich angehoben. Damit wird den sich aus dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 28. Mai 1993 zum Schwangerschaftsabbruch ergebenden erhöhten Anforderungen an die Beratung Rechnung getragen.

Mit der Einführung einer bisher nur analog abrechenbaren Gebührenposition für die Erhebung der zeitaufwendigen homöopathischen Erstanamnese (Nummer 30) wird der besonderen Bedeutung der homöopathischen Behandlungsweise Rechnung getragen. Die Mindestdauer von einer Stunde, auf die die Bewertung dieser Leistung abstellt, ist zugleich verbindliches Kriterium für die Erfüllung des Leistungsinhalts. Die bei Kindern bis zum vollendeten 14. Lebensjahr unter entsprechender Gebührenreduzierung auf eine halbe Stunde abgesenkte Mindestdauer ermöglicht eine auf die besondere Behandlungssituation bei Kindern abgestellte Durchführung der homöopathischen Erstanamnese.

Des weiteren werden leistungsgerecht bewertete Gebührenpositionen für die ebenfalls zeitaufwendigen und zuwendungsintensiven Beratungen bei Diabetikern (Nummer 33) sowie bei nachhaltig

lebensverändernden oder -bedrohenden Erkrankungen eingeführt.

5. Visiten, Konsiliartätigkeit, Besuche, Assistenz (Nummern 45 bis 62)

Für die häufigste stationäre Leistung (Visite im Krankenhaus) wird eine dem unterschiedlichen Aufwand entsprechende Bewertungsdifferenzierung zwischen Erstvisite (Nummer 45) und Zweitvisite (Nummer 46) vorgenommen. Der Hinweis auf die sich schon aus § 4 Abs. 2 Satz 3 Nr. 2 ergebende Beschränkung der Berechenbarkeit von Visitleistungen auf die persönliche Erbringung durch den Wahlarzt oder dessen ständigen ärztlichen Vertreter soll der Bedeutung der Visite als Kernleistung der wahlärztlichen Tätigkeit Nachdruck verleihen. Im Falle der Delegation von Visiten an einen Arzt, der nicht als ständiger Vertreter des Wahlarztes im Behandlungsfall bestellt ist, kann nicht davon ausgegangen werden, daß der Wahlarzt der Behandlung des Patienten sein persönliches Gepräge verleiht.

Die differenzierte Ausgestaltung der Besuchsleistungen (Nummern 48 bis 51) unter Anhebung des durchschnittlichen Bewertungsniveaus trägt dem zeit- und zuwendungsintensiven Aufwand dieser Leistungen Rechnung. Die Leistung nach Nummer 48 dient der Verbesserung der ärztlichen Versorgung von pflegebedürftigen Patienten.

6. Zuschläge zu den Leistungen nach den Nummern 45 bis 62

Die nicht steigerungsfähigen Zuschläge nach den Buchstaben E bis H sowie K 2 dienen der Abgeltung besonderer Umstände bei der Erbringung von Besuchs-, Visit-, Verweil- und Assistenzleistungen. Buchstabe J (Zuschlag zur Visite bei Vorhalten eines vom Belegarzt zu vergütenden ärztlichen Bereitschaftsdienstes) entspricht der bisherigen Nummer 4 c des Gebührenverzeichnisses.

7. Berichte, Briefe (Nummern 70 bis 96)

Schriftliche Berichte und gutachtliche Äußerungen werden entsprechend ihrem Aufwand differenziert bewertet. Die einfache Befundmitteilung (telefonisch oder schriftlich) kann — wie bisher — nicht gesondert berechnet werden.

8. Todesfeststellung (Nummern 100 bis 107)

Die mit der Todesfeststellung verbundenen sowie sonstige ärztliche Leistungen bei Verstorbenen sind nunmehr in einem eigenständigen Unterabschnitt ausgewiesen. Aus Gründen der Rechtsklarheit werden die Voraussetzungen, unter denen aus Anlaß der Erbringung dieser Leistungen Wegegeld berechnet werden kann, präzisiert.

Zu Nummer 3 (Abschnitt C)

Die nichtgebietsbezogenen Sonderleistungen dieses Abschnitts werden unter Aufgliederung in acht Unterabschnitte neu gefaßt:

1. Anlegen von Verbänden (C.I)

Die Überarbeitung dieses Unterabschnitts berücksichtigt unter Annäherung an die Bewertungen für entsprechende vertragsärztliche Leistungen eine Reihe von Bewertungskorrekturen. Einzelne Leistungen (Nummern 206, 207, 209, 232), die bisher nur analog berechnungsfähig waren, sind neu aufgenommen.

2. Blutentnahmen, Injektionen, Infiltrationen, Infusionen, Transfusionen, Implantation, Abstrichentnahmen (C.II)

Der gesamte Unterabschnitt ist inhaltlich unter Annäherung an den EBM neu geordnet.

Intravenöse und intraarterielle Injektionen und Infusionen sind entsprechend der unterschiedlichen Schwierigkeit getrennt aufgeführt und bewertet. Die Infusions- und Transfusionsleistungen sind neu formuliert und bewertet. Diese Leistungen können nur noch einmal je Behandlungstag berechnet werden. Das Wechseln von Infusionsbehältnissen bei vorhandener Verweilkanüle kann an demselben Tag nicht gesondert berechnet werden. Eine Ausnahme stellt die Transfusion von Blutbestandteilen dar, da bei dieser vor einem Wechsel der Transfusionsbehältnisse jeweils erneute Blutgruppentests erforderlich sind. Der wachsenden Bedeutung der präoperativen Eigenblutentnahme wird durch die Einführung spezieller Gebührenpositionen (Nummern 288 und 289) Rechnung getragen.

Des weiteren sind einige anerkannte Analogpositionen berücksichtigt (Nummern 265, 265 a, 278, 279). Erstmals aufgenommen sind Gebührenpositionen für Akupunktur zur Schmerzbehandlung (Nummern 269 und 269 a).

3. Punktionen (C.III)

Im Zuge der Neuordnung dieses Unterabschnitts werden einzelne Bewertungen unter stärkerer Gewichtung des unterschiedlichen Aufwands der einzelnen Leistungen korrigiert.

4. Kontrastmitteleinbringungen (C.IV)

Im Zusammenhang mit den neu gefaßten Kontrastuntersuchungsleistungen in Abschnitt O und den diagnostischen Herzkatheterleistungen in Abschnitt F sind in Unterabschnitt C. IV insbesondere die Gebühren für Kontrastmittelverabreichungen über Herzkatheter neu geordnet und im Bewertungsgefüge aufeinander abgestimmt. Da sich die Inhalte dieser

Leistungen überschneiden (Vor- und Nachbereitung des Patienten (Lagerung, Desinfektion, Gefäßpunktion, Anlegen des EKG, Einstellung des Röntgengerätes) und des Untersuchungsteams (Umkleiden, Waschen, Desinfektion, Vorbereitung der Untersuchungsgeräte und -materialien), sind klare Leistungsbeschreibungen und Abrechnungsvorschriften auch im Hinblick auf die Anzahl der berechenbaren Leistungen erforderlich. Eine Begrenzung der Abrechenbarkeit der Einbringung von Kontrastmittel in Herzkranzgefäße oder Bypasse auf maximal drei Leistungen im Sinne einer „Höchstwertregelung" ist wegen widersprüchlicher Interpretationen der früheren Leistungslegenden zur Vermeidung ungerechtfertigter Mehrfachberechnung geboten. Im Vergleich zu ähnlich hoch bewerteten chirurgischen Leistungen ist die Honorierung der Kontrastmitteleinbringung nach den Nummern 360 und 361 (zweimal) leistungsgerecht, zumal zu diesen Leistungen die Berechnung der Angiographie und häufig auch der Herzkatheteruntersuchung nach Nummer 628 und der Kontrastmitteleinbringung nach Nummer 355 hinzukommt.

5. Impfungen und Testungen (C.V)

Die Neufassung berücksichtigt den aktuellen Stand der medizinischen Entwicklung. Die Allergietestungen sind dabei mit dem Ziel neu geordnet, medizinisch unbegründete Mengenausweitungen einzudämmen. Dazu wird eine stärkere Abstaffelung der Bewertungen in Abhängigkeit von der Anzahl der Testungen und eine Anbindung der Berechnungsfähigkeit an den Zeitraum des Behandlungsfalls (ein Monat) vorgenommen.

6. Sonographische Leistungen (C.VI)

Die Gebühren für Ultraschalleistungen sind dem aktuellen Stand der Medizintechnik angepaßt. Dabei werden die Bewertungen entsprechend dem tatsächlichen Leistungsaufwand und der Kostenentwicklung deutlich abgesenkt und Abrechnungsausschlüsse eingeführt. Dies führt auch in diesem Bereich zu einer stärkeren Annäherung an die vertragsärztlichen Vergütungsrelationen. Für technisch besonders aufwendige Verfahren werden Zuschläge (Nummern 401 bis 406) eingeführt, die jedoch nicht steigerungsfähig sind, da es sich überwiegend um Zuschläge für die Nutzung kostenintensiverer Apparaturen handelt.

7. Intensivmedizinische und sonstige Leistungen (C.VII)

Im Zuge der vollständigen Überarbeitung dieses Unterabschnitts sind Maßnahmen zur Wiederbelebung und Notfallbehandlung (Nummern 427 bis 430) in der Bewertung angehoben und die Komplexgebühren für die stationäre intensivmedizinische Überwachung und Behandlung (Nummern 435 und 437) neu gefaßt. Hierbei stellt die Formulierung nunmehr darauf ab, daß die Abrechnung nach Komplexgebühren für die intensivmedizinische Überwachung und Behandlung anstelle der Abrechnung nach Einzelleistungen unabhängig davon vorzunehmen ist, ob die Leistungen in einer ausdrücklich als Intensivstation bezeichneten Einrichtung des Krankenhauses erbracht werden. Entscheidend ist insoweit die auf den intensivmedizinischen Überwachungs- und Behandlungszweck abgestellte Ausstattung, die z. B. auch auf einer chirurgischen Wachstation oder sog. „intermediate care"-Station in der Regel gegeben sein wird. Zum Leistungsinhalt der Komplexgebühren zählt neben der Behandlung von Störungen der Vitalfunktionen auch die Behandlung der hierfür ursächlichen Grunderkrankung. Die mit der Komplexgebühr nach Nummer 435 abgegoltenen Leistungen werden nicht mehr beispielhaft aufgelistet. Die Leistungsabgrenzung erfolgt nunmehr durch die Aufzählung der von der gesonderten Berechnung ausdrücklich ausgeschlossenen Gebührenpositionen. Damit entfallen die bisherigen Streitfragen in der Abrechnungspraxis. Bei der Komplexgebühr nach Nummer 437 sind nunmehr die mikrobiologischen Leistungen (Unterabschnitt M.IV) sowie ein Teil der immunhämatologischen Leistungen (Unterabschnitt M.III.13) ausgeklammert, da diese im Einzelfall mit der Pauschalgebühr häufig nicht kostendeckend erbracht werden können. Im Hinblick auf die gesonderte Berechnungsfähigkeit dieser Laborleistungen stellt die Beibehaltung der Bewertung für die intensivmedizinische Laborpauschale im Ergebnis eine Aufwertung dar.

8. Zuschläge zu Operations- und Anästhesieleistungen (C.VIII)

Die neu eingeführten Zuschläge zu Operations- und Anästhesieleistungen sollen in Anlehnung an vergleichbare Regelungen im vertragsärztlichen Vergütungsbereich die besonderen Kosten bei ambulanter Erbringung oder bei Nutzung von Operationsmikroskop bzw. Laser abdecken.

Die Zuschläge für ambulante Operations- und Anästhesieleistungen sind in ihrer Bewertung aufwandsgerecht gestaffelt. Da die chirurgischen Leistungsabschnitte erst zu einem späteren Zeitpunkt novelliert werden, ist eine unmittelbare Zuordnung der Zuschläge zu bestimmten Leistungen derzeit nicht möglich. Maßgeblich für die Zuordnung der Zuschläge für ambulante Operationen und Anästhesien ist deshalb die jeweilige Bewertungshöhe der Operations- und Anästhesieleistung. Die Auflistung der zuschlagsfähigen Operationsleistungen entspricht inhaltlich weitgehend dem zwischen den Vertragspartnern in der gesetzlichen Krankenversicherung vereinbarten Leistungskatalog.

Zu Nummer 4 (Nummern 497 und 498)

Die systematische Eingliederung und differenzierte Bewertung dieser bisher Unterabschnitt C.II zugeordneten Anästhesieleistungen in Abschnitt D trägt fachspezifischen Besonderheiten Rechnung.

Zu den Nummern 5 bis 7 (Nummern 558, 605 a und 614)

Aufnahme anerkannter Analogpositionen.

Zu den Nummern 8 bis 11 (Nummern 626 bis 630, 632)

Die Gebühren für Herzkatheterleistungen werden im Zusammenhang mit den Änderungen in den Unterabschnitten C.IV und O.I in Anlehnung an den EBM neu geordnet und bewertet. Die stärkere Differenzierung der Herzkatheteruntersuchungen nach dem Ort der Untersuchung (rechte oder linke Herzhälfte) und dem Anlaß (selbständige Leistung oder Erbringung im zeitlichen Zusammenhang mit einer anderen Herzkatheteruntersuchung) trägt dem unterschiedlichen Erbringungsaufwand Rechnung. Gleichzeitig wird klargestellt, daß Druckmessungen und oxymetrische Untersuchungen obligate Bestandteile des Herzkatheterismus sind. Die Untersuchung im zeitlichen Zusammenhang mit einer Kontrastmitteleinbringung in das Herz oder die Herzkranzgefäße wird unter Berücksichtigung der sich mit der Leistung nach Nummer 360 überschneidenden Leistungsinhalte niedriger als bisher bewertet.

Zu den Nummern 12 und 13 (Nummern 649 und 654)

Aufnahme anerkannter Analogpositionen, wobei die Gebühr für die Langzeitblutdruckmessung (Nummer 654) im Hinblick auf den tatsächlichen Aufwand gegenüber der bisherigen Analogbewertung abgesenkt wird.

*Zu Nummer 14 (*Nummern 667 und 668)

Die Streichung erfolgt redaktionell wegen der Einbeziehung dieser Laborleistungen in Abschnitt M.

Zu Nummer 15 (Nummern 670 bis 672)

Diese bisher in Abschnitt C enthaltenen Leistungen werden systematisch dem Abschnitt F zugeordnet.

Zu den Nummern 16 bis 18 (Nummern 692 a, 699 und 703)

Aufnahme anerkannter Analogpositionen.

Zu Nummer 19 (Nummer 715)

Redaktionelle Anpassung der Abrechnungsbestimmung an die Änderung der Bezugsleistungen in Abschnitt B.

Zu Nummer 20 (Nummern 750 und 752)

Nummer 750 betrifft die Aufnahme einer anerkannten Analogposition. Die Leistung nach Nummer 752 war bisher unter Nummer 413 in Abschnitt C aufgeführt. Sie wird systematisch Abschnitt F zugeordnet und in der Bewertung leicht abgesenkt.

Zu Nummer 21 (Nummern 768 und 770)

Die Leistungen waren bisher Abschnitt C (Nummern 411 und 412) zugeordnet.

Zu Nummer 22 (Nummer 793)

Redaktionelle Anpassung der Abrechnungsbestimmung an die Änderungen in den Abschnitten B und M.

Zu den Nummern 23 und 24 (Nummern 800 und 801)

Redaktionelle Anpassung der Abrechnungsbestimmungen an die Änderungen in Abschnitt B.

Zu den Nummern 25 bis 31 (Nummern 808, 827 a, 842, 870, 871, 1063, 1105 und 1207)

Aufnahme anerkannter Analogpositionen.

Zu den Nummern 32 und 33 (Nummern 1213 und 1217)

Redaktionelle Anpassung der Abrechnungsbestimmungen an die Änderungen in Abschnitt B.

Zu den Nummern 34 bis 36 (Nummern 1252, 1253, 1409 und 1418)

Aufnahme anerkannter Analogpositionen.

Zu Nummer 37 (Nummer 1730)

Redaktionelle Anpassung der Abrechnungsbestimmung an die Änderungen in Ab-schnitt B.

Zu Nummer 38 (Nummer 1739)

Die bisher in Abschnitt C (Nummern 428 und 429) enthaltenen Leistungen werden in einer Leistungsposition zusammengefaßt und systematisch Abschnitt K zugeordnet.

Zu den Nummern 39 bis 41 (Nummern 1754, 1759 und 1799)

Aufnahme anerkannter Analogpositionen.

Zu den Nummern 42 und 43 (Nummern 2015 und 2093)

Aufnahme anerkannter Analogpositionen.

Zu den Nummern 44 und 45 (Allgemeine Bestimmungen zu Abschnitt L.III; Nummern 2189 bis 2196)

Im Vorgriff auf die für den zweiten Novellierungsschritt vorgesehene umfassende Überarbeitung der chirurgischen Leistungen werden Gebührenpositionen für arthroskopische Operationen aufgenommen, die bisher wegen des Fehlens allgemein anerkannter Analogpositionen zum Teil mit deutlich überhöhten Sätzen abgerechnet wurden. Im Hinblick auf die Häufigkeit dieser Leistungen sind sachgerechte Leistungsbewertungen unverzichtbar. Die Leistungsbeschreibungen sind an entsprechende Gebührenpositionen im vertragsärztlichen Bereich angelehnt. Als Orientierungsmaßstab für die Bewertungsrelationen wird von der Leistung nach Nummer 2117 (Meniskusoperation) ausgegangen. Dies ist sachgerecht, da arthroskopische Gelenkoperationen lediglich eine Modalität der Operationen am offenen Gelenk und zunehmend die Methode der Wahl darstellen. Die Leistungen sind vorwiegend als Leistungskomplexgebühren ausgestaltet, die die jeweiligen Einzelschritte im Rahmen der arthroskopischen Operationen abdekken. Damit wird der kumulierenden Nebeneinanderberechnung unselbständiger Teilleistungen entgegengewirkt.

Zu den Nummern 46 bis 48 (Nummern 2226, 2281 und 2408)

Aufnahme anerkannter Analogpositionen.

Zu Nummer 49 (Nummern 2850 und 2851)

Redaktionelle Änderung infolge der Zuordnung dieser Leistungen zu Abschnitt O.

Zu den Nummern 50 und 51 (Nummern 3084 und 3192)

Aufnahme anerkannter Analogpositionen.

Zu Nummer 52 (Abschnitt M)

Das in Gliederung und Inhalt völlig neu gestaltete Laborkapitel entspricht dem modernen Stand der Labormedizin. Um dem vielfältigen und weit verzweigten Spektrum der Labormedizin und den — gerade auch im Hinblick auf deren Aufwand — sehr unterschiedlichen Anforderungen labormedizinischer Untersuchungen gerecht zu werden, sind die Leistungen so detailliert und differenziert beschrieben, daß eine sachgerechte Zuordnung und aufwandsorientierte Abrechnung auch bei relativ seltenen Spezialuntersuchungen erleichtert wird und die Verwendung von Analogpositionen auf Ausnahmefälle beschränkt werden kann. Die Abrechnungstransparenz wird dadurch erheblich erhöht. Gleichwohl können nicht alle denkbaren Laborleistungen aufgeführt werden, so daß auch künftig auf die Möglichkeit der Berechnung nach analogem Aufwand nicht verzichtet werden kann. Allerdings wird diese in einem weit geringerem Umfang als bisher notwendig sein.

Die Leistungsbewertungen orientieren sich — auch in ihrer Relation — an dem Kostenaufwand bei wirtschaftlicher Erbringungsweise. Gerade bei Laboruntersuchungen dient der überwiegende Teil der Gebühr der Abgeltung entstandener Kosten. Diese stehen wiederum in engem Zusammenhang mit der bei den einzelnen Leistungen und Methoden in unterschiedlicher Weise möglichen und üblichen Rationalisierung. Dementsprechend sind den Bewertungen — soweit vertretbar und möglich — Serienlängen zugrunde gelegt, die für die jeweiligen Leistungen nach den Gegebenheiten der Praxis typisch sind. Die Orientierung an durchschnittlichen Serienlängen kann in einzelnen Fällen, in denen mit unwirtschaftlichen Serienlängen gearbeitet wird, dazu führen, daß die Kosten mit den Gebühren nicht vollständig gedeckt werden. Andererseits wird bei überdurchschnittlichen Serienlängen die Kostendeckungsrelation positiv beeinflußt. Bei einem gemischten Verhältnis der Untersuchungsfrequenzen werden sich diese Effekte in der Regel ausgleichen.

Die Abschnitt M vorangestellten Allgemeinen Bestimmungen sind im Lichte der weitreichenden Änderungen in der Vergütungsstruktur der Laborleistungen neu konzipiert. Sie ergänzen und verdeutlichen die sich aus den allgemeinen Vorschriften der GOÄ sowie den einzelnen Bestimmungen des Gebührenverzeichnisses ergebenden Besonderheiten bei der Abrechnung von Laborleistungen.

Auch das gebührentechnische Instrument der Höchstwertregelungen bei Laborleistungen ist weiterentwickelt worden. Ziel der Höchstwertregelungen ist es, durch eine Beschränkung der abrechenbaren Untersuchungszahl einer medizinisch nicht notwendigen Mengenausweitung Grenzen zu setzen. Die Höchstwerte sind so bemessen, daß innerhalb der Grenzen des jeweiligen Höchstwertes eine medizinisch sinnvolle Labordiagnostik betrieben werden kann.

1. Vorhalteleistungen in der eigenen, niedergelassenen Praxis (M.I)

Unterabschnitt M.I enthält die für das sogenannte Praxislabor des niedergelassenen Arztes relevanten Laborleistungen. Voraussetzung für die Abrechnung dieser Leistungen ist, daß diese direkt beim Patienten (z. B. auch anläßlich eines Hausbesuchs) oder innerhalb von vier Stunden nach der Probennahme in den Praxisräumen des Arztes erbracht werden. Mit Rücksicht auf die höheren Vorhaltekosten des Praxislabors sind die Leistungen im Vergleich zu entsprechenden Leistungen des Basislabors in Unterabschnitt M.II deutlich besser bewertet. Dies erleichtert es dem Arzt, ausschließlich nach medizinischen Gesichtspunkten zu entscheiden, ob er sich zur Erbringung dieser Leistungen im Einzelfall seines Praxislabors oder einer Laborgemeinschaft bedient.

2. Basislabor (M.II)

In Unterabschnitt M.II sind in acht Untergruppen die Leistungen zusammengefaßt, die wie bisher weiterhin delegierbar sind. Damit können in dem auf häufige Routineuntersuchungen beschränkten Bereich des Basislabors die Rationalisierungsvorteile von Laborgemeinschaften auch künftig wirtschaftlich sinnvoll genutzt werden. Einer medizinisch nicht begründeten Mengenentwicklung wird durch die am Erbringungsaufwand orientierten Bewertungen sowie durch Höchstwertregelungen (mengenmäßige Begrenzung der Abrechnungsfähigkeit bestimmter häufiger Laboruntersuchungen nach medizinischen Kriterien) vorgebeugt

3. Untersuchungen von körpereigenen oder körperfremden Substanzen und körpereigenen Zellen (M.III)

Dem in 22 Untergruppen gegliederten Unterabschnitt M.III liegt wegen der besseren Übersichtlichkeit eine substanzgruppenorientierte Leistungszuordnung zugrunde. Innerhalb dieser Gliederung werden jedoch im Hinblick auf die Abhängigkeit der Kosten von der verwendeten Methodik zum Teil auch methodenorientierte Zuordnungskriterien berücksichtigt. Die Aufgabe der Delegierbarkeit der Leistungen des Unterabschnitts M.III trägt ebenso wie verschiedene Höchstwertregelungen für häufige Leistungen zu einer Begrenzung der Leistungsmenge auf den medizinisch notwendigen Umfang bei.

4. Untersuchungen zum Nachweis und zur Charakterisierung von Krankheitserregern (M.IV)

Die Leistungen des Unterabschnitts M.IV sind methodenorientiert in fünf Untergruppen gegliedert (Nachweis von Bakterien, Viren, Pilzen, Parasiten sowie ein gesondertes Kapitel für spezielle molekularbiologische Methoden). Dabei sind in der bisherigen GOÄ enthaltene Komplexgebühren in Einzelleistungen aufgelöst worden, um eine nicht zu rechtfertigende Berechnung von in der Komplexgebühr enthaltenen Teilleistungen, die in vielen Fällen jedoch nicht durchgeführt wird, zu vermeiden.

Zu Nummer 53 (Nummer 4850)

Redaktionelle Anpassung der Abrechnungsbestimmung an die geänderte Fassung des Abschnitts C.

Zu Nummer 54 (Nummer 4851)

Im Hinblick auf die sich weitgehend überschneidenden Leistungsinhalte der Nummern 4850 und 4851 ist deren Nebeneinanderberechnung nicht gerechtfertigt.

Zu Nummer 55 (Nummer 4860)

Die bisher in Abschnitt M enthaltene Leistung wird systematisch Abschnitt N zugeordnet und entsprechend ihrem Aufwand höher bewertet.

Zu Nummer 56 (Abschnitt O)

Die medizinische und technische Entwicklung hat in den Leistungsbereichen dieses Abschnitts zu erheblichen und insbesondere auch die Kostenstrukturen nachhaltig verändernden Auswirkungen geführt. Der Neufassung liegt deshalb eine völlige Neubearbeitung zugrunde. Dabei wird die Magnetresonanztomographie, die bisher als einzige Leistung Abschnitt Q bildete, im Hinblick auf ihren strahlendiagnostischen Charakter in Abschnitt O (O.III) integriert. Dagegen werden die nuklearmedizinischen In-vitro-Untersuchungen (bisher Abschnitt O.II.A.2) in Abschnitt M überführt, da es sich hierbei um labormedizinische Leistungen handelt, die sich im übrigen von anderen vergleichbaren Laborleistungen (Liganden-Assays) in bezug auf Kosten und Aufwand nur unwesentlich unterscheiden.

1. Strahlendiagnostik (O.I)

Die in Unterabschnitt O.I zusammengefaßten strahlendiagnostischen Leistungen gliedern sich in sieben gebiets- oder methodenbezogene Untergruppen (Skelett, Hals- und Brustorgane, Bauch- und Verdauungsorgane, Spezialuntersuchungen, Angiographien, Interventionelle Maßnahmen sowie Computertomographie). Die vorangestellten Allgemeinen Bestimmungen zu Unterabschnitt O.I enthalten ergänzende Regelungen zum Leistungs- und Abrechnungsumfang strahlendiagnostischer Leistungen einschließlich allgemeiner qualitätsbezogener Leistungsanforderungen.

Die konventionellen strahlendiagnostischen Leistungen (Nummern 5000 bis 5339) und ihre Bewertungen

werden unter Berücksichtigung auch von Strahlenschutzgesichtspunkten an die medizinische und technische Entwicklung angepaßt. Dabei führt die Überprüfung der Bewertungsrelationen insbesondere bei angiographischen Leistungen zu einer insgesamt deutlichen Absenkung, die zum Teil auch durch eine mengenabhängige Abstaffelung der Gebühren im Sinne einer „Höchstwertregelung" erreicht wird. Die im Bewertungsgefüge der GOÄ bisher — zum Teil auch durch die Nebeneinanderberechnung von Gebührenpositionen mit sich überschneidenden Leistungsinhalten — weit überhöhten invasiven kardiologischen Untersuchungsleistungen werden ebenfalls auf ein am tatsächlichen Leistungsaufwand orientiertes Bewertungsniveau zurückgeführt. Auch bei den Leistungen der Computertomographie (Nummern 5370 bis 5380) werden veränderte Kostenstrukturen durch differenzierte Bewertungsabsenkungen berücksichtigt.

2. Nuklearmedizin (O.II)

Die diagnostischen und therapeutischen nuklearmedizinischen Leistungen des Unterabschnitts O.II sind — ebenso wie die zugehörigen Allgemeinen Bestimmungen — umfassend überarbeitet. Die Überprüfung der Bewertungsrelationen führt bei den nuklearmedizinischen Leistungen insgesamt zu einer moderaten Aufwertung. Eine Ausnahme hiervon bildet die Gebühr für die Knochendichtemessung (Nummer 5475), deren Bewertung aufgrund der zwischenzeitlich stark rückläufigen Kosten sowie im Hinblick auf den häufig fragwürdigen therapeutischen Nutzen im Vergleich zur bisherigen Analogbewertung deutlich reduziert ist.

3. Magnetresonanztomographie (O.III)

Die magnetresonanztomographischen Leistungen (bisher Abschnitt Q) werden erstmals differenziert beschrieben und entsprechend ihrem unterschiedlichen Aufwand abgestuft bewertet. Die rückläufige Kostenentwicklung in diesem Bereich und die zum Teil medizinisch fragwürdige Mengenzunahme führt zu einer relativen Absenkung des Bewertungsniveaus.

4. Strahlentherapie (O.IV)

Die umfassende Neugestaltung dieses Unterabschnitts trägt dem modernen Standard der Strahlentherapie Rechnung. Im Hinblick auf die auch aus Gründen des Strahlenschutzes gebotene sorgfältige patientenbezogene Bestrahlungsplanung werden erstmals Gebührenpositionen für die Erstellung von Bestrahlungsplänen aufgenommen, durch die die notwendigen vorbereitenden Leistungen des Strahlentherapeuten abgegolten werden. Die differenzierte Neubewertung der strahlentherapeutischen Leistungen führt insgesamt zu einer deutlichen Aufwertung dieses Leistungsbereichs.

Zu Nummer 57 (Abschnitt Q)

Die Streichung ist redaktionell durch die Aufnahme der Magnetresonanztomographie in Abschnitt O (O.III) bedingt.

Zu Artikel 2

Die Vorschrift enthält die notwendige Ermächtigung für die aufgrund der zahlreichen Änderungen der Gebührenordnung für Ärzte erforderliche Neubekanntmachung.

Zu Artikel 3

Satz 1 trifft die für die Abrechnung von vor Inkrafttreten dieser Verordnung erbrachten Leistungen erforderliche Übergangsregelung. Satz 2 trifft die im Hinblick auf die erst zum 1. Januar 1995 wirksam werdende Erhöhung des Punktwerts notwendige Übergangsregelung für die Abrechnung von nach Inkrafttreten, aber vor dem 1. Januar 1995 erbrachten Leistungen.

Zu Artikel 4

Die Regelung ermöglicht ein flexibel auf die Dauer des Verordnungsverfahrens abgestimmtes zeitnahes Inkrafttreten der Verordnung.