

23.10.95

**Empfehlungen
der Ausschüsse**

G - Fz - In - K

zu **Punkt**

der 690. Sitzung des Bundesrates am 3. November 1995

Vierte Verordnung zur Änderung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)

A.

**Der federführende Gesundheitsausschuß,
der Finanzausschuß,
der Ausschuß für Innere Angelegenheiten und
der Ausschuß für Kulturfragen**

**empfehlen dem Bundesrat, der Verordnung gemäß Artikel 80 Abs. 2 des
Grundgesetzes mit der Maßgabe nachstehender Änderungen zuzustimmen:**

Ausgeliefert am 24. OKT. 1995

1. Zu Artikel 1 Abs. 1 (Einleitungsformel)

In Artikel 1 Abs. 1 werden nach der Artikelüberschrift in der Einleitungsformel die Worte "zuletzt geändert durch Artikel 20 des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266)" durch die Worte "zuletzt geändert durch Artikel 3 des Gesetzes vom 21. August 1995 (BGBl. I S. 1050)" ersetzt.

Begründung:

Redaktionelle Anpassung an den Stand der letzten Änderung.

2. Zu Artikel 1 Abs. 1 Nr. 1 (§ 2 Abs. 1)

In Artikel 1 Abs. 1 Nr. 1 wird in § 2 Abs. 1 nach Satz 1 folgender Satz eingefügt: "Für Leistungen nach § 5a ist eine Vereinbarung nach Satz 1 ausgeschlossen." Die bisherigen Sätze 2 und 3 werden Satz 3 und 4.

Begründung:

Redaktionelle Anpassung an die durch Artikel 3 Nr. 1 des Gesetzes vom 21. August 1995 (BGBl. I S. 1050) eingetretene Rechtsänderung.

3. Zu Artikel 1 Abs. 1 Nr. 1 (§ 2 Abs. 3 - neu -)

In Artikel 1 Abs. 1 Nr. 1 wird in § 2 folgender Absatz 3 angefügt:

"(3) Für Leistungen nach den Abschnitten A, E, M und O ist eine Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 1 unzulässig. Im übrigen ist bei vollstationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären wahlärztlichen Leistungen eine Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 1 nur für vom Wahlarzt höchstpersönlich erbrachte Leistungen zulässig."

Begründung:

Zielsetzung eines entsprechenden Beschlusses des Gesundheitsausschusses des Bundesrates war es, Abdingungen künftig nur für Luxusbehandlungen zu ermöglichen. In Erörterungen mit der Bundesregierung hat sich herausgestellt, daß die Verwirklichung dieser Absicht zu diesem Zeitpunkt nicht möglich ist. Es wird deshalb eine Lösung vorgeschlagen, die unterhalb des Beschlusses des Gesundheitsausschusses bleibt, die von der Gesundheitsministerkonferenz verfolgte Zielsetzung jedoch noch hinreichend deutlich anstrebt.

Danach dürfen sich sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich Abdingungen nicht auf Leistungen nach den technischen Abschnitten A, E, M und O erstrecken; im stationären Bereich sind Abdingungen nur für die Fälle zulässig, in denen der Wahlarzt auch tatsächlich in eigener Person - höchstpersönlich - behandelt.

4. Zu Artikel 1 Abs. 1 Nr. 2 (§ 4 Abs. 2 Satz 3 Nr. 3)

In Artikel 1 Abs. 1 Nr. 2 werden in § 4 Abs. 2 Satz 3 Nr. 3 die Worte "und 252" durch die Worte ", 252, 271 und 272" ersetzt.

Begründung:

Es handelt sich um Infusionsleistungen, die im Krankenhaus Routinesache sind. Deshalb ist es sachgerecht, sie nur beschränkt zur Wahlarzt abrechnung zuzulassen.

5. Zu Artikel 1 Abs. 1 Nr. 2 (§ 4 Abs. 2 Satz 3 nach Nummer 3)

In Artikel 1 Abs. 1 Nr. 2 werden in § 4 Abs. 2 Satz 3 nach der Nummer 3 nach den Worten "wenn diese nicht durch den Wahlarzt oder dessen" die Worte "vor Abschluß des Wahlarztvertrages dem Patienten benannten" eingefügt:

Begründung:

Die von der Bundesregierung vorgesehene Verschärfung des Höchstpersönlichkeitsprinzips des § 4 Abs. 2 wird dahin gehend verdeutlicht, daß die Fiktion eigener Leistungserbringung in den in den Nummern 1 bis 3 genannten Fällen zusätzlich nur dann gilt, wenn insoweit die Benennung vor Vertragsschluß vorgenommen worden ist.

6. Zu Artikel 1 Abs. 1 Nr. 2 (§ 4 Abs. 2 Satz 5 und 6, Abs. 2a - neu -)

Zu Artikel 1 Abs. 2 Nr. 41a - neu - (Allgemeine Bestimmungen nach der Überschrift
"L. Chirurgie, Orthopädie")

In Artikel 1 Abs. 1 Nr. 2 werden in § 4 Abs. 2 Satz 5 und 6 gestrichen; nach § 4 Abs. 2 wird folgender Absatz 2a - neu - eingefügt:

"(2a) 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. Dies gilt auch für die zur Erbringung der im Gebührenverzeichnis aufgeführten operativen Leistungen methodisch notwendigen operativen Einzelschritte. Die Rufbereitschaft sowie das Bereitstehen eines Arztes oder Arztteams sind nicht berechnungsfähig."

Begründung:

Neu gegenüber der Regierungsvorlage ist lediglich Satz 2 in Absatz 2a. Dieser Satz war im Referentenentwurf bereits enthalten. Er dient der Klarstellung und Verdeutlichung der Anwendung des Ziel- oder Komplexleistungsprinzips auch im operativen Bereich.

Als notwendige Folgeänderung werden in Artikel 1 Abs. 2 Nummer 41a - neu - die Allgemeinen Bestimmungen zu Abschnitt L des Gebührenverzeichnisses entsprechend gefaßt.

7. Zu Artikel 1 Abs. 1 Nr. 3 Buchstabe a Doppelbuchstabe bb (§ 5 Abs. 1 Satz 3)

Artikel 1 Abs. 1 Nr. 3 Buchstabe a Doppelbuchstabe bb wird wie folgt gefaßt:

'bb) In Satz 3 wird das Wort "elf" durch die Zahl "11,4" ersetzt.'

Begründung:

Im Hinblick auf die zwischenzeitlich eingetretene Verzögerung ist eine in ihrem Umfang der Verordnung entsprechende Punktwertanhebung sachgerecht.

Als notwendige Folgeänderung des nunmehr zeitgleich mit den strukturellen Änderungen der GOÄ vorgesehenen Inkrafttretens der Punktwertanhebung zum 1. Januar 1996 werden die in Artikel 1 Abs. 2 der Verordnung (Gebührenverzeichnis) noch auf der Grundlage eines Punktwerts von 11 Pfennigen ausgewiesenen Gebührenbeträge an den neuen Punktwert angepaßt. Aus Gründen der Transparenz wird hierzu Artikel 1 Abs. 2 insgesamt neu gefaßt.

Soweit über die reine Neuberechnung der Gebühren hinaus Textänderungen zur Regierungsvorlage im Gebührenverzeichnis vorgenommen werden, sind diese im Gebührenverzeichnis durch *) gekennzeichnet.

8. Zu Artikel 1 Abs. 1 Nr. 3 Buchstabe d - neu - (§ 5 Abs. 5 - neu -)
Zu Artikel 1 Abs. 1 Nr. 3 Buchstabe a Doppelbuchstabe aa (§ 5 Abs. 1 Satz 1)

In Artikel 1 Abs. 1 Nr. 3 wird folgender Buchstabe d angefügt:

'd) Nach Absatz 4 wird folgender Absatz 5 angefügt:

"(5) Bei wahlärztlichen Leistungen, die weder von dem Wahlarzt noch von dessen vor Abschluß des Wahlarztvertrages dem Patienten benannten ständigen ärztlichen Vertreter persönlich erbracht werden, tritt an die Stelle des Dreieinhalbfachen des Gebührensatzes nach § 5 Abs. 1 Satz 1 das 2,3fache des Gebührensatzes und an die Stelle des Zweieinhalbfachen des Gebührensatzes nach § 5 Abs. 3 Satz 1 das 1,8fache des Gebührensatzes."

Folgeänderung:

In Artikel 1 Abs. 1 Nr. 3 Buchstabe a Doppelbuchstabe aa werden die Worte "und 4" durch die Worte "bis 5" ersetzt.

(noch Ziff. 8)

Begründung:

Dem Grundsatz höchstpersönlicher Verpflichtung aufgrund eines Wahlarztvertrages folgend begrenzt § 4 Abs. 2 Satz 3 (neu) die Vertretungsmöglichkeit des liquidationsberechtigten Arztes (Chefarzt) auf dessen vor Abschluß des Wahlarztvertrages dem Patienten benannten ständigen ärztlichen Vertreter. Die Vertretungsmöglichkeiten werden damit jedoch nur für die Fälle bestimmter Leistungen nach den im einzelnen aufgeführten Nummern des Gebührenverzeichnisses eingeengt.

In allen anderen Fällen ist eine weitergehende Vertretung durch jeden beliebigen Arzt in den Grenzen des Vertragsrechts zulässig. Um den liquidationsberechtigten Ärzten diese Vertretungsmöglichkeiten zu erhalten - wofür in vielen Zuschriften sehr viele Gründe ins Feld geführt worden sind -, sollen diese Vertretungsmöglichkeiten auch nicht beschränkt werden. Unangemessen wäre es jedoch, auch insoweit den Patienten im Rahmen des allgemeinen vollen Gebührenrahmens zahlungspflichtig zu halten. Es wird deshalb vorgesehen, für alle nicht in § 4 Abs. 2 Satz 3 (neu) ausgeschlossenen Fälle einer zulässigen weitergehenden Vertretung den Gebührenrahmen auf den bislang üblichen Schwellenwert einzuengen. Zugleich wird hierdurch die Wertigkeit persönlicher Chefarztbehandlung in bislang unbekannter Deutlichkeit für jedermann verständlich unterstrichen.

Die Gestaltungsmöglichkeiten für den liquidierenden Arzt sehen beim Wahlarztvertrag mithin wie folgt aus:

- * Abdingungsverbot bei nicht höchstpersönlicher Leistungserbringung
- * Voller Gebührenrahmen bei Leistungserbringung durch den Chefarzt oder dessen vor Abschluß des Wahlarztvertrages dem Patienten benannten ständigen ärztlichen Vertreter
- * Gebührenrahmen bis zum jeweiligen Schwellenwert für alle übrigen Fälle.

9. Zu Artikel 1 Abs. 2 (Gebührenverzeichnis für ärztliche Leistungen)

Artikel 1 Abs. 2 wird wie folgt gefaßt:

(noch Ziff. 9)

(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.

(noch Ziff. 9)

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 9,12
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 3,42

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 - 150 17,10

Die Leistung nach Nummer 3 (Dauer mindestens 10 Minuten) ist nur berechnungsfähig als einzige Leistung oder im Zusammenhang mit einer Untersuchung nach den Nummern 5, 6, 7, 8, 800 oder 801. Eine mehr als einmalige Berechnung 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 25,08

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.

(noch Ziff. 9)

5 Symptombezogene Untersuchung 80 9,12

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 stomatognath 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 11,40

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 Zahstatus;
- 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 Bruchforten 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 18,24

Die vollständige körperliche Untersuchung eines Organsystems nach der Leistung nach Nummer 7 beinhaltet insbesondere:

(noch Ziff. 9)

- bei dem Hautorgan: Inspektion der gesamten Haut, Hautanhangsgebilde und sichtbaren Schleimhäute, gegebenenfalls einschließlich Prüfung des Dermographismus und Untersuchung mittels Glaspatele;
- 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 Bruchforten und der Nierenlager;
- bei dem weiblichen Genitaltrakt: bimanuelle Untersuchung der Gebärmutter und der Adhäre, 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 29,64

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 6,84

15 Einleitung und Koordination flankierender therapeutischer und sozialer Maßnahmen während der kontinuierlichen ambulanten Betreuung eines chronisch Kranken

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.

34,20

(noch Ziff. 9)

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 nach den Buchstaben B bis D dürfen von Krankenhausärzten nicht berechnet werden, es sei denn, die Leistungen werden durch den liquidationsberechtigten Arzt oder seinen Vertreter nach § 4 Abs. 2 Satz 3 erbracht.

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

A	Zuschlag für außerhalb der Sprechstunde erbrachte Leistungen	70	7,98
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	20,52
C	Zuschlag für in der Zeit zwischen 22 und 6 Uhr erbrachte Leistungen	-320	36,48
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	25,08
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.			

(noch Ziff. 9)

Der Zuschlag nach Buchstabe D ist für Krankenhausärzte in 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	13,68
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	13,68
Neben der Leistung nach Nummer 20 sind die Leistungen nach den Nummern 847, 862, 864, 871 und/oder 887 nicht berechnungsfähig.			
21	Eingehende humangetreische Beratung, je angefangene halbe Stunde und Sitzung	360	41,04
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 Beratungsfalles 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	34,20
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	34,20

(noch Ziff. 9)

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 22,80

Neben der Leistung nach Nummer 24 sind die Leistungen nach den Nummern 1, 3, 5 und/oder 7 nicht berechnungsfähig.

25 Neugeborenen-Erstauntersuchung - gegebenenfalls einschließlich Beratung der Bezugsperson(en) - 200 22,80

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 51,30

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 36,48

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.

(noch Ziff. 9)

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 31,92

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 50,16

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 Rezepturisation 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 Einzeilmittels, einschließlich Anwendung und Auswertung standardisierter Fragebogen - 900 102,60

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.

(noch Ziff. 9)

31  Homöopathische Folgeanamnese mit einer Mindestdauer von 30 Minuten unter laufender Behandlung nach den Regeln der Einzelmittelhomöopathie zur Beurteilung des Verlaufs und Feststellung des weiteren Vorgehens - einschließlich schriftlicher Aufzeichnungen - 450 51,30

Die Leistung nach Nummer 31 ist innerhalb von sechs Monaten höchstens dreimal berechnungsfähig.

Neben der Leistung nach Nummer 31 sind die Leistungen nach den Nummern 1, 3, 4, 30 und/oder 34 nicht berechnungsfähig.

32. Untersuchung nach §§ 32 bis 35 und 42 des Jugendberufshilfegesetzes (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 45,60

33 Strukturierte Schulung einer Einzelperson mit einer Mindestdauer von 20 Minuten (bei Diabetes, Gestationsdiabetes oder Zustand nach Pankreatiktomie) - einschließlich Evaluation zur Qualitätssicherung unter diabetologischen Gesichtspunkten zum Erlernen und Umsetzen des Behandlungsmanagements, einschließlich der Auswertung eines standardisierten Fragebogens - 300 34,20

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 34,20

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.

(noch Ziff. 9)

IV. Visiten, Konsiliartätigkeit, Besuche, Assistenz

45 Visite im Krankenhaus 70 7,98

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 5,70

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 13,68

(noch Ziff. 9)

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

36,48

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

28,50

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

11,40

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 Krankenaufnahme -

500

57,-

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

20,52

(noch Ziff. 9)

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

13,68

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

14,82

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

17,10

Wird die Leistung nach Nummer 62 berechnet, kann der assistierende Arzt die Leistung nach Nummer 61 nicht berechnen.

(noch Ziff. 9)

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 18,24

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 29,64

Der Zuschlag nach Buchstabe F ist neben den Leistungen nach den Nummern 45, 46, 48 und 52 nicht berechnungsfähig.

G Zuschlag für in der Zeit zwischen 22 und 6 Uhr erbrachte Leistungen 450 51,30

Der Zuschlag nach Buchstabe G ist neben den Leistungen nach den Nummern 45, 46, 48 und 52 nicht berechnungsfähig.

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 38,76

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.

(noch Ziff. 9)

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 9,12

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 13,68

VI. Berichte, Briefe

70 Kurze Bescheinigung oder kurzes Zeugnis, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung 40 4,56

75 Ausführlicher schriftlicher Krankheits- und Befundbericht (einschließlich Angaben zur Anamnese, zu dem(n) Befund(en), zur epikritischen Bewertung und gegebenenfalls zur Therapie) 130 14,82

Die Befundmittlung oder der einfache Befundbericht ist mit der Gebühr für die zugrundeliegende Leistung abgegolten.

76 Schriftlicher Diätplan, individuell für den einzelnen Patienten aufgestellt 70 7,98

77 Schriftliche, individuelle Planung und Leitung einer Kur mit diätetischen, balneologischen und/oder klimatherapeutischen Maßnahmen unter Einbeziehung gesundheits-erzieherischer Aspekte 150 17,10

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 tumorranken Patienten, individuell für den einzelnen Patienten aufgestellt 180 20,52

80 Schriftliche guatachtige Äußerung 300 34,20

85 Schriftliche guatachtige Äußerung mit einem das gewöhnliche Maß übersteigenden Aufwand - gegebenenfalls mit wissenschaftlicher Begründung -, je angefangene Stunde Arbeitszeit 500 57,-

90 Schriftliche Feststellung über das Vorliegen oder Nichtvorliegen einer Indikation für einen Schwangerschaftsabbruch 120 13,68

(noch Ziff. 9)

95	Schreibgebühr, je angefangene DIN A4-Seite.....	60	6,84
96	Schreibgebühr, je Kopie.....	3	0,34

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 Leichenschauzeichnes -..	250	28,50
102	Entnahme einer Körperflüssigkeit bei einem Toten.....	150	17,10
104	Bulbusentnahme bei einem Toten	250	28,50
105	Hornhautentnahme aus einem Auge bei einem Toten	230	26,22
107	Entnahme eines Herzschrittmachers bei einem Toten	220	25,08*

3. Abschnitt C wird wie folgt gefaßt:

"C. Nichtgebletsbezogene 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	5,13
-----	---	----	------

(noch Ziff. 9)

201	Redressierender Klebeverband des Brustkorbs oder dachziegelförmiger Klebeverband - ausgenommen Nabelverband	65	7,41
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	10,83
206	Tape-Verband eines kleinen Gelenks	70	7,98
207	Tape-Verband eines großen Gelenks oder Zinkkleimverband.....	100	11,40
208	Stärke- oder Gipsfixation, zusätzlich zu einem Verband..	30	3,42
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	17,10
210	Kleiner Schienenverband - auch als Notverband bei Frakturen	75	8,55
211	Kleiner Schienenverband - bei Wiederanlegung derselben, gegebenenfalls auch veränderten Schiene	60	6,84
212	Schienenverband mit Einschuß von mindestens zwei großen Gelenken (Schulter-, Ellenbogen-, Hand-, Knie-, Fußgelenk) - auch als Notverband bei Frakturen	160	18,24
213	Schienenverband mit Einschuß von mindestens zwei großen Gelenken (Schulter-, Ellenbogen-, Hand-, Knie-, Fußgelenk) - bei Wiederanlegung derselben, gegebenenfalls auch veränderten Schiene	100	11,40
214	Abduktionsschienenverband - auch mit Stärke- oder Gipsfixation	240	27,36
217	Streckverband	230	26,22
218	Streckverband mit Nagel- oder Drahtextension	660	75,24
225	Gipsfingerling	70	7,98
227	Gipshülse mit Gelenkschienen	300	34,20
228	Gipschienenverband oder Gipsantoffel.....	190	21,66

(noch Ziff. 9)

229	Gipsschienenverband - bei Wiederanlegung derselben, gegebenenfalls auch veränderten Schiene -	130	14,82
230	Zirkulärer Gipsverband - gegebenenfalls als Gipstutor - ..	300	34,20
231	Zirkulärer Gipsverband des Unterschenkels	360	41,04
232	Zirkulärer Gipsverband mit Einschluß von mindestens zwei großen Gelenken (Schulter-, Ellenbogen-, Hand-, Knie-, Sprunggelenk)	430	49,02
235	Zirkulärer Gipsverband des Halses einschließlich Kopfstütze - auch mit Schultergürtel -	750	85,50
236	Zirkulärer Gipsverband des Rumpfes	940	107,16
237	Gips- oder Gipsschienenverband mit Einschluß von mindestens zwei großen Gelenken (Schulter-, Ellenbogen-, Hand-, Knie-, Fußgelenk)	370	42,18
238	Gipsschienenverband mit Einschluß von mindestens zwei großen Gelenken (Schulter-, Ellenbogen-, Hand-, Knie-, Fußgelenk) - bei Wiederanlegung derselben, gegebenenfalls auch veränderten Schiene -	200	22,80
239	Gipsverband für Arm mit Schulter oder Bein mit Beckengürtel	750	85,50
240	Gipsbett oder Nachschale für den Rumpf	940	107,16
245	Quengelverband zusätzlich zum jeweiligen Gipsverband ..	110	12,54
246	Abnahme des zirkulären Gipsverbands	150	17,10
247	Fensterung, Spaltung, Schieneneinsetzung, Anlegung eines Gehbügels oder einer Abrollsole bei einem nicht an demselben Tag angelegten Gipsverband	110	12,54

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.

(noch Ziff. 9)

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.

230	Blutentnahme mittels Spritze, Kanüle oder Katheter aus der Vene	40	4,56
230 a	Kapillarblutentnahme bei Kindern bis zum vollendeten 8. Lebensjahr	40	4,56
251	Blutentnahme mittels Spritze oder Kanüle aus der Arterie	60	6,84
252	Injektion, subkutan, submukös, intrakutan oder intramuskulär	40	4,56
253	Injektion, intravenös	70	7,98
254	Injektion, intraarteriell	80	9,12
255	Injektion, intraartikulär oder perineural	95	10,83
256	Injektion in den Periduralraum	185	21,09
257	Injektion in den Subarachnoidalraum	400	45,60
258	Injektion, intraaortal oder intrakardial - ausgenommen bei liegendem Aorten- oder Herzkatheter -	180	20,52
259	Legen eines Periduralkatheters - in Verbindung mit der Anlage eines subkutanen Medikamentenreservoirs -	600	68,40
260	Legen eines arteriellen Katheters oder eines zentralen Venenkatheters - einschließlich Fixation -	200	22,80

Die Leistung nach Nummer 260 ist neben Leistungen nach den Nummern 355 bis 361, 626 bis 632 und/oder 648 nicht berechnungsfähig.

(noch Ziff. 9)

261	Einbringung von Arzneimitteln in einen parenteralen Katheter	30	3,42	
	<i>Die Leistung nach Nummer 261 ist im Zusammenhang mit einer Anästhesie/Narkose nicht berechnungsfähig für die Einbringung von Anästhetika, Anästhesieadjuvantien und Anästhesieantidot.</i>			
	<i>Wird die Leistung nach Nummer 261 im Zusammenhang mit einer Anästhesie/Narkose berechnet, ist das Medikament in der Rechnung anzugeben.</i>			
262	Transfemorale Blutentnahme mittels Katheter aus dem Bereich der Nierenvene(n)	450	51,30	
263	Subkutane Hypo sensibilisierungsbehandlung (Desensibilisierung), je Sitzung	90	10,26	
264	Injektions- und/oder Infiltrationsbehandlung der Prostata, je Sitzung	120	13,68	
265	Auffüllung eines subkutanen Medikamentenreservoirs oder Spülung eines Ports, je Sitzung	60	6,84	
265 a	Auffüllung eines Hautexpanders, je Sitzung	90	10,26	
266	Intrakutane Reiztherapie (Quaddelbehandlung), je Sitzung	60	6,84	
267	Medikamentöse Infiltrationsbehandlung im Bereich einer Körperregion, auch paravertebrale oder perineurale oder perkapsuläre oder retrobulbäre Injektion und/oder Infiltration, je Sitzung	80	9,12	
268	Medikamentöse Infiltrationsbehandlung im Bereich mehrerer Körperregionen (auch eine Körperregion beidseitig), je Sitzung	130	14,82	
269	Akupunktur (Nadelstich-Technik) zur Behandlung von Schmerzen, je Sitzung	200	22,80	
269 a	Akupunktur (Nadelstich-Technik) mit einer Mindestdauer von 20 Minuten zur Behandlung von Schmerzen, je Sitzung	350	39,90	
	<i>Neben der Leistung nach Nummer 269 a ist die Leistung nach Nummer 269 nicht berechnungsfähig.</i>			
270	Infusion, subkutan	80	9,12	
271	Infusion, intravenös, bis zu 30 Minuten Dauer	120	13,68	

(noch Ziff. 9)

272	Infusion, intravenös, von mehr als 30 Minuten Dauer	180	20,52
273	Infusion, intravenös - gegebenenfalls mittels Nabelvenenkatheter oder in die Kopfvene - bei einem Kind bis zum vollendeten 4. Lebensjahr	180	20,52
	<i>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 Anästhesieantidot.</i>		
	<i>Werden die Leistungen nach den Nummern 271, 272 oder 273 im Zusammenhang mit einer Anästhesie/Narkose berechnet, ist das Medikament in der Rechnung anzugeben.</i>		
274	Dauertropfinfusion, intravenös, von mehr als 6 Stunden Dauer - gegebenenfalls einschließlich Infusionsplan und Bilanzierung -	320	36,48
	<i>Neben der Leistung nach Nummer 274 sind die Leistungen nach den Nummern 271 bis 273, 275 und/oder 276 nicht berechnungsfähig.</i>		
275	Dauertropfinfusion von Zytostatika, von mehr als 90 Minuten Dauer	360	41,04
276	Dauertropfinfusion von Zytostatika, von mehr als 6 Stunden Dauer	540	61,56
277	Infusion, intraarteriell, bis zu 30 Minuten Dauer	180	20,52
278	Infusion, intraarteriell, von mehr als 30 Minuten Dauer ..	240	27,36
279	Infusion in das Knochenmark	180	20,52
280	Transfusion der ersten Blutkonserven (auch Frischblut) oder des ersten Blutbestandteilpräparats - einschließlich Identifizierung im ABO-System (bedside-test) und Dokumentation der Konserven- bzw. Chargen-Nummer -	330	37,62
	<i>Die Infusion von Albumin oder von Präparaten, die als einzigen Blutbestandteil Albumin enthalten, ist nicht nach der Leistung nach Nummer 280 berechnungsfähig.</i>		
281	Transfusion der ersten Blutkonserven (auch Frischblut) oder des ersten Blutbestandteilpräparats bei einem Neugeborenen - einschließlich Nabelvenenkatheterismus, Identifizierung im ABO-System (bedside-test) und Dokumentation der Konserven- bzw. Chargen-Nummer - ..	450	51,30

(noch Ziff. 9)

Die Infusion von Albumin oder von Präparaten, die als einzigen Blutbestandteil Albumin enthalten, ist nicht nach der Leistung nach Nummer 281 berechnungsfähig.

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 ABO-System (bedside-test) und Dokumentation der Konserven- bzw. Chargen-Nummer - 150 17,10

Die Infusion von Albumin oder von Präparaten, die als einzigen Blutbestandteil Albumin enthalten, ist nicht nach der Leistung nach Nummer 282 berechnungsfähig.

283 Infusion in die Aorta bei einem Neugeborenen mittels transumbilikalem Aortenkatheter - einschließlich der Anlage des Katheters - 500 57,—

284 Eigenbluteinspritzung - einschließlich Blutentnahme - 90 10,26

285 Aderlaß aus der Vene oder Arterie mit Entnahme von mindestens 200 Milliliter Blut - gegebenenfalls einschließlich Verband - 110 12,54

286 Reinfusion der ersten Einheit (mindestens 200 Milliliter) Eigenblut oder Eigenplasma - einschließlich Identitätssicherung im ABO-System (bedside-test) - 220 25,08

286 a Reinfusion jeder weiteren Einheit (mindestens 200 Milliliter) Eigenblut oder Eigenplasma im Anschluß an die Leistung nach der Nummer 286 - einschließlich Identitätssicherung im ABO-System (bedside-test) - 100 11,40

287 Blutaustauschtransfusion (z. B. bei schwerster Intoxikation) 800 91,20

288 Präoperative Entnahme einer Einheit Eigenblut (mindestens 400 Milliliter) zur späteren Retransfusion bei Aufbewahrung als Vollblutkonserve - gegebenenfalls einschließlich Konservierung - 230 26,22

289 Präoperative Entnahme einer Einheit Eigenblut (mindestens 400 Milliliter) zur späteren Retransfusion - einschließlich Auftrennung des Patientenblutes in ein Erythrozytenkonzentrat und eine Frischplasmakonzentrate, 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 39,90

290 Infiltration gewebehärtender Mittel 120 13,68

(noch Ziff. 9)

291 Implantation von Hormonpresslingen 70 7,98

297 Entnahme und Aufbereitung von Abstrichmaterial zur zytologischen Untersuchung - gegebenenfalls einschließlich Fixierung - 45 5,13

Mit der Gebühr sind die Kosten abgegolten.

298 Entnahme und gegebenenfalls Aufbereitung von Abstrichmaterial zur mikrobiologischen Untersuchung - gegebenenfalls einschließlich Fixierung - 40 4,56

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 13,68

301 Punktion eines Ellenbogen-, Knie- oder Wirbelgelenks... 160 18,24

302 Punktion eines Schulter- oder Hüftgelenks 250 28,50

303 Punktion einer Drüse, eines Schleimbeutels, Ganglions, Seroms, Hygroms, Hämatoms oder Abszesses oder oberflächiger Körperteile 80 9,12

304 Punktion der Augenhöhle 160 18,24

305 Punktion der Liquorräume (Subokzipital- oder Lumbalpunktion) 350 39,90

305 a Punktion der Liquorräume durch die Fontanelle 250 28,50

306 Punktion der Lunge - auch Abszeß- oder Kavernenpunktion in der Lunge - oder Punktion des Gehirns bei vorhandener Trepanationsöffnung 500 57,—

307 Punktion des Pleuraraums oder der Bauchhöhle 250 28,50

308 Gewebeentnahme aus der Pleura - gegebenenfalls einschließlich Punktion - 350 39,90

(noch Ziff. 9)

310	Punktion des Herzbeutels.....	350	39,90
311	Punktion des Knochenmarks - auch Sternalpunktion -	200	22,80
312	Knochenstanze - gegebenenfalls einschließlich Entnahme von Knochenmark -	300	34,20
314	Punktion der Manua oder Punktion eines Lymphknotens	120	13,68
315	Punktion eines Organs (z. B. Leber, Milz, Niere, Hoden)	250	28,50
316	Punktion des Douglasraums.....	250	28,50
317	Punktion eines Adnextumors - auch einschließlich Douglaspunktion -	350	39,90
318	Punktion der Harnblase oder eines Wasserbruchs.....	120	13,68
319	Punktion der Prostata oder Punktion der Schilddrüse	200	22,80
321	Untersuchung von natürlichen Gängen oder Fisteln mittels Sonde oder Einführung eines Fistelkatheters - gegebenenfalls einschließlich anschließender Injektion oder Instillation	50	5,70

IV. Kontrastmitteleinbringungen

Allgemeine Bestimmungen

Die zur Einbringung des Kontrastmittels erforderlichen Maßnahmen wie Sondieren, Injektionen, Punktionen, Gefäßkatheterismus oder Probeinjektionen und gegebenenfalls anschließende Wundnähte und Entfernung(en) des Kontrastmittels sind Bestandteil 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 zerebralen und spinalen Liquorräume.....	400	45,60
344	Intravenöse Einbringung des Kontrastmittels mittels Injektion oder Infusion, bis zu 10 Minuten Dauer	100	11,40
345	Intravenöse Einbringung des Kontrastmittels mittels Injektion oder Infusion, von mehr als 10 Minuten Dauer	130	14,82

(noch Ziff. 9)

346	Intravenöse Einbringung des Kontrastmittels mittels Hochdruckinjektion.....	300	34,20
347	Ergänzung für jede weitere intravenöse Kontrastmitteleinbringung mittels Hochdruckinjektion bei bestehendem Zugang - im Zusammenhang mit der Leistung nach Nummer 346 -	150	17,10
350	Intraarterielle Einbringung des Kontrastmittels.....	150	17,10
351	Einbringung des Kontrastmittels zur Angiographie von Gehirnarterien, je Halsschlagader.....	500	57,—
	<i>Die Leistung nach Nummer 351 ist je Sitzung nicht mehr als zweimal berechnungsfähig.</i>		
355	Herzkatheter-Einbringung(en) und anschließende intra-kardiale 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.....	600	68,40
	<i>Die Leistung nach Nummer 355 ist neben den Leistungen nach den Nummern 626 und/oder 627 nicht berechnungsfähig.</i>		

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.

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	45,60
-----	---	-----	-------

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 Baucharteria - einschließlich Röntgenkontrolle und gegebenenfalls einschließlich fortlaufender EKG-Kontrolle -, je Sitzung	500	57,—
-----	--	-----	------

(noch Ziff. 9)

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 Katheterplatzierung zur selektiven Koronarangiographie - einschließlich Röntgenkontrolle und fortlaufender EKG-Kontrolle -, je Sitzung 1000 114,-

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 68,40

Die Leistung nach Nummer 361 ist je Sitzung nicht mehr als zweimal berechnungsfähig.

365 Einbringung des Kontrastmittels zur Lymphographie, je Extremität 400 45,60

368 Einbringung des Kontrastmittels zur Bronchographie 400 45,60

370 Einbringung des Kontrastmittels zur Darstellung natürlicher, künstlicher oder krankhaft entstandener Gänge, Gangsysteme, Hohlräume oder Fisteln - gegebenenfalls intraoperativ - 200 22,80

372 Einbringung des Kontrastmittels in einen Zwischenwirbelsraum 280 31,92

373 Einbringung des Kontrastmittels in ein Gelenk 250 28,50

374 Einbringung des Kontrastmittels in den Dünndarm mittels im Dünndarm endender Sonde 150 17,10

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.

(noch Ziff. 9)

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) - gegebenfalls einschließlich Eintragung in den Impfpaß - 80 9,12

376 Schutzimpfung (oral) - einschließlich beratendem Gespräch - 80 9,12

377 Zusatzinjektion bei Parallelimpfung 50 5,70

378 Simultanimpfung (gleichzeitige passive und aktive Impfung gegen Wundstarrkrampf) 120 13,68

380 Epikutantest, je Test (1. bis 30. Test je Behandlungsfall) 30 3,42

381 Epikutantest, je Test (31. bis 50. Test je Behandlungsfall) 20 2,28

382 Epikutantest, je Test (51. bis 100. Test je Behandlungsfall) 15 1,71

Mehr als 100 Epikutantests sind je Behandlungsfall nicht berechnungsfähig.

383 Kutane Testung (z. B. von Pirquet, Moro) 30 3,42

384 Tuberkulinstempeletest, Mendel-Mantoux-Test oder Stempeletest mit mehreren Antigenen (sog. Batterietests) 40 4,56

385 Pricktest, je Test (1. bis 20. Test je Behandlungsfall) 45 5,13

386 Pricktest, je Test (21. bis 40. Test je Behandlungsfall) 30 3,42

387 Pricktest, je Test (41. bis 80. Test je Behandlungsfall) 20 2,28

Mehr als 80 Pricktests sind je Behandlungsfall nicht berechnungsfähig.

(noch Ziff. 9)

388	Reib-, Scratch- oder Skarififikationstest, je Test (bis zu 10 Tests je Behandlungsfall)	35	3,99
389	Reib-, Scratch- oder Skarififikationstest, jeder weitere Test	25	2,85
390	Intrakutantentest, je Test (1. bis 20. Test je Behandlungsfall)	60	6,84
391	Intrakutantentest, jeder weitere Test	40	4,56
<i>Mehr als 80 Intrakutantentests sind je Behandlungsfall nicht berechnungsfähig.</i>			
393	Beidseitiger nasaler oder konjunktivaler Provokationstest zur Ermittlung eines oder mehrerer auslösender Allergene mit Einzel- oder Gruppenextrakt, je Test	100	11,40
394	Höchstwert für Leistungen nach Nummer 393, je Tag....	300	34,20
395	Näsaler Schleimhautprovokationstest (auch beidseitig) mit mindestens dreimaliger apparativer Registrierung zur Ermittlung eines oder mehrerer auslösender Allergene mit Einzel- oder Gruppenextrakt, je Test	280	31,92
396	Höchstwert für Leistungen nach Nummer 395, je Tag....	560	63,84
397	Bronchialer Provokationstest zur Ermittlung eines oder mehrerer auslösender Allergene mit Einzel- oder Gruppenextrakt mit apparativer Registrierung, je Test	380	43,32
398	Höchstwert für Leistungen nach Nummer 397, je Tag....	760	86,64
399	Oraler Provokationstest, auch Expositionstest bei Nahrungsmittel- oder Medikamentenallergien - einschließlich Überwachung zur Erkennung von Schockreaktionen -	200	22,80

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.

(noch Ziff. 9)

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	45,60
<i>Der Zuschlag nach Nummer 401 ist neben den Leistungen nach den Nummern 406, 422 bis 424, 644, 645, 649 und/oder 1754 nicht berechnungsfähig.</i>			
402	Zuschlag zu den sonographischen Leistungen bei transösophagealer Untersuchung	250	28,50
<i>Der Zuschlag nach Nummer 402 ist neben den Leistungen nach den Nummern 403 sowie 676 bis 692 nicht berechnungsfähig.</i>			
403	Zuschlag zu den sonographischen Leistungen bei transkaviärer Untersuchung	150	17,10
<i>Der Zuschlag nach Nummer 403 ist neben den Leistungen nach den Nummern 402 sowie 676 bis 692 nicht berechnungsfähig.</i>			
404	Zuschlag zu Doppler-sonographischen Leistungen bei zusätzlicher Frequenzspektrumanalyse - einschließlich graphischer oder Bilddokumentation -	250	28,50

(noch Ziff. 9)

Der Zuschlag nach Nummer 404 ist neben den Leistungen nach den Nummern 422, 423, 644, 645, 649 und/oder 1734 nicht berechnungsfähig.

405	Zuschlag zu den Leistungen nach den Nummern 415 oder 424 - bei zusätzlicher Untersuchung mit cw-Doppler - ...	200	22,80
406	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 424 - bei zusätzlicher Farbkodierung -	200	22,80
408	Transluminale Sonographie von einem oder mehreren Blutgefäße(en) nach Einföhrung eines Gefäßkatheters, je Sitzung	200	22,80
410	Ultraschalluntersuchung eines Organs	200	22,80
	<i>Das untersuchte Organ ist in der Rechnung anzugeben.</i>		
412	Ultraschalluntersuchung des Schädels bei einem Säugling oder Kleinkind bis zum vollendeten 2. Lebensjahr	280	31,92
413	Ultraschalluntersuchung der Hüftgelenke bei einem Säugling oder Kleinkind bis zum vollendeten 2. Lebensjahr ...	280	31,92
415	Ultraschalluntersuchung im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge - gegebenenfalls einschließlich Biometrie und Beurteilung der Organentwicklung -	300	34,20
417	Ultraschalluntersuchung der Schilddrüse	210	23,94
418	Ultraschalluntersuchung einer Brustdrüse - gegebenenfalls einschließlich der regionalen Lymphknoten	210	23,94
420	Ultraschalluntersuchung von bis zu drei weiteren Organen im Anschluß an eine der Leistungen nach den Nummern 410 bis 418, je Organ	80	9,12
	<i>Die untersuchten Organe sind in der Rechnung anzugeben.</i>		
	<i>Die Leistung nach Nummer 420 kann je Sitzung höchstens dreimal berechnet werden.</i>		
422	Eindimensionale echokardiographische Untersuchung mittels Time-Motion-Diagramm, mit Bilddokumentation - gegebenenfalls einschließlich gleichzeitiger EKG-Kontrolle -	200	22,80
423	Zweidimensionale echokardiographische Untersuchung mittels Real-Time-Verfahren (B-Mode), mit Bilddokumentation - einschließlich der Leistung nach Nummer 422 -	500	57,-

(noch Ziff. 9)

424	Zweidimensionale Doppler-echokardiographische Untersuchung mit Bilddokumentation - einschließlich der Leistung nach Nummer 423 - (Duplex-Verfahren)	700	79,80
	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	17,10
428	Assistierte und/oder kontrollierte apparative Beatmung durch Saug-Druck-Verfahren bei vitaler Indikation, bei mehr als 12 Stunden Dauer, je Tag	220	25,08
	<i>Neben den Leistungen nach den Nummern 427 und 428 sind die Leistungen nach den Nummern 462, 463 und/oder 501 nicht berechnungsfähig.</i>		
429	Wiederteilungsversuch - einschließlich künstlicher Beatmung und extrathorakaler indirekter Herzmassage, gegebenenfalls einschließlich Intubation -	400	45,60
430	Extra- oder intra-thorakale Elektro-Defibrillation und/oder -Stimulation des Herzens	400	45,60
	<i>Die Leistung nach Nummer 430 ist auch bei mehrfacher Verabfolgung von Stromstößen in engem zeitlichen Zusammenhang zur Erreichung der Defibrillation nur einmal berechnungsfähig.</i>		
431	Elektrokardioskopie im Notfall	100	11,40
433	Ausspülung des Magens - auch mit Sondierung der Speiseröhre und des Magens und/oder Spülung des Duodenums -	140	15,96
435	Stationäre intensivmedizinische Überwachung und Behandlung eines Patienten auf einer dafür eingerichteten gesonderten Betteneinheit eines Krankenhauses mit spezieller Personal- und Geräteausrüstung - einschließlich aller im Rahmen der Intensivbehandlung erbrachten Leistungen, soweit deren Berechnungsfähigkeit nachfolgend ausgeschlossen ist -, bis zu 24 Stunden Dauer	900	102,60

(noch Ziff. 9)

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 I 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 und 3055 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

57,—

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.

(noch Ziff. 9)

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, 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.

(noch Ziff. 9)

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 45,60

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 45,60

(noch Ziff. 9)

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 85,50

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 148,20

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 250,80

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 34,20

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 74,10

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.

(noch Ziff. 9)

- 448

Beobachtung und Betreuung eines Kranken über mehr als zwei Stunden während der Aufwach- und/oder Erholungszeit bis zum Eintritt der Transportfähigkeit nach zuzuschlagsberechtigten ambulanten operativen Leistungen bei Durchführung unter zuzuschlagsberechtigten ambulanten Anästhesien bzw. Narkosen.....

600 68,40
- Der Zuschlag nach Nummer 448 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nummer 448 ist neben den Leistungen nach den Nummern 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 zuzuschlagsberechtigten ambulanten operativen Leistungen bei Durchführung unter zuzuschlagsberechtigten ambulanten Anästhesien bzw. Narkosen.....

900 102,60
- 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 25,08
- 498

Blockade des Truncus sympathicus (thorakaler Grenzstrang oder Plexus solaris) mittels Anästhetika.....

300 34,20
5. Nach der Leistung nach Nummer 555 wird folgende Leistung mit der Nummer 558 eingefügt:
- *558

Apparative isokinetische Muskelfunktionstherapie, je Sitzung.....

120 13,68
6. Nach der Leistung nach Nummer 605 wird folgende Leistung mit der Nummer 605 a eingefügt:
- *605 a

Darstellung der Flußvolumenkurve bei spiropgraphischen Untersuchungen - einschließlich graphischer Registrierung und Dokumentation -

140 15,96

(noch Ziff. 9)

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

Transkutane Messung(en) des Sauerstoffpartialdrucks

150 17,10
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 114,-
- 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 171,-
- 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 91,20
- 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 228,-
- Die Leistung nach Nummer 629 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig.

(noch Ziff. 9)

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 74,10"

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 17,10"

- 13a. Die Leistung nach Nummer 659 wird wie folgt gefaßt:

"659 Elektrokardiographische Untersuchung über mindestens 18 Stunden (Langzeit-EKG) - gegebenenfalls einschließlich gleichzeitiger Registrierung von Puls und Atmung -, mit Auswertung 400 45,60"

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 13,68

(noch Ziff. 9)

671 Fraktionierte Ausheberung des Magensaftes - auch nach Probefrühstück oder Problemahlzeit - 120 13,68

672 Ausheberung des Duodenalsaftes - auch mit Gallenreflex oder Duodenalspülung, gegebenenfalls fraktioniert - 120 13,68"

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

"692 a Platzierung einer Drainage in den Gallen- oder Pankreasgang - zusätzlich zu einer Leistung nach den Nummern 685, 686 oder 692 - 400 45,60"

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

"699 Infrarotkoagulation im Enddarmbereich, je Sitzung 120 13,68"

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

"703 Ballonsondentamponade bei blutenden Ösophagus- und/oder Fundusvarizen 500 57,—"

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 13,68

752 Bestimmung des Elektrolytgehalts im Schweiß durch Widerstandsmessung - einschließlich Stimulation der Schweißsekretion 150 17,10"

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 5,70

(noch Ziff. 9)

770 Ausräumung des Mastdarms mit der Hand..... 140 15,96"

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.HI, 3565.HI, 3574, 3580.HI, 3584.HI, 3585.HI, 3587.HI, 3592.HI, 3594.HI, 3595.HI, 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 Guachtverfahrens, gegebenenfalls einschließlich Besprechung mit dem nichtärztlichen Psychotherapeuten 400 45,60"

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 950 108,30"

(noch Ziff. 9)

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

*842 Apparative isokinetische Muskelfunktionsdiagnostik 500 57,—

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 85,50

871 Verhaltenstherapie, Gruppenbehandlung mit einer Teilnehmerzahl von höchstens 8 Personen, Dauer mindestens 50 Minuten, je Teilnehmer 150 17,10

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 27,36"

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 20,52"

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 7,98"

(noch Ziff. 9)

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 Spallampenfotographie	100	11,40
1253	Fotographische Verlaufskontrolle von Veränderungen des Augenintergrunds mittels Fundusfotographie	150	17,10"

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

*1409	Messung otoakustischer Emissionen	400	45,60
-------	---	-----	-------

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	20,52
-------	---	-----	-------

Neben der Leistung nach Nummer 1418 ist die Leistung nach Nummer 1466 nicht berechnungsfähig."

(noch Ziff. 9)

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	6,84"
-------	---	----	-------

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	20,52"
-------	---	-----	--------

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

*1759	Transpenile oder transskrotale Venenembolisation	2800	319,20"
-------	--	------	---------

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

*1799	Nierenbeckendruckmessung	150	17,10"
-------	--------------------------------	-----	--------

41a. Die Allgemeinen Bestimmungen nach der Überschrift "L. Chirurgie, Orthopädie" werden wie folgt gefaßt:

"Allgemeine Bestimmungen

Zur Erbringung der in Abschnitt L aufgeführten typischen operativen Leistungen sind in der Regel mehrere operative Einzelschritte erforderlich. Sind diese Einzelschritte methodisch notwendige Bestandteile der in der jeweiligen Leistungsbeschreibung genannten Zielleistung, so können sie nicht gesondert berechnet werden.

Werden mehrere Eingriffe in der Brust- oder Bauchhöhle in zeitlichem Zusammenhang durchgeführt, die jeweils in der Leistung die Eröffnung dieser Körperhöhlen enthalten, so darf diese nur einmal berechnet werden; die Vergütungssätze der weiteren Eingriffe sind deshalb um den Vergütungssatz nach Nummer 2990 oder Nummer 3135 zu kürzen."

*)

(noch Ziff. 9)

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 6,84*
43. Nach der Leistung nach Nummer 2092 wird folgende Leistung mit der Nummer 2093 eingefügt:
- *2093 Spülung bei liegender Drainage 50 5,70*
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 denselben 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 Plicatiresektion, Teilresektion des Hoffa'schen Fettkörpers und/oder Entfernung freier Gelenkkörper 1500 171,—
- 2190 Arthroskopische erhaltende Operation an einem Meniskus (z. B. Meniskusnaht, Refixation) in einem Kniegelenk ... 1800 205,20
- 2191 Arthroskopische Operation mit primärer Naht, Revision, Rekonstruktion oder plastischem Ersatz eines Kreuz- oder Seitenbands an einem Kniegelenk - einschließlich Kapselnaht 2000 228,—

(X)

(noch Ziff. 9)

- 2192 Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 2191 für die primäre Naht, Reinsertion, Rekonstruktion oder den plastischen Ersatz eines weiteren Bands in demselben Kniegelenk im Rahmen derselben Sitzung 500 57,—
- 2193 Arthroskopische Operation mit Synovektomie an einem Knie- oder Hüftgelenk bei chronischer Gelenkentzündung - gegebenenfalls einschließlich Abtragung von Osteophyten 1800 205,20
- 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 34,20
- 2196 Diagnostische Arthroskopie im direkten zeitlichen Zusammenhang mit arthroskopischen Operationen nach den Nummern 2189 bis 2191 sowie 2193 250 28,50*
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 13,68*
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 159,60*
48. Nach der Leistung nach Nummer 2407 wird folgende Leistung mit der Nummer 2408 eingefügt:
- *2408 Ausräumung des Lymphstromgebiets einer Axilla 1100 125,40*
49. Die Leistungen nach den Nummern 2850 und 2851 werden gestrichen.
- 49a. Nach der Leistung nach Nummer 3055 wird folgende Abrechnungsbestimmung eingefügt:
- "Die Leistung nach Nummer 3055 ist nur während einer Operation berechnungsfähig."

(noch Ziff. 9)

50. Nach der Leistung nach Nummer 3079 wird folgende Leistung mit der Nummer 3084 eingefügt:
- | | | |
|--|------|---------|
| "3084 Valvuloplastik einer Herzklappe..... | 3300 | 376,20" |
|--|------|---------|
51. Nach der Leistung nach Nummer 3190 wird folgende Leistung mit der Nummer 3192 eingefügt:
- | | | |
|--|------|--------|
| "3192 Milzrevision, als selbständige Leistung..... | 2000 | 228,—" |
|--|------|--------|

52. Abschnitt M wird wie folgt gefaßt:

"M. Laboratoriumsuntersuchungen

Allgemeine Bestimmungen

1. Die Gebühren für Laboratoriumsuntersuchungen des Abschnitts M umfassen die Eingangsbeurteilung 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.

(noch Ziff. 9)

- 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 Hämoboglobingehalt).
 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. Spermogramm), 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 Vorstellen 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);

Immunodiffusion: Immunodiffusions- (radiale), Elektroimmunodiffusions-, nephelometrische oder turbidimetrische Untersuchungen;

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

(noch Ziff. 9)

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 "- gegebenfalls 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 4014) 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 Probenahme bzw. Probenübergabe an den Arzt erfolgt.

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

3500	Blut im Stuhl, dreimalige Untersuchung	90	10,26
------	--	----	-------

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.

3501	Blutkörperchengeschwindigkeit (BKS, BSG)	60	6,84
3502	Differenzierung des Blutausstriebs, mikroskopisch	120	13,68

(noch Ziff. 9)

3503	Hämatokrit	70	7,98
<i>(X)</i>			
Mikroskopische Einzelbestimmung, je Meßgröße			
Katalog		60	6,84
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. Punkte, Sekrete, Stuhl)	80	9,12
3509	Mikroskopische Untersuchung nach einfacher Färbung (z. B. Methylenblau, Lugol), je Material	100	11,40
3510	Mikroskopische Untersuchung nach differenzierender Färbung (z. B. Gramfärbung), je Präparat	120	13,68
3511	Untersuchung eines Körpermaterials mit vorgefertigten Reagenzien oder Reagenzubereitungen und visueller Auswertung (z. B. Glukose, Harnstoff, Urinesteststreifen), qualitativ oder semiquantitativ, auch bei Verwendung eines Mehrfachreagenzträgers, je Untersuchung	50	5,70

Können mehrere Meßgrößen durch Verwendung eines Mehrfachreagenzträgers erfaßt werden, so ist die Leistung nach Nummer 3511 auch dann nur einmal berechnungsfähig, wenn mehrere Mehrfachreagenzträger verwendet 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

Katalog		70	7,98
3512	Alpha-Amylase		
3513	Gamma-Glutamyltranspeptidase (Gamma-Glutamyltransferase, Gamma-GT)		
3514	Glukose		
3515	Glutaminoxalacetattransaminase (GOT, Aspartataminotransferase, ASAT, AST)		
3516	Glutaminyruvattransaminase (GPT, Alaninaminotransferase, ALAT, ALT)		
3517	Hämoglobin		
3518	Harnsäure		
3519	Kalium		
3520	Kreatinin		

(noch Ziff. 9)

3521 Lipase

Untersuchung folgender Meßgrößen unabhängig vom Meßverfahren, je Meßgröße.....

100 11,40

Kalalog

3523 Antistreptolysin (ASL)

3524 C-reaktives Protein (CRP)

3525 Mononukleostest

3526 Rheumafaktor (RF)

3528 Schwangerschaftstest (Nachweisgrenze des Tests kleiner als 500 U/l).....

130 14,82

3529 Schwangerschaftstest (Nachweisgrenze des Tests kleiner als 50 U/l).....

150 17,10

3530 Thromboplastinzeit (TPZ, Quickwert).....

120 13,68

3531 Urinsediment.....

70 7,98

3532 Phasenkontrastmikroskopische Untersuchung des Urinsediments - einschließlich morphologischer Beurteilung der Erythrozyten -

90 10,26

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 54,72

(noch Ziff. 9)

1. Körperzellen und deren Bestandteile, Zellfunktionsuntersuchungen

3550 Blutbild und Blutbildbestandteile.....

60 6,84

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 2,28

3552 Retikulozytenzahl.....

70 7,98

2. Elektrolyte, Wasserhaushalt

3555 Calcium.....

40 4,56

3556 Chlorid.....

30 3,42

3557 Kalium.....

30 3,42

3558 Natrium.....

30 3,42

3. Kohlehydrat- und Lipidstoffwechsel

Allgemeine Bestimmung

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

3560 Glukose.....

40 4,56

3561 Glykierte Hämoglobine (HbA₁, HbA_{1c}).....

200 22,80

3562.H1 Cholesterin.....

40 4,56

(noch Ziff. 9)

3563.H1 HDL-Cholesterin.....	40	4,56
3564.H1 LDL-Cholesterin.....	40	4,56
3565.H1 Triglyzeride.....	40	4,56

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	3,42
3571 Immunglobulin (IgA, IgG, IgM), Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden, je Immunglobulin.....	150	17,10

3572 Immunglobulin E (IgE), Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden.....	250	28,50
---	-----	-------

3573.H1 Gesamt-Protein im Serum oder Plasma.....	30	3,42
--	----	------

3574 Proteinelektrophorese im Serum.....	200	22,80
3575 Transferrin, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden.....	100	11,40

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	4,56
3581.H1 Bilirubin, gesamt.....	40	4,56

(noch Ziff. 9)

3582 Bilirubin, direkt.....	70	7,98
3583.H1 Harnsäure.....	40	4,56
3584.H1 Harnstoff (Harnstoff-N, BUN).....	40	4,56
3585.H1 Kreatinin.....	40	4,56
3587.H1 Alkalische Phosphatase.....	40	4,56
3588.H1 Alpha-Amylase (auch Immunitheoretische Bestimmung der Pankreas-Amylase).....	50	5,70
3589.H1 Cholinesterase (Pseudochoolinesterase, CHE, PCHE).....	40	4,56
3590.H1 Creatinkinase (CK).....	40	4,56
3591.H1 Creatinkinase MB (CK-MB), Immunitheoretische Methode.....	50	5,70
3592.H1 Gamma-Glutamyltranspeptidase (Gamma-Glutamyltransferase, Gamma-GT).....	40	4,56
3593.H1 Glutamatdehydrogenase (GLDH).....	50	5,70
3594.H1 Glutaminoxalacetattransaminase (GOT, Aspartataminotransferase, ASAT, AST).....	40	4,56
3595.H1 Glutaminyruvyltransaminase (GPT, Alaninaminotransferase, ALAT, ALT).....	40	4,56
3596.H1 Hydroxybutyraldehyddehydrogenase (HBDH).....	40	4,56
3597.H1 Laktatdehydrogenase (LDH).....	40	4,56
3598.H1 Lipase.....	50	5,70
3599 Saure Phosphatase (sP), photometrisch.....	70	7,98

6. Gerinnungssystem

3605 Partielle Thromboplastinzeit (PTT, aPTT), Einfachbestimmung.....	50	5,70
3606 Plasmathrombinzeit (PTZ, TZ), Doppelbestimmung.....	70	7,98
3607 Thromboplastinzeit (Prothrombinzeit, TPZ, Quickwert), Einfachbestimmung.....	50	5,70

(noch Ziff. 9)

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	11,40
3611	Blutzuckertagesprofil (Viermalige Bestimmung von Glukose).....	160	18,24
3612	Glukosetoleranztest, intravenös (Siebenmalige Bestimmung von Glukose).....	280	31,92
3613	Glukosetoleranztest, oral (Viermalige Bestimmung von Glukose).....	160	18,24
3615	Kreatinin-Clearance (Zweimalige Bestimmung von Kreatinin).....	60	6,84

8. Spurenlemente

3620	Eisen im Serum oder Plasma.....	40	4,56
3621	Magnesium	40	4,56

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.

(noch Ziff. 9)

Höchstwerte

3630.H	Höchstwert für die mit H2 gekennzeichneten Untersuchungen aus Abschnitt M III 8.....	870	99,18
3631.H	Höchstwert für die mit H3 gekennzeichneten Untersuchungen aus Abschnitt M III 10.....	1400	159,60
3633.H	Höchstwert für die mit H4 gekennzeichneten Untersuchungen aus Abschnitt M III 14.....	550	62,70
1. Ausscheidungen (Urin, Stuhl)			
3650	Blut im Stuhl, dreimalige Untersuchung.....	60	6,84
<i>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.</i>			
3651	Phasenkontrastmikroskopische Untersuchung des Urinsediments - einschließlich morphologischer Beurteilung der Erythrozyten	70	7,98
3652	Streifentest im Urin, auch bei Verwendung eines Mehrfachreagenzträgers, je Untersuchung.....	35	3,99
3653	Urinsediment, mikroskopisch.....	50	5,70
3654	Zellzählung im Urin (Addis-Count), mikroskopisch	80	9,12

2. Sekrete, Liquor, Konkreme

3660	Sekret (Magen, Duodenum, Cervix uteri), mikroskopische Beurteilung	40	4,56
3661	Gallensediment, mikroskopisch.....	40	4,56
3662	HCl, titrimetrisch.....	70	7,98
3663	Morphologische Differenzierung des Spermas, mikroskopisch	160	18,24
3664	Spermienagglutination, mikroskopisch	120	13,68
3665	Spermien-Mucus-Penetrationstest, je Ansatz	150	17,10

(noch Ziff. 9)

3667	Spermienzahl und Motilitätsbeurteilung, mikroskopisch...	70	7,98
3668	Physikalisch-morphologische Untersuchung des Spermas (Menge, Viskosität, pH-Wert, Nativpräparat(e)), Differenzierung der Beweglichkeit, Bestimmung der Spermienzahl, Vitalitätsprüfung, morphologische Differenzierung nach Ausstrichfärbung).....	400	45,60
<i>Neben der Leistung nach Nummer 3668 sind die Leistungen nach den Nummern 3663, 3664 und/oder 3667 nicht berechnungsfähig.</i>			
3669	Erythrozytenzahl (Liquor), mikroskopisch.....	60	6,84
3670	Leukozytenzahl (Liquor), mikroskopisch.....	60	6,84
3671	Morphologische Differenzierung des Liquorzellausstrichs, mikroskopisch.....	160	18,24
3672	Steinanalyse (Gallensteine, Harnsteine), mittels Infrarotspektrometrie oder mikroskopisch - einschließlich chemischer Reaktionen.....	250	28,50
3673	Steinanalyse (Gallensteine, Harnsteine), Röntgendiffraktion.....	570	64,98

3. Körperzellen und deren Bestandteile, Zellfunktionsuntersuchungen

3680	Differenzierung des Blutausrichs, mikroskopisch.....	90	10,26
3681	Morphologische Differenzierung des Knochenmarksausrichs, mikroskopisch.....	570	64,98
3682	Eisenfärbung eines Blut- oder Knochenmarksausrichs....	120	13,68
3683	Färbung eines Blut- oder Knochenmarksausrichs (z. B. Nachweis der alkalischen Leukozytenphosphatase, Leukozytenesterase, Leukozytenperoxidase oder PAS), je Färbung.....	250	28,50
3686	Eosinophile, segmentkernige Granulozyten (absolute Eosinophilenzahl), mikroskopisch.....	70	7,98
3688	Osmotische Resistenz der Erythrozyten.....	90	10,26
3689	Fetales Hämoglobin (HbF), mikroskopisch.....	160	18,24
3690	Freies Hämoglobin, spektralphotometrisch.....	180	20,52

(noch Ziff. 9)

3691	Hämoglobinelektrophorese.....	570	64,98
3692	Methämoglobin und/oder Carboxyhämoglobin und/oder Sauerstoffsättigung, cooxymetrisch.....	60	6,84
3693	Granulozytenfunktionstest (Adhäsivität, Chemotaxis (bis zu drei Stimulatoren), Sauerstoffaufnahme (bis zu drei Stimulatoren), Lumineszenz (O ₂ -Radikale), Degranulierung), je Funktionstest.....	570	64,98
3694	Lymphozytentransformationstest.....	570	64,98
3695	Phagozytäre Funktion neutrophiler Granulozyten (Nitro-tarazolblautest, NBT-Test).....	120	13,68
3696	Phänotypisierung von Zellen oder Rezeptornachweis auf Zellen mit bis zu drei verschiedenen, primären Antisera (Einfach- oder Mehrfachmarkierung), Durchflußzytometrie, je Antiserum.....	570	64,98
3697	Phänotypisierung von Zellen oder Rezeptornachweis auf Zellen mit weiteren Antisera (Einfach- oder Mehrfachmarkierung), Durchflußzytometrie, je Antiserum.....	250	28,50
<i>Die Leistung nach Nummer 3697 kann nur im Zusammenhang mit der Leistung nach Nummer 3696 berechnet werden.</i>			
3698	Phänotypisierung von Zellen oder Rezeptornachweis auf Zellen mit dem ersten, primären Antiserum, Immunfluoreszenz oder ähnliche Untersuchungsmethoden.....	450	51,30
3699	Phänotypisierung von Zellen oder Rezeptornachweis auf Zellen mit weiteren Antisera, Immunfluoreszenz oder ähnliche Untersuchungsmethoden, je Antiserum.....	360	41,04
<i>Die Leistung nach Nummer 3699 kann nur im Zusammenhang mit der Leistung nach Nummer 3698 berechnet werden.</i>			
3700	Tumorstanzellenassay - gegebenenfalls auch von Zellanteilen - zur Prüfung der Zytostatikassensibilität.....	2000	228,—

4. Elektrolyte, Wasserhaushalt, physikalische Eigenschaften von Körperflüssigkeiten

3710	Blutgasanalyse (pH und/oder PCO ₂ und/oder PO ₂ und/oder Hb).....	90	10,26
3711	Blutkörperchengeschwindigkeit (BKS, BSG)....	40	4,56

(noch Ziff. 9)

3712	Viskosität (z. B. Blut, Serum, Plasma), viskosimetrisch	250	28,50
3714	Wasserstoffionenkonzentration (pH), potentiometrisch, jedoch nicht aus Blut oder Urin	40	4,56
3715	Bikarbonat	60	6,84
3716	Osmolalität	50	5,70
5. Kohlehydrat- und Lipidstoffwechsel			
3721	Glykierte Proteine	250	28,50
3722	Fructosamin, photometrisch	70	7,98
3723	Fructose, photometrisch	200	22,80
3724	D-Xylose, photometrisch	200	22,80
3725	Apolipoprotein (A1, A2, B), Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden, je Bestimmung	200	22,80
3726	Fettsäuren, Gaschromatographie	410	46,74
3727	Fraktionierung der Lipoproteine, Ultrazentrifugation	680	77,52
3728	Lipidelektrophorese, qualitativ	180	20,52
3729	Lipidelektrophorese, quantitativ	300	34,20
3730	Lipoprotein (a) (Lp(a)), Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -, Elektroimmunodiffusion	300	34,20

6. Proteine, Aminosäuren, Elektrophoreseverfahren

Allgemeine Bestimmung

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

(noch Ziff. 9)

3735	Albumin, Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	150	17,10
3736	Albumin mit vorgefertigten Reagenzien, zur Diagnose einer Mikroalbuminurie	120	13,68
3737	Aminosäuren, Hochdruckflüssigkeitschromatographie	570	64,98
3738	Aminosäuren, qualitativ, Dünnschichtchromatographie	250	28,50
3739	Alpha ₁ -Antitrypsin, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	180	20,52
3740	Coeruloplasmin, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	180	20,52
3741	C-reaktives Protein (CRP), Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	200	22,80
3742	Ferritin, Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	250	28,50
3743	Alpha-Fetoprotein (AFP), Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	250	28,50
3744	Fibrinogen, Ligandenassay - einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	450	51,30
3745	Beta ₂ -Glykoprotein II (C3-Proaktivator), Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	180	20,52
3746	Hämopexin, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	180	20,52
3747	Haptoglobin, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	180	20,52
3748	Immunoelektrophorese, bis zu sieben Ansätze, je Ansatz	200	22,80
3749	Immundefixation, bis zu fünf Antiseren, je Antiserum	200	22,80
3750	Isoelektrische Fokussierung (z. B. Oligoklonale Banden)	570	64,98
3751	Kryoglobuline, qualitativ, visuell	40	4,56

(noch Ziff. 9)

3752	Kryoglobuline (Bestimmung von je zweimal IgA, IgG und IgM), Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden, je Globulinbestimmung	120	13,68
3753	Alpha ₂ -Makroglobulin, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	180	20,52
3754	Mikroglobuline (Alpha ₁ , Beta ₂), Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden, je Mikroglobulinbestimmung	200	22,80
3755	Myoglobin, Agglutination, qualitativ	60	6,84
3756	Myoglobin, Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	200	22,80
3758	Phenylalanin (Guthrie-Test), Bakterienwachstumstest	60	6,84
3759	Präalbumin, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	180	20,52
3760	Protein im Urin, photometrisch	70	7,98
3761	Proteinelektrophorese im Urin	250	28,50
3762	Schwefelhaltige Aminosäuren (Cystin, Cystein, Homocystin), Farbreaktion und visuell, qualitativ, je Aminosäurebestimmung	40	4,56
3763	SDS-Elektrophorese mit anschließender Immunreaktion (z. B. Westernblot)	570	64,98
3764	SDS-Polyacrylamidgel-Elektrophorese	250	28,50
3765	Sexualhormonbindendes Globulin (SHBG), Ligandenassay - einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	450	51,30
3766.H4	Thyroxin-bindendes Globulin (TBG), Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	250	28,50
3767	Tumornekrosefaktor (TNF), Ligandenassay - einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	450	51,30
3768	Isolierung von Immunglobulin M mit chromatographischen Untersuchungsverfahren	360	41,04

(noch Ziff. 9)

	7. Substrate, Metabolite, Enzyme		
3774	Ammoniak (NH ₄)	220	25,08
3775	Bilirubin im Fruchtwasser (E450), spektralphotometrisch	180	20,52
3776	Citrat, photometrisch	300	34,20
3777	Gallensäuren, Ligandenassay - einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	290	33,06
3778	Glutamatdehydrogenase (GLDH), mannell, photometrisch	120	13,68
3779	Homogenisinsäure, Farbreaktion und visuell, qualitativ	40	4,56
3780	Kreatin	120	13,68
3781	Laktat, photometrisch	220	25,08
3782	Lecithin/Sphingomyelin-Quotient (L/S-Quotient)	200	22,80
3783	Organisches Säurenprofil, Gaschromatographie oder Gaschromatographie-Massenspektrometrie	570	64,98
3784	Isoenzyme (z. B. Alkalische Phosphatase, Alpha-Amylase), chemische oder thermische Hemmung oder Fällung, je Ansatz	150	17,10
3785	Isoenzyme (z. B. Alkalische Phosphatase, Alpha-Amylase, Creatinkinase, LDH), Elektrophorese oder Immunpräzipitation, je Ansatz	300	34,20
3786	Angiotensin I Converting Enzyme (Angiotensin I-Convertingase, ACE)	220	25,08
3787	Chymotrypsin (Stuhl)	120	13,68
3788	Creatinkinase-MB-Konzentration (CK-MB), Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	200	22,80
3789	Enzyme der Hämsynthese (Delta-Aminolaevulinäure-Dehydratase, Uroporphyrinsynthase und ähnliche), je Enzym	120	13,68
3790	Erythrozytenenzyme (Glukose-6-Phosphat-Dehydrogenase, Pyruvatkinase und ähnliche), je Enzym	120	13,68

(noch Ziff. 9)

3791	Granulozyten-Elastase, Ligandenassay - einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve	290	33,06
3792	Granulozyten-Elastase, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	180	20,52
3793	Lysozym	120	13,68
3794	Prostata-spezifische saure Phosphatase (PAP), Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve	200	22,80
3795	Tartratenunbare saure Phosphatase (PSP)	110	12,54
3796	Trypsin, Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve	200	22,80

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 33,06

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 (Thyroxperoxidase)

(noch Ziff. 9)

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	Speicheldrangepithel
3824.H2	Spermien
3825.H2	Thyreoglobulin
3826.H2	zytoplasmatische Antigene in neutrophilen Granulozyten (P-ANCA, C-ANCA)
3827.H2	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand <i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>

Untersuchung auf Antikörper mittels quantitativer Immunfluoreszenzuntersuchung (mehr als zwei Titerstufen) oder ähnlicher Untersuchungsmethoden

510 58,14

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 (Thyroxperoxidase)
3844	Mikrosomen (Leber, Niere)
3845	Mitochondrien (AMA)
3846	nDNA
3847	Parietalzellen (PCA)
3848	Skelettmuskulatur (SkMA)
3849	Speicheldrangepithel
3850	Spermien
3852	Thyreoglobulin
3853	zytoplasmatische Antigene in neutrophilen Granulozyten (P-ANCA, C-ANCA)
3854	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand <i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>

(noch Ziff. 9)

Untersuchung auf Subformen antinukleärer und zytoplasmatischer Antikörper mittels Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -, Immunoblot oder Überwanderungselektrophorese.....

300 34,20

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 51,30

Katalog

Antikörper gegen

3868 Azetylcholinrezeptoren

3869 Cardiolipin (IgG- oder IgM-Fraktion), je Fraktion

3870 Interferon alpha

3871 Mikrosomen (Thyropoxydase)

3872 Mitochondriale Subformen (AMA-Subformen)

3873 Myeloperoxidase (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 62,70

3881 Zirkulierende Immunkomplexe, Ligandenassay - einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -.....

290 33,06

Qualitativer Nachweis von Antikörpern mittels Agglutination.....

Katalog

Antikörper gegen

3884 Fc von IgM (Rheumafaktor)

3885 Thyreoglobulin (Boydensst)

90 10,26

(noch Ziff. 9)

Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Immundiffusion oder ähnlicher Untersuchungsmethoden.....

180 20,52

Katalog

Antikörper gegen

3886 Fc von IgM (Rheumafaktor)

3889 Mixed-Antiglobulin-Reaktion (MAR-Test) zum Nachweis von Spermien-Antikörpern.....

200 22,80

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 28,50

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 28,50

3892 Bestimmung von allergenspezifischem Immunglobulin (z. B. IgE), Einzel- oder Mischallergentest mit mindestens vier deklarierten Allergenen oder Mischallergenen auf einem Träger, je Träger.....

200 22,80

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 57,-

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.....

900 102,60

3895 Heterophile Antikörper (IgG- oder IgM-Fraktion), Ligandenassay - einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -, je Fraktion.....

1100 125,40

(noch Ziff. 9)

3896	Untersuchung auf Antikörper gegen Gliadin mittels qualitativer Immunfluoreszenzuntersuchung (bis zu zwei Titerstufen) oder ähnlicher Untersuchungsmethoden.....	290	33,06
3897	Untersuchung auf Antikörper gegen Gliadin mittels quantitativer Immunfluoreszenzuntersuchung (mehr als zwei Titerstufen) oder ähnlicher Untersuchungsmethoden	510	58,14
3898	Antikörper gegen Insulin, Ligandenassay - einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	450	51,30
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	34,20
3901.H3	Ca 15-3, Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	450	51,30
3902.H3	Ca 19-9, Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	300	34,20
3903.H3	Ca 50, Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	450	51,30
3904.H3	Ca 72-4, Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	450	51,30
3905.H3	Carcinoembryonales Antigen (CEA), Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	250	28,50
3906.H3	Cyfra 21-1, Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	450	51,30
3907.H3	Neuronenspezifische Enolase (NSE), Ligandenassay - einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	450	51,30
3908.H3	Prostata-spezifisches Antigen (PSA), Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	300	34,20

(noch Ziff. 9)

3909.H3	Squamous cell carcinoma-Antigen (SCC), Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	450	51,30
3910.H3	Thymidinkinase, Ligandenassay - einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	450	51,30
3911.H3	Tissue-polypeptide-Antigen (TPA), Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	450	51,30
11. Nukleinsäuren und ihre Metabolite			
3920	Isolierung von humanen Nukleinsäuren aus Untersuchungsmaterial.....	900	102,60
3921	Verdau (Spaltung) isolierter humaner Nukleinsäuren mit Restriktionsenzymen, je Enzym	150	17,10
3922	Amplifikation von humanen Nukleinsäuren oder Nukleinsäurefragmenten mit Polymerasekettenreaktion (PCR).....	500	57,—
3923	Amplifikation von humanen Nukleinsäuren oder Nukleinsäurefragmenten mit geschachtelter Polymerasekettenreaktion (nested PCR)	1000	114,—
3924	Identifizierung von humanen Nukleinsäurefragmenten durch Hybridisierung mit radioaktiv oder nichtradioaktiv markierten Sonden und nachfolgender Detektion, je Sonde.....	300	34,20
3925	Trennung von humanen Nukleinsäurefragmenten mittels elektrophoretischer Methoden und anschließendem Transfer auf Trägermaterialien (z. B. Dot-Blot, Slot-Blot)	600	68,40
3926	Identifizierung von humanen Nukleinsäurefragmenten durch Sequenzermittlung	2000	228,—
12. Gerinnungs-, Fibrinolyse-, Komplementsystem			
3930	Antithrombin III, chromogenes Substrat	110	12,54
3931	Antithrombin III, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	180	20,52
3932	Blutungszeit.....	60	6,84

(noch Ziff. 9)

3933	Fibrinogen nach Clauss, koagulometrisch.....	100	11,40
3934	Fibrinogen, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden.....	180	20,52
3935	Fibrinogenspalprodukte, qualitativ	120	13,68
3936	Fibrinogenspalprodukte, quantitativ.....	250	28,50
3937	Fibrinospalprodukte, quervernetzt (Dimerest), qualitativ	180	20,52
3938	Fibrinospalprodukte, quervernetzt (Dimerest), quantitativ	360	41,04
3939	Gerinnungsfaktor (II, V, VIII, IX, X), je Faktor	460	52,44
3940	Gerinnungsfaktor (VII, XI, XII), je Faktor	720	82,08
3941	Gerinnungsfaktor VIII Ag. Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden.....	250	28,50
3942	Gerinnungsfaktor XIII, Untersuchung mittels Monochlor-essigsäure oder ähnliche Untersuchungsmethoden.....	180	20,52
3943	Gerinnungsfaktor XIII, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden.....	250	28,50
3944	Gewebsplasminogenaktivator (t-PA), chromogenes Substrat	300	34,20
3945	Heparin, chromogenes Substrat.....	140	15,96
3946	Partielle Thromboplastinzeit (PTT, aPTT), Doppelbestimmung.....	70	7,98
3947	Plasmatauschversuch	460	52,44
3948	Plasminogen, chromogenes Substrat.....	140	15,96
3949	Plasminogenaktivatorinhibitor (PAI), chromogenes Substrat	410	46,74
3950	Plättchenfaktor (3, 4), Ligandenassay - einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -, je Faktor	480	54,72
3951	Protein C-Aktivität	450	51,30
3952	Protein C-Konzentration, Ligandenassay - einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve	450	51,30

(noch Ziff. 9)

3953	Protein S-Aktivität.....	450	51,30
3954	Protein S-Konzentration, Ligandenassay - einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve	450	51,30
3955	Reptilasezeit	100	11,40
3956	Ristocetin-Cofaktor (F VIII Rcof), Agglutination	200	22,80
3957	Thrombelastogramm oder Resonanzthrombogramm	180	20,52
3958	Thrombin-Antithrombin-Komplex (TAT-Komplex), Ligandenassay - einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve	480	54,72
3959	Thrombinkoagulasezeit.....	100	11,40
3960	Thromboplastinzeit (Prothrombinzeit, TPZ, Quickwert), Doppelbestimmung	70	7,98
3961	Thrombozytenaggregationstest mit mindestens drei Stimulatoren	900	102,60
3962	Thrombozytenausbreitung, mikroskopisch	60	6,84
3963	Von Willebrand-Faktor (vWF), Ligandenassay - einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve	480	54,72
3964	C1-Esteraseinhibitor-Aktivität, chromogenes Substrat	360	41,04
3965	C1-Esteraseinhibitor-Konzentration, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	260	29,64
3966	Gesamtkomplement AH 50.....	600	68,40
3967	Gesamtkomplement CH 50.....	500	57,—
Untersuchungen von Einzelfaktoren des Komplementsystems			
Katalog			
3968	Komplementfaktor C3-Aktivität, Lysis	250	28,50
3969	Komplementfaktor C3, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden		
3970	Komplementfaktor C4-Aktivität, Lysis		
3971	Komplementfaktor C4, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden		

(noch Ziff. 9)

13. Blutgruppenmerkmale, HLA-System

3980	ABO-Merkmale.....	100	11,40
3981	ABO-Merkmale und Isoagglutinine.....	180	20,52
3982	ABO-Merkmale, Isoagglutinine und Rhesusfaktor D (D und CDE).....	300	34,20
3983	ABO-Merkmale, Isoagglutinine und Rhesusformel (C, c, D, E und e).....	500	57,—
Bestimmung weiterer Blutgruppenmerkmale			
3984	Katalog im NaCl- oder Albumin-Milieu (z. B. P. Lewis, MNS), je Merkmal.....	120	13,68
3985	im indirekten Anti-Humanglobulin-Test (indirekter Coombs-Test) (z. B. C ^w , Kell, D ^a , Duffy), je Merkmal..	200	22,80
3986	im indirekten Anti-Humanglobulin-Test (indirekter Coombs-Test) (z. B. Kidd, Lutheran), je Merkmal.....	360	41,04

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 Coombs-Test).....	140	15,96
3988	Antikörpersuchtest (Antikörper gegen Erythrozytenantigene) mit drei und mehr verschiedenen Test-Erythrozyten-Präparationen im indirekten Anti-Humanglobulin-Test (indirekter Coombs-Test).....	200	22,80
3989	Antikörperdifferenzierung (Antikörper gegen Erythrozytenantigene) mit mindestens acht, jedoch nicht mehr als zwölf verschiedenen Test-Erythrozyten-Präparationen im indirekten Anti-Humanglobulin-Test (indirekter Coombs-Test) im Anschluß an die Leistung nach Nummer 3987 oder 3988, je Test-Erythrozyten-Präparation.....	60	6,84
3990	Antikörpersuchtest (Antikörper gegen Erythrozytenantigene) mit zwei verschiedenen Test-Erythrozyten-Präparationen im NaCl- oder Enzymmilieu.....	70	7,98
3991	Antikörpersuchtest (Antikörper gegen Erythrozytenantigene) mit drei und mehr verschiedenen Test-Erythrozyten-Präparationen im NaCl- oder Enzymmilieu.....	100	11,40

(noch Ziff. 9)

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	3,42
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	45,60
3994	Quantitative Bestimmung (Titration) von Antikörpern gegen Erythrozytenantigene (z. B. Kälteagglutinine, Hämolysine) mittels Agglutination, Präzipitation oder Lyse (mit jeweils mindestens vier Titerstufen).....	140	15,96
3995	Qualitativer Nachweis von Antikörpern gegen Leukozyten- oder Thrombozytenantigene mittels Fluoreszenz-immunoassay (bis zu zwei Titerstufen) oder ähnlicher Untersuchungsmethoden.....	350	39,90
3996	Quantitative Bestimmung von Antikörpern gegen Leukozyten- oder Thrombozytenantigene mittels Fluoreszenz-immunoassay (mehr als zwei Titerstufen) oder ähnlicher Untersuchungsmethoden.....	600	68,40
3997	Direkter Anti-Humanglobulin-Test (direkter Coombs-Test), mit mindestens zwei Antisera.....	120	13,68
3998	Anti-Humanglobulin-Test zur Ermittlung der Antikörperklasse mit monovalenten Antisera im Anschluß an die Leistung nach Nummer 3989 oder 3997, je Antiserum...	90	10,26
3999	Antikörper-Elution, Antikörper-Absorption, Untersuchung auf biphasische Kältehämolysine, Säure-Serum-Test oder ähnlich aufwendige Untersuchungen, je Untersuchung.....	360	41,04
Die Art der Untersuchung ist in der Rechnung anzugeben.			
4000	Serologische Verträglichkeitsprobe (Kreuzprobe) im NaCl-Milieu und im Anti-Humanglobulintest.....	200	22,80
4001	Serologische Verträglichkeitsprobe (Kreuzprobe) im NaCl-Milieu und im Anti-Humanglobulintest sowie laborinterne Identifizierung im ABO-System.....	300	34,20

Die Leistung nach Nummer 4001 ist für die Identifizierung im ABO-System am Krankenbett (bedside-test) nicht berechnungsfähig.

(noch Ziff. 9)

4002	Serologische Verträglichkeitsprobe (Kreuzprobe) im NaCl- oder Enzym-Milieu als Kälteansatz unter Ein- schluß einer Eigenkontrolle	100	11,40
4003	Dichtegradientenisolierung von Zellen, Organellen oder Proteinen, je Isolierung	400	45,60
4004	Nachweis eines HLA-Antigens der Klasse I mittels Lym- phozytoxisitätsstest nach Isolierung der Zellen.....	750	85,50
4005	Höchstwert für die Leistung nach Nummer 4004	3000	342,—
4006	Gesamttypisierung der HLA-Antigene der Klasse I mit- tels Lymphozytoxisitätsstest mit mindestens 60 Antise- ren nach Isolierung der Zellen, je Antiserum.....	30	3,42
4007	Höchstwert für die Leistung nach Nummer 4006	3600	410,40
4008	Gesamttypisierung der HLA-Antigene der Klasse II mit- tels molekularbiologischer Methoden (bis zu 15 Sonden), insgesamt.....	2500	285,—
4009	Subtypisierung der HLA-Antigene der Klasse II mittels molekularbiologischer Methoden (bis zu 40 Sonden), ins- gesamt.....	2700	307,80
4010	HLA-Isoantikörnernachweis.....	800	91,20
4011	Spezifizierung der HLA-Isoantikörper, insgesamt	1600	182,40
4012	Serologische Verträglichkeitsprobe im Gewebe-HLA-Sy- stem nach Isolierung von Zellen und Organellen	750	85,50
4013	Lymphozytenmischkultur (MLC) bei Empfänger und Spender - einschließlich Kontrollen -	4600	524,40
4014	Lymphozytenmischkultur (MLC) für jede weitere gete- stete Person.....	2300	262,20

14. Hormone und ihre Metabolite, biogene Amine, Rezeptoren

Allgemeine Bestimmung

Für die mit H4 gekennzeichneten Untersuchungen ist der Höchstwert nach Num- mer 3633.H zu beachten.

(noch Ziff. 9)

Hormonbestimmung mittels Ligandenassay - gegebenenfalls ein- schließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -

250

28,50

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	Thyreoida stimulierendes Hormon (TSH)
4031.H4	Thyroxin
4032.H4	Trijodthyronin
4033	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand
	<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung an- zugeben.</i>

350

39,90

Hormonbestimmung mittels Ligandenassay - einschließlich Dop- pelbestimmung und aktueller Bezugskurve -

Katalog

4035	17-Alpha-Hydroxyprogesteron
4036	Androsteron
4037	Dehydroepiandrosteron (DHEA)
4038	Dehydroepiandrosteronsulfat (DHEAS)
4039	Östradiol
4040	Progesteron
4041	Prolaktin
4042	Testosteron
4043	Wachstumshormon (HGH)
4044	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand
	<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung an- zugeben.</i>

Hormonbestimmung mittels Ligandenassay - einschließlich Dop- pelbestimmung und aktueller Bezugskurve -

480

54,72

Katalog

4045	Alkosteron
4046	C-Peptid
4047	Calcitonin
4048	cAMP
4049	Corticotropin (ACTH)
4050	Erythropoetin
4051	Gastrin

(noch Ziff. 9)

4052	Glukagon	
4053	Humanes Choriongonadotropin (HCG), zum Ausschluß einer Extrauterin gravidität	
4054	Osteocalcin	
4055	Oxytocin	
4056	Parathormon	
4057	Reninaktivität (PRA), kinetische Bestimmung mit mindestens drei Meßpunkten	
4058	Reninkonzentration	
4060	Somatomedin	
4061	Vasopressin (Alduretin, ADH)	
4062	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand <i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>	
Hormonbestimmung mittels Ligandenassay - einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -		
	Katalog	750 85,50
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 <i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>	
4070	Thyreoglobulin, Ligandenassay - einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve sowie Kontrollansatz für Anti-Thyreoglobulin-Antikörper -	900 102,60
Hormonbestimmung mittels Hochdruckflüssigkeitschromatographie, Gaschromatographie oder Säulenchromatographie und Photometrie.....		
	Katalog	570 64,98
4071	5-Hydroxyindollessigsäure (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 <i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>	

(noch Ziff. 9)

4079	Zuschlag zu den Leistungen nach den Nummern 4071 bis 4078 bei Anwendung der Gaschromatographie-Massenspektrometrie	350 39,90
4080	5-Hydroxyindollessigsäure (5-HIES), Farbreaktion und visuell, qualitativ.....	120 13,68
4081	Humanes Choriongonadotropin im Urin, Schwangerschaftstest (Nachweisgrenze des Tests kleiner als 500 U/l)	120 13,68
4082	Humanes Choriongonadotropin im Urin (HCG), Schwangerschaftstest (Nachweisgrenze des Tests kleiner als 50 U/l), Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve	140 15,96
4083	Luteotropin (LH) im Urin, Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve - oder Agglutination, im Rahmen einer künstlichen Befruchtung, je Bestimmung.....	570 64,98
4084	Gesamt-Östrogene im Urin, photometrisch	570 64,98
4085	Vanillinmandelsäure im Urin (VMA), Dünnschichtchromatographie, semiquantitativ.....	250 28,50
4086	Östrogenrezeptoren - einschließlich Aufbereitung -	1200 136,80
4087	Progesteronrezeptoren - einschließlich Aufbereitung -	1200 136,80
4088	Andere Hormonrezeptoren (z. B. Androgenrezeptoren) - einschließlich Aufbereitung -	1200 136,80
4089	Tumornekrosefaktorrezeptor (p55), Ligandenassay - einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	450 51,30

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.

(noch Ziff. 9)

4090	ACTH-Infusionstest (Zweimalige Bestimmung von Cortisol)	500	57,—
4091	ACTH-Kurztest (Zweimalige Bestimmung von Cortisol)	500	57,—
4092	Clonidintest (Zweimalige Bestimmung von Adrenalin/Noradrenalin im Plasma)	1140	129,96
4093	Cortisolagesprofil (Viernmalige Bestimmung von Cortisol)	1000	114,—
4094	CRF-Test (Dreimalige Bestimmung von Corticotropin und Cortisol)	2190	249,66
4095	D-Xylosetest (Einmalige Bestimmung von Xylose)	200	22,80
4096	Desferioxaminest (Einmalige Bestimmung von Eisen im Urin)	120	13,68
4097	Dexamethasonhemntest, Kurztest (Zweimalige Bestimmung von Cortisol)	500	57,—
4098	Dexamethasonhemntest, Verabreichung von jeweils 3 mg Dexamethason an drei aufeinander folgenden Tagen (Zweimalige Bestimmung von Cortisol)	500	57,—
4099	Dexamethasonhemntest, Verabreichung von jeweils 9 mg Dexamethason an drei aufeinander folgenden Tagen (Zweimalige Bestimmung von Cortisol)	500	57,—
4100	Fractionierte Magensekretionsanalyse mit Pentagastrin-stimulation (Viernmalige Titration von HCl)	280	31,92
4101	Glukosesuppressionstest (Sechsmalige Bestimmung von Glukose, Wachstumshormon und Insulin)	3840	437,76
4102	GHRH-Test (Sechsmalige Bestimmung von Wachstums-hormon)	2100	239,40
4103	HCG-Test (Zweimalige Bestimmung von Testosteron)	700	79,80
4104	Hungerversuch (Zweimalige Bestimmung von C-Peptid)	960	109,44
4105	Hungerversuch (Zweimalige Bestimmung von Insulin)	500	57,—
4106	Insulinhypoglykämietest (Sechsmalige Bestimmung von Glukose, Wachstumshormon und Cortisol)	3840	437,76
4107	Laktat-Ischämietest (Fünfmalige Bestimmung von Laktat)	900	102,60

(noch Ziff. 9)

4108	Laktose-Toleranztest (Fünfmalige Bestimmung von Glukose)	200	22,80
4109	LH-RH-Test (Zweimalige Bestimmung von LH und FSH)	1000	114,—
4110	MEGX-Test (Monoethylglycinyldid) (Zweimalige Bestimmung von MEGX)	500	57,—
4111	Metoclopramidtest (Zweimalige Bestimmung von Pro-laktin)	700	79,80
4112	Pentagastrintest (Sechsmalige Bestimmung von Calci-tonin)	2880	328,32
4113	Renin-Aldosteron-Stimulationstest (Zweimalige Bestimmung von Renin und Aldosteron)	1920	218,88
4114	Renin-Aldosteron-Suppressionstest (Zweimalige Bestimmung von Renin und Aldosteron)	1920	218,88
4115	Seitengetrennte Reninbestimmung (Viernmalige Bestimmung von Renin)	1920	218,88
4116	Sekretin-Pankreozymin-Evokationstest (Dreimalige Bestimmung von Amylase, Lipase, Trypsin und Bikarbonat)	1080	123,12
4117	TRH-Test (Zweimalige Bestimmung von TSH)	500	57,—
4118	Vitamin A-Resorptionstest (Zweimalige Bestimmung von Vitamin A)	720	82,08
16. Porphyrine und ihre Vorläufer			
4120	Delta-Aminolaevalinsäure (Delta-ALA, Delta-ALA), photometrisch und säulenchromatographisch	570	64,98
4121	Gesamt-Porphyrine, photometrisch	250	28,50
4122	Gesamt-Porphyrine, qualitativ	120	13,68
4123	Porphobilinogen (PBG, Hösch-Test, Schwarz-Watson-Test) mit Rückextraktion, Farbreaktion und visuell, qualitativ	60	6,84
4124	Porphobilinogen (PBG), photometrisch und säulenchromatographisch	570	64,98

(noch Ziff. 9)

4125	Porphyrinprofil (Urin, Stuhl, Erythrozyten), Hochdruckflüssigkeitschromatographie, je Material	570	64,98
4126	Porphyrinprofil (Urin, Stuhl, Erythrozyten), Dünnschichtchromatographie, je Material	460	52,44
17. Spurenelemente, Vitamine			
4130	Eisen im Urin, Atomabsorption	120	13,68
4131	Kupfer im Serum oder Plasma	40	4,56
4132	Kupfer im Urin, Atomabsorption	410	46,74
4133	Mangan, Atomabsorption, flammenlos	410	46,74
4134	Selen, Atomabsorption, flammenlos	410	46,74
4135	Zink, Atomabsorption	90	10,26
4138	25-Hydroxy-Vitamin D (25-OH-D, D2), Ligandenassay - einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve	480	54,72
4139	1,25-Dihydroxy-Vitamin D (1,25-(OH) ₂ D ₃ , Calcitriol), Ligandenassay - einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve	750	85,50
4140	Folsäure und/oder Vitamin B12, Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve	250	28,50
Untersuchung von Vitaminen mittels Hochdruckflüssigkeitschromatographie			
Katalog			
4141	Vitamin A	360	41,04
4142	Vitamin E		
Untersuchung von Vitaminen mittels Hochdruckflüssigkeitschromatographie			
Katalog			
4144	25-Hydroxy-Vitamin D (25-OH-D, D2)	570	64,98
4145	Vitamin B1		
4146	Vitamin B6		
4147	Vitamin K		

(noch Ziff. 9)

18. Arzneimittelkonzentrationen, exogene Gifte, Drogen			
Untersuchung mittels Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve			
Katalog			
4150	Amikacin	250	28,50
4151	Amphetamin		
4152	Azetaminophen		
4153	Barbiturate		
4154	Benzodiazepine		
4155	Cannabinoide		
4156	Carbamazepin		
4157	Chinin		
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	34,20

(noch Ziff. 9)

Untersuchung mittels Ligandenassay - einschließlich Vorhergehen-
der Säulenrennung, gegebenenfalls einschließlich Doppelbestim-
mung und aktueller Bezugskurve -

Katalog
4186 Amitriptylin
4187 Imipramin
4188 Nortriptylin

700 79,80

Untersuchung mittels Atomabsorption, flammenlos

Katalog
4190 Aluminium
4191 Arsen
4192 Blei
4193 Cadmium
4194 Chrom
4195 Gold
4196 Quecksilber
4197 Thallium
4198

410 46,74

Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand
*Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung an-
zugeben.*

Untersuchung mittels Hochdruckflüssigkeitschromatographie, je
Untersuchung

Katalog
4199 Amiodaron
4200 Antiepileptika (Ethosuximid und/oder Phenobarbital
und/oder Phenytoin und/oder Primidon)
4201 Chinidin
4202

360 41,04

Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand
*Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung an-
zugeben.*

Untersuchung mittels Hochdruckflüssigkeitschromatographie, je
Untersuchung

Katalog
4203 Antibiotika
4204 Antimykotika

450 51,30

Untersuchung mittels Gaschromatographie, je Untersuchung

Katalog
4206 Valproinsäure
4207 Ethanol
4208

410 46,74

Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand
*Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung an-
zugeben.*

(noch Ziff. 9)

4209 Untersuchung mittels Gaschromatographie nach Säulen-
extraktion und Derivatisierung zum Nachweis von exoge-
nen Giften, je Untersuchung

480 54,72

4210 Untersuchung von exogenen Giften mittels Gaschromato-
graphie-Massenspektrometrie, Bestätigungsanalyse, je
Untersuchung

900 102,60

4211 Ethanol, photometrisch

150 17,10

4212 Exogene Gifte, dünnstichtchromatographisches Scree-
ning, qualitativ oder semiquantitativ

250 28,50

4213 Identifikation von exogenen Giften mittels aufwendiger
Dünnstichtchromatographie mit standardkorrigierten R_F-
Werten, je Untersuchung

360 41,04

4214 Lithium

60 6,84

19. Antikörper gegen Bakterienantigene

Allgemeine Bestimmung

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

Qualitativer Nachweis von Antikörpern mittels Agglutinations-
oder Fällungsreaktion (z. B. Hämagglutination, Hämagglutinati-
onshemmung, Latex-Agglutination)

90 10,26

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 Salmoneellen-H-Antigene

4229 Salmoneellen-O-Antigene

4230 Staphylolysin

4231 Streptolysin

(noch Ziff. 9)

- 4232 Treponema pallidum (TPHA, Cardioliplimmikro-
flockungstest, VDRL-Test)
- 4233 Yersinien bis zu zwei Typen, je Typ
- 4234 Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand
*Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung an-
zugeben.*

Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Agglutinations-
oder Fällungsreaktion (z. B. Hämagglutination, Hämagglutinati-
onsstimmung, Latex-Agglutination).....

230 26,22

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 An-
tigen4245 Salmonellen-O-Antigene, bis zu vier Antigenen, je An-
tigen

4246 Staphylolysin

4247 Streptolysin

4248 Treponema pallidum (TPHA, Cardioliplimmikro-
flockungstest, VDRL-Test)

4249 Yersinien, bis zu zwei Typen, je Typ

4250 Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand
*Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung an-
zugeben.*

Qualitativer Nachweis von Antikörpern mittels Immunfluoreszenz
oder ähnlicher Untersuchungsmethoden.....

290 33,06

Katalog

Antikörper gegen

4251 Bordetella pertussis

4252 Borrelia burgdorferi

4253 Chlamydia trachomatis

4254 Coxiella burnetii

4255 Legionella pneumophila

4256 Leptospiren (IgA, IgG oder IgM)

4257 Mycoplasma pneumoniae

4258 Rickettsien

4259 Treponema pallidum (IgG und IgM) (FTA-Abs-Test)

(noch Ziff. 9)

- 4260 Treponema pallidum (IgM) (IgM-FTA-Abs-Test)
- 4261 Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand
*Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung an-
zugeben.*

Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Immunfluores-
zenz oder ähnlicher Untersuchungsmethoden.....

510 58,14

Katalog

Antikörper gegen

4263 Bordetella pertussis

4264 Borrelia burgdorferi

4265 Chlamydia trachomatis

4266 Coxiella burnetii

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 an-
zugeben.*

Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Immunfluores-
zenz oder ähnlicher Untersuchungsmethoden.....

800 91,20

Katalog

Antikörper gegen

4273 Treponema pallidum (IgM) (19S-IgM-FTA-Abs-Test)

Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Komplement-
bindungsreaktion (KBR).....

250 28,50

Katalog

Antikörper gegen

4275 Campylobacter

4276 Chlamydia psittaci (Ornithosegruppe)

4277 Chlamydia trachomatis

4278 Coxiella burnetii

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 an-
zugeben.*

(noch Ziff. 9)

Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Agglutinationsreaktion (z. B. Hämagglutination, Hämagglutinationshemmung, Latex-Agglutination) 240 27,36

Katalog

Antikörper gegen
4305 Epstein-Barr-Virus, heterophile Antikörper (Paul-Bunnell-Test) 240

4306 Röteln-Virus

4307 Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand
Die untersuchten Viren sind in der Rechnung anzugeben.

Qualitativer Nachweis von Antikörpern mittels Immunfluoreszenz oder ähnlicher Untersuchungsmethoden 290 33,06

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.

(noch Ziff. 9)

Bestimmung von Antikörpern mittels Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve 350 39,90

Katalog

Antikörper gegen

4286 Borrelia burgdorferi

4287 Campylobacter

4288 Coxiella burnetii

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 20,52

4294 Streptolysin, Hämolysehemmung 230 26,22

4295 Streptokokken-Desoxyribonuklease (Antistreptodornase, ADNase B), Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden 180 20,52

4296 Streptokokken-Desoxyribonuklease (Antistreptodornase, ADNase B), Farbreaktion und visuell 120 13,68

4297 Hyaluronidase, Farbreaktion und visuell, qualitativ 120 13,68

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 10,26

Katalog

Antikörper gegen

4300 Epstein-Barr-Virus, heterophile Antikörper (Paul-Bunnell-Test) 90

4301 Röteln-Virus

4302 Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand

Die untersuchten Viren sind in der Rechnung anzugeben.

(noch Ziff. 9)

Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Immunfluoreszenz oder ähnlicher Untersuchungsmethoden.....

510 58,14

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 Lympozytäres 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 Komplement-bindungsreaktion (KBR).....

250 28,50

Katalog

Antikörper gegen

4365 Adenoviren

4366 Coronaviren

4367 Influenza A-Virus

4368 Influenza B-Virus

4369 Influenza C-Virus

4370 Lympozytäres Choriomeningitis-Virus

4371 Parainfluenza-Virus 1

(noch Ziff. 9)

4371 a 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 Bezugs-kurve -.....

240 27,36

Katalog

Antikörper gegen

4378 Cytomegalie-Virus (IgG und IgM)

4379 FSME-Virus (IgG und IgM)

4380 HBc-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 Bezugs-kurve -.....

300 34,20

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

(noch Ziff. 9)

Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

Bestimmung von Antikörpern mittels Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugs-kurve - 350 39,90

Katalog

Antikörper gegen

4402 HBc-Antigen (IgM)

4403 HBs-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 Bezugs-kurve - 800 91,20

Katalog

Antikörper gegen

4405 Delta-Antigen

4406 Hepatitis C-Virus

Bestimmung von Antikörpern mittels anderer Methoden 400 45,60

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 Tiersu-fen) neben einer Gebühr für eine quantitative Untersuchung mittels Agglutinations- oder Fällungsreaktion bzw. Immunfluoreszenzuntersuchung (mehr als zwei Tiersu-fen) oder einer ähnlichen Untersuchungsmethode ist nicht zulässig.

Qualitativer Nachweis von Antikörpern mittels Immunfluoreszenz oder ähnlicher Untersuchungsmethoden 290 33,06

Katalog

Antikörper gegen

4415 Candida albicans

4416 Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand

Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

(noch Ziff. 9)

Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Immunfluoreszenz oder ähnlicher Untersuchungsmethoden 510 58,14

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 10,26

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 27,36

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 Tiersu-fen) neben einer Gebühr für eine quantitative Untersuchung mittels Agglutinations- oder Fällungsreaktion bzw. Immunfluoreszenzuntersuchung (mehr als zwei Tiersu-fen) oder einer ähnlichen Untersuchungsmethode ist nicht zulässig.

Qualitativer Nachweis von Antikörpern mittels Agglutinations- oder Fällungsreaktion (z. B. Hämagglutination, Hämagglutinationshemmung, Latex-Agglutination) 90 10,26

Katalog

Antikörper gegen

4430 Echinokokken

(noch Ziff. 9)

4431	Schistosomen	
4432	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand <i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung an- zugeben.</i>	240 27,36
Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Agglutinations- oder Fällungsreaktion (z. B. Hämagglutination, Hämagglutina- tionshemmung, Latex-Agglutination)		
Katalog		
4433	Antikörper gegen Echinokokken	
4436	Schistosomen	
4437	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand <i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung an- zugeben.</i>	

Qualitativer Nachweis von Antikörpern mittels Immunfluoreszenz oder ähnlicher Untersuchungsmethoden	290 33,06
--	-----------

Katalog		
4440	Antikörper gegen Entamoeba histolytica	
4441	Leishmanien	
4442	Plasmodien	
4443	Pneumocystis carinii	
4444	Schistosomen	
4445	Toxoplasma gondii	
4446	Trypanosoma cruzi	
4447	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand <i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung an- zugeben.</i>	

Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Immunfluores- zenz oder ähnlicher Untersuchungsmethoden	310 58,14
--	-----------

Katalog		
4448	Antikörper gegen Entamoeba histolytica	
4449	Leishmanien	
4450	Pneumocystis carinii	
4451	Plasmodien	
4452	Schistosomen	
4453	Toxoplasma gondii	
4454	Trypanosoma cruzi	
4455	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand <i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung an- zugeben.</i>	

(noch Ziff. 9)

Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Komplement- bindungsreaktion (KBR)	250 28,50
---	-----------

Katalog		
4456	Antikörper gegen Echinokokken	
4457	Entamoeba histolytica	
4458	Leishmanien	
4459	Toxoplasma gondii	
4460	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand <i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung an- zugeben.</i>	

Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	230 26,22
--	-----------

Katalog		
4461	Antikörper gegen Toxoplasma gondii	
4462	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand <i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung an- zugeben.</i>	

Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	350 39,90
--	-----------

Katalog		
4465	Antikörper gegen Entamoeba histolytica	
4466	Leishmanien	
4467	Schistosomen	
4468	Toxoplasma gondii	
4469	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand <i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung an- zugeben.</i>	

IV. Untersuchungen zum Nachweis und zur Charakterisierung von Krankheitserregern

Allgemeine Bestimmung

Werden Untersuchungen berechnet, die im methodischen Aufwand mit im Leistungs-
text konkret benannten Untersuchungen vergleichbar sind, so muß die Art der be-
rechneten Untersuchungen genau bezeichnet werden.

(noch Ziff. 9)

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 14,82

Katalog

4500 Beta-hämolysierende Streptokokken Typ B

4501 Häemophilus 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 10,26

Katalog

4506 Methyleneblaufärbung

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 12,54

Katalog

4510 Giemsa-Färbung (Punkiate)

4511 Gramfärbung (Liquor-, Blut-, Punkat-, 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 18,24

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 28,50

(noch Ziff. 9)

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 28,50

Katalog

4520

4521 Beta-hämolysierende Streptokokken der Gruppe B

4522 Enteropathogene Escherichia coli-Stämme

4523 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 9,12

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 11,40

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 CO₂-Atmosphäre, je Nährmedium..... 100 11,40

4533 Untersuchung zum Nachweis von Bakterien durch Anzüchtung oder Weiterzüchtung in anaerob oder mit kroetropäuler Atmosphäre, je Nährmedium..... 250 28,50

Eine mehr als viermalige Berechnung der Leistung nach Nummer 4533 bei Untersuchungen aus demselben Untersuchungsmaterial ist nicht zulässig.

(noch Ziff. 9)

4538	Untersuchung zum Nachweis von Bakterien durch Anzucht oder Weiterzucht auf Selektiv- oder Anreicherungsmedien, aerob (z. B. Blutagar mit Antibiotikazusätzen, Schokoladen-, Yersinien-, Columbia-, Kochsalz-Mannit-Agar, Thayer-Martin-Medium), je Nährmedium	120	13,68
<i>Eine mehr als viermalige Berechnung der Leistung nach Nummer 4538 bei Untersuchungen aus demselben Untersuchungsmaterial ist nicht zulässig.</i>			
4539	Untersuchung zum Nachweis von Bakterien durch besonders aufwendige Anzucht oder Weiterzucht auf Selektiv- oder Anreicherungsmedien (z. B. Campylobacter-, Legionellen-, Mycoplasmen-, Clostridium difficile-Agar), je Nährmedium	250	28,50
<i>Eine mehr als viermalige Berechnung der Leistung nach Nummer 4539 bei Untersuchungen aus demselben Untersuchungsmaterial ist nicht zulässig.</i>			
4540	Anzucht von Mykobakterien mit mindestens zwei festen und einem flüssigen Nährmedium, je Untersuchungsmaterial	400	45,60
4541	Untersuchung zum Nachweis von Chlamydien durch Anzucht auf Gewebekultur, je Ansatz	350	39,90
4542	Untersuchung zum Nachweis von bakteriellen Toxinen durch Anzucht auf Gewebekultur, je Untersuchung	250	28,50
4543	Untersuchung zum Nachweis von bakteriellen Toxinen durch Anzucht auf Gewebekultur mit Spezifitätsprüfung durch Neutralisationstest, je Untersuchung	500	57,—
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	6,84
4546	Identifizierung, Untersuchung von angezüchteten Bakterien mit aufwendigeren Verfahren (z. B. Astulinspaltung, Methylengrün, Nitratreduktion, Harnstoffspaltung, Koagulase-, CAMP-, O-F-, Ammen-, DNase-Test), je Test und Keim	120	13,68
4547	Identifizierung, Untersuchung von angezüchteten Bakterien mit Mehrtestverfahren (z. B. Kombination von Zitratt-, Kligler-, SIM-Agar), je Keim	120	13,68

(noch Ziff. 9)

4548	Identifizierung, Untersuchung von aerob angezüchteten Bakterien mittels bunter Reihe (bis zu acht Reaktionen), je Keim	160	18,24
4549	Identifizierung, Untersuchung von aerob angezüchteten Bakterien mittels erweiterter bunter Reihe - mindestens zwanzig Reaktionen -, je Keim	240	27,36
4550	Identifizierung, Untersuchung anaerob angezüchteter Bakterien mittels erweiterter bunter Reihe in anaerob oder mikroaerophiler Atmosphäre, je Keim	330	37,62
4551	Identifizierung, Untersuchung von Mykobakterium tuberculosis-Komplex mittels biochemischer Reaktionen	300	34,20
<i>Eine mehr als viermalige Berechnung der Leistung nach Nummer 4551 bei Untersuchungen aus demselben Untersuchungsmaterial ist nicht zulässig.</i>			
Lichtmikroskopische Untersuchung angezüchteter Bakterien - einschließlich Anfärbung -, qualitativ, je Untersuchung			
Katalog		60	6,84
4553	Gramfärbung (Bakterienkulturausstrich)		
4554	Neisser-Färbung (Bakterienkulturausstrich)		
4555	Ziehl-Neelsen-Färbung (Bakterienkulturausstrich)		
4556	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand		
<i>Die durchgeführten Färbungen sind in der Rechnung anzugeben.</i>			
4560	Lichtmikroskopische, immunologische Untersuchung von angezüchteten Bakterien - einschließlich Fluoreszenz-, Enzym- oder anderer Markierung -, je Antiserum	290	33,06
Untersuchung zum Nachweis von Bakterienantigenen mittels Ligandenassay (z. B. Enzym-, Radioimmunoassay) - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -, qualitativ, je Untersuchung			
Katalog		250	28,50
4561	Beta-hämolysierende Streptokokken		
4562	Enteropathogene Escherichia coli-Stämme		
4563	Legionellen		
4564	Neisseria meningitidis		
4565	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand		
<i>Die untersuchten Keime sind in der Rechnung anzugeben.</i>			
Untersuchung von angezüchteten Bakterien über Metabolprofil mittels Gaschromatographie, je Untersuchung			
Katalog		410	46,74
4567	Anaerobier		
4568	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand		

(noch Ziff. 9)

Die untersuchten Keime sind in der Rechnung anzugeben.

- 4570 Untersuchung von angezüchteten Bakterien über Metabolprofil (z. B. Fettsäureprofil) mittels Gaschromatographie - einschließlich aufwendiger Probenvorbereitung (z. B. Extraktion) und Derivatisierungsreaktion -, je Untersuchung..... 570 64,98
- 4571 Untersuchung von angezüchteten Bakterien mittels chromatographischer Analyse struktureller Komponenten, je Untersuchung..... 570 64,98
- Untersuchung von angezüchteten Bakterien mittels Agglutination (bis zu höchstens 15 Antisera je Keim), je Antiserum 120 13,68
- 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 (Bacteriophage oder ähnliche Methoden), je Untersuchung

- 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

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

(noch Ziff. 9)

d. Toxinnachweis

Untersuchung zum Nachweis von Bakterientoxinen mittels Ligan-denassay (z. B. Enzym-, Radioimmunoassay) - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -, je Untersuchung..... 250 28,50

- Katalog
- 4590 Clostridium difficile, tetani oder botulinum
- 4591 Enteropathogene Escherichia coli-Stämme
- 4592 Staphylococcus aureus
- 4593 Vibrien
- 4594 Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand
- Die untersuchten Keime sind in der Rechnung anzugeben.*

Untersuchung zum Nachweis von Bakterienantigenen oder -toxinen durch Präzipitation im Agaral mittels Antitoxinen, je Untersuchung..... 250 28,50

- 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 57,—

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 Ein-tauchobjektträgerkultur (z. B. Cult-dip Plus®, Dip-Slide®, Uricount®, Uricult®, Uriline®, Urotube®), semi-quantitativ, je Urinuntersuchung

60 6,84

4606 Untersuchung zur Bestimmung der Keimzahl in Flüssig-keiten mittels Oberflächenkulturen oder Plattenzählver-fahren nach quantitativer Aufbringung des Untersu-chungsmaterials, je Untersuchungsmaterial

250 28,50

4607 Untersuchung zum Nachweis von Hemmstoffen, je Mate-rial

60 6,84

(noch Ziff. 9)

f. Empfindlichkeitstestung

4610 Untersuchung zur Prüfung der Empfindlichkeit von Bakterien gegen Antibiotika und/oder Chemotherapeutika mittels semiquantitativem Agardiffusionstest und trägergebundenen Testsubstanzen (Pflüchertest), je geprüfter Substanz.....

20

2,28

Eine mehr als sechzehnmäßige 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

3,42

4612 Untersuchung zur Prüfung der Empfindlichkeit von Bakterien gegen Antibiotika und/oder Chemotherapeutika mittels semiquantitativen Antibiotikadilutionsstest (Agardilution oder MHK-Bestimmung), bis zu acht Substanzen, je geprüfter Substanz.....

50

5,70

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

8,55

4614 Untersuchung zur quantitativen Prüfung der Empfindlichkeit von Bakterien gegen Antibiotika und/oder Chemotherapeutika durch Anzählung in entsprechenden Flüssigkeiten und photometrische, turbidimetrische oder nephelometrische Messung (teil- oder vollmechanisierte Geräte), je Untersuchung.....

250

28,50

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

6,84

Katalog
4630 Rota-Viren

4631 Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand
Die untersuchten Viren sind in der Rechnung anzugeben.

(noch Ziff. 9)

Lichtmikroskopische Untersuchung im Nativmaterial zum Nachweis von Einschluß- oder Elementarkörperchen aus Zellmaterial - einschließlich Anfärbung -, qualitativ, je Untersuchung.....

80

9,12

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

33,06

4637 Elektronenmikroskopischer Nachweis und Identifizierung von Viren im Nativmaterial, je Untersuchung.....

3180

362,52

Ligandenassay (z. B. Enzym- oder Radioimmunoassay) - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -, zum Nachweis von viralen Antigenen im Nativmaterial, je Untersuchung.....

250

28,50

Katalog

4640 Adeno-Viren

4641 Hepatitis A-Viren

4642 Hepatitis B-Viren (HBs-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 Anzucht-ung auf Gewebekultur oder Gewebesubkultur, je Ansatz

450

51,30

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.

(noch Ziff. 9)

4665	Untersuchung zur Charakterisierung von Viren mittels einfacher Verfahren (z. B. Atherresistenz, Chloroformresistenz, pH3-Test), je Ansatz	250	28,50
4666	Identifizierung von Viren durch aufwendigere Verfahren (Hämabsorption, Hämagglutination, Hämagglutinationshemmung), je Ansatz	250	28,50
4667	Identifizierung von Viren durch Neutralisationstest, je Untersuchung	250	28,50
4668	Identifizierung von Virus-Antigenen durch Immunoblotting, je Untersuchung	330	37,62
4670	Lichtmikroskopische immunologische Untersuchung zur Identifizierung von Viren - einschließlich Fluoreszenz-, Enzym- oder anderer Markierung -, je Antiserum	290	33,06
4671	Elektronenmikroskopischer Nachweis und Identifizierung von Viren nach Anzüchtung, je Untersuchung	3180	362,52
Ligandenassay (z. B. Enzym- oder Radioimmunoassay) - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -, zum Nachweis von viralen Antigenen angereicherter Viren, je Untersuchung			
Katalog			
4675	Adeno-Viren	250	28,50
4676	Influenza-Viren		
4677	Parainfluenza-Viren		
4678	Rota-Viren		
4679	Respiratory syncytial virus		
4680	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand		
<i>Die untersuchten Viren sind in der Rechnung anzugeben.</i>			

3. Untersuchungen zum Nachweis und zur Charakterisierung von Pilzen

a. Untersuchungen im Nativmaterial

Untersuchungen zum Nachweis von Pilzantigenen mittels Agglutination, je Antiserum		120	13,68
Katalog			
4705	Aspergillus		
4706	Candida		
4707	Kryptokokkus neoformans		
4708	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand		
<i>Die untersuchten Pilze sind in der Rechnung anzugeben.</i>			

(noch Ziff. 9)

4710	Lichtmikroskopische Untersuchung zum Nachweis von Pilzen ohne Anfärbung im Nativmaterial, je Material	80	9,12
4711	Lichtmikroskopische Untersuchung zum Nachweis von Pilzen im Nativmaterial nach Präparation (z. B. Kallilauge) oder aufwendigerer Anfärbung (z. B. Färbung mit Fluorochromen, Baumwollblau-, Tuschefärbung), je Material	120	13,68
4712	Lichtmikroskopische immunologische Untersuchung zum Nachweis von Pilzen im Nativmaterial - einschließlich Fluoreszenz-, Enzym- oder anderer Markierung -, je Antiserum	290	33,06
4713	Untersuchung im Nativmaterial zum Nachweis von Pilzantigenen mittels Ligandenassay (z. B. Enzym- oder Radioimmunoassay) - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -, je Untersuchung	250	28,50
b. Züchtung			
4715	Untersuchung zum Nachweis von Pilzen durch An- oder Weiterzüchtung auf einfachen Nährmedien (z. B. Sabouraud-Agar), je Nährmedium	100	11,40
<i>Eine mehr als fünfmalige Berechnung der Leistung nach Nummer 4715 bei Untersuchungen aus demselben Untersuchungsmaterial ist nicht zulässig.</i>			
4716	Untersuchung zum Nachweis von Pilzen durch An- oder Weiterzüchtung auf aufwendigeren Nährmedien (z. B. Antibiotika-, Wachstoffsatz), je Nährmedium	120	13,68
<i>Eine mehr als fünfmalige Berechnung der Leistung nach Nummer 4716 bei Untersuchungen aus demselben Untersuchungsmaterial ist nicht zulässig.</i>			
4717	Züchtung von Pilzen auf Differenzierungsmedien (z. B. Harnstoff-, Stärkeagar), je Nährmedium	120	13,68
<i>Eine mehr als dreimalige Berechnung der Leistung nach Nummer 4717 je Pilz ist nicht zulässig.</i>			
c. Identifizierung/Charakterisierung			
4720	Identifizierung von angezüchteten Pilzen mittels Reichen- oder Mehrkammerverfahren bis zu fünf Reaktionen, je Pilz	120	13,68

(noch Ziff. 9)

4721 Identifizierung von angezüchteten Pilzen mittels Röhren- oder Mehrkammerverfahren mit mindestens sechs Reaktionen, je Pilz 250 28,50

4722 Lichtmikroskopische Identifizierung angezüchteter Pilze - einschließlich Anfärbung (z. B. Färbung mit Fluorochromen, Baumwollblau-, Tuschefärbung) -, je Untersuchung 120 13,68

4723 Lichtmikroskopische immunologische Untersuchung zur Identifizierung angezüchteter Pilze - einschließlich Fluoreszenz-, Enzym- oder anderer Markierung -, je Antiserum 290 33,06

4724 Untersuchung zur Identifizierung von Antigenen angezüchteter Pilze mittels Ligandenassay (z. B. Enzym- oder Radioimmunoassay) - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -, je Untersuchung 250 28,50

d. Empfindlichkeitsfestung

4727 Untersuchung zur Prüfung der Empfindlichkeit von angezüchteten Pilzen gegen Antimykotika und/oder Chemotherapeutika mittels trägergebundener Testsubstanzen, je Pilz 120 13,68

4728 Untersuchung zur Prüfung der Empfindlichkeit von angezüchteten Pilzen gegen Antimykotika und/oder Chemotherapeutika mittels Reihenverdünnungstest, je Reihenverdünnungstest 250 28,50

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 Methyleneblaufärbung) - gegebenenfalls einschließlich spezieller Beleuchtungsverfahren (z. B. Phasenkontrast) -, qualitativ, je Untersuchung 120 13,68

Katalog

4740 Amöben

4741 Lamblien

4742 Sarcopes 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 Methyleneblaufärbung) - gegebenenfalls einschließlich spezieller Beleuchtungsverfahren (z. B. Phasenkontrast) -, nach einfacher Anreicherung (z. B. Sedimentation, Filtration, Kochsalaufschwemmung), qualitativ, je Untersuchung 160 18,24

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 28,50

Katalog

4753 Giemsa-Färbung (Blutausstrich)(z. B. Malaria-Plasmodien)

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 Methyleneblaufärbung) oder speziellen Beleuchtungsverfahren (z. B. Phasenkontrast), nach aufwendiger Anreicherung oder Vorbereitung (z. B. Schlüpfversuch, Formalin-Äther-Verfahren), qualitativ, je Untersuchung 200 22,80

4757 Lichtmikroskopische Untersuchung zum Nachweis von Parasiten, ohne oder mit einfacher Anfärbung (z. B. Lugol-Färbung- oder Methyleneblaufärbung) 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 28,50

4758 Lichtmikroskopische immunologische Untersuchung zum Nachweis von Parasiten im Nativmaterial - einschließlich Fluoreszenz-, Enzym- oder anderer Markierung -, je Antiserum 290 33,06

4759 Ligandenassay (z. B. Enzym-, Radioimmunoassay) - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -, zum Nachweis von Parasitenantigenen im Nativmaterial, je Untersuchung 250 28,50

(noch Ziff. 9)

b. Züchtung

Untersuchung zum Nachweis von Parasiten durch Züchtung auf Kulturmedien, je Untersuchung.....	250	28,50
Katalog		
4760 Amöben		
4761 Lamblien		
4762 Trichomonaden		
4763 Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand <i>Die untersuchten Parasiten sind in der Rechnung anzugeben.</i>		

c. Identifizierung

Lichtmikroskopische Untersuchung zur Identifizierung von Parasiten nach Anzucht, je Untersuchung	120	13,68
Katalog		
4765 Trichomonaden		
4766 Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand <i>Die untersuchten Parasiten sind in der Rechnung anzugeben.</i>		
4768 Ligandenassay (z. B. Enzym- oder Radioimmunoassay) - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -, zum Nachweis von Parasitenantigenen, je Untersuchung	250	28,50

d. Xenodiagnostische Untersuchungen

Xenodiagnostische Untersuchung zum Nachweis von parasitären Krankheitserregern, je Untersuchung	250	28,50
Katalog		
4770 Trypanosoma cruzi		
4771 Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand <i>Die untersuchten Parasiten sind in der Rechnung anzugeben.</i>		

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 (Naivmaterial oder Material nach Anzucht) sowie der untersuchte Mikroorganismus (Bakterium, Virus, Pilz oder Parasit) in der Rechnung anzugeben.

(noch Ziff. 9)

4780 Isolierung von Nukleinsäuren.....	900	102,60
4781 Verdau (Spaltung) isolierter Nukleinsäuren mit Restriktionsenzymen, je Enzym.....	150	17,10
4782 Enzymatische Transkription von RNA mittels reverser Transkriptase.....	500	57,—
4783 Amplifikation von Nukleinsäuren oder Nukleinsäurefragmenten mit Polymerasekettenreaktion (PCR).....	500	57,—
4784 Amplifikation von Nukleinsäuren oder Nukleinsäurefragmenten mit geschachtelter Polymerasekettenreaktion (nested PCR)	1000	114,—
4785 Identifizierung von Nukleinsäurefragmenten durch Hybridisierung mit radioaktiv oder nichtradioaktiv markierten Sonden und nachfolgender Detektion, je Sonde...	300	34,20
4786 Trennung von Nukleinsäurefragmenten mittels elektrophoretischer Methoden und anschließendem Transfer auf Trägermaterialien (z. B. Dot-Blot, Slot-Blot)	600	68,40
4787 Identifizierung von Nukleinsäurefragmenten durch Sequenzierung.....	2000	228,—

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 18,24*

(noch Ziff. 9)

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.

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.

1. Skelett

(noch Ziff. 9)

Zähne 5000	Zähne, je Projektion.....	50	5,70
	Werden mehrere Zähne mittels einer Röntgenaufnahme erfaßt, so darf die Leistung nach Nummer 5000 nur ein- mal und nicht je aufgenommenem Zahn berechnet wer- den.		
5002	Panoramaaufnahme(n) eines Kiefers.....	250	28,50
5004	Panoramaaufnahme der Kiefer.....	400	45,60
Finger oder Zehen 5010	jeweils in zwei Ebenen.....	180	20,52
5011	ergänzende Ebene(n).....	60	6,84
	Werden mehrere Finger oder Zehen mittels einer Rönt- genaufnahme erfaßt, so dürfen die Leistungen nach den Nummern 5010 und 5011 nur einmal und nicht je auf- genommenem Finger oder Zehen berechnet werden.		
Handgelenk, Mittelhand, alle Finger einer Hand, Sprunggelenk, Fußwurzel und/oder Mittelfuß, Kniegelenk 5020	jeweils in zwei Ebenen.....	220	25,08
5021	ergänzende Ebene(n).....	80	9,12
	Werden mehrere der in der Leistungsbeschreibung ge- nannten 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, Unter- schenkel, Kniegelenk, ganze Hand oder ganzer Fuß, Gelenke der Schulter, Schlüsselbein, Beckenteilaufnahme, Kreuzbein oder Hüftgelenk 5030	jeweils in zwei Ebenen.....	360	41,04
5031	ergänzende Ebene(n).....	100	11,40
	Werden mehrere der in der Leistungsbeschreibung ge- nannten 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	18,24

Die Leistung nach Nummer 5035 ist je Skeletteil und Sit-
zung nur einmal berechnungsfähig. Das untersuchte Ske-
letteil ist in der Rechnung anzugeben.

Die Leistung nach Nummer 5035 ist neben den Leistun-
gen nach den Nummern 5000 bis 5031 und 5037 bis 5121
nicht berechnungsfähig.

(noch Ziff. 9)

5037	Bestimmung des Skeletalters - gegebenenfalls einschließlich Berechnung der prospektiven Endgröße, einschließlich der zugehörigen Röntgendiagnostik und gutachterlichen Beurteilung	300	34,20
5040	Beckenübersicht	300	34,20
5041	Beckenübersicht bei einem Kind bis zum vollendeten 14. Lebensjahr	200	22,80
5050	Kontrastuntersuchung eines Hüftgelenks, Kniegelenks oder Schultergelenks, einschließlich Punktion, Sichtkanalanästhesie und Kontrastmitteleinbringung - gegebenenfalls einschließlich Durchleuchtung(en)	950	108,30
5060	Kontrastuntersuchung eines Kiefergelenks, einschließlich Punktion, Sichtkanalanästhesie und Kontrastmitteleinbringung - gegebenenfalls einschließlich Durchleuchtung(en)	500	57,--
5070	Kontrastuntersuchung der übrigen Gelenke, einschließlich Punktion, Sichtkanalanästhesie und Kontrastmitteleinbringung - gegebenenfalls einschließlich Durchleuchtung(en) - je Gelenk	400	45,60
5090	Schädel-Übersicht, in zwei Ebenen	400	45,60
5095	Schädeltelle in Spezialprojektionen, je Teil	200	22,80
5098	Nasennebenhöhlen - gegebenenfalls auch in mehreren Ebenen	260	29,64
5100	Halswirbelsäule, in zwei Ebenen	300	34,20
5101	ergänzende Ebene(n)	160	18,24
5105	Brust- oder Lendenwirbelsäule, in zwei Ebenen, je Teil	400	45,60
5106	ergänzende Ebene(n)	180	20,52
5110	Ganzaufnahme der Wirbelsäule oder einer Extremität	500	57,--
5111	ergänzende Ebene(n)	200	22,80

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.

(noch Ziff. 9)

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	45,60
5120	Rippen einer Thoraxhälfte, Schulterblatt oder Brustbein, in einer Ebene	260	29,64
5121	ergänzende Ebene(n)	140	15,96
2. Hals- und Brustorgane			
5130	Halsorgane oder Mundboden - gegebenenfalls in mehreren Ebenen	280	31,92
5135	Brustorgane-Übersicht, in einer Ebene	280	31,92
Die Leistung nach Nummer 5135 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig.			
5137	Brustorgane-Übersicht - gegebenenfalls einschließlich Breitschulter und Durchleuchtung(en) - in mehreren Ebenen	450	51,30
5139	Teil der Brustorgane	180	20,52
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	11,40
3. Bauch- und Verdauungsorgane			
5150	Speiseröhre, gegebenenfalls einschließlich Ösophago-gastraler Übergang, Kontrastuntersuchung (auch Doppelkontrast) - einschließlich Durchleuchtung(en) - als selbständige Leistung	550	62,70
5157	Oberer Verdauungstrakt (Speiseröhre, Magen, Zwölffingerdarm und oberer Abschnitt des Dünndarms), Monokonstrastuntersuchung - einschließlich Durchleuchtung(en)	700	79,80
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	136,80

(noch Ziff. 5)

5159	Zuschlag zu den Leistungen nach den Nummern 5157 und 5158 bei Erweiterung der Untersuchung bis zum Ileozökalgabiet	300	34,20
5163	Dünndarmkontrastuntersuchung mit im Bereich der Flexura duodeno-jejunalis endender Sonde - einschließlich Durchleuchtung(en)	1300	148,20
5165	Monokontrastuntersuchung von Teilen des Dickdarms - einschließlich Durchleuchtung(en)	700	79,80
5166	Dickdarmdoppelkontrastuntersuchung - einschließlich Durchleuchtung(en)	1400	159,60
5167	Defäkographie nach Markierung der benachbarten Hohlorgane - einschließlich Durchleuchtung(en)	1000	114,—
5168	Pharyngographie unter Verwendung kinematographischer Techniken - einschließlich Durchleuchtung(en) - , als selbständige Leistung	800	91,20
5169	Pharyngographie unter Verwendung kinematographischer Techniken - einschließlich Durchleuchtung(en) und einschließlich der Darstellung der gesamten Speiseröhre - ...	1100	125,40
5170	Kontrastuntersuchung von Gallenblase und/oder Gallenwegen und/oder Pankreasgängen	400	45,60
5190	Bauchübersicht, in einer Ebene oder Projektion	300	34,20
	<i>Die Leistung nach Nummer 5190 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig.</i>		
5191	Bauchübersicht, in zwei oder mehr Ebenen oder Projektionen	300	34,20
5192	Bauchteilaufnahme - gegebenenfalls in mehreren Ebenen oder Spezialprojektionen	300	34,20
5200	Harntraktkontrastuntersuchung - einschließlich intraveser Verabreichung des Kontrastmittels	300	34,20
5201	Ergänzende Ebene(n) oder Projektion(en) im Anschluß an die Leistung nach Nummer 5200 - gegebenenfalls einschließlich Durchleuchtung(en) -	300	34,20
5220	Harntraktkontrastuntersuchung - einschließlich retrograder Verabreichung des Kontrastmittels, gegebenenfalls einschließlich Durchleuchtung(en) - , je Seite	300	34,20

(noch Ziff. 9)

5230	Harnröhren- und/oder Harnblasenkontrastuntersuchung (Urethrozystographie) - einschließlich retrograder Verabreichung des Kontrastmittels, gegebenenfalls einschließlich Durchleuchtung(en) - , als selbständige Leistung	300	34,20
5235	Refluxzystiographie - einschließlich retrograder Verabreichung des Kontrastmittels, einschließlich Miktionsaufnahmen und gegebenenfalls einschließlich Durchleuchtung(en) - , als selbständige Leistung	500	57,—
5250	Gebärmutter- und/oder Eileiterkontrastuntersuchung - einschließlich Durchleuchtung(en)	400	45,60
	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	45,60
	<i>Die Leistung nach Nummer 5260 ist nicht berechnungsfähig für Untersuchungen des Harntrakts, der Gebärmutter und Eileiter sowie der Gallenblase.</i>		
5265	Mammographie einer Seite, in einer Ebene	300	34,20
	<i>Die Leistung nach Nummer 5265 ist je Seite und Sitzung nur einmal berechnungsfähig.</i>		
5266	Mammographie einer Seite, in zwei Ebenen	450	51,30
5267	Ergänzende Ebene(n) oder Spezialprojektion(en) im Anschluß an die Leistung nach Nummer 5266	150	17,10
5280	Myelographie	750	85,50
5285	Bronchographie - einschließlich Durchleuchtung(en) -	450	51,30
5290	Schichtaufnahme(n) (Tomographie), bis zu fünf Strahlenrichtungen oder Projektionen, je Strahlenrichtung oder Projektion	650	74,10
5295	Durchleuchtung(en), als selbständige Leistung	240	27,36
5298	Zuschlag zu den Leistungen nach den Nummern 5010 bis 5290 bei Anwendung digitaler Radiographie (Bildverstärker-Radiographie)		

(noch Ziff. 9)

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	228,—
5301	Zweite bis dritte Serie im Anschluß an die Leistung nach Nummer 5300, je Serie.....	400	45,60
	<i>Bei der angiographischen Darstellung von Hirnversorgenden Arterien ist auch die vierte bis sechste Serie jeweils nach Nummer 5301 berechnungsfähig.</i>		
5302	Weitere Serien im Anschluß an die Leistungen nach den Nummern 5300 und 5301, insgesamt.....	600	68,40
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	114,—
5304	Zweite bis dritte Serie im Anschluß an die Leistung nach Nummer 5303, je Serie.....	200	22,80
	<i>Bei der angiographischen Darstellung von Hirnversorgenden Arterien ist auch die vierte bis sechste Serie jeweils nach Nummer 5304 berechnungsfähig.</i>		
5305	Weitere Serien im Anschluß an die Leistungen nach den Nummern 5303 und 5304, insgesamt.....	300	34,20
5306	Serienangiographie im Bereich des Beckens und beider Beine, eine Serie.....	2000	228,—
5307	Zweite Serie im Anschluß an die Leistung nach Nummer 5306.....	600	68,40

(noch Ziff. 9)

5308	Weitere Serien im Anschluß an die Leistungen nach den Nummern 5306 und 5307, insgesamt.....	800	91,20
	<i>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.</i>		
	<i>Werden die Leistungen nach den Nummern 5306 bis 5308 im zeitlichen Zusammenhang mit einer oder mehreren Leistungen nach den Nummern 5300 bis 5305 erbracht, sind die Leistungen nach den Nummern 5306 bis 5308 nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.</i>		
5309	Serienangiographie einer Extremität, eine Serie.....	1800	205,20
5310	Weitere Serien im Anschluß an die Leistung nach Nummer 5309, insgesamt.....	600	68,40
5311	Serienangiographie einer weiteren Extremität im zeitlichen Zusammenhang mit der Leistung nach Nummer 5309, eine Serie.....	1000	114,—
5312	Weitere Serien im Anschluß an die Leistung nach Nummer 5311, insgesamt.....	600	68,40
5313	Angiographie der Becken- und Belfgefäße in Großkas- seten-Technik, je Sitzung.....	800	91,20
	<i>Die Leistung nach Nummer 5313 ist neben den Leistungen nach den Nummern 5300 bis 5312 sowie 5315 bis 5339 nicht berechnungsfähig.</i>		
5315	Angiokardiographie einer Herzhälfte, eine Serie.....	2200	250,80
	<i>Die Leistung nach Nummer 5315 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig.</i>		
5316	Angiokardiographie beider Herzhälften, eine Serie.....	3000	342,—
	<i>Die Leistung nach Nummer 5316 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig.</i>		
	<i>Neben der Leistung nach Nummer 5316 ist die Leistung nach Nummer 5315 nicht berechnungsfähig.</i>		
5317	Zweite bis dritte Serie im Anschluß an die Leistungen nach den Nummern 5315 oder 5316, je Serie.....	400	45,60
5318	Weitere Serien im Anschluß an die Leistung nach Nummer 5317, insgesamt.....	600	68,40

(noch Ziff. 9)

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 Cine-technik, eine Serie..... 2400 273,60

Die Leistungen nach den Nummern 5324 und 5325 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.

5325 Selektive Koronarangiographie aller Herzkranzgefäße oder Bypasses mittels Cine-technik, eine Serie..... 3000 342,—

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 45,60

5327 Zusätzliche Linksventrikulographie bei selektiver Koronarangiographie..... 1000 114,—

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 136,80

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 182,40

5330 Venographie einer Extremität..... 750 85,50

5331 Ergänzende Projektion(en) (insbesondere des zentralen Abfußgebiets) im Anschluß an die Leistung nach Nummer 5330, insgesamt 200 22,80

5335 Zuschlag zu den Leistungen nach den Nummern 5300 bis 5331 bei computergestützter Analyse und Abbildung 800 91,20

Der Zuschlag nach Nummer 5335 kann je Untersuchungsstag unabhängig von der Anzahl der Einzeluntersuchungen nur einmal und nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnet werden.

5338 Lymphographie, je Extremität..... 1000 114,—

(noch Ziff. 9)

5339 Ergänzende Projektion(en) im Anschluß an die Leistung nach Nummer 5338 - einschließlich Durchleuchtung(en) - , insgesamt..... 250 28,50

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 319,20

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 68,40

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 433,20

Neben der Leistung nach Nummer 5348 sind die Leistungen nach den Nummern 350 bis 361 sowie 5295 nicht berechnungsfähig.

(noch Ziff. 9)

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 114,—

Neben der Leistung nach Nummer 5349 sind die Leistungen nach den Nummern 350 bis 361 sowie 5295 nicht 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 57,—

5352 Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5351 bei Lysebehandlung der hirnversorgenden Arterien 1000 114,—

5353 Perkutane transluminale Dilatation und Rekanalisation von Venen - einschließlich Kontrastmitteleinbringungen und Durchleuchtung(en) im zeitlichen Zusammenhang mit dem gesamten Eingriff - 2000 228,—

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 22,80

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 (Athertomie, Laser), zusätzlich zur perkutanen transluminale Dilatation - einschließlich Kontrastmitteleinbringungen und Durchleuchtung(en) im zeitlichen Zusammenhang mit dem gesamten Eingriff - 2000 228,—

Neben der Leistung nach Nummer 5355 sind die Leistungen nach den Nummern 344 bis 361, 5295 sowie 5300 bis 5327 nicht berechnungsfähig.

(noch Ziff. 9)

5356 Einbringung von Gefäßstützen oder Anwendung alternativer Angioplastiemethoden (Athertomie, Laser), zusätzlich zur perkutanen transluminale Dilatation einer Koronararterie - einschließlich Kontrastmitteleinbringungen und Durchleuchtung(en) im zeitlichen Zusammenhang mit dem gesamten Eingriff - 2500 285,—

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 399,—

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 513,—

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 285,—

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 228,—

Neben der Leistung nach Nummer 5360 sind die Leistungen nach den Nummern 344 bis 347, 5295 sowie 5329 bis 5331 nicht berechnungsfähig.

(noch Ziff. 9)

- 5361 Transhepatische Drainage und/oder Dilatation von Gallengängen - einschließlich Kontrastmitteleinbringung(en) und cholangiographischer Kontrollen im zeitlichen Zusammenhang mit dem gesamten Eingriff - 2600 296,40

Neben der Leistung nach Nummer 5361 sind die Leistungen nach den Nummern 370, 5170 sowie 5295 nicht berechnungsfähig.

7. Computertomographie

Allgemeine Bestimmungen

Die Leistungen nach den Nummern 5369 bis 5375 sind je Sitzung jeweils nur einmal berechnungsfähig.

Die Nebeneinanderberechnung von Leistungen nach den Nummern 5370 bis 5374 ist in der Rechnung gesondert zu begründen. Bei Nebeneinanderberechnung von Leistungen nach den Nummern 5370 bis 5374 ist der Höchstwert nach Nummer 5369 zu beachten.

- 5369 Höchstwert für Leistungen nach den Nummern 5370 bis 5374 3000 342,—

Die im einzelnen erbrachten Leistungen sind in der Rechnung anzugeben.

- 5370 Computergesteuerte Tomographie im Kopfbereich - gegebenenfalls einschließlich des kranio-zervikalen Übergangs - 2000 228,—
- 5371 Computergesteuerte Tomographie im Hals- und/oder Thoraxbereich 2300 262,20
- 5372 Computergesteuerte Tomographie im Abdominalbereich 2600 296,40
- 5373 Computergesteuerte Tomographie des Skeletts (Wirbelsäule, Extremitäten oder Gelenke bzw. Gelenkpaare) 1900 216,60
- 5374 Computergesteuerte Tomographie der Zwischenwirbelsäule im Bereich der Hals-, Brust- und/oder Lendenwirbelsäule - gegebenenfalls einschließlich der Übergangsregionen - 1900 216,60
- 5375 Computergesteuerte Tomographie der Aorta in ihrer gesamten Länge 2000 228,—

(noch Ziff. 9)

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 57,—
- 5377 Zuschlag für computergesteuerte Analyse - einschließlich speziell nachfolgender 3D-Rekonstruktion - 800 91,20
- Der Zuschlag nach Nummer 5377 ist nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.*
- 5378 Computergesteuerte Tomographie zur Bestrahlungsplanung oder zu interventionellen Maßnahmen 1000 114,—
- 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 300 34,20

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.

(noch Ziff. 9)

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 | 39,90 |
| 5401 | Szintigraphische Untersuchung (Schilddrüse) - einschließlich quantitativer Untersuchung -, mit Bestimmung der globalen, gegebenenfalls auch der regionalen Radionuklidaufnahme in der Schilddrüse mit Gammaamera und Meßwertverarbeitungssystem als Jodclearance-Äquivalent - einschließlich individueller Kalibrierung und Qualitätskontrollen (z. B. Bestimmung der injizierten Aktivität) - - - - - | 1300 | 148,20 |

(noch Ziff. 9)

- | | | | |
|--|---|------|--------|
| 5402 | Radiojodkurtest bis zu 24 Stunden (Schilddrüse) - gegebenenfalls einschließlich Blutaktivitätsbestimmungen und/oder szintigraphischer Untersuchung(en) - - - - - | 1000 | 114,- |
| <i>Die Leistungen nach den Nummern 5400 bis 5402 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.</i> | | | |
| 5403 | Radiojodtest (Schilddrüse) vor Radiojodtherapie mit 131I mit mindestens drei zeitlichen Meßpunkten, davon zwei später als 24 Stunden nach Verabreichung - gegebenenfalls einschließlich Blutaktivitätsbestimmungen - - - - - | 1200 | 136,80 |
| <i>Die Leistungen nach den Nummern 5402 und 5403 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.</i> | | | |
| b. Gehirn | | | |
| 5410 | Szintigraphische Untersuchung des Gehirns - - - - - | 1200 | 136,80 |
| 5411 | Szintigraphische Untersuchung des Liquorraums - - - - - | 900 | 102,60 |
| <i>Für die Leistung nach Nummer 5411 sind zwei Wiederholungsuntersuchungen zugelassen, davon eine später als 24 Stunden nach Einbringung(en) des radioaktiven Stoffes.</i> | | | |
| c. Lunge | | | |
| 5415 | Szintigraphische Untersuchung der Lungenperfusion - mindestens vier Sichten/Projektionen -, insgesamt - - - - - | 1300 | 148,20 |
| 5416 | Szintigraphische Untersuchung der Lungenbelüftung mit Inhalation radioaktiver Gase, Aerosole oder Stäube - - - - - | 1300 | 148,20 |
| 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 | 136,80 |
| 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 | 433,20 |

(noch Ziff. 9)

Neben der Leistung nach Nummer 5421 ist bei zusätzlicher Erste-Passage-Untersuchung die Leistung nach Nummer 5473 berechnungsfähig.

5422 Szintigraphische Untersuchung des Myokards mit myokardialen Tracern in Ruhe - gegebenenfalls einschließlich EKG im zeitlichen Zusammenhang mit der Untersuchung - 1000 114,—

Die Leistungen nach den Nummern 5422 und 5423 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.

5423 Szintigraphische Untersuchung des Myokards mit myokardialen Tracern unter körperlicher oder pharmakologischer Stimulation - gegebenenfalls einschließlich EKG im zeitlichen Zusammenhang mit der Untersuchung - 2000 228,—

5424 Szintigraphische Untersuchung des Myokards mit myokardialen Tracern in Ruhe und unter körperlicher oder pharmakologischer Stimulation - gegebenenfalls einschließlich EKG im zeitlichen Zusammenhang mit der Untersuchung - 2800 319,20

Neben der Leistung nach Nummer 5424 sind die Leistungen nach den Nummern 5422 und/oder 5423 nicht berechnungsfähig.

e. Knochen- und Knochenmarkszintigraphie

5425 Ganzkörperknochenszintigraphie, Schädel und Körperstamm in zwei Sichten/Projektionen - einschließlich der proximalen Extremitäten, gegebenenfalls einschließlich der distalen Extremitäten - 2250 256,50

5426 Teilkörperknochenszintigraphie - gegebenenfalls einschließlich der kontralateralen Seite - 1260 143,64

5427 Zusätzliche szintigraphische Abbildung des regionalen Blutpools (Zweit-Phasenszintigraphie) - mindestens zwei Aufnahmen - 400 45,60

5428 Ganzkörperknochenszintigraphie, Schädel und Körperstamm in zwei Sichten/Projektionen - einschließlich der proximalen Extremitäten, gegebenenfalls einschließlich der distalen Extremitäten - 2250 256,50

(noch Ziff. 9)

f. Tumorszintigraphie

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

5430 eine Region 1200 136,80

5431 Ganzkörper (Stamm und/oder Extremitäten) 2250 256,50

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 Einzelieren-Clearance - gegebenenfalls einschließlich Blutaktivitätsbestimmungen und Vergleich mit Standards - 2800 319,20

5441 Perfusionsszintigraphie der Nieren - einschließlich semi-quantitativer oder quantitativer Auswertung - 1600 182,40

5442 Statische Nierenszintigraphie 600 68,40

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 Diuresis) - 700 79,80

5444 Quantitative Clearanceuntersuchungen der Nieren an Sondenmeßplätzen - gegebenenfalls einschließlich Registrierung mehrerer Kurven und Blutaktivitätsbestimmungen - 1000 114,—

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

(noch Ziff. 9)

h. Endokrine Organe

5450 Szintigraphische Untersuchung von endokrin aktivem Gewebe - mit Ausnahme der Schilddrüse 1000 114,—

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, Blutungsquellenuche, Nachweis eines Meckel'schen Divertikels) 1300 148,20

5456 Szintigraphische Untersuchung von Leber und/oder Milz (z. B. mit Kolloiden, gallengängigen Substanzen, Erythrozyten), in mehreren Ebenen 1300 148,20

j. Hämatologie, Angiologie

5460 Szintigraphische Untersuchung von großen Gefäßen und/oder deren Stromgebieten - gegebenenfalls einschließlich der kontralateralen Seite -900 102,60

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 250,80

5462 Bestimmung von Lebenszeit und Kinetik zellulärer Blutbestandteile - einschließlich Blutaktivitätsbestimmungen - 2200 250,80

5463 Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5462, bei Bestimmung des Abauorts 500 57,—

(noch Ziff. 9)

Szintigraphische Suche nach Entzündungsherden oder Thromben mit Radiogallium, markierten Eiweißen, Zellen oder monoklonalen Antikörpern

5465 eine Region 1260 143,64
5466 Ganzkörper (Stamm und Extremitäten) 2250 256,50

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 Verlust von körpereigenen Stoffen (durch Bilanzierung nach radioaktiver Markierung) und/oder von radioaktiv markierten Analoga, in Blut, Urin, Faeces oder Liquor - einschließlich notwendiger Radioaktivitätsmessungen über dem Verteilungsraum 950 108,30

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 950 108,30

5473 Funktionsszintigraphie - einschließlich Sequenzszintigraphie und Erstellung von Zeit-Radioaktivitätskurven aus ROI und quantifizierender Berechnung (z. B. von Transitzellen, Impulsratenquotienten, Perfusionsindex, Auswurfiraktion aus Erster-Radiomuklid-Passage) - 900 102,60

Die Leistung nach Nummer 5473 ist neben den Leistungen nach den Nummern 5460 und 5481 nicht berechnungsfähig.

5474 Nachweis inkorporierter unbekannter Radionuklide 1350 153,90

m. Mineralgehalt

5475 Quantitative Bestimmung des Mineralgehalts im Skelett (Osteodensitometrie) in einzelnen oder mehreren repräsentativen Extremitäten- oder Stammskelettabschnitten mittels Dual-Photonen-Absorptionstechnik 300 34,20

(noch Ziff. 9)

n. Ergänzungsleistungen

Allgemeine Bestimmung

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

5480	Quantitative Bestimmung von Impulsen/Impulsraten- dichte (Fläche, Pixel, Voxel) mittels Gammakamera mit Messwertverarbeitung - mindestens zwei ROI -	750	85,50
5481	Sequenzsintigraphie - mindestens sechs Bilder in schnel- ler Folge -	680	77,52
5483	Subtraktionssintigraphie oder zusätzliche Organ- oder Blutpoolsintigraphie als anatomische Ortsmarkierung....	680	77,52
5484	In-vitro-Markierung von Blutzellen, (z. B. Erythrozyten, Leukozyten, Thrombozyten) - einschließlich erforderli- cher In-vitro-Qualitätskontrollen -	1300	148,20
5485	Messung mit dem Ganzkörperzähler - gegebenenfalls ein- schließlich quantitativer Analysen von Gammaspektren -	980	111,72

o. Emissions-Computer-Tomographie

5486	Single-Photonen-Emissions-Computertomographie (SPECT) mit Darstellung in drei Ebenen	1200	136,80
5487	Single-Photonen-Emissions-Computertomographie (SPECT) mit Darstellung in drei Ebenen und regionaler Quantifizierung.....	2000	228,—
5488	Positronen-Emissions-Tomographie (PET) - gegebenen- falls einschließlich Darstellung in mehreren Ebenen -	6000	684,—
5489	Positronen-Emissions-Tomographie (PET) mit quantifi- zierender Auswertung - gegebenenfalls einschließlich Darstellung in mehreren Ebenen -	7500	855,—

2. Therapeutische Leistungen
(Anwendung offener Radionuklide)

5600	Radiojodtherapie von Schilddrüsenerkrankungen	2480	282,72
5602	Radionuklidtherapie bei Erkrankungen der blutbild- enden Organe.....	1350	153,90

(noch Ziff. 9)

5603	Behandlung von Knochenmetastasen mit knochenaffinen Radiopharmazeutika	1080	123,12
5604	Instillation von Radiopharmazeutika in Körperhöhlen, Gelenke oder Hohlorgane.....	2700	307,80
5605	Tumorbehandlung mit radioaktiv markierten, metabolisch aktiven oder rezeptorgerichteten Substanzen oder Anti- körpern.....	2250	256,50
5606	Quantitative Bestimmung der Therapieradioaktivität zur Anwendung eines individuellen Dosiskonzepts - ein- schließlich Berechnungen auf Grund von Vormessungen - <i>Die Leistung nach Nummer 5606 ist nur bei Zugrunde- legen einer Leistung nach den Nummern 5600, 5603 und/oder 5605 berechnungsfähig.</i>	900	102,60

5607	Posttherapeutische Bestimmung von Herddosen - ein- schließlich Berechnungen auf Grund von Messungen der Kinetik der Therapieradioaktivität -	1620	184,68
------	--	------	--------

*Die Leistung nach Nummer 5607 ist nur bei Zugrunde-
legen einer Leistung nach den Nummern 5600, 5603
und/oder 5605 berechnungsfähig.*

III. Magnetresonanztomographie

Allgemeine Bestimmungen

Die Leistungen nach den Nummern 5700 bis 5735 sind je Sitzung jeweils nur einmal berechnungsfähig.

Die Nebeneinanderberechnung von Leistungen nach den Nummern 5700 bis 5730 ist in der Rechnung gesondert zu begründen. Bei Nebeneinanderberechnung von Leistungen nach den Nummern 5700 bis 5730 ist der Höchstwert nach Nummer 5735 zu be-
achten.

5700	Magnetresonanztomographie im Bereich des Kopfes - ge- gebenenfalls einschließlich des Halses -, in zwei Projek- tionen, davon mindestens eine Projektion unter Einschluss T2-gewichteter Aufnahmen.....	4400	501,60
5705	Magnetresonanztomographie im Bereich der Wirbelsäule, in zwei Projektionen.....	4200	478,80
5715	Magnetresonanztomographie im Bereich des Thorax - gegebenenfalls einschließlich des Halses -, der Thora- xorgane und/oder der Aorta in ihrer gesamten Länge	4300	490,20

(noch Ziff. 9)

5720	Magnetresonanztomographie im Bereich des Abdomens und/oder des Beckens	4400	501,60
5721	Magnetresonanztomographie der Mamma(e)	4000	456,—
5729	Magnetresonanztomographie eines oder mehrerer Gelenke oder Abschnitte von Extremitäten	2400	273,60
5730	Magnetresonanztomographie einer oder mehrerer Extremität(en) mit Darstellung von mindestens zwei großen Gelenken einer Extremität	4000	456,—

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 Kontrastmittelinbringung, Darstellung von Arterien als MR-Angiographie) ...	1000	114,—
5732	Zuschlag zu den Leistungen nach den Nummern 5700 bis 5730 für Positionswechsel und/oder Spaltenwechsel	1000	114,—

Der Zuschlag nach Nummer 5732 ist nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.

5733	Zuschlag für computergesteuerte Analyse (z. B. Kinetik, 3D-Rekonstruktion)	800	91,20
------	--	-----	-------

Der Zuschlag nach Nummer 5733 ist nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.

5735	Höchstwert für Leistungen nach den Nummern 5700 bis 5730	6000	684,—
------	--	------	-------

Die im einzelnen erbrachten Leistungen sind in der Rechnung anzugeben.

IV. Strahlentherapie

Allgemeine Bestimmungen

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

(noch Ziff. 9)

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 Steinfeld 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 Bestrahlungsfractionen.

1. Strahlenbehandlung dermatologischer Erkrankungen

5800	Erstellung eines Bestrahlungsplans für die Strahlenbehandlung nach den Nummern 5802 bis 5806, je Bestrahlungsserie	250	28,50
------	--	-----	-------

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.

Ordnungsvollstrahlenbehandlung (10 bis 100 kV Röntgenstrahlen)			
5802	Bestrahlung von bis zu zwei Bestrahlungsfeldern bzw. Zielvolumina, je Fraktion	200	22,80
5803	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5802 bei Bestrahlung von mehr als zwei Bestrahlungsfeldern bzw. Zielvolumina, je Fraktion	100	11,40

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	114,—
5806	Strahlenbehandlung der gesamten Haut mit schnellen Elektronen, je Fraktion	2000	228,—

(noch Ziff. 9)

2. Orthovolt- oder Hochvoltstrahlenbehandlung

5810 Erstellung eines Bestrahlungsplans für die Strahlenbehandlung nach den Nummern 5812 und 5813, je Bestrahlungsserie 200 22,80

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 21,66

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 900 102,60

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 171,—

(noch Ziff. 9)

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 57,—

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 228,—

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 82,08

5835 Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5834 bei Bestrahlung mit Großfeld oder von mehr als zwei Strahleneintrittsfeldern, je Fraktion 120 13,68

5836 Bestrahlung mittels Beschleuniger mit bis zu zwei Strahleneintrittsfeldern - gegebenenfalls unter Anwendung von vorgefertigten, wiederverwendbaren Ausblendungen -, je Fraktion 1000 114,—

5837 Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5836 bei Bestrahlung mit Großfeld oder von mehr als zwei Strahleneintrittsfeldern, je Fraktion 120 13,68

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

(noch Ziff. 9)

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	171,—
<i>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).</i>			
5841	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5840 bei individueller Berechnung der Dosisverteilung mit Hilfe eines Prozedurrechners, je Bestrahlungsserie	2000	228,—
<i>Der Zuschlag nach Nummer 5841 ist nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.</i>			
5842	Brachytherapie an der Körperoberfläche - einschließlich Bestrahlungsplanung, gegebenenfalls einschließlich Fotodokumentation -, je Fraktion	300	34,20
5844	Intrakavitäre Brachytherapie, je Fraktion	1000	114,—
5846	Interstitialle Brachytherapie, je Fraktion	2100	239,40
5. Besonders aufwendige Bestrahlungstechniken			
5851	Ganzkörperstrahlenbehandlung vor Knochenmarktransplantation - einschließlich Bestrahlungsplanung -	6900	786,60
<i>Die Leistung nach Nummer 5851 ist unabhängig von der Anzahl der Fraktionen insgesamt nur einmal berechnungsfähig.</i>			
5852	Oberflächen-Hyperthermie, je Fraktion	1000	114,—
5853	Halbtiefen-Hyperthermie, je Fraktion	2000	228,—
5854	Tiefen-Hyperthermie, je Fraktion	2490	283,86

Die Leistungen nach den Nummern 5852 bis 5854 sind nur in Verbindung mit einer Strahlenbehandlung oder einer regionalen intravenösen oder intraarteriellen Chemotherapie und nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.

(noch Ziff. 9)

5855 Intraoperative Strahlenbehandlung mit Elektronen..... 6900 786,60*

57. Abschnitt Q wird gestrichen.

(noch Ziff. 9)

Begründungen zu Änderungen im Gebührenverzeichnis an den mit einem * bezeichneten Stellen:

Zu Artikel 1 Abs. 2 Nr. 2 Abschnitt B I Nr. 3 (Allgemeine Beratungen und Untersuchungen) (vgl. Seite 8)

Zur Klarstellung des Leistungsumfanges und zur Vorbeugung gegen ungerechtfertigte Mengenausweitungen mit hohen Kostenfolgen sind die Abrechnungsbestimmungen aus der Nummer 1b der bisherigen Gebührenordnung zumindest teilweise beizubehalten und ist die Erbringung dieser Leistung in ihrer Häufigkeit grundsätzlich zu begrenzen. Die Zulässigkeit paralleler Abrechnung u.a. auch der Nummer 5 - neu - rechtfertigt die Absenkung der Punktzahl gegenüber der Regierungsvorlage. Die Bewertung der Nummer 3 ist ein Beitrag zur Förderung der "Sprechenden Medizin".

Zu Artikel 1 Abs. 2 Nr. 2 Abschnitt B II (Zuschläge zu Beratungen und Untersuchungen nach den Nummern 1, 3, 4, 5, 6, 7 oder 8) (vgl. Seite 11)

Ziel des Absatzes 1 Satz 4 - neu - der Allgemeinen Bestimmungen ist die Beschränkung der beim durchlaufenden Krankenhausbetrieb entstehenden Nacht-, Samstags-, Sonn- und Feiertagszuschläge auf den Kreis der genannten Ärzte.

Zu Artikel 1 Abs. 2 Nr. 2 Abschnitt B III Nummer 31 - neu - (Spezielle Beratungen und Untersuchungen) (vgl. Seite 15)

Diese Regelung knüpft an die Einführung der Ziffer 30 an. Homöopathisch-ärztliche Behandlung erfordert die genaue Einschätzung des Krankheitsverlaufes. Insbesondere bei chronisch Kranken, vor allem mit Mehrfachdiagnosen, muß jedoch die Neuverordnung zulässig sein.

Die vorgesehene Abstufung verspricht erhöhte Transparenz für homöopathisches Arbeiten, weitergehenden Schutz vor Mißbrauch der Abrechnungsbestimmung und einen Beitrag zur Ausgabenverminderung unter Beachtung der Grundsätze homöopathisch-ärztlicher Arbeitsweise.

(noch Ziff. 9)

Zu Artikel 1 Abs. 2 Nr. 2 Abschnitt B V Allgemeine Bestimmungen (Zuschläge zu den Leistungen nach den Nummern 45 bis 62) (vgl. Seite 19)

Die von der Verordnung bereits hinter dem Buchstaben H vorgesehene Abrechnungsbestimmung wird auch auf die Zuschläge F und G ausgedehnt, um Kumulationseffekte und damit übermäßige Kostensteigerungen infolge der Zuschlagsmöglichkeiten einzuschränken.

Zu Artikel 1 Abs. 2 Nr. 3 Abschnitt C V Nr. 391 (Impfungen und Testungen) (vgl. Seite 33)

Die Einschränkung der Abrechnungsmöglichkeiten für Intrakutantests entspricht der Abrechnungsbestimmung für Pricktests hinter der Nummer 387.

Zu Artikel 1 Abs. 2 Nr. 3 Abschnitt C VII Nr. 435 (Intensivmedizinische und sonstige Leistungen) (vgl. Seite 37)

Die Erweiterung der Abrechnungsbestimmung ist eine Folgeänderung der neu eingefügten Abrechnungsbestimmung zu Nummer 3055 des Gebührenverzeichnisses, mit der klargestellt wird, daß die Leistung nach Nummer 3055 nicht neben der Leistung nach Nummer 435 abgerechnet werden kann.

Zu Artikel 1 Abs. 2 Nr. 13a - neu - (Nummer 659 - neu - des Gebührenverzeichnisses) (vgl. Seite 43)

Die Abwertung von bislang 1.050 Punkten auf nunmehr 400 Punkte entspricht der Wertigkeit der Leistung unter Berücksichtigung ärztlichen Aufwandes.

(noch Ziff. 9)

Zu Artikel 1 Abs. 2 Nr. 41a - neu - (Allgemeine Bestimmungen nach der Überschrift "L. Chirurgie, Orthopädie" des Gebührenverzeichnisses) (vgl. Seite 48)

Folgeänderung zu § 4 Abs. 2a - neu - der Verordnung.

Zu Artikel 1 Abs. 2 Nr. 49a - neu - (Einfügung nach der Nummer 3055 des Gebührenverzeichnisses) (vgl. Seite 50)

Die Leistungsbeschreibung der Nummer 3055 sieht z.Zt eine stundenweise Vergütung für die Überwachung einer assistierenden Zirkulation ohne Bezug zu einem bestimmten Verfahren vor. Mit der Entwicklung des medizinischen Fortschrittes wurden seit Einbeziehung dieser Leistung in die GOÄ im Jahre 1982 aber eine Reihe von Verfahren in die breite Versorgung eingeführt sowie die Anwendung dieser Verfahren auch über die eigentliche Operation hinaus im Rahmen der Intensivbehandlung zum Teil über einen Zeitraum von mehreren Wochen ermöglicht.

Angesichts der undifferenzierten und nicht mehr dem Stand der medizinischen Versorgung angepaßten Leistungsbeschreibung und -bewertung der Nummer 3055 sowie der beabsichtigten Einführung von Fallpauschalen und Sonderentgelten auch im Bereich der Herzchirurgie ist eine umfassende Überarbeitung der Gebührenposition 3055 notwendig. Dies kann jedoch sinnvollerweise erst im Zusammenhang mit der beabsichtigten Überarbeitung der bislang noch nicht in die Novellierung einbezogenen GOÄ-Abschnitte im vorgesehenen zweiten Novellierungsschritt erfolgen.

Um unangemessen hohe Vergütungsforderungen, die z.B. bei der Berechnung neben der Tagespauschale für die intensivmedizinische Behandlung (Leistung nach Nummer 435) entstehen können, zu verhindern, wird die Berechenbarkeit der Leistung nach Nummer 3055 außerhalb von Operationen ausgeschlossen.

(noch Ziff. 9)

Zu Artikel 1 Abs. 2 Nummer 52 (Abschnitt MI nach Nummer 3503 des Gebührenverzeichnisses) (vgl. Seite 54)

Die Verordnung sieht 70 Punkte vor. Die Abwertung auf 60 Punkte entspricht Aufwand und Wertigkeit der Leistung.

Zu Artikel 1 Abs. 2 Nummer 56 Abschnitt O I 7 Computertomographie (Allgemeine Bestimmungen - neu - Nummern 5369 - neu -, 5372 und 5380 des Gebührenverzeichnisses) (vgl. Seiten 123/124)

Die Ergänzungen sind unter der Zielsetzung der Einschränkung von Kumulationseffekten und der Begrenzung von Abrechnungsmöglichkeiten zu sehen. Darüber hinaus dienen sowohl die Ergänzung durch allgemeine Bestimmungen als auch die Einführung einer neuen Nummer 5369 der Transparenz. Die Änderungen verfolgen ferner das Ziel, schon durch die gesonderte Begründungspflicht als solche auf das Verordnungs- und Abrechnungsverhalten der Ärzteschaft dämpfend einzuwirken.

Bei der Streichung der Abrechnungsbestimmung hinter der Nummer 5372 handelt es sich um eine Folgeänderung.

Die Senkung des Punktwertes der Nummer 5380 von 400 auf 300 Punkte entspricht der Wertigkeit einer ohnedies fachlich umstrittenen Leistung.

Zu Artikel 1 Abs. 2 Nr. 56 (Abschnitt O II 1 in Nummer 5475 des Gebührenverzeichnisses) (vgl. Seite 130)

Die Senkung des Punktwertes ist eine zwangsläufige Folge der in der Nummer 5380 bereits vorgesehenen Absenkung.

(noch Ziff. 9)

Zu Artikel 1 Abs. 2 Nr. 56 Abschnitt 0 III Magnetresonanztomographie (Allgemeine Bestimmungen und Nummer 5735 - neu - des Gebührenverzeichnisses)
(vgl. Seiten 132/133)

Die Einführung einer allgemeinen Bestimmung und eines Höchstwertes mit der neuen Nummer 5735 sind erforderlich, um die Transparenz ärztlichen Handelns zu steigern, auf ärztliches Verordnungs- und Abrechnungsverhalten dämpfend einzuwirken und um Kumulationseffekte zu begrenzen.

10. Zu Artikel 4 (Inkrafttreten)

Artikel 4 wird wie folgt gefaßt:

"Artikel 4

Inkrafttreten

Diese Verordnung tritt am 1. Januar 1996 in Kraft."

Folgeänderung:

In Artikel 3 wird Satz 2 gestrichen und die Überschrift wie folgt gefaßt:

"Übergangsvorschrift"

Begründung:

Das nunmehr ins Auge gefaßte Inkrafttreten der Novellierung am 1. Januar 1996 ermöglicht eine zeitnahe Umsetzung der Neuregelung, ohne zugleich unangemessen kurz zu befristen.

Infolge des nunmehr zeitgleich vorgesehenen Inkrafttretens auch im Hinblick auf die Punktwertanhebung in § 5 Abs. 1 Satz 3 GOÄ ist Satz 2 des Artikels 3 in der Fassung des Regierungsentwurfs gegenstandslos.

B.

**Der federführende Gesundheitsausschuß,
der Finanzausschuß,
der Ausschuß für Innere Angelegenheiten und
der Ausschuß für Kulturfragen**

empfehlen dem Bundesrat ferner die Annahme nachstehender Entschließungen:

11. Die Bundesregierung wird gebeten, zu den strukturellen und finanziellen Auswirkungen der jetzt in die GOÄ eingefügten und aus der Sicht des Bundesrates noch erforderlichen Änderungen bis spätestens 1. Oktober 1998 einen Bericht zu erstatten.
12. Der Bericht sollte insbesondere zu folgenden Problembereichen Aussagen treffen:
 - Angleichung der privatärztlichen an die vertragsärztlichen Leistungsdefinitionen und Tarife,
 - Auswirkungen der verstärkten Ausprägung des Komplexleistungsprinzips und Vorschläge zur weiteren Verstärkung entsprechend § 87 Absatz 2 a SGB V,
 - Begrenzung der Chefarztliquidation auf höchstpersönlich erbrachte Leistungen sowie zu einem Liquidationsrecht nachgeordneter Krankenhausärzte,
 - Neuordnung der Laborleistungen,
 - Ambulantes Operieren im Krankenhaus und durch niedergelassene Ärzte,
 - Höherbewertung der "sprechenden Medizin",
 - Änderungen des Abdingungsverhaltens der Ärzte, finanzielle und mengenmäßige Auswirkungen,
 - Durchsetzbarkeit eines Standardtarifs nach § 257 Abs. 2a Nr. 2 SGB V,
 - Finanzielle Auswirkungen auf die öffentlichen Haushalte.

13. Die Bundesregierung wird aufgefordert darauf hinzuwirken, daß in § 11 Bundesärztleordnung Festgebühren ermöglicht werden.
14. Die Bundesregierung wird ferner gebeten, unter Einbeziehung der Länder, der Bundesärztekammer und des Verbandes der privaten Krankenversicherung zu prüfen, ob es sich empfiehlt, das derzeitig staatlich verordnete Gebührensystem durch ein Vergütungssystem (mit staatlicher Zwangsschlichtung) abzulösen, das gesamtvertraglich zwischen Leistungsanbieter- und Kostenerstattungsseite vereinbart wird.

Die Bundesregierung wird gebeten, hierzu bis zum 1. Oktober 1997 einen Bericht zu erstatten.

Begründung gegenüber dem Plenum:

Die Entwicklung des staatlich verordneten privatärztlichen Gebührenrechts seit 1983 wirft die naheliegende Frage auf, ob die Fortschreibung dieses Systems im Verordnungswege im Hinblick auf die Schwierigkeit und Langwierigkeit dieser Entwicklung, auch unter Kostengesichtspunkten, noch zeitgerecht ist. Für eine Änderung des gegenwärtigen Systems im vorgeschlagenen Sinne könnte insbesondere sprechen, daß die Interessen der Ärzte und der Zahlungspflichtigen einerseits durch die verfaßte Ärzteschaft (Bundesärztekammer), andererseits durch die Träger und Verbände der Kostenerstattungsseite (Beihilfeträger, Verband der privaten Krankenversicherung) gleichgewichtig repräsentiert werden, so daß adäquate Verhandlungs- und Gesamtvertragslösungen als erreichbar erscheinen. Der Bundesgesetzgeber müßte zur allseitigen Verbindlichkeit derartiger Gesamtvertragslösungen lediglich die erforderlichen gesetzlichen Grundlagen schaffen.

(noch Ziff. 14)

Für ein derartiges, in "Selbstverwaltung" der betroffenen Kreise vereinbartes Gebührensystem spricht auch das im Grundsatz bewährte analoge Vorbild im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung.

Im übrigen sind Überlegungen in der vorgeschlagenen Richtung auch deshalb geboten, weil die vorgeschlagene Alternative, wenn sich ihre Realisierung empfiehlt, ein sinnvoller Beitrag zur "Entstaatlichung" wäre. Der Gedanke liegt jedenfalls nahe, daß sich der Staat unter den gegebenen Umständen in diesem Bereich auf eine subsidiäre Rolle zurückzieht, indem er außer den erforderlichen gesetzlichen Grundlagen die notwendigen gesetzlichen Vorkehrungen und Instrumente für eine Zwangsschlichtung im Falle der Nichteinigung der Gesamtvertragsparteien vorsieht und ggf. einsetzt.

15. Die Bundesregierung wird gebeten, bei der Bundesärztekammer darauf hinzuwirken, daß diese auch künftig analoge Bewertungen gem. § 6 Absatz 2 GOÄ nach Bedarf erarbeitet und veröffentlicht.

Angesichts des schnellen medizinischen Fortschritts dienen solche Bewertungen der Kammer der Rechtssicherheit.

16. Die Bundesregierung wird gebeten, in der bevorstehenden Neufassung der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) klarzustellen, daß Nr. 3 des Gebührenverzeichnisses GOÄ - auch als Einzelleistung - von Zahnärzten nicht berechnet werden kann.

+

03.11.95

Beschluß
des Bundesrates

Vierte Verordnung zur Änderung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)

Der Bundesrat hat in seiner 690. Sitzung am 3. November 1995 beschlossen, der Verordnung gemäß Artikel 80 Abs. 2 des Grundgesetzes nach Maßgabe der sich aus der Anlage ergebenden Änderungen zuzustimmen.

Der Bundesrat hat ferner die aus der Anlage ersichtlichen Entschließungen gefaßt.

Anlage

Änderungen
und
EntschlieBungen
zur
Vierten Verordnung zur Änderung der Gebührenordnung für Ärzte
(GOÄ)

1. Zu Artikel 1 Abs. 1 (Einleitungsformel)

In Artikel 1 Abs. 1 werden nach der Artikelüberschrift in der Einleitungsformel die Worte "zuletzt geändert durch Artikel 20 des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266)" durch die Worte "zuletzt geändert durch Artikel 3 des Gesetzes vom 21. August 1995 (BGBl. I S. 1050)" ersetzt.

Begründung:

Redaktionelle Anpassung an den Stand der letzten Änderung.

2. Zu Artikel 1 Abs. 1 Nr. 1 (§ 2 Abs. 1)

In Artikel 1 Abs. 1 Nr. 1 wird in § 2 Abs. 1 nach Satz 1 folgender Satz eingefügt: "Für Leistungen nach § 5a ist eine Vereinbarung nach Satz 1 ausgeschlossen." Die bisherigen Sätze 2 und 3 werden Satz 3 und 4.

Begründung:

Redaktionelle Anpassung an die durch Artikel 3 Nr. 1 des Gesetzes vom 21. August 1995 (BGBl. I S. 1050) eingetretene Rechtsänderung.

3. Zu Artikel 1 Abs. 1 Nr. 1 (§ 2 Abs. 3 - neu -)

In Artikel 1 Abs. 1 Nr. 1 wird in § 2 folgender Absatz 3 angefügt:

"(3) Für Leistungen nach den Abschnitten A, E, M und O ist eine Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 1 unzulässig. Im übrigen ist bei vollstationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären wahlärztlichen Leistungen eine Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 1 nur für vom Wahlarzt höchstpersönlich erbrachte Leistungen zulässig."

Begründung:

Zielsetzung eines entsprechenden Beschlusses des Gesundheitsausschusses des Bundesrates war es, Abdingungen künftig nur für Luxusbehandlungen zu ermöglichen. In Erörterungen mit der Bundesregierung hat sich herausgestellt, daß die Verwirklichung dieser Absicht zu diesem Zeitpunkt nicht möglich ist. Es wird deshalb eine Lösung vorgeschlagen, die unterhalb des Beschlusses des Gesundheitsausschusses bleibt, die von der Gesundheitsministerkonferenz verfolgte Zielsetzung jedoch noch hinreichend deutlich anstrebt.

Danach dürfen sich sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich Abdingungen nicht auf Leistungen nach den technischen Abschnitten A, E, M und O erstrecken; im stationären Bereich sind Abdingungen nur für die Fälle zulässig, in denen der Wahlarzt auch tatsächlich in eigener Person - höchstpersönlich - behandelt.

4. Zu Artikel 1 Abs. 1 Nr. 2 (§ 4 Abs. 2 Satz 3 Nr. 3)

In Artikel 1 Abs. 1 Nr. 2 werden in § 4 Abs. 2 Satz 3 Nr. 3 die Worte "und 252" durch die Worte ", 252, 271 und 272" ersetzt.

Begründung:

Es handelt sich um Infusionsleistungen, die im Krankenhaus Routinesache sind. Deshalb ist es sachgerecht, sie nur beschränkt zur Wahlarztabrechnung zuzulassen.

5. Zu Artikel 1 Abs. 1 Nr. 2 (§ 4 Abs. 2 Satz 3 nach Nummer 3)

In Artikel 1 Abs. 1 Nr. 2 werden in § 4 Abs. 2 Satz 3 nach der Nummer 3 nach den Worten "wenn diese nicht durch den Wahlarzt oder dessen" die Worte "vor Abschluß des Wahlarztvertrages dem Patienten benannten" eingefügt:

Begründung:

Die von der Bundesregierung vorgesehene Verschärfung des Höchstpersönlichkeitsprinzips des § 4 Abs. 2 wird dahin gehend verdeutlicht, daß die Fiktion eigener Leistungserbringung in den in den Nummern 1 bis 3 genannten Fällen zusätzlich nur dann gilt, wenn insoweit die Benennung vor Vertragsschluß vorgenommen worden ist.

6. Zu Artikel 1 Abs. 1 Nr. 2 (§ 4 Abs. 2 Satz 5 und 6, Abs. 2a - neu -)

Zu Artikel 1 Abs. 2 Nr. 41a - neu - (Allgemeine Bestimmungen nach der Überschrift

"L. Chirurgie, Orthopädie")

In Artikel 1 Abs. 1 Nr. 2 werden in § 4 Abs. 2 Satz 5 und 6 gestrichen; nach § 4 Abs. 2 wird folgender Absatz 2a - neu - eingefügt:

"(2a) 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. Dies gilt auch für die zur Erbringung der im Gebührenverzeichnis aufgeführten operativen Leistungen methodisch notwendigen operativen Einzelschritte. Die Rufbereitschaft sowie das Bereitstehen eines Arztes oder Arztteams sind nicht berechnungsfähig."

Begründung:

Neu gegenüber der Regierungsvorlage ist lediglich Satz 2 in Absatz 2a. Dieser Satz war im Referentenentwurf bereits enthalten. Er dient der Klarstellung und Verdeutlichung der Anwendung des Ziel- oder Komplexleistungsprinzips auch im operativen Bereich.

Als notwendige Folgeänderung werden in Artikel 1 Abs. 2 Nummer 41a - neu - die Allgemeinen Bestimmungen zu Abschnitt L des Gebührenverzeichnisses entsprechend gefaßt.

7. Zu Artikel 1 Abs. 1 Nr. 3 Buchstabe a Doppelbuchstabe bb (§ 5 Abs. 1 Satz 3)

Artikel 1 Abs. 1 Nr. 3 Buchstabe a Doppelbuchstabe bb wird wie folgt gefaßt:

'bb) In Satz 3 wird das Wort "elf" durch die Zahl "11,4" ersetzt.'

Begründung:

Im Hinblick auf die zwischenzeitlich eingetretene Verzögerung ist eine in ihrem Umfang der Verordnung entsprechende Punktwertanhebung sachgerecht.

Als notwendige Folgeänderung des nunmehr zeitgleich mit den strukturellen Änderungen der GOÄ vorgesehenen Inkrafttretens der Punktwertanhebung zum 1. Januar 1996 werden die in Artikel 1 Abs. 2 der Verordnung (Gebührenverzeichnis) noch auf der Grundlage eines Punktwerts von 11 Pfennigen ausgewiesenen Gebührenbeträge an den neuen Punktwert angepaßt. Aus Gründen der Transparenz wird hierzu Artikel 1 Abs. 2 insgesamt neu gefaßt.

Soweit über die reine Neuberechnung der Gebühren hinaus Textänderungen zur Regierungsvorlage im Gebührenverzeichnis vorgenommen werden, sind diese im Gebührenverzeichnis durch *) gekennzeichnet.

8. Zu Artikel 1 Abs. 1 Nr. 3 Buchstabe d - neu - (§ 5 Abs. 5 - neu -)
Zu Artikel 1 Abs. 1 Nr. 3 Buchstabe a Doppelbuchstabe aa (§ 5 Abs. 1 Satz 1)

In Artikel 1 Abs. 1 Nr. 3 wird folgender Buchstabe d angefügt:

'd) Nach Absatz 4 wird folgender Absatz 5 angefügt:

*(5) Bei wahlärztlichen Leistungen, die weder von dem Wahlarzt noch von dessen vor Abschluß des Wahlarztvertrages dem Patienten benannten ständigen ärztlichen Vertreter persönlich erbracht werden, tritt an die Stelle des Dreieinhalbfachen des Gebührensatzes nach § 5 Abs. 1 Satz 1 das 2,3fache des Gebührensatzes und an die Stelle des Zweieinhalbfachen des Gebührensatzes nach § 5 Abs. 3 Satz 1 das 1,8fache des Gebührensatzes."

Folgeänderung:

In Artikel 1 Abs. 1 Nr. 3 Buchstabe a Doppelbuchstabe aa werden die Worte "und 4" durch die Worte "bis 5" ersetzt.

Begründung:

Dem Grundsatz höchstpersönlicher Verpflichtung aufgrund eines Wahlarztvertrages folgend begrenzt § 4 Abs. 2 Satz 3 (neu) die Vertretungsmöglichkeit des liquidationsberechtigten Arztes (Chefarzt) auf dessen vor Abschluß des Wahlarztvertrages dem Patienten benannten ständigen ärztlichen Vertreter. Die Vertretungsmöglichkeiten werden damit jedoch nur für die Fälle bestimmter Leistungen nach den im einzelnen aufgeführten Nummern des Gebührenverzeichnisses eingeengt.

In allen anderen Fällen ist eine weitergehende Vertretung durch jeden beliebigen Arzt in den Grenzen des Vertragsrechts zulässig. Um den liquidationsberechtigten Ärzten diese Vertretungsmöglichkeiten zu erhalten - wofür in vielen Zuschriften sehr viele Gründe ins Feld geführt worden sind -, sollen diese Vertretungsmöglichkeiten auch nicht beschränkt werden. Unangemessen wäre es jedoch, auch insoweit den Patienten im Rahmen des allgemeinen vollen Gebührenrahmens zahlungspflichtig zu halten. Es wird deshalb vorgesehen, für alle nicht in § 4 Abs. 2 Satz 3 (neu) ausgeschlossenen Fälle einer zulässigen weitergehenden Vertretung den Gebührenrahmen auf den bislang üblichen Schwellenwert einzuengen. Zugleich wird hierdurch die Wertigkeit persönlicher Chefarztbehandlung in bislang unbekannter Deutlichkeit für jedermann verständlich unterstrichen.

Die Gestaltungsmöglichkeiten für den liquidierenden Arzt sehen beim Wahlarztvertrag mithin wie folgt aus:

- * Abdingungsverbot bei nicht höchstpersönlicher Leistungserbringung
- * Voller Gebührenrahmen bei Leistungserbringung durch den Chefarzt oder dessen vor Abschluß des Wahlarztvertrages dem Patienten benannten ständigen ärztlichen Vertreter
- * Gebührenrahmen bis zum jeweiligen Schwellenwert für alle übrigen Fälle.

9. Zu Artikel 1 Abs. 2 (Gebührenverzeichnis für ärztliche Leistungen)

Artikel 1 Abs. 2 wird wie folgt gefaßt:

(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 9,12

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 3,42

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 - 150 17,10

Die Leistung nach Nummer 3 (Dauer mindestens 10 Minuten) ist nur berechnungsfähig als einzige Leistung oder im Zusammenhang mit einer Untersuchung nach den Nummern 5, 6, 7, 8, 800 oder 801. Eine mehr als einmalige Berechnung 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 25,08

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	9,12
	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 stomatognath 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	11,40
	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, Spielgelung des Kehlkopfs;		
	- bei dem stomatognathen System: Inspektion der Mundhöhle, Inspektion und Palpation der Zunge und beider Kiefergelenke sowie vollständiger Zahstatus;		
	- 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, Ellenbogen, 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	18,24
	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 Glaspräpel;		
	- 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 Adhärenz, 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	29,64
	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	6,84
15	Einleitung und Koordination flankierender therapeutischer und sozialer Maßnahmen während der kontinuierlichen ambulanten Betreuung eines chronisch Kranken	300	34,20
	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.		

(noch Ziff. 9)

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 nach den Buchstaben B bis D dürfen von Krankenhausärzten nicht berechnet werden, es sei denn, die Leistungen werden durch den liquidationsberechtigten Arzt oder seinen Vertreter nach § 4 Abs. 2 Satz 3 erbracht.

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

A	Zuschlag für außerhalb der Sprechstunde erbrachte Leistungen	70	7,98
	<i>Der Zuschlag nach Buchstabe A ist neben den Zuschlägen nach den Buchstaben B, C und/oder D nicht berechnungsfähig.</i>		
	<i>Der Zuschlag nach Buchstabe A ist für Krankenhausärzte nicht berechnungsfähig.</i>		
B	Zuschlag für in der Zeit zwischen 20 und 22 Uhr oder 6 und 8 Uhr außerhalb der Sprechstunde erbrachte Leistungen	180	20,52
C	Zuschlag für in der Zeit zwischen 22 und 6 Uhr erbrachte Leistungen	-320	36,48
	<i>Neben dem Zuschlag nach Buchstabe C ist der Zuschlag nach Buchstabe B nicht berechnungsfähig.</i>		
D	Zuschlag für an Samstagen, Sonn- oder Feiertagen erbrachte Leistungen	220	25,08
	<i>Werden Leistungen innerhalb einer Sprechstunde an Samstagen erbracht, so ist der Zuschlag nach Buchstabe D nur mit dem halben Gebührensatz berechnungsfähig.</i>		
	<i>Werden Leistungen an Samstagen, Sonn- oder Feiertagen zwischen 20 und 8 Uhr erbracht, ist neben dem Zuschlag nach Buchstabe D ein Zuschlag nach Buchstabe B oder C berechnungsfähig.</i>		

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	13,68
	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	13,68
	<i>Neben der Leistung nach Nummer 20 sind die Leistungen nach den Nummern 847, 862, 864, 871 und/oder 887 nicht berechnungsfähig.</i>		
21	Eingehende humangenetische Beratung, je angefangene halbe Stunde und Sitzung	360	41,04
	<i>Die Leistung nach Nummer 21 darf nur berechnet werden, wenn die Beratung in der Sitzung mindestens eine halbe Stunde dauert.</i>		
	<i>Die Leistung nach Nummer 21 ist innerhalb eines halben Jahres nach Beginn des Beratungsfalles nicht mehr als viermal berechnungsfähig.</i>		
	<i>Neben der Leistung nach Nummer 21 sind die Leistungen nach den Nummern 1, 3, 4, 22 und 34 nicht berechnungsfähig.</i>		
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	34,20
	<i>Neben der Leistung nach Nummer 22 sind die Leistungen nach den Nummern 1, 3, 21 oder 34 nicht berechnungsfähig.</i>		
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	34,20

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 22,80

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 22,80

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 51,30

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, Abstrichenentnahme zur zytologischen Untersuchung, Untersuchung auf Blut im Stuhl und Urinuntersuchung auf Eiwweiß, Zucker und Erythrozyten, einschließlich Beratung - 320 36,48

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 Eiwweiß, Zucker und Erythrozyten sowie Untersuchung auf Blut im Stuhl, einschließlich Beratung - 280 31,92

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 50,16

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 Reperforation 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 Einzeilmittels, einschließlich Anwendung und Auswertung standardisierter Fragebogen - 900 102,60

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.

31

**) Homöopathische Folgeanamnese mit einer Mindestdauer von 30 Minuten unter laufender Behandlung nach den Regeln der Einzelmittelhomöopathie zur Beurteilung des Verlaufs und Feststellung des weiteren Vorgehens - einschließlich schriftlicher Aufzeichnungen -*

450

51,30

Die Leistung nach Nummer 31 ist innerhalb von sechs Monaten höchstens dreimal berechnungsfähig.

Neben der Leistung nach Nummer 31 sind die Leistungen nach den Nummern 1, 3, 4, 30 und/oder 34 nicht berechnungsfähig.

32

Untersuchung nach §§ 32 bis 35 und 42 des Jugendarbeitschutzgesetzes (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

45,60

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

34,20

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

34,20

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 7,98

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 5,70

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 13,68

Die Leistung nach Nummer 48 ist neben den Leistungen nach den Nummern 1, 50, 51 und/oder 52 nicht berechnungsfähig.	320	36,48	120	13,68
50 Besuch, einschließlich Beratung und symptombezogene Untersuchung.....	320	36,48	120	13,68
Die Leistung nach Nummer 50 darf anstelle oder neben einer Leistung nach den Nummern 45 oder 46 nicht berechnet werden.	250	28,50		
Neben der Leistung nach Nummer 50 sind die Leistungen nach den Nummern 1, 5, 48 und/oder 52 nicht berechnungsfähig.	250	28,50		
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	28,50		
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 Blutnahmen, Wundbehandlungen, Verbandwechsel, Katheterwechsel)	100	11,40	130	14,82
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	57,—	150	17,10
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	20,52		

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.....

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 Abteilkonferenz, Team- oder Mitarbeiterbesprechung, Patientenübergabe).

61 Beistand bei der ärztlichen Leistung eines anderen Arztes (Assistenz), je angefangene halbe Stunde

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 liquidationsberechtigende Ärzte erfolgt.

62 Zuziehung eines Assistenten bei operativen befristeten Leistungen oder bei ambulanter Operation durch niedergelassene Ärzte, je angefangene halbe Stunde

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	18,24
<i>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.</i>			
F	Zuschlag für in der Zeit von 20 bis 22 Uhr oder 6 bis 8 Uhr erbrachte Leistungen	260	29,64
<i>Der Zuschlag nach Buchstabe F ist neben den Leistungen nach den Nummern 45, 46, 48 und 52 nicht berechnungsfähig.</i>			
G	Zuschlag für in der Zeit zwischen 22 und 6 Uhr erbrachte Leistungen	450	51,30
<i>Der Zuschlag nach Buchstabe G ist neben den Leistungen nach den Nummern 45, 46, 48 und 52 nicht berechnungsfähig.</i>			
<i>Neben dem Zuschlag nach Buchstabe G ist der Zuschlag nach Buchstabe F nicht berechnungsfähig.</i>			
H	Zuschlag für an Samstagen, Sonn- oder Feiertagen erbrachte Leistungen	340	38,76
<i>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.</i>			

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	9,12
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	13,68
VI. Berichte, Briefe			
70	Kurze Bescheinigung oder kurzes Zeugnis, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung	40	4,56
75	Ausführlicher schriftlicher Krankheits- und Befundbericht (einschließlich Angaben zur Anamnese, zu dem(n) Befund(en), zur epikritischen Bewertung und gegebenenfalls zur Therapie)	130	14,82
<i>Die Befundmittleilung oder der einfache Befundbericht ist mit der Gebühr für die zugrundeliegende Leistung abgegolten.</i>			
76	Schriftlicher Diätplan, individuell für den einzelnen Patienten aufgestellt	70	7,98
77	Schriftliche, individuelle Planung und Leitung einer Kur mit diätetischen, balneologischen und/oder klimatherapeutischen Maßnahmen unter Einbeziehung gesundheits-erzieherischer Aspekte	150	17,10
<i>Die Leistung nach Nummer 77 ist für eine im zeitlichen Zusammenhang durchgeführte Kur unabhängig von deren Dauer nur einmal berechnungsfähig.</i>			
78	Behandlungsplan für die Chemotherapie und/oder schriftlicher Nachsorgeplan für einen tumorranken Patienten, individuell für den einzelnen Patienten aufgestellt	180	20,52
80	Schriftliche gutachtliche Äußerung	300	34,20
85	Schriftliche gutachtliche Äußerung mit einem das gewöhnliche Maß übersteigenden Aufwand - gegebenenfalls mit wissenschaftlicher Begründung -, je angefangene Stunde Arbeitszeit	500	57,—
90	Schriftliche Feststellung über das Vorliegen oder Nichtvorliegen einer Indikation für einen Schwangerschaftsabbruch	120	13,68

95	Schreibgebühr, je angefangene DIN A4-Seite	60	6,84
96	Schreibgebühr, je Kopie	3	0,34

Die Schreibgebühren nach den Nummern 95 und 96 sind nur neben den Leistungen nach den Nummern 80, 83 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 Weggeld nach § 8 berechnen.

100	Untersuchung eines Toten - einschließlich Feststellung des Todes und Ausstellung des Leichenschauzeichens - ..	250	28,50
102	Entnahme einer Körperflüssigkeit bei einem Toten	150	17,10
104	Bulbusentnahme bei einem Toten	250	28,50
105	Hornhautentnahme aus einem Auge bei einem Toten	230	26,22
107	Entnahme eines Herzschrittmachers bei einem Toten	220	25,08*

3. Abschnitt C wird wie folgt gefaßt:

*C. Nichtgebletsbezogene Sonderleistungen

I. Anliegen 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	5,13
-----	---	----	------

201	Redressierender Kleeverband des Brustkorbs oder dachziegelförmiger Kleeverband - ausgenommen Nabelverband -	65	7,41
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; Schanzseher Halskrawattenverband; Kompressionsverband	95	10,83
206	Tape-Verband eines kleinen Gelenks	70	7,98
207	Tape-Verband eines großen Gelenks oder Zinkkleimverband	100	11,40
208	Stärke- oder Gipsfixation, zusätzlich zu einem Verband ..	30	3,42
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	17,10
210	Kleiner Schienenverband - auch als Notverband bei Frakturen -	75	8,55
211	Kleiner Schienenverband - bei Wiederanlegung derselben, gegebenenfalls auch veränderten Schiene -	60	6,84
212	Schienenverband mit Einsehluß von mindestens zwei großen Gelenken (Schulter-, Ellenbogen-, Hand-, Knie-, Fußgelenk) - auch als Notverband bei Frakturen -	160	18,24
213	Schienenverband mit Einsehluß von mindestens zwei großen Gelenken (Schulter-, Ellenbogen-, Hand-, Knie-, Fußgelenk) - bei Wiederanlegung derselben, gegebenenfalls auch veränderten Schiene -	100	11,40
214	Abduktionsschienenverband - auch mit Stärke- oder Gipsfixation -	240	27,36
217	Streckverband	230	26,22
218	Streckverband mit Nagel- oder Drahtextension	660	75,24
225	Gipsfingerling	70	7,98
227	Gipsmitse mit Gelenkschienen	300	34,20
228	Gipschienenverband oder Gipsputzoffel	190	21,66

229	Gipsschienenverband - bei Wiederanlegung derselben, gegebenenfalls auch veränderten Schiene -	130	14,82
230	Zirkulärer Gipsverband - gegebenenfalls als Gipstutor - ..	300	34,20
231	Zirkulärer Gelpipsverband des Unterschenkels	360	41,04
232	Zirkulärer Gipsverband mit Einschluss von mindestens zwei großen Gelenken (Schulter-, Ellenbogen-, Hand-, Knie-, Sprunggelenk)	430	49,02
235	Zirkulärer Gipsverband des Halses einschließlich Kopfstütze - auch mit Schultergürtel -	750	85,50
236	Zirkulärer Gipsverband des Rumpfes	940	107,16
237	Gips- oder Gipsschienenverband mit Einschluss von mindestens zwei großen Gelenken (Schulter-, Ellenbogen-, Hand-, Knie-, Fußgelenk)	370	42,18
238	Gipsschienenverband mit Einschluss von mindestens zwei großen Gelenken (Schulter-, Ellenbogen-, Hand-, Knie-, Fußgelenk) - bei Wiederanlegung derselben, gegebenenfalls auch veränderten Schiene -	200	22,80
239	Gipsverband für Arm mit Schulter oder Bein mit Beckengürtel	750	85,50
240	Gipsbett oder Nachschale für den Rumpf	940	107,16
245	Quengelverband zusätzlich zum jeweiligen Gipsverband .	110	12,54
246	Abnahme des zirkulären Gipsverbands	150	17,10
247	Fensterung, Spaltung, Schieneneinsetzung, Anlegung eines Gelpfiegels oder einer Abrollsohle bei einem nicht an demselben Tag angelegten Gipsverband	110	12,54

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	4,56
250 a	Kapillarlutentnahme bei Kindern bis zum vollendeten 8. Lebensjahr	40	4,56
251	Blutentnahme mittels Spritze oder Kanüle aus der Arterie	60	6,84
252	Injektion, subkutan, submukös, intrakutan oder intramuskulär	40	4,56
253	Injektion, intravenös	70	7,98
254	Injektion, intraarteriell	80	9,12
255	Injektion, intraartikulär oder perineural	95	10,83
256	Injektion in den Periduralraum	185	21,09
257	Injektion in den Subarachnoidalraum	400	45,60
258	Injektion, intraaortal oder intrakardial - ausgenommen bei liegendem Aorten- oder Herzkatheter -	180	20,52
259	Legen eines Periduralkatheters - in Verbindung mit der Anlage eines subkutanen Medikamentenreservoirs -	600	68,40
260	Legen eines arteriellen Katheters oder eines zentralen Venenkatheters - einschließlich Fixation -	200	22,80

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	3,42		272	Infusion, intravenös, von mehr als 30 Minuten Dauer	180	20,52
	<i>Die Leistung nach Nummer 261 ist im Zusammenhang mit einer Anästhesie/Narkose nicht berechnungsfähig für die Einbringung von Anästhetika, Anästhesieadjuvantien und Anästhesieanidoxen.</i>				273	Infusion, intravenös - gegebenenfalls mittels Nabelvenenkatheter oder in die Kopfvene -, bei einem Kind bis zum vollendeten 4. Lebensjahr	180	20,52
	<i>Wird die Leistung nach Nummer 261 im Zusammenhang mit einer Anästhesie/Narkose berechnet, ist das Medikament in der Rechnung anzugeben.</i>					<i>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 Anästhesieanidoxen.</i>		
262	Transfemorale Blutentnahme mittels Katheter aus dem Bereich der Nierenvene(n)	450	51,30			<i>Werden die Leistungen nach den Nummern 271, 272 oder 273 im Zusammenhang mit einer Anästhesie/Narkose berechnet, ist das Medikament in der Rechnung anzugeben.</i>		
263	Subkutane Hypo sensibilisierungsbehandlung (Desensibilisierung), je Sitzung	90	10,26		274	Dauertropfinfusion, intravenös, von mehr als 6 Stunden Dauer - gegebenenfalls einschließlich Infusionsplan und Bilanzierung -	320	36,48
264	Injektions- und/oder Infiltrationsbehandlung der Prostata, je Sitzung	120	13,68			<i>Neben der Leistung nach Nummer 274 sind die Leistungen nach den Nummern 271 bis 273, 275 und/oder 276 nicht berechnungsfähig.</i>		
265	Auffüllung eines subkutanen Medikamentenreservoirs oder Spülung eines Ports, je Sitzung	60	6,84		275	Dauertropfinfusion von Zytostatika, von mehr als 90 Minuten Dauer	360	41,04
265 a	Auffüllung eines Hautexpanders, je Sitzung	90	10,26		276	Dauertropfinfusion von Zytostatika, von mehr als 6 Stunden Dauer	540	61,56
266	Intrakutane Reiztherapie (Quaddelbehandlung), je Sitzung	60	6,84		277	Infusion, intraarteriell, bis zu 30 Minuten Dauer	180	20,52
267	Medikamentöse Infiltrationsbehandlung im Bereich einer Körperregion, auch paravertebrale oder perineurale oder perkapsuläre oder retrobulbäre Injektion und/oder Infiltration, je Sitzung	80	9,12		278	Infusion, intraarteriell, von mehr als 30 Minuten Dauer ..	240	27,36
268	Medikamentöse Infiltrationsbehandlung im Bereich mehrerer Körperregionen (auch eine Körperregion beidseitig), je Sitzung	130	14,82		279	Infusion in das Knochenmark	180	20,52
269	Akupunktur (Nadelsteich-Technik) zur Behandlung von Schmerzen, je Sitzung	200	22,80		280	Transfusion der ersten Blutkonserve (auch Frischblut) oder des ersten Blutbestandteilpräparats - einschließlich Identifizierung im ABO-System (bedside-test) und Dokumentation der Konserven- bzw. Chargen-Nummer -	330	37,62
269 a	Akupunktur (Nadelsteich-Technik) mit einer Mindestdauer von 20 Minuten zur Behandlung von Schmerzen, je Sitzung	350	39,90			<i>Die Infusion von Albumin oder von Präparaten, die als einzigen Blutbestandteil Albumin enthalten, ist nicht nach der Leistung nach Nummer 280 berechnungsfähig.</i>		
	<i>Neben der Leistung nach Nummer 269 a ist die Leistung nach Nummer 269 nicht berechnungsfähig.</i>				281	Transfusion der ersten Blutkonserve (auch Frischblut) oder des ersten Blutbestandteilpräparats bei einem Neugeborenen - einschließlich Nabelvenenkatheterismus, Identifizierung im ABO-System (bedside-test) und Dokumentation der Konserven- bzw. Chargen-Nummer -	450	51,30
270	Infusion, subkutan	80	9,12					
271	Infusion, intravenös, bis zu 30 Minuten Dauer	120	13,68					

Die Infusion von Albumin oder von Präparaten, die als einzigen Blutbestandteil Albumin enthalten, ist nicht nach der Leistung nach Nummer 281 berechnungsfähig.

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 ABO-System (bedside-test) und Dokumentation der Konserven- bzw. Chargen-Nummer - 150 17,10

Die Infusion von Albumin oder von Präparaten, die als einzigen Blutbestandteil Albumin enthalten, ist nicht nach der Leistung nach Nummer 282 berechnungsfähig.

283 Infusion in die Aorta bei einem Neugeborenen mittels transumbilikalem Aortenkatheter - einschließlich der Anlage des Katheters - 500 57,---

284 Eigenbluteinspritzung - einschließlich Blutentnahme - 90 10,26

285 Aderlaß aus der Vene oder Arterie mit Entnahme von mindestens 200 Milliliter Blut - gegebenenfalls einschließlich Verband - 110 12,54

286 Reinfusion der ersten Einheit (mindestens 200 Milliliter) Eigenblut oder Eigenplasma im Anschluß an die Leistung nach der Nummer 286 - einschließlich Identitätssicherung im ABO-System (bedside-test) - 220 25,08

286 a Reinfusion jeder weiteren Einheit (mindestens 200 Milliliter) Eigenblut oder Eigenplasma im Anschluß an die Leistung nach der Nummer 286 - einschließlich Identitätssicherung im ABO-System (bedside-test) - 100 11,40

287 Blutaustauschtransfusion (z. B. bei schwerster Intoxikation) 800 91,20

288 Präoperative Entnahme einer Einheit Eigenblut (mindestens 400 Milliliter) zur späteren Retransfusion bei Aufbewahrung als Vollblutkonserve - gegebenenfalls einschließlich Konservierung - 230 26,22

289 Präoperative Entnahme einer Einheit Eigenblut (mindestens 400 Milliliter) zur späteren Retransfusion - einschließlich Auftrennung des Patientenblutes in ein Erythrozytenkonzentrat und eine Frischplasmakonzentrate. 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 39,90

290 Infiltration gewebehaltender Mittel 120 13,68

291 Implantation von Hormonpreßlingen 70 7,98

297 Entnahme und Aufbereitung von Abstrichmaterial zur zytologischen Untersuchung - gegebenenfalls einschließlich Fixierung - 45 5,13

Mit der Gebühr sind die Kosten abgegolten.

298 Entnahme und gegebenenfalls Aufbereitung von Abstrichmaterial zur mikrobiologischen Untersuchung - gegebenenfalls einschließlich Fixierung - 40 4,56

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 13,68

301 Punktion eines Ellenbogen-, Knie- oder Wirbelgelenks... 160 18,24

302 Punktion eines Schulter- oder Hüftgelenks 250 28,50

303 Punktion einer Drüse, eines Schleimbeutels, Ganglions, Seroms, Hygroms, Hämatoms oder Abszesses oder oberflächiger Körperteile 80 9,12

304 Punktion der Augenhöhle 160 18,24

305 Punktion der Liquorräume (Subokzipital- oder Lumbalpunktion) 350 39,90

305 a Punktion der Liquorräume durch die Fontanelle 250 28,50

306 Punktion der Lunge - auch Abszeß- oder Kavernenpunktion in der Lunge - oder Punktion des Gehirns bei vorhandener Trepanationsöffnung 500 57,---

307 Punktion des Pleuraraums oder der Bauchhöhle 250 28,50

308 Gewebeentnahme aus der Pleura - gegebenenfalls einschließlich Punktion - 350 39,90

310	Punktion des Herzbeutels.....	350	39,90
311	Punktion des Knochenmarks - auch Sternalpunktion -	200	22,80
312	Knochenstanze - gegebenenfalls einschließlich Entnahme von Knochenmark -	300	34,20
314	Punktion der Mamma oder Punktion eines Lymphknotens	120	13,68
315	Punktion eines Organs (z. B. Leber, Milz, Niere, Hoden)	250	28,50
316	Punktion des Douglasraums	250	28,50
317	Punktion eines Adnextumors - auch einschließlich Douglaspunktion -	350	39,90
318	Punktion der Harnblase oder eines Wasserbruchs	120	13,68
319	Punktion der Prostata oder Punktion der Schilddrüse	200	22,80
321	Untersuchung von natürlichen Gängen oder Fisteln mittels Sonde oder Einführung eines Fistelkatheters - gegebenenfalls einschließlich anschließender Injektion oder Instillation -	50	5,70

IV. Kontrastmitteleinbringungen

Allgemeine Bestimmungen

Die zur Einbringung des Kontrastmittels erforderlichen Maßnahmen wie Sondieren, Injektionen, Punktionen, Gefäßkatheterismus oder Probeinjektionen und gegebenenfalls anschließende Wundnahe und Entfernung(en) des Kontrastmittels sind Bestandteil 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 zerebralen und spinalen Liquorräume	400	45,60
344	Intravenöse Einbringung des Kontrastmittels mittels Injektion oder Infusion, bis zu 10 Minuten Dauer	100	11,40
345	Intravenöse Einbringung des Kontrastmittels mittels Injektion oder Infusion, von mehr als 10 Minuten Dauer	130	14,82

346	Intravenöse Einbringung des Kontrastmittels mittels Hochdruckinjektion	300	34,20
347	Ergänzung für jede weitere intravenöse Kontrastmitteleinbringung mittels Hochdruckinjektion bei bestehendem Zugang - im Zusammenhang mit der Leistung nach Nummer 346 -	150	17,10
350	Intraarterielle Einbringung des Kontrastmittels	150	17,10
351	Einbringung des Kontrastmittels zur Angiographie von Gehirnarterien, je Halsschlagader	500	57,—
	<i>Die Leistung nach Nummer 351 ist je Sitzung nicht mehr als zweimal berechnungsfähig.</i>		
355	Herzkatheter-Einbringung(en) und anschließende intra-kardiale 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	600	68,40
	<i>Die Leistung nach Nummer 355 ist neben den Leistungen nach den Nummern 626 und/oder 627 nicht berechnungsfähig.</i>		
	<i>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.</i>		
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 Gefäßzweige während einer Sitzung	7400	45,60
	<i>Die Leistung nach Nummer 356 ist neben den Leistungen nach den Nummern 626 und/oder 627 nicht berechnungsfähig.</i>		
	<i>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.</i>		
357	Intraarterielle Einbringung(en) des Kontrastmittels über einen Katheter mittels Hochdruckinjektion zur Übersichtsangiographie der Brust- und/oder Bauchorgane - einschließlich Röntgenkontrolle und gegebenenfalls einschließlich fortlaufender EKG-Kontrolle -, je Sitzung	500	57,—

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 Katheterplatzierung zur selektiven Koronarangiographie - einschließlich Röntgenkontrolle und fortlaufender EKG-Kontrolle -, je Sitzung 1000 114,—

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 68,40

Die Leistung nach Nummer 361 ist je Sitzung nicht mehr als zweimal berechnungsfähig.

365 Einbringung des Kontrastmittels zur Lymphographie, je Extremität 400 45,60

368 Einbringung des Kontrastmittels zur Bronchographie 400 45,60

370 Einbringung des Kontrastmittels zur Darstellung natürlicher, künstlicher oder krankhaft entstandener Gänge, Gangsysteme, Hohlräume oder Fisteln - gegebenenfalls intraoperativ - 200 22,80

372 Einbringung des Kontrastmittels in einen Zwischenwirbelraum 280 31,92

373 Einbringung des Kontrastmittels in ein Gelenk 250 28,50

374 Einbringung des Kontrastmittels in den Dünndarm mittels im Dünndarm endender Sonde 150 17,10

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 9,12

376 Schutzimpfung (oral) - einschließlich beratendem Gespräch - 80 9,12

377 Zusatzinjektion bei Parallelimpfung 50 5,70

378 Simultanimpfung (gleichzeitige passive und aktive Impfung gegen Wundstarrkrampf) 120 13,68

380 Epikutantest, je Test (1. bis 30. Test je Behandlungsfall) 30 3,42

381 Epikutantest, je Test (31. bis 50. Test je Behandlungsfall) 20 2,28

382 Epikutantest, je Test (51. bis 100. Test je Behandlungsfall) 15 1,71

Mehr als 100 Epikutantests sind je Behandlungsfall nicht berechnungsfähig.

383 Kutane Testung (z. B. von Pirquet, Moro) 30 3,42

384 Tuberkulinstempeltest, Mendel-Mantoux-Test oder Stem-peltest mit mehreren Antigenen (sog. Batterietests) 40 4,56

385 Pricktest, je Test (1. bis 20. Test je Behandlungsfall) 45 5,13

386 Pricktest, je Test (21. bis 40. Test je Behandlungsfall) ... 30 3,42

387 Pricktest, je Test (41. bis 80. Test je Behandlungsfall) ... 20 2,28

Mehr als 80 Pricktests sind je Behandlungsfall nicht berechnungsfähig.

388	Reib-, Scratch- oder Skarifikationstest, je Test (bis zu 10 Tests je Behandlungsfall)	35	3,99
389	Reib-, Scratch- oder Skarifikationstest, jeder weitere Test	25	2,85
390	Intrakutantentest, je Test (1. bis 20. Test je Behandlungsfall)	60	6,84
391	Intrakutantentest, jeder weitere Test	40	4,56
<i>Mehr als 80 Intrakutantentests sind je Behandlungsfall nicht berechnungsfähig.</i>			
393	Beidseitiger nasaler oder konjunktivaler Provokationstest zur Ermittlung eines oder mehrerer auslösender Allergene mit Einzel- oder Gruppenextrakt, je Test	100	11,40
394	Höchstwert für Leistungen nach Nummer 393, je Tag	300	34,20
395	Nasaler Schleimhautprovokationstest (auch beidseitig) mit mindestens dreimaliger apparativer Registrierung zur Ermittlung eines oder mehrerer auslösender Allergene mit Einzel- oder Gruppenextrakt, je Test	280	31,92
396	Höchstwert für Leistungen nach Nummer 395, je Tag	560	63,84
397	Bronchialer Provokationstest zur Ermittlung eines oder mehrerer auslösender Allergene mit Einzel- oder Gruppenextrakt mit apparativer Registrierung, je Test	380	43,32
398	Höchstwert für Leistungen nach Nummer 397, je Tag	760	86,64
399	Oraler Provokationstest, auch Expositionstest bei Nahrungsmittel- oder Medikamentenallergien - einschließlich Überwachung zur Erkennung von Schockreaktionen -	200	22,80

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	45,60
<i>Der Zuschlag nach Nummer 401 ist neben den Leistungen nach den Nummern 406, 422 bis 424, 644, 645, 649 und/oder 1754 nicht berechnungsfähig.</i>			
402	Zuschlag zu den sonographischen Leistungen bei transösophagealer Untersuchung	250	28,50
<i>Der Zuschlag nach Nummer 402 ist neben den Leistungen nach den Nummern 403 sowie 676 bis 692 nicht berechnungsfähig.</i>			
403	Zuschlag zu den sonographischen Leistungen bei transkavitärer Untersuchung	150	17,10
<i>Der Zuschlag nach Nummer 403 ist neben den Leistungen nach den Nummern 402 sowie 676 bis 692 nicht berechnungsfähig.</i>			
404	Zuschlag zu Doppler-sonographischen Leistungen bei zusätzlicher Frequenzspektralanalyse - einschließlich graphischer oder Bilddokumentation -	250	28,50

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	22,80
406	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 424 - bei zusätzlicher Farbkodierung -	200	22,80
408	Transluminale Sonographie von einem oder mehreren Blutgefäße(n) nach Einbringung eines Gefäßkatheters, je Sitzung	200	22,80
410	Ultraschalluntersuchung eines Organs	200	22,80
	<i>Das untersuchte Organ ist in der Rechnung anzugeben.</i>		
412	Ultraschalluntersuchung des Schädels bei einem Säugling oder Kleinkind bis zum vollendeten 2. Lebensjahr	280	31,92
413	Ultraschalluntersuchung der Hüftgelenke bei einem Säugling oder Kleinkind bis zum vollendeten 2. Lebensjahr	280	31,92
415	Ultraschalluntersuchung im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge - gegebenenfalls einschließlich Biometrie und Beurteilung der Organentwicklung -	300	34,20
417	Ultraschalluntersuchung der Schilddrüse	210	23,94
418	Ultraschalluntersuchung einer Brustdrüse - gegebenenfalls einschließlich der regionalen Lymphknoten	210	23,94
420	Ultraschalluntersuchung von bis zu drei weiteren Organen im Anschluß an eine der Leistungen nach den Nummern 410 bis 418, je Organ	80	9,12
	<i>Die untersuchten Organe sind in der Rechnung anzugeben.</i>		
	<i>Die Leistung nach Nummer 420 kann je Sitzung höchstens dreimal berechnet werden.</i>		
422	Eindimensionale echokardiographische Untersuchung mittels Time-Motion-Diagramm, mit Bilddokumentation - gegebenenfalls einschließlich gleichzeitiger EKG-Kontrolle -	200	22,80
423	Zweidimensionale echokardiographische Untersuchung mittels Real-Time-Verfahren (B-Mode), mit Bilddokumentation - einschließlich der Leistung nach Nummer 422	500	57,-

424 Zweidimensionale Doppler-echokardiographische Untersuchung mit Bilddokumentation - einschließlich der Leistung nach Nummer 423 - (Duplex-Verfahren)

700 79,80

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	17,10
428	Assistierte und/oder kontrollierte apparative Beatmung durch Saug-Druck-Verfahren bei vitaler Indikation, bei mehr als 12 Stunden Dauer, je Tag	220	25,08
	<i>Neben den Leistungen nach den Nummern 427 und 428 sind die Leistungen nach den Nummern 462, 463 und/oder 501 nicht berechnungsfähig.</i>		
429	Wiederbelebungsversuch - einschließlich künstlicher Beatmung und extrathorakaler indirekter Herzmassage, gegebenenfalls einschließlich Intubation	400	45,60
430	Extra- oder intrathorakale Elektro-Defibrillation und/oder -Stimulation des Herzens	400	45,60
	<i>Die Leistung nach Nummer 430 ist auch bei mehrfacher Verabfolgung von Stromstößen in engem zeitlichen Zusammenhang zur Erreichung der Defibrillation nur einmal berechnungsfähig.</i>		
431	Elektrokardiokopie im Notfall	100	11,40
433	Ausspülung des Magens - auch mit Sondierung der Speiseröhre und des Magens und/oder Spülung des Duodenums -	140	15,96
435	Stationäre intensivmedizinische Überwachung und Behandlung eines Patienten auf einer dafür eingerichteten gesonderten Beeteinheit eines Krankenhauses mit spezieller Personal- und Geräteausrüstung - einschließlich aller im Rahmen der Intensivbehandlung erbrachten Leistungen, soweit deren Berechnungsfähigkeit nachfolgend ausgeschlossen ist -, bis zu 24 Stunden Dauer	900	102,60

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 I 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 und 3055 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

57,—

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

VIII. Zuschläge zu ambulanten Operations- und Anästhesieleistungen

Allgemeine Bestimmungen

- 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.

- Die Zuschläge nach den Nummern 440 bis 449 sind nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.
- 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, 1325, 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 denselben 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 45,60

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 45,60

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 85,50

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 148,20

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 250,80

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 34,20

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 74,10

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 zuzuschlagsberechtigten ambulanten operativen Leistungen bei Durchführung unter zuzuschlagsberechtigten ambulanten Anästhesien bzw. Narkosen..... 600 68,40
- Der Zuschlag nach Nummer 448 ist je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nummer 448 ist neben den Leistungen nach den Nummern 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 zuzuschlagsberechtigten ambulanten operativen Leistungen bei Durchführung unter zuzuschlagsberechtigten ambulanten Anästhesien bzw. Narkosen..... 900 102,60
- 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 25,08
- 498 Blockade des Truncus sympathicus (thorakaler Grenzstrang oder Plexus solaris) mittels Anästhetika..... 300 34,20*
5. Nach der Leistung nach Nummer 555 wird folgende Leistung mit der Nummer 558 eingefügt:
- *558 Apparative isokinetische Muskelfunktionstherapie, je Sitzung..... 120 13,68*
6. Nach der Leistung nach Nummer 605 wird folgende Leistung mit der Nummer 605 a eingefügt:
- *605 a Darstellung der Flußvolumenkurve bei spiographischen Untersuchungen - einschließlich graphischer Registrierung und Dokumentation - 140 15,96*
7. Nach der Leistung nach Nummer 612 wird folgende Leistung mit der Nummer 614 eingefügt:
- *614 Transkutane Messung(en) des Sauerstoffpartialdrucks 150 17,10*
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 114,—
- 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 171,—
- 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 91,20
- 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 228,—
- 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 74,10"

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 17,10"

- 13a. Die Leistung nach Nummer 659 wird wie folgt gefaßt:

*659 Elektrokardiographische Untersuchung über mindestens 18 Stunden (Langzeit-EKG) - gegebenenfalls einschließlich gleichzeitiger Registrierung von Puls und Atmung -, mit Auswertung 400 45,60"

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 13,68

671 Fraktionierte Ausheberung des Magensaftes - auch nach Probefrühstück oder Probemahlzeit 120 13,68

672 Ausheberung des Duodenalsaftes - auch mit Gallenreflex oder Duodenalspülung, gegebenenfalls fraktioniert 120 13,68"

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

*692 a Platzierung einer Drainage in den Gallen- oder Pankreasgang - zusätzlich zu einer Leistung nach den Nummern 685, 686 oder 692 - 400 45,60"

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

*699 Infrarotkoagulation im Enddarmbereich, je Sitzung 120 13,68"

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

*703 Ballonsondentamponade bei blutenden Ösophagus- und/oder Fundusvarizen 500 57,-"

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 13,68

752 Bestimmung des Elektrolytgehalts im Schweiß durch Widerstandsmessung - einschließlich Stimulation der Schweißsekretion 150 17,10"

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 5,70

770 Ausräumung des Mastdarms mit der Hand 140 15,96*

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.HI., 3565.HI., 3574, 3580.HI., 3584.HI., 3585.HI., 3587.HI., 3592.HI., 3594.HI., 3595.HI., 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 45,60

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 950 108,30

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

*842 Apparative isokinetische Muskelfunktionsdiagnostik 500 57,—

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 85,50

871 Verhaltenstherapie, Gruppenbehandlung mit einer Teilnehmerzahl von höchstens 8 Personen, Dauer mindestens 50 Minuten, je Teilnehmer 150 17,10

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 27,36

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 20,52

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 7,98

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

"Neben den Leistungen nach den Nummern I 210 bis I 213 sind die Leistungen nach den Nummern 5 und/oder 6 nicht berechnungsfähig."

33. Die Abrechnungsbestimmung nach der Leistung nach Nummer 1217 wird wie folgt ge-
faßt:

"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	11,40
-------	---	-----	-------

1253	Fotographische Verlaufskontrolle von Veränderungen des Augenhintergrunds mittels Fundusfotographie	150	17.10"
------	---	-----	--------

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

"1409	Messung oloakustischer Emissionen	400	45,60
-------	---	-----	-------

Die Leistung nach Nummer 1409 ist neben den Leistungen nach den Nummern 827 bis 829 nicht berechnungsfähig.¹¹

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

* 1418	Endoskopische Untersuchung der Nasenhaupthöhlen und/oder des Nasenrachens - gegebenenfalls einschließlich der Stimmbänder -	180	20 52
--------	---	-----	-------

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 ge-
faßt:

"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	6,84"
-------	---	----	-------

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	20,52"
-------	---	-----	--------

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

"1759	Transpenile oder transskrotale Venenembolisation.....	2800	319,20"
-------	---	------	---------

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

"1799 Nierenbeckendruckmessung	150	17,10"
--------------------------------------	-----	--------

41a. Die Allgemeinen Bestimmungen nach der Überschrift "L. Chirurgie, Orthopädie" werden wie folgt gefaßt:

* Allgemeine Bestimmungen

Zur Erbringung der in Abschnitt L aufgeführten typischen operativen Leistungen sind in der Regel mehrere operative Einzelschritte erforderlich. Sind diese Einzelschritte methodisch notwendige Bestandteile der in der jeweiligen Leistungsbeschreibung genannten Zielleistung, so können sie nicht gesondert berechnet werden.

Werden mehrere Eingriffe in der Brust- oder Bauchhöhle in zeitlichem Zusammenhang durchgeführt, die jeweils in der Leistung dieser Körperhöhlen enthalten, so darf diese nur einmal berechnet werden; die Vergütungssätze der weiteren Eingriffe sind deshalb um den Vergütungssatz nach Nummer 2990 oder Nummer 3135 zu kürzen.²⁸

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 6,84"
43. Nach der Leistung nach Nummer 2092 wird folgende Leistung mit der Nummer 2093 eingefügt:
- "2093 Spülung bei liegender Drainage 50 5,70"
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 Plicarteilresektion, Teilresektion des Hoffa'schen Fettkörpers und/oder Entfernung freier Gelenkkörper 1500 171,—
- 2190 Arthroskopische erhaltende Operation an einem Meniskus (z. B. Meniskusnaht, Refixation) in einem Kniegelenk ... 1800 205,20
- 2191 Arthroskopische Operation mit primärer Naht, Resektion, Rekonstruktion oder plastischem Ersatz eines Kreuz- oder Seitenbands an einem Kniegelenk - einschließlich Kapselnaht 2000 228,—

- 2192 Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 2191 für die primäre Naht, Resektion, Rekonstruktion oder den plastischen Ersatz eines weiteren Bands in demselben Kniegelenk im Rahmen derselben Sitzung 500 57,—
- 2193 Arthroskopische Operation mit Synovektomie an einem Knie- oder Hüftgelenk bei chronischer Gelenkentzündung - gegebenenfalls einschließlich Abtragung von Osteophyten 1800 205,20
- 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 34,20
- 2196 Diagnostische Arthroskopie im direkten zeitlichen Zusammenhang mit arthroskopischen Operationen nach den Nummern 2189 bis 2191 sowie 2193 250 28,50"
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 13,68"
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 159,60"
48. Nach der Leistung nach Nummer 2407 wird folgende Leistung mit der Nummer 2408 eingefügt:
- "2408 Ausräumung des Lymphstromgebiets einer Axilla 1100 125,40"
49. Die Leistungen nach den Nummern 2850 und 2851 werden gestrichen.
- 49a. Nach der Leistung nach Nummer 3055 wird folgende Abrechnungsbestimmung eingefügt:

"Die Leistung nach Nummer 3055 ist nur während einer Operation berechnungsfähig."

(X)

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

"3084 Valvuloplastik einer Herzklappe..... 3300 376,20"

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

"3192 Milzrevision, als selbständige Leistung..... 2000 228,—"

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. Besitzen 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. Spermogramm), 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 Vorstellen 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, Bakteriensagglutination);

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 "- gegebenfalls 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 4014) 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 Probenahme bzw. Probenübergabe an den Arzt erfolgt.

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

3500 Blut im Stuhl, dreimalige Untersuchung 90 10,26

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.

3501 Blutkörperchengeschwindigkeit (BKS, BSG) 60 6,84

3502 Differenzierung des Blutausschlags, mikroskopisch 120 13,68

3503	Hämatokrit.....	70	7,98
	Mikroskopische Einzelbestimmung, je Meßgröße	60	6,84
	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	9,12
3509	Mikroskopische Untersuchung nach einfacher Färbung (z. B. Methylengrün, Lugol), je Material	100	11,40
3510	Mikroskopische Untersuchung nach differenzierender Färbung (z. B. Gramfärbung), je Präparat.....	120	13,68
3511	Untersuchung eines Körpermaterials mit vorgefertigten Reagenzien oder Reagenzzubereitungen und visueller Auswertung (z. B. Glukose, Harnstoff, Urinstreifen), qualitativ oder semiquantitativ, auch bei Verwendung eines Mehrfachreagenzträgers, je Untersuchung	50	5,70

Können mehrere Meßgrößen durch Verwendung eines Mehrfachreagenzträgers erfaßt werden, so ist die Leistung nach Nummer 3511 auch dann nur einmal berechnungsfähig, wenn mehrere Einfachreagenzträger verwendet 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 7,98

Katalog

3512 Alpha-Amylase

3513 Gamma-Glutamyltranspeptidase (Gamma-Glutamyltransferase, Gamma-GT)

3514 Glukose

3515 Glutaminoxalacetattransaminase (GOT, Aspartataminotransferase, ASAT, AST)

3516 Glutamylpyruvattransaminase (GPT, Alaninaminotransferase, ALAT, ALT)

3517 Hämoglobin

3518 Harnsäure

3519 Kalium

3520 Kreatinin

3521 Lipase

Untersuchung folgender Meßgrößen unabhängig vom Meßverfahren, je Meßgröße.....

100

11,40

Katalog

3523 Antistreptolysin (ASL)

3524 C-reaktives Protein (CRP)

3525 Mononukleostest

3526 Rheumafaktor (RF)

3528 Schwangerschaftstest (Nachweisgrenze des Tests kleiner als 500 U/l).....

130

14,82

3529 Schwangerschaftstest (Nachweisgrenze des Tests kleiner als 50 U/l).....

150

17,10

3530 Thromboplastinzeit (TPZ, Quickwert).....

120

13,68

3531 Urinsediment.....

70

7,98

3532 Phasenkontrastmikroskopische Untersuchung des Urinsediments - einschließlich morphologischer Beurteilung der Erythrozyten -

90

10,26

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

54,72

1. Körperzellen und deren Bestandteile, Zellfunktionsuntersuchungen

3550 Blutbild und Blutbildbestandteile.....

60

6,84

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

2,28

3552 Retikulozytenzahl.....

70

7,98

2. Elektrolyte, Wasserhaushalt

3555 Calcium.....

40

4,56

3556 Chlorid.....

30

3,42

3557 Kalium.....

30

3,42

3558 Natrium.....

30

3,42

3. Kohlehydrat- und Lipidstoffwechsel

Allgemeine Bestimmung

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

3560 Glukose.....

40

4,56

3561 Glykierte Hämoglobine (HbA₁, HbA_{1c})

200

22,80

3562.H1 Cholesterin.....

40

4,56

3563.H1 HDL-Cholesterin.....	40	4,56
3564.H1 LDL-Cholesterin.....	40	4,56
3565.H1 Triglyzeride.....	40	4,56

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	3,42
3571 Immunglobulin (IgA, IgG, IgM), Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden, je Immunglobulin.....	150	17,10
3572 Immunglobulin E (IgE), Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden.....	250	28,50
3573.H1 Gesamt-Protein im Serum oder Plasma.....	30	3,42
3574 Proteinelektrophorese im Serum.....	200	22,80
3575 Transferrin, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden.....	100	11,40

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	4,56
3581.H1 Bilirubin, gesamt.....	40	4,56

3582 Bilirubin, direkt.....	70	7,98
3583.H1 Harnsäure.....	40	4,56
3584.H1 Harnstoff (Harnstoff-N, BUN).....	40	4,56
3585.H1 Kreatinin.....	40	4,56
3587.H1 Alkalische Phosphatase.....	40	4,56
3588.H1 Alpha-Amylase (auch immuninhibitorische Bestimmung der Pankreas-Amylase).....	50	5,70
3589.H1 Cholinesterase (Pseudochoolinesterase, CHE, PCHBE).....	40	4,56
3590.H1 Creatinkinase (CK).....	40	4,56
3591.H1 Creatinkinase MB (CK-MB), Immuninhibitionsmethode.....	50	5,70
3592.H1 Gamma-Glutamyltranspeptidase (Gamma-Glutamyltransferase, Gamma-GT).....	40	4,56
3593.H1 Glutamatdehydrogenase (GLDH).....	50	5,70
3594.H1 Glutaminoxaloxaloxalaminase (GOT, Aspartataminotransferase, ASAT, AST).....	40	4,56
3595.H1 Glutaminoxaloxalaminase (GPT, Alaninaminotransferase, ALAT, ALT).....	40	4,56
3596.H1 Hydroxybutyraldehyddehydrogenase (HBDH).....	40	4,56
3597.H1 Laktatdehydrogenase (LDH).....	40	4,56
3598.H1 Lipase.....	50	5,70
3599 Saure Phosphatase (aP), photometrisch.....	70	7,98

6. Gerinnungssystem

3605 Partielle Thromboplastinzeit (PTT, aPTT), Einfachbestimmung.....	50	5,70
3606 Plasmathrombinzeit (PTZ, TZ), Doppelbestimmung.....	70	7,98
3607 Thromboplastinzeit (Prothrombinzeit, TPZ, Quickwert), Einfachbestimmung.....	50	5,70

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	11,40
3611	Blutzuckertagesprofil (Viermalige Bestimmung von Glukose).....	160	18,24
3612	Glukosetoleranztest, intravenös (Siebenmalige Bestimmung von Glukose).....	280	31,92
3613	Glukosetoleranztest, oral (Viermalige Bestimmung von Glukose).....	160	18,24
3615	Kreatinin-Clearance (Zweimalige Bestimmung von Kreatinin).....	60	6,84

8. Spurenelemente

3620	Eisen im Serum oder Plasma.....	40	4,56
3621	Magnesium.....	40	4,56

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	99,18
3631.H	Höchstwert für die mit H3 gekennzeichneten Untersuchungen aus Abschnitt M III 10.....	1400	159,60
3633.H	Höchstwert für die mit H4 gekennzeichneten Untersuchungen aus Abschnitt M III 14.....	550	62,70
1. Ausscheidungen (Urin, Stuhl)			
3650	Blut im Stuhl, dreimalige Untersuchung.....	60	6,84
<i>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.</i>			
3651	Phasenkontrastmikroskopische Untersuchung des Urinsediments - einschließlich morphologischer Beurteilung der Erythrozyten -.....	70	7,98
3652	Streifenfest im Urin, auch bei Verwendung eines Mehrfachreagenzträgers, je Untersuchung.....	35	3,99
3653	Urinsediment, mikroskopisch.....	50	5,70
3654	Zellzählung im Urin (Addis-Count), mikroskopisch.....	80	9,12
2. Sekrete, Liquor, Konkreme			
3660	Sekret (Magen, Duodenum, Cervix uteri), mikroskopische Beurteilung.....	40	4,56
3661	Gallensediment, mikroskopisch.....	40	4,56
3662	HCl, titrimetrisch.....	70	7,98
3663	Morphologische Differenzierung des Spermas, mikroskopisch.....	160	18,24
3664	Spermienagglutination, mikroskopisch.....	120	13,68
3665	Spermien-Mucus-Penetrationstest, je Ansatz.....	150	17,10

3667	Spermienzahl und Motilitätsbeurteilung, mikroskopisch..	70	7,98		
3668	Physikalisch-morphologische Untersuchung des Spermas (Menge, Viskosität, pH-Wert, Nativpräparat(e), Differenzierung der Beweglichkeit, Bestimmung der Spermienzahl, Vitalitätsprüfung, morphologische Differenzierung nach Ausstrichfärbung)	400	45,60		
	<i>Neben der Leistung nach Nummer 3668 sind die Leistungen nach den Nummern 3663, 3664 und/oder 3667 nicht berechnungsfähig.</i>				
3669	Erythrozytenzahl (Liquor), mikroskopisch	60	6,84		
3670	Leukozytenzahl (Liquor), mikroskopisch	60	6,84		
3671	Morphologische Differenzierung des Liquorzellausstrichs, mikroskopisch	160	18,24		
3672	Steinanalyse (Gallensteine, Harnsteine), mittels Infrarotspektrometrie oder mikroskopisch - einschließlich chemischer Reaktionen -	250	28,50		
3673	Steinanalyse (Gallensteine, Harnsteine), Röntgendiffraction	570	64,98		
	3. Körperzellen und deren Bestandteile, Zellfunktionsuntersuchungen				
3680	Differenzierung des Blausstrichs, mikroskopisch	90	10,26		
3681	Morphologische Differenzierung des Knochenmarksausstrichs, mikroskopisch	570	64,98		
3682	Eisenfärbung eines Blut- oder Knochenmarksausstrichs	120	13,68		
3683	Färbung eines Blut- oder Knochenmarksausstrichs (z. B. Nachweis der alkalischen Leukozytenphosphatase, Leukozytenesterase, Leukozytenperoxidase oder PAS), je Färbung	250	28,50		
3686	Eosinophile, segmentkernige Granulozyten (absolute Eosinophilenzahl), mikroskopisch	70	7,98		
3688	Osmotische Resistenz der Erythrozyten	90	10,26		
3689	Fetales Hämoglobin (HbF), mikroskopisch	160	18,24		
3690	Freies Hämoglobin, spektralphotometrisch	180	20,52		
3691	Hämoglobinelektrophorese	570	64,98		
3692	Methämoglobin und/oder Carboxyhämoglobin und/oder Sauerstoffsättigung, cooxymetrisch	60	6,84		
3693	Granulozytenfunktionstest (Adhäsivität, Chemotaxis (bis zu drei Stimulatoren), Sauerstoffaufnahme (bis zu drei Stimulatoren), Luminiszenz (O ₂ -Radikale), Degranulierung, je Funktionstest	570	64,98		
3694	Lymphozytentransformationstest	570	64,98		
3695	Phagozytäre Funktion neutrophiler Granulozyten (Nitrotetrazolblautest, NBT-Test)	120	13,68		
3696	Phänotypisierung von Zellen oder Rezeptornachweis auf Zellen mit bis zu drei verschiedenen, primären Antisera (Einfach- oder Mehrfachmarkierung), Durchflußzytometrie, je Antiserum	570	64,98		
3697	Phänotypisierung von Zellen oder Rezeptornachweis auf Zellen mit weiteren Antisera (Einfach- oder Mehrfachmarkierung), Durchflußzytometrie, je Antiserum	250	28,50		
	<i>Die Leistung nach Nummer 3697 kann nur im Zusammenhang mit der Leistung nach Nummer 3696 berechnet werden.</i>				
3698	Phänotypisierung von Zellen oder Rezeptornachweis auf Zellen mit dem ersten, primären Antiserum, Immunfluoreszenz oder ähnliche Untersuchungsmethoden	450	51,30		
3699	Phänotypisierung von Zellen oder Rezeptornachweis auf Zellen mit weiteren Antisera, Immunfluoreszenz oder ähnliche Untersuchungsmethoden, je Antiserum	360	41,04		
	<i>Die Leistung nach Nummer 3699 kann nur im Zusammenhang mit der Leistung nach Nummer 3698 berechnet werden.</i>				
3700	Tumorstammzellenassay - gegebenenfalls auch von Zellanteilen - zur Prüfung der Zytostatikassensibilität	2000	228,—		
	4. Elektrolyte, Wasserhaushalt, physikalische Eigenschaften von Körperflüssigkeiten				
3710	Blutgasanalyse (pH und/oder PCO ₂ und/oder PO ₂ und/oder Hb)	90	10,26		
3711	Blutkörperchengeschwindigkeit (BKS, BSG)	40	4,56		

3712	Viskosität (z. B. Blut, Serum, Plasma), viskosimetrisch	250	28,50	
3714	Wasserstoffionenkonzentration (pH), potentiometrisch, jedoch nicht aus Blut oder Urin	40	4,56	
3715	Bikarbonat	60	6,84	
3716	Osmolalität	50	5,70	
5. Kohlehydrat- und Lipidstoffwechsel				
3721	Glykierte Proteine	250	28,50	
3722	Fructosamin, photometrisch	70	7,98	
3723	Fruktose, photometrisch	200	22,80	
3724	D-Xylose, photometrisch	200	22,80	
3725	Apolipoprotein (A1, A2, B), Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden, je Bestimmung	200	22,80	
3726	Fettsäuren, Gaschromatographie	410	46,74	
3727	Fraktionierung der Lipoproteine, Ultrazentrifugation	680	77,52	
3728	Lipidelektrophorese, qualitativ	180	20,52	
3729	Lipidelektrophorese, quantitativ	300	34,20	
3730	Lipoprotein (a) (Lp(a)), Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -, Elektroimmunodiffusion	300	34,20	

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	17,10	
3736	Albumin mit vorgefertigten Reagenzträgern, zur Diagnose einer Mikroalbuminurie	120	13,68	
3737	Aminosäuren, Hochdruckflüssigkeitschromatographie	570	64,98	
3738	Aminosäuren, qualitativ, Dünnschichtchromatographie	250	28,50	
3739	Alpha ₁ -Antitrypsin, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	180	20,52	
3740	Coeruloplasmin, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	180	20,52	
3741	C-reaktives Protein (CRP), Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	200	22,80	
3742	Ferritin, Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	250	28,50	
3743	Alpha-Fetoprotein (AFP), Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	250	28,50	
3744	Fibrinogen, Ligandenassay - einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	450	51,30	
3745	Beta ₂ -Glykoprotein II (C3-Proaktivator), Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	180	20,52	
3746	Hämopexin, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	180	20,52	
3747	Haptoglobin, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	180	20,52	
3748	Immunelektrophorese, bis zu sieben Ansätze, je Ansatz	200	22,80	
3749	Immundefixation, bis zu fünf Antiseren, je Antiserum	200	22,80	
3750	Isoelektrische Fokussierung (z. B. Oligoklonale Banden)	570	64,98	
3751	Kryoglobuline, qualitativ, visuell	40	4,56	

7. Substrate, Metabolite, Enzyme

3791	Granulozyten-Elastase, Ligandenassay - einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve	290	33,06
3792	Granulozyten-Elastase, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	180	20,52
3793	Lysozym	120	13,68
3794	Prostata-spezifische saure Phosphatase (PAP), Liganden-assay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve	200	22,80
3795	Tarathemmbare saure Phosphatase (PSP)	110	12,54
3796	Trypsin, Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve	200	22,80

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 33,06

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	Speicheldrangepithel
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 58,14

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	Speicheldrangepithel
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 34,20

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 51,30

Katalog

Antikörper gegen

3868 Azetylcholinrezeptoren

3869 Cardiophilin (IgG- oder IgM-Fraktion), je Fraktion

3870 Interferon alpha

3871 Mikrosomen (Thyroxinase)

3872 Mitochondriale Subformen (AMA-Subformen)

3873 Myeloperoxidase (P-ANCA)

3874 Proteinase 3 (C-ANCA)

3875 Spermien

3876 Thyroglobulin

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 62,70

3881 Zirkulierende Immunkomplexe, Ligandenassay - einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -.....

290 33,06

Qualitativer Nachweis von Antikörpern mittels Agglutination.....

Katalog

Antikörper gegen

3884 Fc von IgM (Rheumafaktor)

3885 Thyroglobulin (Boydentest)

90 10,26

Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Immundiffusion oder ähnlicher Untersuchungsmethoden.....

180 20,52

Katalog

Antikörper gegen

3886 Fc von IgM (Rheumafaktor)

3889 Mixed-Antiglobulin-Reaktion (MAR-Test) zum Nachweis von Spermien-Antikörpern.....

200 22,80

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 28,50

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 28,50

3892 Bestimmung von allergenspezifischem Immunglobulin (z. B. IgE), Einzel- oder Mischallergentest mit mindestens vier deklarierten Allergenen oder Mischallergenen auf einem Träger, je Träger.....

200 22,80

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 57,-

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.....

900 102,60

3895 Heterophile Antikörper (IgG- oder IgM-Fraktion), Ligandenassay - einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -, je Fraktion.....

1100 125,40

3896	Untersuchung auf Antikörper gegen Gliadin mittels qualitativer Immunfluoreszenzuntersuchung (bis zu zwei Titerstufen) oder ähnlicher Untersuchungsmethoden.....	290	33,06
3897	Untersuchung auf Antikörper gegen Gliadin mittels quantitativer Immunfluoreszenzuntersuchung (mehr als zwei Titerstufen) oder ähnlicher Untersuchungsmethoden.....	510	58,14
3898	Antikörper gegen Insulin, Ligandenassay - einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	450	51,30
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	34,20
3901.H3	Ca 15-3, Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	450	51,30
3902.H3	Ca 19-9, Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	300	34,20
3903.H3	Ca 50, Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	450	51,30
3904.H3	Ca 72-4, Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	450	51,30
3905.H3	Carcinoembryonales Antigen (CEA), Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	250	28,50
3906.H3	Cyfra 21-1, Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	450	51,30
3907.H3	Neuronenspezifische Enolase (NSE), Ligandenassay - einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	450	51,30
3908.H3	Prostata-spezifisches Antigen (PSA), Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	300	34,20

3909.H3	Squamous cell carcinoma-Antigen (SCC), Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	450	51,30
3910.H3	Thymidinkinase, Ligandenassay - einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	450	51,30
3911.H3	Tissue-polypeptide-Antigen (TPA), Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	450	51,30
11. Nukleinsäuren und ihre Metabolite			
3920	Isolierung von humanen Nukleinsäuren aus Untersuchungsmaterial.....	900	102,60
3921	Verdau (Spaltung) isolierter humaner Nukleinsäuren mit Restriktionsenzymen, je Enzym	150	17,10
3922	Amplifikation von humanen Nukleinsäuren oder Nukleinsäurefragmenten mit Polymerasekettenreaktion (PCR)....	500	57,—
3923	Amplifikation von humanen Nukleinsäuren oder Nukleinsäurefragmenten mit geschachtelter Polymerasekettenreaktion (nested PCR).....	1000	114,—
3924	Identifizierung von humanen Nukleinsäurefragmenten durch Hybridisierung mit radioaktiv oder nichtradioaktiv markierten Sonden und nachfolgender Detektion, je Sonde	300	34,20
3925	Trennung von humanen Nukleinsäurefragmenten mittels elektrophoretischer Methoden und anschließendem Transfer auf Trägermaterialien (z. B. Dot-Blot, Slot-Blot)	600	68,40
3926	Identifizierung von humanen Nukleinsäurefragmenten durch Sequenzermittlung	2000	228,—
12. Gerinnungs-, Fibrinolyse-, Komplementsystem			
3930	Antithrombin III, chromogenes Substrat	110	12,54
3931	Antithrombin III, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	180	20,52
3932	Blutungszeit.....	60	6,84

3933	Fibrinogen nach Clauss, koagulometrisch.....	100	11,40				
3934	Fibrinogen, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden.....	180	20,52				
3935	Fibrinogenpalprodukte, qualitativ.....	120	13,68				
3936	Fibrinogenpalprodukte, quantitativ.....	250	28,50				
3937	Fibrinogenpalprodukte, qualitativ.....	180	20,52				
3938	Fibrinogenpalprodukte, quervernetzt (Dimerfest), quantitativ.....	360	41,04				
3939	Gerinnungsfaktor (II, V, VIII, IX, X), je Faktor.....	450	52,44				
3940	Gerinnungsfaktor (VII, XI, XII), je Faktor.....	720	82,08				
3941	Gerinnungsfaktor VIII Ag, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden.....	250	28,50				
3942	Gerinnungsfaktor XIII, Untersuchung mittels Monochloressigsäure oder ähnliche Untersuchungsmethoden.....	180	20,52				
3943	Gerinnungsfaktor XIII, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden.....	250	28,50				
3944	Gewebeplasminogenaktivator (t-PA), chromogenes Substrat.....	300	34,20				
3945	Heparin, chromogenes Substrat.....	140	15,96				
3946	Partielle Thromboplastinzeit (PTT, aPTT), Doppelbestimmung.....	70	7,98				
3947	Plasmatauschversuch.....	460	52,44				
3948	Plasminogen, chromogenes Substrat.....	140	15,96				
3949	Plasminogenaktivatorinhibitor (PAI), chromogenes Substrat.....	410	46,74				
3950	Plättchenfaktor (3, 4), Ligandenassay - einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -, je Faktor.....	480	54,72				
3951	Protein C-Aktivität.....	450	51,30				
3952	Protein C-Konzentration, Ligandenassay - einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -.....	450	51,30				
3953	Protein S-Aktivität.....	450	51,30				
3954	Protein S-Konzentration, Ligandenassay - einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -.....	450	51,30				
3955	Reptilasezeit.....	100	11,40				
3956	Ristocetin-Cofaktor (F VIII Rcof), Agglutination.....	200	22,80				
3957	Thrombelastogramm oder Resonanzthrombogramm.....	180	20,52				
3958	Thrombin-Antithrombin-Komplex (TAT-Komplex), Ligandenassay - einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -.....	480	54,72				
3959	Thrombinkoagulationszeit.....	100	11,40				
3960	Thromboplastinzeit (Prothrombinzeit, TPZ, Quickwert), Doppelbestimmung.....	70	7,98				
3961	Thrombozytenaggregationstest mit mindestens drei Stimulatoren.....	900	102,60				
3962	Thrombozytenausbreitung, mikroskopisch.....	60	6,84				
3963	Von Willebrand-Faktor (vWF), Ligandenassay - einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -.....	480	54,72				
3964	C1-Esteraseinhibitor-Aktivität, chromogenes Substrat....	360	41,04				
3965	C1-Esteraseinhibitor-Konzentration, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden.....	260	29,64				
3966	Gesamtkomplement AH 50.....	600	68,40				
3967	Gesamtkomplement CH 50.....	500	57,—				
	Untersuchungen von Einzelfaktoren des Komplementsystems.....	250	28,50				
	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	11,40
3981	AB0-Merkmale und Isoagglutinine.....	180	20,52
3982	AB0-Merkmale, Isoagglutinine und Rhesusfaktor D (D und CDE).....	300	34,20
3983	AB0-Merkmale, Isoagglutinine und Rhesusformel (C, c, D, E und e).....	500	57,—

Bestimmung weiterer Blutgruppenmerkmale

3984	Katalog im NaCl- oder Albumin-Milieu (z. B. P, Lewis, MNS), je Merkmal	120	13,68
3985	im indirekten Anti-Humanglobulin-Test (indirekter Coombstest) (z. B. CW, Kell, Du, Duffy), je Merkmal ..	200	22,80
3986	im indirekten Anti-Humanglobulin-Test (indirekter Coombstest) (z. B. Kidd, Lutheran), je Merkmal.....	360	41,04

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	15,96
3988	Antikörpersuchtest (Antikörper gegen Erythrozytenantigene) mit drei und mehr verschiedenen Test-Erythrozyten-Präparationen im indirekten Anti-Humanglobulin-Test (indirekter Coombstest)	200	22,80
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	6,84
3990	Antikörpersuchtest (Antikörper gegen Erythrozytenantigene) mit zwei verschiedenen Test-Erythrozyten-Präparationen im NaCl- oder Enzymmilieu	70	7,98
3991	Antikörpersuchtest (Antikörper gegen Erythrozytenantigene) mit drei und mehr verschiedenen Test-Erythrozyten-Präparationen im NaCl- oder Enzymmilieu	100	11,40

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	3,42
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	45,60
3994	Quantitative Bestimmung (Titration) von Antikörpern gegen Erythrozytenantigene (z. B. Kälteagglutinine, Hämolysine) mittels Agglutination, Präzipitation oder Lyse (mit jeweils mindestens vier Titerstufen)	140	15,96
3995	Qualitativer Nachweis von Antikörpern gegen Leukozyten- oder Thrombozytenantigene mittels Fluoreszenz-immunoassay (bis zu zwei Titerstufen) oder ähnlicher Untersuchungsmethoden	350	39,90
3996	Quantitative Bestimmung von Antikörpern gegen Leukozyten- oder Thrombozytenantigene mittels Fluoreszenz-immunoassay (mehr als zwei Titerstufen) oder ähnlicher Untersuchungsmethoden	600	68,40
3997	Direkter Anti-Humanglobulin-Test (direkter Coombstest), mit mindestens zwei Antiseren	120	13,68
3998	Anti-Humanglobulin-Test zur Ermittlung der Antikörperklasse mit monovalenten Antiseren im Anschluß an die Leistung nach Nummer 3989 oder 3997, je Antiserum ...	90	10,26
3999	Antikörper-Elution, Antikörper-Absorption, Untersuchung auf biphasische Kältehämolysine, Säure-Serum-Test oder ähnlich aufwendige Untersuchungen, je Untersuchung	360	41,04
	<i>Die Art der Untersuchung ist in der Rechnung anzugeben.</i>		
4000	Serologische Verträglichkeitsprobe (Kreuzprobe) im NaCl-Milieu und im Anti-Humanglobulintest	200	22,80
4001	Serologische Verträglichkeitsprobe (Kreuzprobe) im NaCl-Milieu und im Anti-Humanglobulintest sowie laborinterne Identitätssicherung im AB0-System	300	34,20
	<i>Die Leistung nach Nummer 4001 ist für die Identitätssicherung im AB0-System am Krankenbett (bedside-test) nicht berechnungsfähig.</i>		

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

- 4052 Glukagon
 4053 Humanes Choriongonadotropin (HCG), zum Ausschluß einer Extraeringgravität
 4054 Osteocalcin
 4055 Oxytocin
 4056 Parathormon
 4057 Reninaktivität (PRA), kinetische Bestimmung mit mindestens drei Meßpunkten
 4058 Reninkonzentration
 4060 Somatomedin
 4061 Vasopressin (Alduretin, ADH)
 4062 Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand
Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

Hormonbestimmung mittels Ligandenassay - einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -
 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.

750 85,50

- 4070 Thyreoglobulin, Ligandenassay - einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve sowie Kontrollansatz für Anti-Thyreoglobulin-Antikörper -

900 102,60

Hormonbestimmung mittels Hochdruckflüssigkeitschromatographie, Gaschromatographie oder Säulenchromatographie und Photometrie.....
 Katalog

- 4071 5-Hydroxyindollessigsäure (5-HIES)
 4072 Adrenalin und/oder Noradrenalin und/oder Dopamin im Plasma oder Urin
 4073 Homovanillininsäure 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.

570 64,98

- 4079 Zuschlag zu den Leistungen nach den Nummern 4071 bis 4078 bei Anwendung der Gaschromatographie-Massenspektrometrie 350 39,90
 4080 5-Hydroxyindollessigsäure (5-HIES), Farbreaktion und visuell, qualitativ 120 13,68
 4081 Humanes Choriongonadotropin im Urin, Schwangerschaftstest (Nachweisgrenze des Tests kleiner als 500 U/l) 120 13,68
 4082 Humanes Choriongonadotropin im Urin (HCG), Schwangerschaftstest (Nachweisgrenze des Tests kleiner als 50 U/l), Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve - 140 15,96
 4083 Lutetotropin (LH) im Urin, Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve - oder Agglutination, im Rahmen einer künstlichen Befruchtung, je Bestimmung 570 64,98
 4084 Gesamt-Östrogene im Urin, photometrisch 570 64,98
 4085 Vanillinmandelsäure im Urin (VMA), Dünnschichtchromatographie, semiquantitativ 250 28,50
 4086 Östrogenrezeptoren - einschließlich Aufbereitung - 1200 136,80
 4087 Progesteronrezeptoren - einschließlich Aufbereitung - 1200 136,80
 4088 Andere Hormonrezeptoren (z. B. Androgenrezeptoren) - einschließlich Aufbereitung - 1200 136,80
 4089 Tumornekrosefaktorrezeptor (p55), Ligandenassay - einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve - 450 51,30

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	57,—	4108	Laktose-Toleranztest (Fünfmalige Bestimmung von Glukose)	200	22,80
4091	ACTH-Kurztest (Zweimalige Bestimmung von Cortisol)	500	57,—	4109	LH-RH-Test (Zweimalige Bestimmung von LH und FSH)	1000	114,—
4092	Clonidintest (Zweimalige Bestimmung von Adrenalin/Noradrenalin im Plasma)	1140	129,96	4110	MEGX-Test (Monoethylglycinylid) (Zweimalige Bestimmung von MEGX)	500	57,—
4093	Cortisolagesprofil (Viermalige Bestimmung von Cortisol)	1000	114,—	4111	Metoclopramidtest (Zweimalige Bestimmung von Pro-laktin)	700	79,80
4094	CRF-Test (Dreimalige Bestimmung von Corticotropin und Cortisol)	2190	249,66	4112	Pentagastrintest (Sechsmalige Bestimmung von Calcitonin)	2880	328,32
4095	D-Xylosetest (Einmalige Bestimmung von Xylose)	200	22,80	4113	Renin-Aldosteron-Stimulationstest (Zweimalige Bestimmung von Renin und Aldosteron)	1920	218,88
4096	Desferioxamintest (Einmalige Bestimmung von Eisen im Urin)	120	13,68	4114	Renin-Aldosteron-Suppressionstest (Zweimalige Bestimmung von Renin und Aldosteron)	1920	218,88
4097	Dexamethasonhemntest, Kurztest (Zweimalige Bestimmung von Cortisol)	500	57,—	4115	Seitengetrennte Reninbestimmung (Viermalige Bestimmung von Renin)	1920	218,88
4098	Dexamethasonhemntest, Verabreichung von jeweils 3 mg Dexamethason an drei aufeinander folgenden Tagen (Zweimalige Bestimmung von Cortisol)	500	57,—	4116	Sekretin-Pankreozymin-Evokationstest (Dreimalige Bestimmung von Amylase, Lipase, Trypsin und Bikarbonat)	1080	123,12
4099	Dexamethasonhemntest, Verabreichung von jeweils 9 mg Dexamethason an drei aufeinander folgenden Tagen (Zweimalige Bestimmung von Cortisol)	500	57,—	4117	TRH-Test (Zweimalige Bestimmung von TSH)	500	57,—
4100	Fraktionierte Magensekretionsanalyse mit Pentagastrin-stimulation (Viermalige Titration von HCl)	280	31,92	4118	Vitamin A-Resorptionstest (Zweimalige Bestimmung von Vitamin A)	720	82,08
4101	Glukosesuppressionstest (Sechsmalige Bestimmung von Glukose, Wachstumshormon und Insulin)	3840	437,76	16. Porphyrine und ihre Vorläufer			
4102	GHRH-Test (Sechsmalige Bestimmung von Wachstumshormon)	2100	239,40	4120	Delta-Aminolaevulinsäure (Delta-ALS, Delta-ALA), photometrisch und säulenchromatographisch	570	64,98
4103	HCG-Test (Zweimalige Bestimmung von Testosteron)	700	79,80	4121	Gesamt-Porphyrine, photometrisch	250	28,50
4104	Hungerversuch (Zweimalige Bestimmung von C-Peptid)	960	109,44	4122	Gesamt-Porphyrine, qualitativ	120	13,68
4105	Hungerversuch (Zweimalige Bestimmung von Insulin)	500	57,—	4123	Porphobilinogen (PBG, Hösch-Test, Schwarz-Watson-Test) mit Rückextraktion, Farbreaktion und visuell, qualitativ	60	6,84
4106	Insulinhypoglykämietest (Sechsmalige Bestimmung von Glukose, Wachstumshormon und Cortisol)	3840	437,76	4124	Porphobilinogen (PBG), photometrisch und säulenchromatographisch	570	64,98
4107	Laktat-Ischämietest (Fünfmalige Bestimmung von Laktat)	900	102,60				

4125	Porphyrinprofil (Urin, Stuhl, Erythrozyten), Hochdruckflüssigkeitschromatographie, je Material	570	64,98
4126	Porphyrinprofil (Urin, Stuhl, Erythrozyten), Dünnschichtchromatographie, je Material	460	52,44
17. Spurenelemente, Vitamine			
4130	Eisen im Urin, Atomabsorption	120	13,68
4131	Kupfer im Serum oder Plasma	40	4,56
4132	Kupfer im Urin, Atomabsorption	410	46,74
4133	Mangan, Atomabsorption, flammenlos	410	46,74
4134	Selen, Atomabsorption, flammenlos	410	46,74
4135	Zink, Atomabsorption	90	10,26
4138	25-Hydroxy-Vitamin D (25-OH-D, D2), Ligandenassay - einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve	480	54,72
4139	1,25-Dihydroxy-Vitamin D (1,25-(OH) ₂ D ₃ , Calcitriol), Ligandenassay - einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve	750	85,50
4140	Folsäure und/oder Vitamin B12, Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve	250	28,50
Untersuchung von Vitaminen mittels Hochdruckflüssigkeitschromatographie			
Katalog		360	41,04
4141	Vitamin A		
4142	Vitamin E		
Untersuchung von Vitaminen mittels Hochdruckflüssigkeitschromatographie			
Katalog		570	64,98
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 -			
Katalog		250	28,50
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-Acetylprocainamid		
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		
<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>			
4185	Cyclosporin (mono- oder polyspezifisch), Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	300	34,20

Untersuchung mittels Ligandenassay - einschließlich vorhergehender Säulentrennung, gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -

Katalog
4186 Amitriptylin
4187 Imipramin
4188 Nortriptylin

700

79,80

Untersuchung mittels Atomabsorption, flammenlos

410

46,74

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

41,04

Katalog
4199 Amiodaron
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

51,30

Katalog
4203 Antibiotika
4204 Antimykotika

Untersuchung mittels Gaschromatographie, je Untersuchung

410

46,74

Katalog
4206 Valproinsäure
4207 Ethanol
4208 Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand
Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.

4209 Untersuchung mittels Gaschromatographie nach Säulensextraktion und Derivatisierung zum Nachweis von exogenen Giften, je Untersuchung

480

54,72

4210 Untersuchung von exogenen Giften mittels Gaschromatographie-Massenspektrometrie, Bestätigungsanalyse, je Untersuchung

900

102,60

4211 Ethanol, photometrisch

150

17,10

4212 Exogene Gifte, dünnstichchromatographisches Screening, qualitativ oder semiquantitativ

250

28,50

4213 Identifikation von exogenen Giften mittels aufwendiger Dünnstichchromatographie mit standardkorrigierten R_F-Werten, je Untersuchung

360

41,04

4214 Lithium

60

6,84

19. Antikörper gegen Bakterienantigene

Allgemeine Bestimmung

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

Qualitativer Nachweis von Antikörpern mittels Agglutinations- oder Fällungsreaktion (z. B. Hämagglutination, Hämagglutinationshemmung, Latex-Agglutination)

90

10,26

Katalog

Antikörper gegen

4220 *Borrelia burgdorferi*

4221 Brucellen

4222 *Campylobacter*

4223 Francisellen

4224 *Legionella pneumophila* bis zu fünf Typen, je Typ

4225 Leptospiren

4226 *Listeria*, je Typ

4227 Rickettsien (Weil-Felix-Reaktion)

4228 Salmonellen-H-Antigene

4229 Salmonellen-O-Antigene

4230 Staphylolysin

4231 Streptolysin

- 4232 Treponema pallidum (TPHA, Cardioliplimmikro-
flockungstest, VDRL-Test)
- 4233 Yersinien bis zu zwei Typen, je Typ
- 4234 Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand
*Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung an-
zugeben.*

Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Agglutinations-
oder Fällungsreaktion (z. B. Hämagglutination, Hämagglutinati-
onshemmung, Latex-Agglutination)

230 26,22

- 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 An-
tigen

- 4245 Salmonellen-O-Antigene, bis zu vier Antigenen, je An-
tigen
- 4246 Staphylolysin
- 4247 Streptolysin

- 4248 Treponema pallidum (TPHA, Cardioliplimmikro-
flockungstest, VDRL-Test)
- 4249 Yersinien, bis zu zwei Typen, je Typ

- 4250 Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand
*Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung an-
zugeben.*

Qualitativer Nachweis von Antikörpern mittels Immunfluoreszenz
oder ähnlicher Untersuchungsmethoden

290 33,06

- 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 an-
zugeben.*

Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Immunfluores-
zenz oder ähnlicher Untersuchungsmethoden

510 58,14

- 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 an-
zugeben.*

Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Immunfluores-
zenz oder ähnlicher Untersuchungsmethoden

800 91,20

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

Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Komplement-
bindungsreaktion (KBR)

250 28,50

- 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 an-
zugeben.*

Bestimmung von Antikörpern mittels Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve - 350 39,90

Katalog

- Antikörper gegen
4286 *Borrelia burgdorferi*
4287 *Campylobacter*
4288 *Coxiella burnetii*
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 20,52
4294 Streptolysin, Hämolysehemmung 230 26,22
4295 Streptokokken-Desoxyribonuklease (Antistreptodornase, ADNase B), Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden 180 20,52
4296 Streptokokken-Desoxyribonuklease (Antistreptodornase, ADNase B), Farbreaktion und visuell 120 13,68
4297 Hyaluronidase, Farbreaktion und visuell, qualitativ 120 13,68

20. Antikörper gegen Virusantigene

Allgemeine Bestimmung

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

Qualitativer Nachweis von Antikörpern mittels Agglutinationsreaktion (z. B. Hämagglutination, Hämagglutinationshemmung, Latex-Agglutination) 90 10,26

Katalog

- Antikörper gegen
4300 Epstein-Barr-Virus, heterophile Antikörper (Paul-Bunnell-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 27,36

Katalog

- Antikörper gegen
4305 Epstein-Barr-Virus, heterophile Antikörper (Paul-Bunnell-Test)
4306 Röteln-Virus
4307 Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand
Die untersuchten Viren sind in der Rechnung anzugeben.

Qualitativer Nachweis von Antikörpern mittels Immunfluoreszenz oder ähnlicher Untersuchungsmethoden 290 33,06

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	58,14
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 Lympheozytäre 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		
<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>		
Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Komplementbindungreaktion (KBR)	250	28,50
Katalog		
Antikörper gegen		
4365 Adenoviren		
4366 Coronaviren		
4367 Influenza A-Virus		
4368 Influenza B-Virus		
4369 Influenza C-Virus		
4370 Lympheozytäre Choriomeningitis-Virus		
4371 Parainfluenza-Virus 1		

4371 a Parainfluenza-Virus 2		
4372 Parainfluenza-Virus 3		
4373 Polyomaviren		
4374 Reoviren		
4375 Respiratory syncytial virus		
4376 Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand		
<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>		
Bestimmung von Antikörpern mittels Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	240	27,36
Katalog		
Antikörper gegen		
4378 Cytomegalie-Virus (IgG und IgM)		
4379 FSME-Virus (IgG und IgM)		
4380 HBc-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		
<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>		
Bestimmung von Antikörpern mittels Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -	300	34,20
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		

<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>		
Bestimmung von Antikörpern mittels Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugs- kurve -	350	39,90
Katalog		
Antikörper gegen		
4402 HBc-Antigen (IgM)		
4403 HBc-Antigen (IgM)		
4404 Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand		
<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>		
Bestimmung von Antikörpern mittels Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugs- kurve -	800	91,20
4405 Delta-Antigen	400	45,60
4406 Hepatitis C-Virus		
Katalog		
Antikörper gegen		
4408 Hepatitis C-Virus, Immunoblot	800	91,20
4409 HIV, Immunoblot		
Bestimmung von Antikörpern mittels anderer Methoden		
Katalog		
Antikörper gegen		
4425 Aspergillus		
4426 Candida albicans		
4427 Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand		
<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>		
Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Agglutinations- oder Fällungsreaktion (z. B. Hämagglutination, Hämagglutina- tionshemmung, Latex-Agglutination)	240	27,36
Katalog		
Antikörper gegen		
4421 Aspergillus		
4422 Candida albicans		
4423 Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand		
<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>		
Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Immunfluores- zenz oder ähnlicher Untersuchungsmethoden	510	58,14
Katalog		
Antikörper gegen		
4418 Candida albicans		
4419 Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand		
<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>		
Qualitativer Nachweis von Antikörpern mittels Agglutinations- oder Fällungsreaktion (z. B. Hämagglutination, Hämagglutina- tionshemmung, Latex-Agglutination)	90	10,26
Katalog		
Antikörper gegen		
4430 Echinokokken		
4431 Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand		
<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>		
Qualitativer Nachweis von Antikörpern mittels Agglutinations- oder Fällungsreaktion (z. B. Hämagglutination, Hämagglutina- tionshemmung, Latex-Agglutination)	90	10,26
Katalog		
Antikörper gegen		
4430 Echinokokken		
4431 Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand		
<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>		

21. Antikörper gegen Pilzantigene

Allgemeine Bestimmung

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

Qualitativer Nachweis von Antikörpern mittels Immunfluoreszenz oder ähnlicher Untersuchungsmethoden	290	33,06
Katalog		
Antikörper gegen		
4415 Candida albicans		
4416 Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand		
<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>		

22. Antikörper gegen Parasitenantigene

Allgemeine Bestimmung

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

Qualitativer Nachweis von Antikörpern mittels Agglutinations- oder Fällungsreaktion (z. B. Hämagglutination, Hämagglutina- tionshemmung, Latex-Agglutination)	90	10,26
Katalog		
Antikörper gegen		
4430 Echinokokken		
4431 Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand		
<i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>		

4431	Schistosomen	
4432	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand <i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>	240
Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Agglutinations- oder Fällungsreaktion (z. B. Hämagglutination, Hamagglutinationshemmung, Latex-Agglutination)		27,36
Katalog		
Antikörper gegen		
4435	Echinokokken	
4436	Schistosomen	
4437	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand <i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>	
Qualitativer Nachweis von Antikörpern mittels Immunfluoreszenz oder ähnlicher Untersuchungsmethoden		290
Katalog		33,06
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 <i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>	
Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Immunfluoreszenz oder ähnlicher Untersuchungsmethoden		510
Katalog		58,14
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 <i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>	

Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Komplement-bindungsreaktion (KBR)		250
Katalog		28,50
Antikörper gegen		
4456	Echinokokken	
4457	Entamoeba histolytica	
4458	Leishmanien	
4459	Toxoplasma gondii	
4460	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand <i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>	
Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -		230
Katalog		26,22
Antikörper gegen		
4461	Toxoplasma gondii	
4462	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand <i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>	
Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -		350
Katalog		39,90
Antikörper gegen		
4465	Entamoeba histolytica	
4466	Leishmanien	
4467	Schistosomen	
4468	Toxoplasma gondii	
4469	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand <i>Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.</i>	

IV. Untersuchungen zum Nachweis und zur Charakterisierung von 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 14,82

Katalog

- 4500 Betahämolisierende Streptokokken Typ B
4501 Häemophilus 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 10,26

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 12,54

Katalog

- 4510 Giemsa-Färbung (Punktae)
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 18,24

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 28,50

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 28,50

Katalog

- 4520 Beta-hämolisierende 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-, Edo-, McConkey-Agar, Nährbouillon), je Nährmedium 80 9,12

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 11,40

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 CO₂-Atmosphäre, je Nährmedium 100 11,40

4533 Untersuchung zum Nachweis von Bakterien durch Anzüchtung oder Weiterzüchtung in anaerober oder mikroaerophiler Atmosphäre, je Nährmedium 250 28,50

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 Anzucht oder Weiterzucht auf Selektiv- oder Anreicherungsmedien, aerob (z. B. Blutagar mit Antibiotikazusätzen, Schokoladen-, Yersinien-, Columbia-, Kochsalz-Mannit-Agar, Thayer-Martin-Medium), je Nährmedium	120	13,68	4548	Identifizierung, Untersuchung von aerob angezüchteten Bakterien mittels bunter Reihe (bis zu acht Reaktionen), je Keim	160	18,24
	<i>Eine mehr als viermalige Berechnung der Leistung nach Nummer 4538 bei Untersuchungen aus demselben Untersuchungsmaterial ist nicht zulässig.</i>			4549	Identifizierung, Untersuchung von aerob angezüchteten Bakterien mittels erweiterter bunter Reihe - mindestens zwanzig Reaktionen -, je Keim	240	27,36
4539	Untersuchung zum Nachweis von Bakterien durch besonders aufwendige Anzucht oder Weiterzucht auf Selektiv- oder Anreicherungsmedien (z. B. Campylobacter-, Legionellen-, Mycoplasmen-, Clostridium difficile-Agar), je Nährmedium	250	28,50	4550	Identifizierung, Untersuchung anaerob angezüchteter Bakterien mittels erweiterter bunter Reihe in anaerob oder mikroaerophiler Atmosphäre, je Keim	330	37,62
	<i>Eine mehr als viermalige Berechnung der Leistung nach Nummer 4539 bei Untersuchungen aus demselben Untersuchungsmaterial ist nicht zulässig.</i>			4551	Identifizierung, Untersuchung von Mykobakterium tuberculosis-Komplex mittels biochemischer Reaktionen	300	34,20
4540	Anzucht von Mykobakterien mit mindestens zwei festen und einem flüssigen Nährmedium, je Untersuchungsmaterial	400	45,60		<i>Eine mehr als viermalige Berechnung der Leistung nach Nummer 4551 bei Untersuchungen aus demselben Untersuchungsmaterial ist nicht zulässig.</i>		
4541	Untersuchung zum Nachweis von Chlamydien durch Anzucht auf Gewebekultur, je Ansatz	350	39,90		Lichtmikroskopische Untersuchung angezüchteter Bakterien - einschließlich Anfärbung -, qualitativ, je Untersuchung	60	6,84
4542	Untersuchung zum Nachweis von bakteriellen Toxinen durch Anzucht auf Gewebekultur, je Untersuchung	250	28,50	Katalog			
4543	Untersuchung zum Nachweis von bakteriellen Toxinen durch Anzucht auf Gewebekultur mit Spezifitätsprüfung durch Neutralisationstest, je Untersuchung	500	57,—	4553	Gramfärbung (Bakterienkulturausstrich)		
	c. Identifizierung/Typisierung			4554	Neisser-Färbung (Bakterienkulturausstrich)		
4545	Orientierende Identifizierung, Untersuchung von angezüchteten Bakterien mit einfachen Verfahren (z. B. Katalase-, Optochin-, Oxidase-, Galle-, Klumpungstest), je Test und Keim	60	6,84	4555	Ziehl-Neelsen-Färbung (Bakterienkulturausstrich)		
4546	Identifizierung, Untersuchung von angezüchteten Bakterien mit aufwendigeren Verfahren (z. B. Askulinspaltung, Methylengrün-, Nitratreduktion, Harnstoffspaltung, Koagulase-, CAMP-, O-F-, Ammen-, DNAase-Test), je Test und Keim	120	13,68	4556	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand <i>Die durchgeführten Färbungen sind in der Rechnung anzugeben.</i>		
4547	Identifizierung, Untersuchung von angezüchteten Bakterien mit Mehrtestverfahren (z. B. Kombination von Zitratt-, Kligler-, SIM-Agar), je Keim	120	13,68	4560	Lichtmikroskopische, immunologische Untersuchung von angezüchteten Bakterien - einschließlich Fluoreszenz-, Enzym- oder anderer Markierung -, je Antiserum	290	33,06
					Untersuchung zum Nachweis von Bakterienantigenen mittels Ligandenassay (z. B. Enzym-, Radioimmunoassay) - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -, qualitativ, je Untersuchung	250	28,50
				Katalog			
				4561	Beta-hämolysierende Streptokokken		
				4562	Enteropathogene Escherichia coli-Stämme		
				4563	Legionellen		
				4564	Neisseria meningitidis		
				4565	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand <i>Die untersuchten Keime sind in der Rechnung anzugeben.</i>		
					Untersuchung von angezüchteten Bakterien über Metabolprofil mittels Gaschromatographie, je Untersuchung	410	46,74
				Katalog			
				4567	Anaerobier		
				4568	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand		

Die untersuchten Keime sind in der Rechnung anzugeben.

4570	Untersuchung von angezüchteten Bakterien über Metabolprofil (z. B. Fettsäureprofil) mittels Gaschromatographie - einschließlich aufwendiger Probenvorbereitung (z. B. Extraktion) und Derivatisierungsreaktion -, je Untersuchung.....	570	64,98
4571	Untersuchung von angezüchteten Bakterien mittels chromatographischer Analyse struktureller Komponenten, je Untersuchung.....	570	64,98
	Untersuchung von angezüchteten Bakterien mittels Agglutination (bis zu höchstens 15 Antisera je Keim), je Antiserum	120	13,68
	Katalog		
4572	Beta-hämolysierende Streptokokken		
4573	Escherichia coli		
4574	Salmonellen		
4575	Shigellen		
4576	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand <i>Die untersuchten Keime sind in der Rechnung anzugeben.</i>	250	28,50
	Untersuchung durch Phagentypisierung von angezüchteten Bakterien (Bacteriophage oder ähnliche Methoden), je Untersuchung.....		
	Katalog		
4578	Brucellen		
4579	Pseudomonaden		
4580	Staphylokokken		
4581	Salmonellen		
4582	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand <i>Die untersuchten Keime sind in der Rechnung anzugeben.</i>		
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	28,50
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	39,90

d. Toxinachweis

	Untersuchung zum Nachweis von Bakterientoxinen mittels Ligandenassay (z. B. Enzym-, Radioimmunoassay) - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -, je Untersuchung.....	250	28,50
	Katalog		
4590	Clostridium difficile, tetani oder botulinum		
4591	Enteropathogene Escherichia coli-Stämme		
4592	Staphylococcus aureus		
4593	Vibrien		
4594	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand <i>Die untersuchten Keime sind in der Rechnung anzugeben.</i>		
	Untersuchung zum Nachweis von Bakterientoxinen oder -toxinen durch Präzipitation im Agargel mittels Antitoxinen, je Untersuchung.....	250	28,50
	Katalog		
4596	Clostridium botulinum		
4597	Corynebacterium diphtheriae		
4598	Staphylokokkentoxin		
4599	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand <i>Die untersuchten Keime sind in der Rechnung anzugeben.</i>		
4601	Untersuchung zum Nachweis von Bakterientoxinen durch Inokulation in Versuchstiere, je Untersuchung	500	57,—
	<i>Eine mehr als dreimalige Berechnung der Leistung nach Nummer 4601 im Behandlungsfall ist nicht zulässig.</i>		
	<i>Kosten für Versuchstiere sind nicht gesondert berechnungsfähig.</i>		
	e. Keimzahl, Hemmstoffe		
4605	Untersuchung zur Bestimmung der Keimzahl mittels Ein-Tauchobjektträgerkultur (z. B. Cult-dip Plus®, Dip-Slide®, Uricon®, Uricult®, Uriline®, Uroprobe®), semiquantitativ, je Urinuntersuchung	60	6,84
4606	Untersuchung zur Bestimmung der Keimzahl in Flüssigkeiten mittels Oberflächenkulturen oder Plattengußverfahren nach quantitativer Aufbringung des Untersuchungsmaterials, je Untersuchungsmaterial	250	28,50
4607	Untersuchung zum Nachweis von Hemmstoffen, je Material	60	6,84

f. Empfindlichkeitstestung

4610 Untersuchung zur Prüfung der Empfindlichkeit von Bakterien gegen Antibiotika und/oder Chemotherapeutika mittels semiquantitativem Agardiffusionstest und trägergebundenen Testsubstanzen (Plätrchentest), je geprüfter Substanz.....

20 2,28

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 3,42

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 5,70

4613 Untersuchung zur Prüfung der Empfindlichkeit von Bakterien gegen Antibiotika und/oder Chemotherapeutika mittels semiquantitativer Bestimmung der minimalen mikrobiellen Antibiotikakonzentration (MBC), bis zu acht Substanzen, je geprüfter Substanz.....

75 8,55

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 28,50

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 6,84

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 Einschlüß- oder Elementarkörperchen aus Zellmaterial - einschließlich Anfärbung -, qualitativ, je Untersuchung.....

80 9,12

Katalog 4633 Herpes simplex Viren

4634 Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand *Die untersuchten Viren sind in der Rechnung anzugeben.*

290 33,06

4636 Lichtmikroskopische immunologische Untersuchung im Nativmaterial zum Nachweis von Viren - einschließlich Fluoreszenz-, Enzym- oder anderer Markierung -, je Antiserum.....

3180 362,52

4637 Elektronenmikroskopischer Nachweis und Identifizierung von Viren im Nativmaterial, je Untersuchung.....

Ligandenassay (z. B. Enzym- oder Radioimmunoassay) - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -, zum Nachweis von viralen Antigenen im Nativmaterial, je Untersuchung.....

250 28,50

Katalog 4640 Adeno-Viren

4641 Hepatitis A-Viren

4642 Hepatitis B-Viren (HBs-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 51,30

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. Alterresistenz, Chloroformresistenz, pH3-Test), je Ansatz.....	250	28,50
4666	Identifizierung von Viren durch aufwendigere Verfahren (Hämagglutination, Hämagglutinationshemmung), je Ansatz.....	250	28,50
4667	Identifizierung von Viren durch Neutralisationstest, je Untersuchung.....	250	28,50
4668	Identifizierung von Virus-Antigenen durch Immunoblotting, je Untersuchung.....	330	37,62
4670	Lichtmikroskopische immunologische Untersuchung zur Identifizierung von Viren - einschließlich Fluoreszenz-, Enzym- oder anderer Markierung -, je Antiserum.....	290	33,06
4671	Elektronenmikroskopischer Nachweis und Identifizierung von Viren nach Anzüchtung, je Untersuchung.....	3180	362,52
	Ligandenassay (z. B. Enzym- oder Radioimmunoassay) - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -, zum Nachweis von viralen Antigenen angezüchteter Viren, je Untersuchung.....	250	28,50
	Katalog		
4675	Adeno-Viren		
4676	Influenza-Viren		
4677	Parainfluenza-Viren		
4678	Rota-Viren		
4679	Respiratory syncytial virus		
4680	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand		
	<i>Die untersuchten Viren sind in der Rechnung anzugeben.</i>		

3. Untersuchungen zum Nachweis und zur Charakterisierung von Pilzen

a. Untersuchungen im Nativmaterial

	Untersuchungen zum Nachweis von Pilzantigenen mittels Agglutination, je Antiserum	120	13,68
	Katalog		
4705	Aspergillus		
4706	Candida		
4707	Kryptokokkus neoformans		
4708	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand		
	<i>Die untersuchten Pilze sind in der Rechnung anzugeben.</i>		

4710	Lichtmikroskopische Untersuchung zum Nachweis von Pilzen ohne Anfärbung im Nativmaterial, je Material.....	80	9,12
4711	Lichtmikroskopische Untersuchung zum Nachweis von Pilzen im Nativmaterial nach Präparation (z. B. Kallilauge) oder aufwendigerer Anfärbung (z. B. Färbung mit Fluorochromen, Baumwollblau-, Tuschefärbung), je Material	120	13,68
4712	Lichtmikroskopische immunologische Untersuchung zum Nachweis von Pilzen im Nativmaterial - einschließlich Fluoreszenz-, Enzym- oder anderer Markierung -, je Antiserum.....	290	33,06
4713	Untersuchung im Nativmaterial zum Nachweis von Pilzantigenen mittels Ligandenassay (z. B. Enzym- oder Radioimmunoassay) - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -, je Untersuchung	250	28,50
	b. Züchtung		
4715	Untersuchung zum Nachweis von Pilzen durch An- oder Weiterzüchtung auf einfachen Nährmedien (z. B. Sabouraud-Agar), je Nährmedium.....	100	11,40
	<i>Eine mehr als fünfmalige Berechnung der Leistung nach Nummer 4715 bei Untersuchungen aus demselben Untersuchungsmaterial ist nicht zulässig.</i>		
4716	Untersuchung zum Nachweis von Pilzen durch An- oder Weiterzüchtung auf aufwendigeren Nährmedien (z. B. Antibiotika-, Wachstoffsatz), je Nährmedium.....	120	13,68
	<i>Eine mehr als fünfmalige Berechnung der Leistung nach Nummer 4716 bei Untersuchungen aus demselben Untersuchungsmaterial ist nicht zulässig.</i>		
4717	Züchtung von Pilzen auf Differenzierungsmedien (z. B. Harnstoff-, Stärkeagar), je Nährmedium	120	13,68
	<i>Eine mehr als dreimalige Berechnung der Leistung nach Nummer 4717 je Pilz ist nicht zulässig.</i>		
	c. Identifizierung/Charakterisierung		
4720	Identifizierung von angezüchteten Pilzen mittels Röhren- oder Mehrkannervorfahren bis zu fünf Reaktionen, je Pilz.....	120	13,68

4721	Identifizierung von angezüchteten Pilzen mittels Röhren- oder Mehrkammerverfahren mit mindestens sechs Reaktionen, je Pilz	250	28,50
4722	Lichtmikroskopische Identifizierung angezüchteter Pilze - einschließlich Anfärbung (z. B. Färbung mit Fluorochromen, Baumwollblau-, Tuschefärbung) -, je Untersuchung	120	13,68
4723	Lichtmikroskopische immunologische Untersuchung zur Identifizierung angezüchteter Pilze - einschließlich Fluoreszenz-, Enzym- oder anderer Markierung -, je Antiserum	290	33,06
4724	Untersuchung zur Identifizierung von Antigenen angezüchteter Pilze mittels Ligandenassay (z. B. Enzym- oder Radioimmunoassay) - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -, je Untersuchung	250	28,50
d. Empfindlichkeitstestung			
4727	Untersuchung zur Prüfung der Empfindlichkeit von angezüchteten Pilzen gegen Antimykotika und/oder Chemotherapeutika mittels trägergebundener Testsubstanzen, je Pilz	120	13,68
4728	Untersuchung zur Prüfung der Empfindlichkeit von angezüchteten Pilzen gegen Antimykotika und/oder Chemotherapeutika mittels Reihenverdünnungstest, je Reihenverdünnungstest	250	28,50
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			
Katalog		120	13,68
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			
Katalog		160	18,24
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			
Katalog		250	28,50
4753	Giemsa-Färbung (Blutausstrich)(z. B. Malaria-Plasmodien)		
4754	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) oder spezieller Beleuchtungsverfahren (z. B. Phasenkontrast), nach aufwendiger Anreicherung oder Vorbereitung (z. B. Schläpferversuch, Formalin-Äther-Verfahren), qualitativ, je Untersuchung			
4756		200	22,80
Lichtmikroskopische Untersuchung zum Nachweis von Parasiten, ohne oder mit einfacher Anfärbung (z. B. Lugol- oder Methylenblaufärbung) oder spezieller Beleuchtungsverfahren (z. B. Phasenkontrast), nach aufwendiger Anreicherung oder Vorbereitung (z. B. Schläpferversuch, Formalin-Äther-Verfahren), quantitativ (z. B. Filtermethode, Zählkammer), je Untersuchung			
4757		250	28,50
Lichtmikroskopische immunologische Untersuchung zum Nachweis von Parasiten im Nativmaterial - einschließlich Fluoreszenz-, Enzym- oder anderer Markierung -, je Antiserum			
4758		290	33,06
Ligandenassay (z. B. Enzym-, Radioimmunoassay) - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -, zum Nachweis von Parasitenanteilen im Nativmaterial, je Untersuchung			
4759		250	28,50

b. Züchtung

Untersuchung zum Nachweis von Parasiten durch Züchtung auf Kulturmedien, je Untersuchung	250	28,50
Katalog		
4760 Amöben		
4761 Lamblien		
4762 Trichomonaden		
4763 Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand		
<i>Die untersuchten Parasiten sind in der Rechnung anzugeben.</i>		

c. Identifizierung

Lichtmikroskopische Untersuchung zur Identifizierung von Parasiten nach Anzucht, je Untersuchung	120	13,68
Katalog		
4765 Trichomonaden		
4766 Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand		
<i>Die untersuchten Parasiten sind in der Rechnung anzugeben.</i>		
4768 Ligandenassay (z. B. Enzym- oder Radioimmunoassay) - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve -, zum Nachweis von Parasitenantigenen, je Untersuchung	250	28,50

d. Xenodiagnostische Untersuchungen

Xenodiagnostische Untersuchung zum Nachweis von parasitären Krankheitserregern, je Untersuchung	250	28,50
Katalog		
4770 Trypanosoma cruzi		
4771 Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand		
<i>Die untersuchten Parasiten sind in der Rechnung anzugeben.</i>		

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 (Naivmaterial oder Material nach Anzucht) sowie der untersuchte Mikroorganismus (Bakterium, Virus, Pilz oder Parasit) in der Rechnung anzugeben.

4780 Isolierung von Nukleinsäuren	900	102,60
4781 Verdau (Spaltung) isolierter Nukleinsäuren mit Restriktionsenzymen, je Enzym	150	17,10
4782 Enzymatische Transkription von RNA mittels reverser Transkriptase	500	57,—
4783 Amplifikation von Nukleinsäuren oder Nukleinsäurefragmenten mit Polymerasekettenreaktion (PCR)	500	57,—
4784 Amplifikation von Nukleinsäuren oder Nukleinsäurefragmenten mit geschachtelter Polymerasekettenreaktion (nested PCR)	1000	114,—
4785 Identifizierung von Nukleinsäurefragmenten durch Hybridisierung mit radioaktiv oder nichtradioaktiv markierten Sonden und nachfolgender Detektion, je Sonde ...	300	34,20
4786 Trennung von Nukleinsäurefragmenten mittels elektrophoretischer Methoden und anschließendem Transfer auf Trägermaterialien (z. B. Dot-Blot, Slot-Blot)	600	68,40
4787 Identifizierung von Nukleinsäurefragmenten durch Sequenzermittlung	2000	228,—*

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 18,24*

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 Untersuchungsumfanges 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, 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..... Werden mehrere Zähne mittels einer Röntgenaufnahme erfaßt, so darf die Leistung nach Nummer 5000 nur einmal und nicht je aufgenommenem Zahn berechnet werden.	50	5,70
5002	Panoramaaufnahme(n) eines Kiefers	250	28,50
5004	Panoramascichtaufnahme der Kiefer	400	45,60
Finger oder Zehen 5010	jeweils in zwei Ebenen.....	180	20,52
5011	ergänzende Ebene(n)	60	6,84
	Werden mehrere Finger oder Zehen mittels einer Röntgenaufnahme erfaßt, so dürfen die Leistungen nach den Nummern 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	25,08
5021	ergänzende Ebene(n)	80	9,12
	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	41,04
5031	ergänzende Ebene(n)	100	11,40
	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	18,24

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 Skeletalters - gegebenenfalls einschließlich Berechnung der prognostischen Endgröße, einschließlich der zugehörigen Röntgendiagnostik und gutachterlichen Beurteilung	300	34,20	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	45,60
5040	Beckenübersicht	300	34,20	5120	Rippen einer Thoraxhälfte, Schulterblatt oder Brustbein, in einer Ebene	260	29,64
5041	Beckenübersicht bei einem Kind bis zum vollendeten 14. Lebensjahr	200	22,80	5121	ergänzende Ebene(n)	140	15,96
5050	Kontrastuntersuchung eines Hüftgelenks, Kniegelenks oder Schultergelenks, einschließlich Punktion, Stichkanalanästhesie und Kontrastmitteleinbringung - gegebenenfalls einschließlich Durchleuchtung(en)	950	108,30	2. Hals- und Brustorgane			
5060	Kontrastuntersuchung eines Kiefergelenks, einschließlich Punktion, Stichkanalanästhesie und Kontrastmitteleinbringung - gegebenenfalls einschließlich Durchleuchtung(en)	500	57,—	5130	Halsorgane oder Mundboden - gegebenenfalls in mehreren Ebenen	280	31,92
5070	Kontrastuntersuchung der übrigen Gelenke, einschließlich Punktion, Stichkanalanästhesie und Kontrastmitteleinbringung - gegebenenfalls einschließlich Durchleuchtung(en) -, je Gelenk	400	45,60	5135	Brustorgane-Übersicht, in einer Ebene	280	31,92
5090	Schädel-Übersicht, in zwei Ebenen	400	45,60	<i>Die Leistung nach Nummer 5135 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig.</i>			
5095	Schädelteile in Spezialprojektionen, je Teil	200	22,80	5137	Brustorgane-Übersicht - gegebenenfalls einschließlich Breischluck und Durchleuchtung(en) -, in mehreren Ebenen	450	51,30
5098	Nasennebenhöhlen - gegebenenfalls auch in mehreren Ebenen	260	29,64	5139	Teil der Brustorgane	180	20,52
5100	Halswirbelsäule, in zwei Ebenen	300	34,20	<i>Die Berechnung der Leistung nach Nummer 5139 neben den Leistungen nach den Nummern 5135, 5137 und/oder 5140 ist in der Rechnung zu begründen.</i>			
5101	ergänzende Ebene(n)	160	18,24	5140	Brustorgane, Übersicht im Mittelformat	100	11,40
5105	Brust- oder Lendenwirbelsäule, in zwei Ebenen, je Teil ..	400	45,60	3. Bauch- und Verdauungsorgane			
5106	ergänzende Ebene(n)	180	20,52	5150	Speiseröhre, gegebenenfalls einschließlich ösophago-gastraler Übergang, Kontrastuntersuchung (auch Doppelkontrast) - einschließlich Durchleuchtung(en) -, als selbständige Leistung	550	62,70
5110	Ganzaufnahme der Wirbelsäule oder einer Extremität	500	57,—	5157	Oberer Verdauungstrakt (Speiseröhre, Magen, Zwölffingerdarm und oberer Abschnitt des Dünndarms), Monokontrastuntersuchung - einschließlich Durchleuchtung(en) -	700	79,80
5111	ergänzende Ebene(n)	200	22,80	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	136,80
<i>Die Leistung nach Nummer 5111 ist je Sitzung nicht mehr als zweimal berechnungsfähig.</i>							
<i>Die Leistungen nach den Nummern 5110 und 5111 sind neben den Leistungen nach den Nummern 5010, 5011, 5020, 5021, 5030 und 5031 nicht berechnungsfähig.</i>							
<i>Die Nebeneinanderberechnung der Leistungen nach den Nummern 5100, 5105 und 5110 bedarf einer besonderen Begründung.</i>							

5159	Zuschlag zu den Leistungen nach den Nummern 5157 und 5158 bei Erweiterung der Untersuchung bis zum Ileozökalgebiet	300	34,20
5163	Dünndarmkontrastuntersuchung mit im Bereich der Flexura duodeno-jejunalis endender Sonde - einschließlich Durchleuchtung(en) -	1300	148,20
5165	Monokontrastuntersuchung von Teilen des Dickdarms - einschließlich Durchleuchtung(en) -	700	79,80
5166	Dickdarmdoppelkontrastuntersuchung - einschließlich Durchleuchtung(en) -	1400	159,60
5167	Defäkographie nach Markierung der benachbarten Hohlorgane - einschließlich Durchleuchtung(en) -	1000	114,—
5168	Pharyngographie unter Verwendung kinematographischer Techniken - einschließlich Durchleuchtung(en) -, als selbständige Leistung	800	91,20
5169	Pharyngographie unter Verwendung kinematographischer Techniken - einschließlich Durchleuchtung(en) und einschließlich der Darstellung der gesamten Speiseröhre -	1100	125,40
5170	Kontrastuntersuchung von Gallenblase und/oder Gallenwegen und/oder Pankreasgängen	400	45,60
5190	Bauchübersicht, in einer Ebene oder Projektion	300	34,20
	<i>Die Leistung nach Nummer 5190 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig.</i>		
5191	Bauchübersicht, in zwei oder mehr Ebenen oder Projektionen	500	57,—
5192	Bauchteilaufnahme - gegebenenfalls in mehreren Ebenen oder Spezialprojektionen -	200	22,80
5200	Harntraktkontrastuntersuchung - einschließlich intravenöser Verabreichung des Kontrastmittels -	600	68,40
5201	Ergänzende Ebene(n) oder Projektion(en) im Anschluß an die Leistung nach Nummer 5200 - gegebenenfalls einschließlich Durchleuchtung(en) -	200	22,80
5220	Harntraktkontrastuntersuchung - einschließlich retrograder Verabreichung des Kontrastmittels, gegebenenfalls einschließlich Durchleuchtung(en) -, je Seite	300	34,20

5230	Harnröhren- und/oder Harnblasenkontrastuntersuchung (Urethrozystographie) - einschließlich retrograder Verabreichung des Kontrastmittels, gegebenenfalls einschließlich Durchleuchtung(en) -, als selbständige Leistung	300	34,20
5235	Refluxzystographie - einschließlich retrograder Verabreichung des Kontrastmittels, einschließlich Miktionsaufnahmen und gegebenenfalls einschließlich Durchleuchtung(en) -, als selbständige Leistung	500	57,—
5250	Gebärmutter- und/oder Eileiterkontrastuntersuchung - einschließlich Durchleuchtung(en) -	400	45,60
	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	45,60
	<i>Die Leistung nach Nummer 5260 ist nicht berechnungsfähig für Untersuchungen des Harntrakts, der Gebärmutter und Eileiter sowie der Gallenblase.</i>		
5265	Mammographie einer Seite, in einer Ebene	300	34,20
	<i>Die Leistung nach Nummer 5265 ist je Seite und Sitzung nur einmal berechnungsfähig.</i>		
5266	Mammographie einer Seite, in zwei Ebenen	450	51,30
5267	Ergänzende Ebene(n) oder Spezialprojektion(en) im Anschluß an die Leistung nach Nummer 5266	150	17,10
5280	Myelographie	750	85,50
5285	Bronchographie - einschließlich Durchleuchtung(en) -	450	51,30
5290	Schichtaufnahme(n) (Tomographie), bis zu fünf Strahlrichtungen oder Projektionen, je Strahlrichtung oder Projektion	650	74,10
5295	Durchleuchtung(en), als selbständige Leistung	240	27,36
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 Kontrastmitteldosen 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	228,—
5301	Zweite bis dritte Serie im Anschluß an die Leistung nach Nummer 5300, je Serie.....	400	45,60
	<i>Bei der angiographischen Darstellung von Hirnversorgenden Arterien ist auch die vierte bis sechste Serie jeweils nach Nummer 5301 berechnungsfähig.</i>		
5302	Weitere Serien im Anschluß an die Leistungen nach den Nummern 5300 und 5301, insgesamt.....	600	68,40
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	114,—
5304	Zweite bis dritte Serie im Anschluß an die Leistung nach Nummer 5303, je Serie.....	200	22,80
	<i>Bei der angiographischen Darstellung von Hirnversorgenden Arterien ist auch die vierte bis sechste Serie jeweils nach Nummer 5304 berechnungsfähig.</i>		
5305	Weitere Serien im Anschluß an die Leistungen nach den Nummern 5303 und 5304, insgesamt.....	300	34,20
5306	Serienangiographie im Bereich des Beckens und beider Beine, eine Serie.....	2000	228,—
5307	Zweite Serie im Anschluß an die Leistung nach Nummer 5306.....	600	68,40

5308	Weitere Serien im Anschluß an die Leistungen nach den Nummern 5306 und 5307, insgesamt.....	800	91,20
	<i>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.</i>		
	<i>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.</i>		
5309	Serienangiographie einer Extremität, eine Serie.....	1800	205,20
5310	Weitere Serien im Anschluß an die Leistung nach Nummer 5309, insgesamt.....	600	68,40
5311	Serienangiographie einer weiteren Extremität im zeitlichen Zusammenhang mit der Leistung nach Nummer 5309, eine Serie.....	1000	114,—
5312	Weitere Serien im Anschluß an die Leistung nach Nummer 5311, insgesamt.....	600	68,40
5313	Angiographie der Becken- und Beingefäße in Großkas- setten-Technik, je Sitzung.....	800	91,20
	<i>Die Leistung nach Nummer 5313 ist neben den Leistungen nach den Nummern 5300 bis 5312 sowie 5315 bis 5339 nicht berechnungsfähig.</i>		
5315	Angiokardiographie einer Herzhälfte, eine Serie.....	2200	250,80
	<i>Die Leistung nach Nummer 5315 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig.</i>		
5316	Angiokardiographie beider Herzhälften, eine Serie.....	3000	342,—
	<i>Die Leistung nach Nummer 5316 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig.</i>		
	<i>Neben der Leistung nach Nummer 5316 ist die Leistung nach Nummer 5315 nicht berechnungsfähig.</i>		
5317	Zweite bis dritte Serie im Anschluß an die Leistungen nach den Nummern 5315 oder 5316, je Serie.....	400	45,60
5318	Weitere Serien im Anschluß an die Leistung nach Nummer 5317, insgesamt.....	600	68,40

5339 Ergänzende Projektion(en) im Anschluß an die Leistung nach Nummer 5338 - einschließlich Durchleuchtung(en) - , insgesamt..... 250 28,50

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 319,20

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 68,40

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 433,20

Neben der Leistung nach Nummer 5348 sind die Leistungen nach den Nummern 350 bis 361 sowie 5295 nicht berechnungsfähig.

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 Cine-technik, eine Serie..... 2400 273,60

Die Leistungen nach den Nummern 5324 und 5325 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.

5325 Selektive Koronarangiographie aller Herzkranzgefäße oder Bypasses mittels Cine-technik, eine Serie..... 3000 342,—

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 45,60

5327 Zusätzliche Linksventrikulographie bei selektiver Koronarangiographie..... 1000 114,—

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 136,80

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 182,40

5330 Venographie einer Extremität..... 750 85,50

5331 Ergänzende Projektion(en) (insbesondere des zentralen Abfußgebietes) im Anschluß an die Leistung nach Nummer 5330, insgesamt 200 22,80

5335 Zuschlag zu den Leistungen nach den Nummern 5300 bis 5331 bei computergestützter Analyse und Abbildung 800 91,20

Der Zuschlag nach Nummer 5335 kann je Untersuchungsstag unabhängig von der Anzahl der Einzeluntersuchungen nur einmal und nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnet werden.

5338 Lymphographie, je Extremität 1000 114,—

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 Rekannalisation von mehr als einer Koronararterie, insgesamt 1000 114,—

Neben der Leistung nach Nummer 5349 sind die Leistungen nach den Nummern 350 bis 361 sowie 5295 nicht 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 57,—

5352 Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5351 bei Lysebehandlung der hiraversorgenden Arterien 1000 114,—

5353 Perkutane transluminale Dilatation und Rekannalisation von Venen - einschließlich Kontrastmitteleinbringungen und Durchleuchtung(en) im zeitlichen Zusammenhang mit dem gesamten Eingriff - 2000 228,—

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 Rekannalisation von mehr als zwei Venen, insgesamt 200 22,80

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 (Athektomie, Laser), zusätzlich zur perkutanen transluminalen Dilatation - einschließlich Kontrastmitteleinbringungen und Durchleuchtung(en) im zeitlichen Zusammenhang mit dem gesamten Eingriff - 2000 228,—

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 (Athektomie, Laser), zusätzlich zur perkutanen transluminalen Dilatation einer Koronararterie - einschließlich Kontrastmitteleinbringungen und Durchleuchtung(en) im zeitlichen Zusammenhang mit dem gesamten Eingriff - 2500 285,—

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 399,—

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 513,—

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 285,—

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 228,—

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 296,40

Neben der Leistung nach Nummer 5361 sind die Leistungen nach den Nummern 370, 5170 sowie 5295 nicht berechnungsfähig.

7. Computertomographie

Allgemeine Bestimmungen

Die Leistungen nach den Nummern 5369 bis 5375 sind je Sitzung jeweils nur einmal berechnungsfähig.

Die Nebeneinanderberechnung von Leistungen nach den Nummern 5370 bis 5374 ist in der Rechnung gesondert zu begründen. Bei Nebeneinanderberechnung von Leistungen nach den Nummern 5370 bis 5374 ist der Höchstwert nach Nummer 5369 zu beachten.

5369 Höchstwert für Leistungen nach den Nummern 5370 bis 5374 3000 342,—

Die im einzelnen erbrachten Leistungen sind in der Rechnung anzugeben.

5370 Computergesteuerte Tomographie im Kopfbereich - gegebenenfalls einschließlich des kranio-zervikalen Übergangs - 2000 228,—

5371 Computergesteuerte Tomographie im Hals- und/oder Thoraxbereich 2300 262,20

5372 Computergesteuerte Tomographie im Abdominalbereich. 2600 296,40

5373 Computergesteuerte Tomographie des Skeletts (Wirbelsäule, Extremitäten oder Gelenke bzw. Gelenkpaae) 1900 216,60

5374 Computergesteuerte Tomographie der Zwischenwirbelsäule im Bereich der Hals-, Brust- und/oder Lendenwirbelsäule - gegebenenfalls einschließlich der Übergangsregionen - 1900 216,60

5375 Computergesteuerte Tomographie der Aorta in ihrer gesamten Länge 2000 228,—

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 Kontrastmittelegaben) - zusätzlich zu den Leistungen nach den Nummern 5370 bis 5375 - 500 57,—

5377 Zuschlag für computergesteuerte Analyse - einschließlich speziell nachfolgender 3D-Rekonstruktion - 800 91,20

Der Zuschlag nach Nummer 5377 ist nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.

5378 Computergesteuerte Tomographie zur Bestrahlungsplanung oder zu interventionellen Maßnahmen 1000 114,—

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 300 34,20

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 zuzüßiger 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	Scintigraphische Untersuchung (Schilddrüse) - gegebenenfalls einschließlich Darstellung dystoper Anteile - ..	350	39,90
5401	Scintigraphische 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	148,20

5402	Radiojodkurztzest bis zu 24 Stunden (Schilddrüse) - gegebenenfalls einschließlich Blutaktivitätsbestimmungen und/oder scintigraphischer Untersuchung(en) - ..	1000	114,-
<i>Die Leistungen nach den Nummern 5400 bis 5402 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.</i>			
5403	Radiojodtest (Schilddrüse) vor Radiojodtherapie mit ¹³¹ I mit mindestens drei zeitlichen Meßpunkten, davon zwei später als 24 Stunden nach Verabreichung - gegebenenfalls einschließlich Blutaktivitätsbestimmungen - ..	1200	136,80
<i>Die Leistungen nach den Nummern 5402 und 5403 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.</i>			
b. Gehirn			
5410	Scintigraphische Untersuchung des Gehirns ..	1200	136,80
5411	Scintigraphische Untersuchung des Liquorraums ..	900	102,60
<i>Für die Leistung nach Nummer 5411 sind zwei Wiederholungsuntersuchungen zugelassen, davon eine später als 24 Stunden nach Einbringung(en) des radioaktiven Stoffes.</i>			
c. Lunge			
5415	Scintigraphische Untersuchung der Lungenperfusion - mindestens vier Sichten/Projektionen -, insgesamt ..	1300	148,20
5416	Scintigraphische Untersuchung der Lungenbelüftung mit Inhalation radioaktiver Gase, Aerosole oder Stäube ..	1300	148,20
d. Herz			
5420	Radionuklidventrikulographie mit quantitativer Bestimmung von mindestens Auswurfaktion und regionaler Wandbewegung in Ruhe - gegebenenfalls einschließlich EKG im zeitlichen Zusammenhang mit der Untersuchung - ..	1200	136,80
5421	Radionuklidventrikulographie als kombinierte quantitative Mehrfachbestimmung von mindestens Auswurfaktion und regionaler Wandbewegung in Ruhe und unter körperlicher oder pharmakologischer Stimulation - gegebenenfalls einschließlich EKG im zeitlichen Zusammenhang mit der Untersuchung - ..	3800	433,20

Neben der Leistung nach Nummer 5421 ist bei zusätzlicher Erste-Passage-Untersuchung die Leistung nach Nummer 5473 berechnungsfähig.

- 5422 Szintigraphische Untersuchung des Myokards mit myokardialen Tracern in Ruhe - gegebenenfalls einschließlich EKG im zeitlichen Zusammenhang mit der Untersuchung - 1000 114,—

Die Leistungen nach den Nummern 5422 und 5423 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.

- 5423 Szintigraphische Untersuchung des Myokards mit myokardialen Tracern unter körperlicher oder pharmakologischer Stimulation - gegebenenfalls einschließlich EKG im zeitlichen Zusammenhang mit der Untersuchung - 2000 228,—

- 5424 Szintigraphische Untersuchung des Myokards mit myokardialen Tracern in Ruhe und unter körperlicher oder pharmakologischer Stimulation - gegebenenfalls einschließlich EKG im zeitlichen Zusammenhang mit der Untersuchung - 2800 319,20

Neben der Leistung nach Nummer 5424 sind die Leistungen nach den Nummern 5422 und/oder 5423 nicht berechnungsfähig.

e. Knochen- und Knochenmarkszintigraphie

- 5425 Ganzkörperskelettszintigraphie, Schädel und Körperstamm in zwei Sichten/Projektionen - einschließlich der proximalen Extremitäten, gegebenenfalls einschließlich der distalen Extremitäten - 2250 256,50

- 5426 Teilkörperskelettszintigraphie - gegebenenfalls einschließlich der kontralateralen Seite - 1260 143,64

- 5427 Zusätzliche szintigraphische Abbildung des regionalen Blutpools (Zwei-Phasenszintigraphie) - mindestens zwei Aufnahmen - 400 45,60

- 5428 Ganzkörperknochenmarkszintigraphie, Schädel und Körperstamm in zwei Sichten/Projektionen - einschließlich der proximalen Extremitäten, gegebenenfalls einschließlich der distalen Extremitäten - 2250 256,50

f. Tumorszintigraphie

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

- 5430 eine Region 1200 136,80
5431 Ganzkörper (Stamm und/oder Extremitäten) 2250 256,50

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 319,20

- 5441 Perfusionsszintigraphie der Nieren - einschließlich semiquantitativer oder quantitativer Auswertung - 1600 182,40

- 5442 Statische Nierenszintigraphie 600 68,40

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 Verwindung des geometrischen Mittels, Refluxprüfung, forcierte Diurese) - 700 79,80

- 5444 Quantitative Clearanceuntersuchungen der Nieren an Sondennepheläzen - gegebenenfalls einschließlich Registrierung mehrerer Kurven und Blutaktivitätsbestimmungen - 1000 114,—

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	114,—
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 -, Blutungsquellenuche, Nachweis eines Meckel'schen Divertikels).....	1300	148,20
5456	Szintigraphische Untersuchung von Leber und/oder Milz (z. B. mit Kolloiden, gallengängigen Substanzen, Erythrozyten), in mehreren Ebenen.....	1300	148,20
j. Hämatologie, Angiologie			
5460	Szintigraphische Untersuchung von großen Gefäßen und/oder deren Stromgebieten - gegebenenfalls einschließlich der kontralateralen Seite -	-900	102,60
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	250,80
5462	Bestimmung von Lebenszeit und Kinetik zellulärer Blutbestandteile - einschließlich Blutaktivitätsbestimmungen -	2200	250,80
5463	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5462, bei Bestimmung des Abbauorts.....	500	57,—
k. Resorptions- und Exkretionsteste			
5470	Nachweis und/oder quantitative Bestimmung von Resorption, Exkretion oder Verlust von körpereigenen Stoffen (durch Bilanzierung nach radioaktiver Markierung) und/oder von radioaktiv markierten Analoga, in Blut, Urin, Faeces oder Liquor - einschließlich notwendiger Radioaktivitätsmessungen über dem Verteilungsraum - ...	950	108,30
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 Radiopharmazetiks in eine Körperhöhle -	950	108,30
5473	Funktionsszintigraphie - einschließlich Sequenzsintigraphie und Erstellung von Zeit-Radioaktivitätskurven aus ROI und quantifizierender Berechnung (z. B. von Transitzeiten, Impulsratenquotienten, Perfusionsindex, Auswurffraktion aus Erster-Radiomiklid-Passage) -	900	102,60
Die Leistung nach Nummer 5473 ist neben den Leistungen nach den Nummern 5460 und 5481 nicht berechnungsfähig.			
5474	Nachweis inkorporierter unbekannter Radionuklide	1350	153,90
m. Mineralgehalt			
5475	Quantitative Bestimmung des Mineralgehalts im Skelett (Osteodensitometrie) in einzelnen oder mehreren repräsentativen Extremitäten- oder Stammknochenabschnitten mittels Dual-Photonen-Absorptionstechnik	300	34,20

n. Ergänzungsleistungen

Allgemeine Bestimmung

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

5480	Quantitative Bestimmung von Impulsen/Impulsraten- dichte (Fläche, Pixel, Voxel) mittels Gammakamera mit Messwertverarbeitung - mindestens zwei ROI -	750	85,50
5481	Sequenzsintigraphie - mindestens sechs Bilder in schnel- ler Folge -	680	77,52
5483	Subtraktionssintigraphie oder zusätzliche Organ- oder Blutpoolsintigraphie als anatomische Ortsmarkierung	680	77,52
5484	In-vitro-Markierung von Blutzellen, (z. B. Erythrozyten, Leukozyten, Thrombozyten) - einschließlich erforderli- cher In-vitro-Qualitätskontrollen -	1300	148,20
5485	Messung mit dem Ganzkörperzähler - gegebenenfalls ein- schließlich quantitativer Analysen von Gammapektren -	980	111,72

o. Emissions-Computer-Tomographie

5486	Single-Photonen-Emissions-Computertomographie (SPECT) mit Darstellung in drei Ebenen	1200	136,80
5487	Single-Photonen-Emissions-Computertomographie (SPECT) mit Darstellung in drei Ebenen und regionaler Quantifizierung	2000	228,-
5488	Positronen-Emissions-Tomographie (PET) - gegebenen- falls einschließlich Darstellung in mehreren Ebenen -	6000	684,-
5489	Positronen-Emissions-Tomographie (PET) mit quanti- fizierender Auswertung - gegebenenfalls einschließlich Darstellung in mehreren Ebenen -	7500	855,-

2. Therapeutische Leistungen
(Anwendung offener Radionuklide)

5600	Radiojodtherapie von Schilddrüsenerkrankungen	2480	282,72
5602	Radionuklidtherapie bei Erkrankungen der blutbil- den Organe	1350	153,90

5603	Behandlung von Knochenmetastasen mit knochenaffinen Radiopharmazeutika	1080	123,12
5604	Instillation von Radiopharmazeutika in Körperhöhlen, Gelenke oder Hohlorgane	2700	307,80
5605	Tumorbehandlung mit radioaktiv markierten, metabolisch aktiven oder rezeptorgerichteten Substanzen oder Anti- körpern	2250	256,50
5606	Quantitative Bestimmung der Therapieradioaktivität zur Anwendung eines individuellen Dosiskonzepts - ein- schließlich Berechnungen auf Grund von Vormessungen - <i>Die Leistung nach Nummer 5606 ist nur bei Zugrunde- liegen einer Leistung nach den Nummern 5600, 5603 und/oder 5605 berechnungsfähig.</i>	900	102,60
5607	Posttherapeutische Bestimmung von Herddosen - ein- schließlich Berechnungen auf Grund von Messungen der Kinetik der Therapieradioaktivität -	1620	184,68

*Die Leistung nach Nummer 5607 ist nur bei Zugrunde-
liegen einer Leistung nach den Nummern 5600, 5603
und/oder 5605 berechnungsfähig.*

III. Magnetresonanztomographie

Allgemeine Bestimmungen

Die Leistungen nach den Nummern 5700 bis 5735 sind je Sitzung jeweils nur einmal berechnungsfähig.

Die Nebeneinanderberechnung von Leistungen nach den Nummern 5700 bis 5730 ist in der Rechnung gesondert zu begründen. Bei Nebeneinanderberechnung von Leistun-
gen nach den Nummern 5700 bis 5730 ist der Höchstwert nach Nummer 5735 zu be-
achten.

5700	Magnetresonanztomographie im Bereich des Kopfes - ge- gebenenfalls einschließlich des Halses -, in zwei Projek- tionen, davon mindestens eine Projektion unter Einschluss T2-gewichteter Aufnahmen	4400	501,60
5705	Magnetresonanztomographie im Bereich der Wirbelsäule, in zwei Projektionen	4200	478,80
5715	Magnetresonanztomographie im Bereich des Thorax - gegebenenfalls einschließlich des Halses -, der Thora- xorgane und/oder der Aorta in ihrer gesamten Länge	4300	490,20

5720	Magnetresonanztomographie im Bereich des Abdomens und/oder des Beckens	4400	501,60
5721	Magnetresonanztomographie der Mamma(e)	4000	456,—
5729	Magnetresonanztomographie eines oder mehrerer Gelenke oder Abschnitte von Extremitäten	2400	273,60
5730	Magnetresonanztomographie einer oder mehrerer Extremität(en) mit Darstellung von mindestens zwei großen Gelenken einer Extremität	4000	456,—
<i>Neben der Leistung nach Nummer 5730 ist die Leistung nach Nummer 5729 nicht berechnungsfähig.</i>			
5731	Ergänzende Serie(n) zu den Leistungen nach den Nummern 5700 bis 5730 (z. B. nach Kontrastmitteleinbringung, Darstellung von Arterien als MR-Angiographie) ...	1000	114,—
5732	Zuschlag zu den Leistungen nach den Nummern 5700 bis 5730 für Positionswechsel und/oder Spulenwechsel	1000	114,—
<i>Der Zuschlag nach Nummer 5732 ist nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.</i>			
5733	Zuschlag für computergesteuerte Analyse (z. B. Kinektik, 3D-Rekonstruktion)	800	91,20
<i>Der Zuschlag nach Nummer 5733 ist nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.</i>			
5735	Höchstwert für Leistungen nach den Nummern 5700 bis 5730	6000	684,—
<i>Die im einzelnen erbrachten Leistungen sind in der Rechnung anzugeben.</i>			

IV. Strahlentherapie

Allgemeine Bestimmungen

1. Eine Bestrahlungsreihe umfasst grundsätzlich sämtliche Bestrahlungsfractionen bei der Behandlung desselben Krankheitsfalls, auch wenn mehrere Zielvolumina bestrahlt werden.
2. Eine Bestrahlungsfraction 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 Steinfeld auf Perdelechnik, 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 Bestrahlungsfractionen.

1. Strahlenbehandlung dermatologischer Erkrankungen

5800	Erstellung eines Bestrahlungsplans für die Strahlenbehandlung nach den Nummern 5802 bis 5806, je Bestrahlungsreihe	250	28,50
<i>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.</i>			
<i>Orthovoltstrahlenbehandlung (10 bis 100 kV Röntgenstrahlen)</i>			
5802	Bestrahlung von bis zu zwei Bestrahlungsfeldern bzw. Zielvolumina, je Fraktion	200	22,80
5803	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5802 bei Bestrahlung von mehr als zwei Bestrahlungsfeldern bzw. Zielvolumina, je Fraktion	100	11,40
<i>Der Zuschlag nach Nummer 5803 ist nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.</i>			
<i>Die Leistungen nach den Nummern 5802 und 5803 sind für die Bestrahlung flächiger Dermatosen jeweils nur einmal berechnungsfähig.</i>			
5805	Strahlenbehandlung mit schnellen Elektronen, je Fraktion	1000	114,—
5806	Strahlenbehandlung der gesamten Haut mit schnellen Elektronen, je Fraktion	2000	228,—

2. Orthovolt- oder Hochvoltstrahlenbehandlung

5810	Erstellung eines Bestrahlungsplans für die Strahlenbehandlung nach den Nummern 5812 und 5813, je Bestrahlungsserie.....	200	22,80
------	---	-----	-------

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	21,66
------	--	-----	-------

Bei Bestrahlung mit einem Telecobaltgerät 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	102,60
------	--	-----	--------

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	171,—
------	--	------	-------

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	57,—
------	---	-----	------

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	228,—
------	---	------	-------

Der Zuschlag nach Nummer 5833 ist nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.

5834	Bestrahlung mittels Telecobaltgerät mit bis zu zwei Strahleneintrittsfeldern - gegebenenfalls unter Anwendung von vorgefertigten, wiederverwendbaren Ausblendungen -, je Fraktion.....	720	82,08
------	--	-----	-------

5835	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5834 bei Bestrahlung mit Großfeld oder von mehr als zwei Strahleneintrittsfeldern, je Fraktion	120	13,68
------	---	-----	-------

5836	Bestrahlung mittels Beschleuniger mit bis zu zwei Strahleneintrittsfeldern - gegebenenfalls unter Anwendung von vorgefertigten, wiederverwendbaren Ausblendungen -, je Fraktion	1000	114,—
------	---	------	-------

5837	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5836 bei Bestrahlung mit Großfeld oder von mehr als zwei Strahleneintrittsfeldern, je Fraktion	120	13,68
------	---	-----	-------

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	171,—	5855	Intraoperative Strahlenbehandlung mit Elektronen.....	6900	786,60*
<i>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).</i>							
5841	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5840 bei individueller Berechnung der Dosisverteilung mit Hilfe eines Prozessorrechners, je Bestrahlungsserie	2000	228,—	57.	Abschnitt Q wird gestrichen.		
<i>Der Zuschlag nach Nummer 5841 ist nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.</i>							
5842	Brachytherapie an der Körperoberfläche - einschließlich Bestrahlungsplanung, gegebenenfalls einschließlich Fotodokumentation -, je Fraktion	300	34,20				
5844	Intrakavitäre Brachytherapie, je Fraktion	1000	114,—				
5846	Interstitialle Brachytherapie, je Fraktion	2100	239,40				
5. Besonders aufwendige Bestrahlungstechniken							
5851	Ganzkörperstrahlenbehandlung vor Knochenmarktransplantation - einschließlich Bestrahlungsplanung -	6900	786,60				
<i>Die Leistung nach Nummer 5851 ist unabhängig von der Anzahl der Fraktionen insgesamt nur einmal berechnungsfähig.</i>							
5852	Oberflächen-Hyperthermie, je Fraktion	1000	114,—				
5853	Halbtiefen-Hyperthermie, je Fraktion	2000	228,—				
5854	Tiefen-Hyperthermie, je Fraktion	2490	283,86				

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.

Begründungen zu Änderungen im Gebührenverzeichnis an den mit einem * bezeichneten Stellen:

Zu Artikel 1 Abs. 2 Nr. 2 Abschnitt B I Nr. 3 (Allgemeine Beratungen und Untersuchungen)
(vgl. Seite 8)

Zur Klarstellung des Leistungsumfangs und zur Vorbeugung gegen ungerechtfertigte Mengenausweitungen mit hohen Kostenfolgen sind die Abrechnungsbestimmungen aus der Nummer 1b der bisherigen Gebührenordnung zumindest teilweise beizubehalten und ist die Erbringung dieser Leistung in ihrer Häufigkeit grundsätzlich zu begrenzen. Die Zulässigkeit paralleler Abrechnung u.a. auch der Nummer 5 - neu - rechtfertigt die Absenkung der Punktzahl gegenüber der Regierungsvorlage. Die Bewertung der Nummer 3 ist ein Beitrag zur Förderung der "Sprechenden Medizin".

Zu Artikel 1 Abs. 2 Nr. 2 Abschnitt B II (Zuschläge zu Beratungen und Untersuchungen nach den Nummern 1, 3, 4, 5, 6, 7 oder 8)
(vgl. Seite 11)

Ziel des Absatzes 1 Satz 4 - neu - der Allgemeinen Bestimmungen ist die Beschränkung der beim durchlaufenden Krankenhausbetrieb entstehenden Nacht-, Samstags-, Sonn- und Feiertagszuschläge auf den Kreis der genannten Ärzte.

Zu Artikel 1 Abs. 2 Nr. 2 Abschnitt B III Nummer 31 - neu - (Spezielle Beratungen und Untersuchungen)
(vgl. Seite 15)

Diese Regelung knüpft an die Einführung der Ziffer 30 an. Homöopathisch-ärztliche Behandlung erfordert die genaue Einschätzung des Krankheitsverlaufes. Insbesondere bei chronisch Kranken, vor allem mit Mehrfachdiagnosen, muß jedoch die Neuverordnung zulässig sein.

Die vorgesehene Abstufung verspricht erhöhte Transparenz für homöopathisches Arbeiten, weitergehenden Schutz vor Mißbrauch der Abrechnungsbestimmung und einen Beitrag zur Ausgabenverringerung unter Beachtung der Grundsätze homöopathisch-ärztlicher Arbeitsweise.

Zu Artikel 1 Abs. 2 Nr. 2 Abschnitt B V Allgemeine Bestimmungen (Zuschläge zu den Leistungen nach den Nummern 45 bis 62)
(vgl. Seite 19)

Die von der Verordnung bereits hinter dem Buchstaben H vorgesehene Abrechnungsbestimmung wird auch auf die Zuschläge F und G ausgedehnt, um Kumulationseffekte und damit übermäßige Kostensteigerungen infolge der Zuschlagsmöglichkeiten einzuschränken.

Zu Artikel 1 Abs. 2 Nr. 3 Abschnitt C V Nr. 391 (Implantationen und Testungen)
(vgl. Seite 33)

Die Einschränkung der Abrechnungsmöglichkeiten für Intrakutantests entspricht der Abrechnungsbestimmung für Pricktests hinter der Nummer 387.

Zu Artikel 1 Abs. 2 Nr. 3 Abschnitt C VII Nr. 435 (Intensivmedizinische und sonstige Leistungen)
(vgl. Seite 37)

Die Erweiterung der Abrechnungsbestimmung ist eine Folgeänderung der neu eingefügten Abrechnungsbestimmung zu Nummer 3055 des Gebührenverzeichnisses, mit der klargestellt wird, daß die Leistung nach Nummer 3055 nicht neben der Leistung nach Nummer 435 abgerechnet werden kann.

Zu Artikel 1 Abs. 2 Nr. 13a - neu - (Nummer 659 - neu - des Gebührenverzeichnisses)
(vgl. Seite 43)

Die Abwertung von bislang 1.050 Punkten auf nunmehr 400 Punkte entspricht der Wertigkeit der Leistung unter Berücksichtigung ärztlichen Aufwandes.

Zu Artikel 1 Abs. 2 Nr. 41a - neu - (Allgemeine Bestimmungen nach der Überschrift "L. Chirurgie, Orthopädie" des Gebührenverzeichnisses) (vgl. Seite 48)

Folgeänderung zu § 4 Abs. 2a - neu - der Verordnung.

Zu Artikel 1 Abs. 2 Nr. 49a - neu - (Einfügung nach der Nummer 3055 des Gebührenverzeichnisses) (vgl. Seite 50)

Die Leistungsbeschreibung der Nummer 3055 sieht z.Zt eine stundenweise Vergütung für die Überwachung einer assistierenden Zirkulation ohne Bezug zu einem bestimmten Verfahren vor. Mit der Entwicklung des medizinischen Fortschrittes wurden seit Einbeziehung dieser Leistung in die GOÄ im Jahre 1982 aber eine Reihe von Verfahren in die breite Versorgung eingeführt sowie die Anwendung dieser Verfahren auch über die eigentliche Operation hinaus im Rahmen der Intensivbehandlung zum Teil über einen Zeitraum von mehreren Wochen ermöglicht.

Ansichts der undifferenzierten und nicht mehr dem Stand der medizinischen Versorgung angepaßten Leistungsbeschreibung und -bewertung der Nummer 3055 sowie der beabsichtigten Einführung von Fallpauschalen und Sonderentgelten auch im Bereich der Herzchirurgie ist eine umfassende Überarbeitung der Gebührenposition 3055 notwendig. Dies kann jedoch sinnvollerweise erst im Zusammenhang mit der beabsichtigten Überarbeitung der bislang noch nicht in die Novellierung einbezogenen GOÄ-Abschnitte im vorgesehenen zweiten Novellierungsschritt erfolgen.

Um unangemessen hohe Vergütungsforderungen, die z.B. bei der Berechnung neben der Tagespauschale für die intensivmedizinische Behandlung (Leistung nach Nummer 435) entstehen können, zu verhindern, wird die Berechenbarkeit der Leistung nach Nummer 3055 außerhalb von Operationen ausgeschlossen.

Zu Artikel 1 Abs. 2 Nummer 52 (Abschnitt M I nach Nummer 3503 des Gebührenverzeichnisses) (vgl. Seite 54)

Die Verordnung sieht 70 Punkte vor. Die Abwertung auf 60 Punkte entspricht Aufwand und Wertigkeit der Leistung.

Zu Artikel 1 Abs. 2 Nummer 56 Abschnitt O I 7 Computertomographie (Allgemeine Bestimmungen - neu - Nummern 5369 - neu -, 5372 und 5380 des Gebührenverzeichnisses) (vgl. Seiten 123/124)

Die Ergänzungen sind unter der Zielsetzung der Einschränkung von Kumulationseffekten und der Begrenzung von Abrechnungsmöglichkeiten zu sehen. Darüber hinaus dienen sowohl die Ergänzung durch allgemeine Bestimmungen als auch die Einführung einer neuen Nummer 5369 der Transparenz. Die Änderungen verfolgen ferner das Ziel, schon durch die gesonderte Begründungspflicht als solche auf das Verordnungs- und Abrechnungsverhalten der Ärzteschaft dämpfend einzuwirken.

Bei der Streichung der Abrechnungsbestimmung hinter der Nummer 5372 handelt es sich um eine Folgeänderung.

Die Senkung des Punktwertes der Nummer 5380 von 400 auf 300 Punkte entspricht der Wertigkeit einer ohnedies fachlich umstrittenen Leistung.

Zu Artikel 1 Abs. 2 Nr. 56 (Abschnitt O II 1 m Nummer 5475 des Gebührenverzeichnisses) (vgl. Seite 130)

Die Senkung des Punktwertes ist eine zwangsläufige Folge der in der Nummer 5380 bereits vorgesehenen Absenkung.

Zu Artikel 1 Abs. 2 Nr. 56 Abschnitt 0 III Magnetresonanztomographie (Allgemeine Bestimmungen und Nummer 5735 - neu - des Gebührenverzeichnisses)
(vgl. Seiten 132/133)

Die Einführung einer allgemeinen Bestimmung und eines Höchstwertes mit der neuen Nummer 5735 sind erforderlich, um die Transparenz ärztlichen Handelns zu steigern, auf ärztliches Verordnungs- und Abrechnungsverhalten dämpfend einzuwirken und um Kumulationseffekte zu begrenzen.

10. Zu Artikel 4 (Inkrafttreten)

Artikel 4 wird wie folgt gefaßt:

"Artikel 4

Inkrafttreten

Diese Verordnung tritt am 1. Januar 1996 in Kraft."

Folgeänderung:

In Artikel 3 wird Satz 2 gestrichen und die Überschrift wie folgt gefaßt:

"Übergangsvorschrift"

Begründung:

Das nunmehr ins Auge gefaßte Inkrafttreten der Novellierung am 1. Januar 1996 ermöglicht eine zeitnahe Umsetzung der Neuregelung, ohne zugleich unangemessen kurz zu befristen.

Infolge des nunmehr zeitgleich vorgesehenen Inkrafttretens auch im Hinblick auf die Punktwertanhebung in § 5 Abs. 1 Satz 3 GOÄ ist Satz 2 des Artikels 3 in der Fassung des Regierungsentwurfs gegenstandslos.

Entschlüsse

1. Die Bundesregierung wird gebeten, zu den strukturellen und finanziellen Auswirkungen der jetzt in die GOÄ eingefügten und aus der Sicht des Bundesrates noch erforderlichen Änderungen bis spätestens 1. Oktober 1998 einen Bericht zu erstatten.

2. Der Bericht sollte insbesondere zu folgenden Problembereichen Aussagen treffen:
 - Angleichung der privatärztlichen an die vertragsärztlichen Leistungsdefinitionen und Tarife,
 - Auswirkungen der verstärkten Ausprägung des Komplexleistungsprinzips und Vorschläge zur weiteren Verstärkung entsprechend § 87 Absatz 2 a SGB V,
 - Begrenzung der Chefarztliquidation auf höchstpersönlich erbrachte Leistungen sowie zu einem Liquidationsrecht nachgeordneter Krankenhausärzte,
 - Neuordnung der Laborleistungen,
 - Ambulantes Operieren im Krankenhaus und durch niedergelassene Ärzte,
 - Höherbewertung der "sprechenden Medizin",
 - Änderungen des Abdingungsverhaltens der Ärzte, finanzielle und mengenmäßige Auswirkungen,
 - Durchsetzbarkeit eines Standardtarifs nach § 257 Abs. 2a Nr. 2 SGB V,
 - Finanzielle Auswirkungen auf die öffentlichen Haushalte.

3. Die Bundesregierung wird aufgefordert darauf hinzuwirken, daß in § 11 Bundesärzteordnung Festgebühren ermöglicht werden.

4. Die Bundesregierung wird ferner gebeten, unter Einbeziehung der Länder, der Bundesärztekammer und des Verbandes der privaten Krankenversicherung zu prüfen, ob es sich empfiehlt, das derzeit staatlich verordnete Gebührensystem durch ein Vergütungssystem (mit staatlicher Zwangsschlichtung) abzulösen, das gesamtvertraglich zwischen Leistungsanbieter- und Kostenerstattungsseite vereinbart wird.

Die Bundesregierung wird gebeten, hierzu bis zum 1. Oktober 1997 einen Bericht zu erstatten.

5. Die Bundesregierung wird gebeten, bei der Bundesärztekammer darauf hinzuwirken, daß diese auch künftig analoge Bewertungen gem. § 6 Absatz 2 GOÄ nach Bedarf erarbeitet und veröffentlicht.

Angesichts des schnellen medizinischen Fortschritts dienen solche Bewertungen der Kammer der Rechtssicherheit.

6. Die Bundesregierung wird gebeten, in der bevorstehenden Neufassung der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) klarzustellen, daß Nr. 3 des Gebührenverzeichnisses GOÄ - auch als Einzelleistung - von Zahnärzten nicht berechnet werden kann.