Andreas Schnitzler

Was kostet das Kranksein? Ausgabe 2010

Ratgeber für Privatpatienten

Arztrechnungen verstehen und gezielt kontrollieren

11., aktualisierte Auflage



WALHALLA FACHVERLAG

Geld sparen als Privatpatient

Dieses umfassende Handbuch informiert detailliert über Ansprüche, Leistungen und Kosten.

Privatpatienten und Beihilfeberechtigte können Aufwendungen für Arzt und Behandlung selbst überprüfen. Mehrbelastungen und Konflikte mit ärztlichen und nicht-ärztlichen Therapeuten lassen sich vermeiden.

- Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) mit dem Verzeichnis der Analogen Bewertungen sowie den Abrechnungsempfehlungen der Bundesärztekammer
- Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ)
- Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP)
- Gebühren für Hebammen und Entbindungspfleger
- Gebühren für Heilpraktiker
- Gebühren der Gesundheits- und Medizinalberufe
- Krankenhausfinanzierungsgesetz
- Krankenhausentgeltgesetz, Vereinbarungen der Selbstverwaltungsorgane (Fallpauschalenvereinbarung), Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses
- Bundespflegesatzverordnung

„Dieses Zahlenwerk mit mehr als 6000 Abrechnungsposten bringt Licht ins Dunkel."
stern spezial ‚Gesund Leben'

Aufschlussreich für privat und gesetzlich Versicherte

Andreas Schnitzler ist Oberamtsrat im Ministerium der Finanzen Rheinland-Pfalz und dort auch mit Fragen des Gebührenrechts der Heilberufe befasst; erfolgreicher Fachautor.

WALHALLA
FACHVERLAG

Andreas Schnitzler

Was kostet das Kranksein?

Ausgabe 2010

Ratgeber für Privatpatienten

Arztrechnungen verstehen und gezielt kontrollieren

Gegründet von Gerhard Schröder,
fortgeführt von Andreas Schnitzler

WALHALLA
FACHVERLAG

Hinweis: Unsere Werke sind stets bemüht, Sie nach bestem Wissen zu informieren.
Die vorliegende Ausgabe beruht auf dem Rechtsstand von Januar 2010. Verbindliche Auskünfte holen Sie gegebenenfalls bei Ihrer Beihilfestelle ein

Kostenloser E-Book-Update-Service:
Gerne teilen wir Ihnen mit, sobald eine aktualisierte Ausgabe Ihres E-Books zur Verfügung steht.
Team Elements–ATTiCA

© Walhalla u. Praetoria Verlag GmbH & Co. KG, Regensburg
Dieses E-Book ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt.
Alle Rechte, insbesondere das Recht der Vervielfältigung und Verbreitung sowie der Übersetzung, vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form ohne schriftliche Genehmigung des Verlages reproduziert, vervielfältigt oder verbreitet werden.

Bestellnummer: 1452600

Gesamtinhalt

Abkürzungen 9

Die Bezahlbarkeit der Krankenversorgung – ein Blick zurück und voraus 11

Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) 15

I. Wissenswertes zur GOÄ – Erläuterungen 15
1. Allgemeines 15
2. Behandlungsvertrag 17
3. Gebührenstruktur 20
Das Wichtigste in Kürze 27
4. Besondere Gebührenstruktur für Versicherte des Standardtarifs der privaten Krankenversicherung 29
5. Besondere Gebührenstruktur für Versicherte des Basistarifs der privaten Krankenversicherung 31
6. Analoge Bewertung 31
7. Gebührenvereinbarung 72
8. Entschädigungen und Auslagen 79
9. Arztrechnungen 82
10. Fälligkeit, Verjährung, Rechtsweg 84

II. Text der GOÄ 86
GOÄ-Gebührenverzeichnis 93

III. Tabelle der Einfachgebühren, Schwellenwerte und Höchstgebühren der GOÄ 293

Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) 357

I. Wissenswertes zur GOZ – Erläuterungen 357
1. Allgemeines 357
2. Behandlungsvertrag 358
Das Wichtigste in Kürze 362

3. Gebührenstruktur 364
4. Besondere Gebührenstruktur für Versicherte des Standardtarifs der privaten Krankenversicherung 368
5. Besondere Gebührenstruktur für Versicherte des Basistarifs der privaten Krankenversicherung 370
6. Gebührenvereinbarung 370
7. Wegegeld und Auslagen 376
8. Zahnarztrechnungen 378
9. Fälligkeit, Verjährung, Rechtsweg 381
II. Text der GOZ 384
GOZ-Gebührenverzeichnis 388
III. Tabelle der Einfachgebühren, Regelspannen und Höchstgebühren der GOZ 406

Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP) 411
I. Wissenswertes zur GOP – Erläuterungen 411
II. Text der GOP 413

Gebühren der Hebammen 415
I. Wissenswertes zur HebGV – Erläuterungen 415
II. Text der Hebammenhilfe-Gebührenverordnung (HebGV) . . . 418
HebGV-Gebührenverzeichnis 421
III. Vertrag über die Versorgung mit Hebammenhilfe nach § 134a SGB V 427
IV. Gebührenordnungen der Länder Baden-Württemberg, Berlin und Thüringen
1. Text der Verordnung des Sozialministeriums von Baden-Württemberg über die Gebühren für die Leistungen der Hebammen und Entbindungspfleger außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung 445
2. Text der Verordnung über die Vergütungen für Leistungen der Hebammen und Entbindungspfleger außerhalb der gesetzlichen Kankenversicherung des Landes Berlin . . . 453

3. Text der Thüringer Verordnung über die Vergütung für Hebammen und Entbindungspflegerhilfe außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung 463
4. Text der Verordnung über die Vergütung der Leistungen von Hebammen und Entbindungspflegern gegenüber Selbstzahlerinnen im Land Brandenburg . . . 480

Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) 491
I. Wissenswertes zur GebüH – Erläuterungen 491
II. Text der GebüH 492

Gebührenübersicht für die selbstständigen Angehörigen der Gesundheits- und Medizinalberufe (GebüHh) 511
I. Wissenswertes zur GebüHh – Erläuterungen 511
II. Gebührenübersicht 512
III. Voraussetzungen für die Beihilfefähigkeit einer erweiterten ambulanten Physiotherapie 519
IV. Voraussetzungen für die Beihilfefähigkeit eines medizinischen Aufbautrainings (MAT) 521

Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) 523
I. Krankenhausentgelte 523
II. Wissenswertes zum KHG – Erläuterungen 526
III. Text des KHG 526

Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) – Fallpauschalenvereinbarung 544
I. Wissenswertes zum KHEntgG – Erläuterungen 544
1. Allgemeines 544
2. Allgemeine Krankenhausleistungen 544
3. Vergütung der Allgemeinen Krankenhausleistungen . . . 547
Das Wichtigste in Kürze 550
4. Leistungen der Belegärzte und Vergütung dieser 551
5. Vor- und nachstationäre Behandlung 552

6. Vergütung der teilstationären Behandlungen 553
7. Wahlleistungen 553
8. Unterrichtung der Patienten 559
II. Text des KHEntgG 559
III. Vereinbarungen der Selbstverwaltungsorgane 581
IV. Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses 591

Bundespflegesatzverordnung (BPflV) 599
I. Wissenswertes zur BPflV – Erläuterungen 599
1. Allgemeines 599
2. Allgemeine Krankenhausleistungen 599
3. Vergütung der Allgemeinen Krankenhausleistungen . . . 600
Das Wichtigste in Kürze 600
4. Leistungen der Belegärzte und Vergütung dieser 601
5. Vor- und nachstationäre Behandlung 602
6. Vergütung der teilstationären Behandlungen 602
7. Wahlleistungen 603
8. Unterrichtung der Patienten 603
II. Text der BPflV (Auszug) 604

Abkürzungen

a. a. O.	am angegebenen Ort
a. F.	alte Fassung
AbgrV	Abgrenzungsverordnung
Abs.	Absatz
Anm.	Anmerkung
AO	Abgabenordnung
BÄK	Bundesärztekammer
BBhV	Bundesbeihilfeverordnung
Bek., Bekm.	Bekanntmachung
Beschl.	Beschluss
betr.	betreffend
BGA-NachfG	Bundesgesundheitsamt-Nachfolgegesetz
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BGBl.	Bundesgesetzblatt
BGH	Bundesgerichtshof
BgVV	Bundesinstitut für gesundheitlichen Verbraucherschutz und Veterinärmedizin
BKV	Berufskrankheiten-Verordnung
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BPflV	Bundespflegesatzverordnung
BtMG	Betäubungsmittelgesetz
BtMKostV	Betäubungsmittel-Kostenverordnung
BtMVV	Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung
BVerfG	Bundesverfassungsgericht
DGK	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DRG	Diagnosis Related Groups
EAP	erweiterte ambulante Physiotherapie
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
ff.	folgende
FPV	Fallpauschalenvereinbarung
FPVBE	Fallpauschalenverordnung besondere Einrichtungen
GebüH	Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker
GebüHh	Gebührenübersicht für die selbstständigen Angehörigen der Gesundheits- und Medizinalberufe

gem.	gemäß
ggf.	gegebenenfalls
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GMBl.	Gemeinsames Ministerialblatt
GNG	Gesundheitseinrichtungen-Neuordnungsgesetz
GO	Gebührenordnung
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
GOP	Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
GOZ	Gebührenordnung für Zahnärzte
HebG	Hebammengesetz
HebGebO	Hebammengebührenordnung
i. d. F.	in der Fassung
i. V. m.	in Verbindung mit
KHBV	Krankenhaus-Buchführungsverordnung
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KHStatV	Krankenhausstatistik-Verordnung
KLNV	Kosten- und Leistungsnachweis-Verordnung
KrPflG	Krankenpflegegesetz
KrPflV	Krankenpflegeverordnung
n. F.	neue Fassung
nachf.	nachfolgender
PKV	Private Krankenversicherung
PsychThG	Psychotherapeutengesetz
RdErl.	Runderlass
S.	Seite
SGB V	Sozialgesetzbuch – Fünftes Buch
sog.	sogenannt
vgl.	vergleiche
VO	Verordnung
VOG	Verordnungsgeber
vorst.	vorstehend
z. B.	zum Beispiel
z. Zt.	zur Zeit

Die Bezahlbarkeit der Krankenversorgung – ein Blick zurück und voraus

In der Bundesrepublik Deutschland sind die Krankheitskosten trotz der verschiedenen Reformen des Gesundheitswesens weiter angestiegen. Es stellt sich die Frage, ob unser System der Krankenversorgung auf Dauer bezahlbar bleiben wird.

Mangelnde Kostenkenntnis

Eine der schwerwiegendsten Ursachen der steigenden Krankheitskosten dürfte das mangelnde Kostenbewusstsein sowie das wachsende Anspruchsdenken vieler Patienten sein. Was Kranksein kostet, bleibt den meisten Bundesbürgern ohnehin verborgen.

Für die Pflichtmitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung, der rund 90 Prozent der Bevölkerung angehören, sind die Krankheitskosten mit dem Abzug des Krankenversicherungsbeitrages vom Lohn, Gehalt, der Rente und den rentenähnlichen Einkünften im Wesentlichen abgegolten. Sie brauchen in der Regel finanziell nicht in Vorlage zu treten, weil die meisten Leistungen zu Lasten der Versicherungsträger erbracht werden, die ihrerseits mit den Verrechnungsstellen, Ärzten und Zahnärzten, Krankenhäusern, Apotheken usw. abrechnen.

Der Krankenversicherungsbeitrag wird deshalb eher wie eine Steuer, weniger als eine auch vom Eigenverhalten abhängige individuelle Vorsorge empfunden, dies umso mehr, als der Beitrag – jedenfalls bis zur Beitragsbemessungsgrenze – nach der Höhe des Einkommens und nicht nach dem individuellen Risiko erhoben wird. Für diesen „Abzug" möchte der Versicherte eine möglichst stattliche Gegenleistung haben. Damit wird ein „Teufelskreis" in Bewegung gesetzt, in dem sich die Kosten und Beiträge gegenseitig hochtreiben. Die viel beklagte „Kostenexplosion im Gesundheitswesen" ist auf diese Weise vorprogrammiert.

Mangelndes Kostenbewusstsein

Im Gegensatz zu den Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung zahlen die Privatpatienten nicht nur den Krankenversicherungsbeitrag, sondern auch die Arzt-, Zahnarzt- und Krankenhausrechnungen, Arzneimittel und alle anderen anfallenden Aufwendungen selbst und kennen deshalb die Kosten des Krankseins. Dennoch hielt sich bis zum Erlass der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ),

die zum 1. Januar 1983 in Kraft getreten ist und seitdem mehrfach geändert wurde, auch bei vielen Selbstzahlern das Kostenbewusstsein in Krankheitsfällen in engen Grenzen. Die Arzt- und Zahnarztrechnungen waren für sie ein „Buch mit sieben Siegeln". Was bei allen anderen Dienstleistungen selbstverständlich ist, nämlich Interesse an der Zusammensetzung und Berechnung der Leistungen sowie eine vernünftige Kostenkontrolle, wurde dem Privatpatienten durch ein veraltetes, undurchsichtiges Gebührensystem sowie unverständliche Arzt- und Zahnarztrechnungen unmöglich gemacht.

Diesem Mangel wurde mit der oben genannten Novellierung der Gebührenordnung für Ärzte begegnet. In der Tat hat die neue GOÄ, die heute schon wieder als alte bezeichnet werden muss, einen Beitrag zur Schärfung des Kostenbewusstseins der Privatpatienten geleistet. Immer mehr Zahlungspflichtige achten darauf, dass die Ausgaben für das Kranksein und das Gesundheitswesen in einem vertretbaren Rahmen bleiben.

Das wiederum bedingt die Kenntnis vor allem der einschlägigen Gebührenordnungen für Ärzte (GOÄ), für Zahnärzte (GOZ), für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP), für Hebammen (HebGebO) und Entbindungspfleger sowie des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) und der Bundespflegesatzverordnung (BPflV), in denen die Berechnung der Krankenhausleistungen geregelt ist.

Dieses Praxis-Handbuch gibt die entsprechenden Verordnungen sowie das Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker und die Gebührenübersicht für die selbstständigen Angehörigen der Gesundheitsfachberufe wieder und erläutert sie. Damit wird den Privatpatienten das notwendige Rüstzeug an die Hand gegeben, um die Kosten des Krankseins und des Gesundwerdens überprüfen und in einem angemessenen Rahmen halten zu können. Die Privatpatienten sollten diese Chance nutzen und sich künftig mehr, als das bisher im Allgemeinen üblich war, um ihre Arzt-, Zahnarzt-, Heilpraktiker- und Krankenhausrechnungen kümmern.

Mehr Klarheit durch neue Gebührenordnungen

Durch die neuen Gebührenordnungen für Ärzte, für Zahnärzte, für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ist der Schutz des Privatpatienten bei der Rechnungslegung der Leistungserbringer wesentlich verbessert worden. Insbesondere müssen die erbrachten Leistungen in der Regel ge-

nau bezeichnet werden. Für jede einzelne Leistung müssen nicht nur der Rechnungsbetrag, sondern auch der sogenannte Steigerungssatz (d. h. der Multiplikator des Einfachsatzes) sowie bei Überschreitung des mittleren Gebührensatzes die Gründe für die Überschreitung angegeben werden. Diese Transparenz der Rechnungen gilt es zu nutzen. Richtig verstanden wird sich das auch positiv auf das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt, Zahnarzt, Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten einerseits und Privatpatient andererseits auswirken.

Damit könnte zugleich ein Anstoß gegeben sein für die Entwicklung eines verstärkten Kostenbewusstseins der Privatpatienten gegenüber Heilpraktikern, Hebammen, Entbindungspflegern und Angehörigen der Gesundheitsfachberufe sowie bei Krankenhausaufenthalten. Insbesondere das Krankenhausentgeltgesetz und die Bundespflegesatzverordnung bieten Privatpatienten die Möglichkeit, auf die Höhe der Kosten einer stationären Krankenhausbehandlung Einfluss zu nehmen. So führt der Verzicht auf bestimmte Wahlleistungen, speziell auf die Versorgung durch den Chefarzt, zu einer wesentlichen Reduzierung der Aufwendungen.

Private Krankenversicherungen erstatten die Aufwendungen für Leistungen der Ärzte, Zahnärzte, Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Hebammen und Entbindungspfleger, Heilpraktiker und Angehörigen der Gesundheitsfachberufe sowie für Krankenhausbehandlungen nur im Rahmen der einschlägigen rechtlichen Regelungen und Gebührenverzeichnisse. Es liegt deshalb im eigenen Interesse des Versicherten, auf die Einhaltung der Bestimmungen zu achten und sich so vor Enttäuschungen bei Erstattungen der Krankenversicherung zu schützen.

Wichtig für Beihilfeberechtigte und Versorgungsempfänger

Von besonderer Bedeutung ist die Kenntnis der einschlägigen Gebührenordnungen für beihilfeberechtigte Beamte, Richter und Berufssoldaten sowie für die Versorgungsempfänger dieses Personenkreises. Nach dem Beihilferecht des Bundes und der Länder sind in der Regel nur die Aufwendungen für ärztliche und zahnärztliche Leistungen bis zu einem mittleren Gebührensatz, für zahlreiche andere Leistungen nur bis zu bestimmten Höchstbeträgen beihilfefähig. Werden der Mittelsatz bzw. die Höchstbeträge ohne ausreichenden Grund überschritten, gehen die darüber hinausge-

henden Aufwendungen zu Lasten des Zahlungspflichtigen. Will der Beihilfeberechtigte finanzielle Nachteile vermeiden, muss er selbst darauf achten, dass der beihilfefähige Gebührenrahmen eingehalten wird. Dies wiederum setzt die Kenntnis der einschlägigen Gebührenordnungen sowie des Beihilferechts voraus.

Dieses Fachbuch informiert umfassend und ermöglicht es, sich Klarheit über die Kosten zu verschaffen, die eine geplante Behandlung oder Therapie mit sich bringt. Prüfen Sie stets kritisch Ihre individuellen Bedürfnisse, die möglichen Leistungen sowie die Ansprüche, die Ihnen zustehen.

Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)

I. Wissenswertes zur GOÄ – Erläuterungen

1. Allgemeines

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

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

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

Ab dem 1. Januar 1996 gilt die GOÄ in der Fassung der „Vierten Änderungsverordnung zur Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte" vom 18. Dezember 1995 (BGBl. S. 1861). Mit dieser Änderungsverordnung wurden sowohl Änderungen des Paragrafenteils als auch im Gebührenverzeichnis vorgenommen. Eine umfassende Novellierung der GOÄ war bereits in der Amtlichen Begründung der Bundesregierung zur Dritten Verordnung zur Änderung der GOÄ – Inkrafttreten am 1. Juli 1988 – angekündigt worden. Die Beratungen, insbesondere die politischen Abstimmungen auf Bund- und Länderebene, haben somit sieben Jahre beansprucht.

Die Ziele dieser Novellierung:

- Aktualisierung und Anpassung der folgenden Abschnitte an den Stand der Wissenschaft und Technik
  - B Grundleistungen und allgemeine Leistungen
  - C Nichtgebietsbezogene Sonderleistungen
  - M Laboratoriumsuntersuchungen
  - O Strahlendiagnostik, Nuklearmedizin, Magnetresonanztomographie und Strahlendiagnostik
- Aufnahme von Analogpositionen
- Höherbewertung der ärztlichen Grundleistungen
- Förderung des ambulanten Operierens
- Angleichung an die wirtschaftliche Entwicklung durch Anhebung des Punktwertes

Die fünfte Änderung erfolgte durch Artikel 17 des GKV-Gesundheitsreformgesetzes 2000 vom 29. Dezember 2000. Es wurde ein neuer § 5b in die GOÄ eingefügt, der am 1. Juli 2000 in Kraft getreten ist. Damit wurde für die Versicherten des Standardtarifs der privaten Krankenversicherung eine Besondere Gebührenstruktur (siehe S. 31 f.) eingeführt.

Die Neuerungen werden in den nachfolgenden Darstellungen berücksichtigt.

Mit der sechsten Änderung – Artikel 17 des Gesetzes über den Beruf der Podologin und des Podologen und zur Änderung anderer Gesetze vom 4. Dezember 2001 – erfolgte die Währungsumstellung auf den Euro zum 1. Januar 2002. Der Punktwert wurde von bisher 11,4 Pfennige mit einer Genauigkeit von fünf Nachkommastellen auf

5,82873 Cent festgelegt. Damit wurde eine möglichst wertgenaue Umstellung der Gebührenbemessung erreicht. Die Änderung der DM-Beträge im Paragrafenteil der GOÄ steht noch aus. Deshalb sind im Text der amtlichen Gebührenordnung noch DM-Beträge enthalten, die aber auch centgenau umgerechnet als Eurobeträge dargestellt werden.

2. Behandlungsvertrag

Dem Anspruch des Arztes auf eine Vergütung liegt in der Regel ein Dienstvertrag (§ 611 ff. BGB) oder ein Werkvertrag (§ 631 BGB) zugrunde. Mit dem Dienstvertrag wird der Arzt verpflichtet, bestimmte Dienste zu leisten. Beim Werkvertrag hat der Arzt einen bestimmten Erfolg herbeizuführen.

Der Vertrag zwischen Arzt und Privatpatient bedarf keiner besonderen Form. Im Allgemeinen wird der Vertrag stillschweigend geschlossen, wenn der Patient den Arzt aufsucht und der Arzt mit der Behandlung beginnt. Dem Vergütungsanspruch des Arztes kann auch eine Geschäftsführung ohne Auftrag (§§ 677, 683 BGB) zugrunde liegen, zum Beispiel bei der Behandlung eines Bewusstlosen.

Art und Umfang der Behandlung ergeben sich in der Regel aus den Besonderheiten des Einzelfalles. Der Vertrag kann die Behandlung einer Krankheit (einschließlich Diagnose und Therapie), aber auch nur die Stellung der Diagnose und (oder) die Erstattung eines Gutachtens beinhalten. Der Arzt ist zu einer sachgemäßen Behandlung unter Wahrung der erforderlichen Sorgfalt und unter Ausnutzung aller Erkenntnismöglichkeiten verpflichtet. Eine Vernachlässigung der Sorgfaltspflicht (z. B. Unterlassung einer notwendigen Röntgenuntersuchung mit nachteiligen Folgen für den Patienten) kann einen Anspruch des Patienten auf Schadenersatz und (oder) Schmerzensgeld zur Folge haben.

Andererseits hat der Patient keinen Anspruch auf eine erfolgreiche Diagnose. Der Arzt hat aber die Pflicht, den Patienten in verständlicher Form über seine Krankheit, die Behandlungsmöglichkeiten sowie das Für und Wider der Therapie aufzuklären und zu beraten, und zwar umso umfassender und detaillierter, je:

- aufwendiger die ärztliche Versorgung ist
- höher die finanzielle Belastung ist

- weitreichender die mögliche Schädigung ist
- weniger notwendig und dringlich die Behandlung ist

Die Aufklärungspflicht kann eingeschränkt oder entbehrlich sein, wenn der Patient ohne hinreichende Einsichtsfähigkeit ist oder wenn durch die Aufklärung sein Leben oder seine körperliche und seelische Gesundheit gefährdet werden könnte. Entbehrlich ist die Aufklärung auch dann, wenn der Patient bereits aufgeklärt ist oder auf die Aufklärung verzichtet. Der Patient hat das Recht, die vom Arzt geführten Krankenunterlagen einzusehen und davon Kopien zu verlangen. Subjektive Wertungen des Arztes sind vom Einsichtsrecht ausgenommen. Das Gleiche gilt für psychiatrische Krankenakten.

Vergütungen nach der GOÄ stehen dem Arzt gem. § 4 Abs. 2 nur für selbstständige ärztliche Leistungen zu, die er selbst erbracht hat oder die unter seiner Aufsicht nach fachlicher Weisung erbracht wurden (eigene Leistungen). Als eigene Leistungen gelten auch von ihm berechnete Laborleistungen des Abschnitts M des Gebührenverzeichnisses (Basislabor), die nach fachlicher Weisung unter der Aufsicht eines anderen Arztes in Laborgemeinschaften, labormedizinischen Praxen oder in Krankenhauslabors, die von Ärzten ohne eigene Liquidationsberechtigung geleitet sind, erbracht werden.

Als eigene Leistungen im Rahmen einer wahlärztlichen vollstationären, teilstationären, vor- oder nachstationären Krankenhausbehandlung gelten nicht:

- Leistungen nach den Nummern 1 bis 62 des Gebührenverzeichnisses innerhalb von 24 Stunden nach der Aufnahme und innerhalb von 24 Stunden vor der Entlassung
- Visiten nach den Nummern 45 und 46 des Gebührenverzeichnisses während der gesamten Dauer der Behandlung
- Leistungen nach den Nummern 56, 200, 250, 250a, 252, 271 und 272 des Gebührenverzeichnisses während der gesamten Dauer der Behandlung

Diese Einschränkungen treffen zu, sofern die Leistungen nicht durch den Wahlarzt oder dessen vor Abschluss des Wahlarztvertrages dem Patienten benannten ständigen ärztlichen Vertreter persönlich erbracht werden; der ständige ärztliche Vertreter muss Facharzt desselben Gebiets sein. Nicht persönlich durch den Wahlarzt oder dessen ständige Vertreter erbrachte Leistungen nach Abschnitt E des Gebührenverzeichnisses gelten nur dann als eigene wahlärztliche

Leistungen, wenn der Wahlarzt oder dessen ständiger Vertreter durch die Zusatzbezeichnung „Physikalische Therapie“ oder durch die Gebietsbezeichnung „Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Maßnahmen“ qualifiziert ist und die Leistungen nach fachlicher Weisung unter dessen Aufsicht erbracht werden.

Für eine Leistung, die Bestandteil oder eine besondere Ausführung einer anderen Leistung nach dem Gebührenverzeichnis ist, kann der Arzt keine Gebühr berechnen, wenn er die andere Leistung in Rechnung stellt (§ 4 Abs. 2a). Dies gilt auch für die operativen Einzelschritte, die zur Erbringung der im Gebührenverzeichnis aufgeführten operativen Leistungen methodisch notwendig sind. Die Rufbereitschaft sowie das Bereitstehen eines Arztes oder Arztteams sind nicht berechnungsfähig.

Vergütungen darf der Arzt nur für Leistungen berechnen, die nach den Regeln der ärztlichen Kunst für eine medizinisch notwendige ärztliche Versorgung erforderlich sind. Leistungen, die über das Maß einer zweckmäßigen und wirtschaftlichen ärztlichen Versorgung hinausgehen (z. B. Leistungen, die ausschließlich aus ästhetischen Gründen veranlasst sind), darf er nur berechnen, wenn sie auf Verlangen erbracht worden sind (§ 1 Abs. 2).

Dem Arzt stehen für seine Leistungen die im Gebührenverzeichnis aufgeführten Vergütungen zu. Zwischen Arzt und Zahlungspflichtigem kann unter bestimmten Voraussetzungen eine von der GOÄ abweichende Höhe der Vergütung (Abdingung) vereinbart werden (§ 2 Abs. 1). Die übrigen Vorschriften der GOÄ sind unabdingbar. (Näheres über Gebührenvereinbarungen (siehe nachf. Abschnitt 7).

Der Arzt darf Gebühren nur für selbstständige ärztliche Leistungen berechnen (§ 4 Abs. 2 Satz 1). Für eine Leistung, die Bestandteil einer anderen Leistung nach dem Gebührenverzeichnis ist, kann der Arzt eine Gebühr nicht berechnen, wenn er für die andere Leistung eine Gebühr berechnet (§ 4 Abs. 2a Satz 1). Damit soll die Berechnung solcher Leistungen ausgeschlossen werden, die sich als Bestandteil einer im Gebührenverzeichnis enthaltenen umfassenderen Leistungsposition darstellen.

In der GOÄ nicht enthaltene ärztliche Leistungen, die in das Gebührenverzeichnis nicht aufgenommen sind, können entsprechend einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen GOÄ-Leistung berechnet werden (siehe 5. Abschnitt „Analoge Bewertung“).

Erbringen Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen, Hals-Nasen-Ohrenärzte oder Chirurgen zahnärztliche Leistungen, die im Gebührenverzeichnis der GOZ enthalten sind, so finden für diese Leistungen die Bestimmungen der GOZ Anwendung. Der jeweilige Arzt hat seine Liquidation nach der GOZ zu erstellen.

Mit den Gebühren sind die Praxiskosten (einschließlich der Kosten für den Sprechstundenbedarf) sowie die Kosten für die Anwendung von Instrumenten und Apparaten abgegolten. Neben den ärztlichen Gebühren können deshalb nur die in den §§ 7 bis 10 aufgeführten Entschädigungen und Auslagen gesondert berechnet werden (§ 4 Abs. 3). Sollen Leistungen durch Dritte (z. B. von einem zur Mitbehandlung herangezogenen Arzt, einem Masseur oder einem Krankengymnasten) erbracht werden, die ihre Leistungen dem Zahlungspflichtigen selbst in Rechnung stellen, hat der Arzt gegenüber dem Zahlungspflichtigen eine Unterrichtungspflicht (§ 4 Abs. 5).

3. Gebührenstruktur

Die GOÄ gilt für die Vergütung ärztlicher Leistungen, die für Privatpatienten oder Selbstzahler erbracht werden. Das beigegebene Gebührenverzeichnis ist Bestandteil der GOÄ. Es enthält:

- rund 3000 Gebührenpositionen mit den zugehörigen Vergütungssätzen
- zu einzelnen Positionen Abrechnungsbestimmungen, die bei der Bemessung der Gebühren und der Anwendung des Leistungsverzeichnisses zu berücksichtigen sind

Zu jeder Position gehört eine Punktzahl, wobei jeder Punkt einer Vergütung von 5,82873 Cent entspricht. Eine Punktzahl von 80 ergibt zum Beispiel eine Vergütung von 4,66 Euro.

Kernstück der GOÄ ist ein Bemessungssystem, nach dem sich der Vergütungsanspruch des Arztes ergibt – mit Ausnahme weniger Zuschläge, die zusätzlich zu den erbrachten Leistungen berechnet werden können. Dazu wird der Gebührensatz mit einem Faktor, der sich innerhalb eines vorgeschriebenen Gebührenrahmens bewegen muss, vervielfältigt. Die GOÄ legt folgende Gebührenrahmen fest:

- für persönliche ärztliche Leistungen vom 1- bis 3,5-Fachen (§ 5 Abs. 1) des Gebührensatzes
- für wahlärztliche Leistungen, die weder vom Wahlarzt noch von dessen ständigem Vertreter erbracht werden, vom 1- bis zum 2,3-Fachen (§ 5 Abs. 5) des Gebührensatzes

- für Leistungen bei einem unter den Voraussetzungen des § 218a Abs. 1 des Strafgesetzbuches vorgenommenen Abbruch einer Schwangerschaft vom 1- bis zum 1,8-Fachen (§ 5a) des Gebührensatzes
- für Leistungen nach den Abschnitten
  - A Gebühren in besonderen Fällen
  - E Physikalisch-medizinische Leistungen
  - O Strahlendiagnostik, Nuklearmedizin, Magnetresonanztomographie und Strahlentherapie

  vom 1- bis 2,5-Fachen (§ 5 Abs. 3) des Gebührensatzes
- für die Leistungen nach Nummer 437 sowie für die in Abschnitt M genannten Leistungen vom 1- bis 1,3-Fachen (§ 5 Abs. 4) des Gebührensatzes

Dabei können auch Zwischenwerte berechnet werden; der vollen Ausschöpfung der Gebührenspannen sind bestimmte Grenzen gesetzt. Für Behandlungen von Versicherten des Standardtarifs oder des Basistarifs der privaten Krankenversicherung gelten besondere Gebührenstrukturen (siehe nachfolgend 4. und 5. Abschnitt).

Als Bemessungskriterien für den Steigerungssatz werden in § 5 Abs. 2 genannt:

- die Schwierigkeiten der Leistung
- der für die Leistung erforderliche Zeitaufwand
- die Umstände bei der Ausführung

Diese Aufzählung ist abschließend, sodass weitere Kriterien nicht berücksichtigt werden dürfen. Im Gegensatz zur früheren (bis 31. Dezember 1982 geltenden) GOÄ gibt es nicht mehr das Bemessungskriterium „Vermögens- und Einkommensverhältnisse des Zahlungspflichtigen", das – abgesehen von der Fragwürdigkeit eines solchen Maßstabes – mit dem Grundsatz einer leistungsgerechten Vergütung nicht vereinbar ist. Soweit der Arzt bei einkommensstarken oder -schwachen Patienten dennoch die Vermögens- und Einkommensverhältnisse berücksichtigen möchte, besteht die Möglichkeit einer Sondervereinbarung („Abdingung") nach § 2 (siehe 7. Abschnitt „Gebührenvereinbarung").

Innerhalb des jeweiligen Gebührenrahmens sind die Gebühren nach billigem Ermessen zu bestimmen (§ 5 Abs. 2 Satz 1). Die Anwendung der Bemessungskriterien erfordert eine individuelle Beurteilung der

einzelnen Leistung. Eine schematische Betrachtungsweise, bei der die Höhe des Steigerungssatzes ohne Rücksicht auf die besonderen Umstände bei der Erbringung der Einzelleistungen einheitlich für sämtliche Leistungen oder sogar für sämtliche Praxisleistungen festgesetzt wird, wäre mit der geforderten Ermessungsausübung nicht zu vereinbaren. Bei der Gebührenbemessung für die einzelne Leistung kann auch die Komplexität des Krankheitsfalles berücksichtigt werden, soweit diese sich in der Schwierigkeit der einzelnen Leistungen niederschlägt. Das kann z. B. bei einer zeitraubenden Untersuchung oder Behandlung eines behinderten Menschen der Fall sein. Kriterien, die bereits in einer Leistungsbeschreibung des Gebührenverzeichnisses berücksichtigt sind, bleiben bei der Anwendung der Bemessungskriterien außer Betracht und sollen nicht doppelt in Ansatz gebracht werden.

Für Leistungen mit mittlerer Schwierigkeit und durchschnittlichem Zeitaufwand gibt es eine dem mittleren Gebührensatz entsprechende Gebührenspanne:

- für die persönlichen ärztlichen Leistungen vom 1- bis zum 2,3-Fachen (§ 5 Abs. 2) des Gebührensatzes
- für wahlärztliche Leistungen, die weder vom Wahlarzt noch von dessen ständigem Vertreter erbracht werden, vom 1- bis zum 2,3-Fachen (§ 5 Abs. 5) des Gebührensatzes
- für Leistungen nach den Abschnitten
  - A Gebühren in besonderen Fällen
  - E Physikalisch-medizinische Leistungen
  - O Strahlendiagnostik, Nuklearmedizin, Magnetresonanztomographie und Strahlentherapie

vom 1- bis 1,8-Fachen (§ 5 Abs. 3) des Gebührensatzes

- für die Leistung nach Nummer 437 sowie für die in Abschnitt M genannten Leistungen vom 1- bis 1,15-Fachen (§ 5 Abs. 4) des Gebührensatzes

Was genau der Gesetzgeber mit der Formulierung „in der Regel darf eine Gebühr nur …“ meint, war in der Vergangenheit strittig. Die privaten Krankenversicherungen und die Beihilfeträger legten die Bestimmung so aus, dass der 2,3-fache Satz der „Regelhöchstwert“ für ärztliche Leistungen sei, der Arzt seine Leistungen üblicherweise zwischen dem einfachen und 1,8-Fachen des Satzes zu berechnen habe. Nur in schwerwiegenden Fällen dürfe der „Mittelwert“ des

1,8-Fachen überschritten werden, die durchschnittlich schwierige ärztliche Leistung sie zum 1,8-fachen Satz abzurechnen. Die Bundesärztekammer (BÄK) hingegen war der Ansicht, dass es bei der letzten Gesamtreform der GOÄ 1982 ausdrücklicher Wille des Gesetzgebers gewesen sei, den Schwellenwert zum Richtwert zu machen, um den Fall des durchschnittlichen Schwierigkeitsgrads und Zeitaufwands, kurz den Normalfall, abzugelten.

Diese Streitfrage hatte der Bundesgerichtshof (BGH – Az.: III ZR 54/07 vom 8. November 2007) zu entscheiden. Strittig war, ob die Leistungen eines Augenarztes, die durchschnittlich schwierig und zeitaufwendig waren, mit dem Höchstsatz der Regelspanne (Regelhöchstwert/Schwellenwert) abgerechnet werden dürfen. Der III. Zivilsenat des BGH entschied, dass der Arzt das ihm vom Verordnungsgeber (VOG) eingeräumte Ermessen nicht verletze, wenn er nach Schwierigkeit und Zeitaufwand durchschnittliche ärztliche Leistungen, also die große Mehrzahl der Behandlungsfälle, mit dem Höchstsatz der Regelspanne abrechne. Dem VOG sei die[se] Abrechnungspraxis bekannt, er habe aber davon abgesehen, den Bereich der Regelspanne deutlicher abzugrenzen und vom Arzt bis zum Höchstsatz der Regelspanne eine Begründung zu verlangen. Ohne diese Begründungspflicht sei es nicht praktikabel und offenbar nicht gewollt, den für eine durchschnittliche Leistung angemessenen Faktor zu ermitteln oder anderweitig festzulegen. Der VOG habe auch keinen Mittelwert für durchschnittliche Leistungen innerhalb der Regelspanne vorgesehen. Hiervon bleibe unberührt, dass der Arzt nicht alle seine Leistungen mit dem Höchstsatz der Regelspanne berechnen dürfe, sondern sich bei einfachen ärztlichen Verrichtungen im unteren Bereich der Regelspanne bewegen müsse. Mit dieser Entscheidung wurde die Abrechnungspraxis der Ärzteschaft bestätigt.

Die Überschreitung der Regelspanne des Mittelsatzes ist nur zulässig, wenn die Besonderheiten der Bemessungskriterien sich im Einzelfall von den üblichen Umständen unterscheiden und ihnen nicht bereits in der Leistungsbeschreibung des Gebührenverzeichnisses Rechnung getragen wurde (§ 5 Abs. 2 Satz 4 2. Halbsatz). Auch dann ist aber nur eine abgestufte Überschreitung der Regelspanne, nicht aber die generelle Anwendung des 3,5-fachen Gebührensatzes gerechtfertigt. Die Anwendung eines höheren Gebührensatzes allein aus Gründen der Facharztqualifikation oder anderer Qualifikationen (z. B. als Chefarzt) ist nicht zulässig, da die Bemessungskriterien – von dem Kriterium „örtliche Verhältnisse“ abgesehen – sämtlich leistungsbe-

zogen sind. Übersteigt die in Rechnung gestellte Gebühr den Schwellenwert, ist der höhere Steigerungssatz unter Angabe des konkreten Grundes für den Zahlungspflichtigen verständlich zu begründen (§ 12 Abs. 3 Satz 1), zum Beispiel mit besonderen Schwierigkeiten oder außergewöhnlichem Zeitaufwand oder der von der Norm abweichenden Art und Weise der einzelnen Leistung. In der Regel sind stichwortartige Kurzbegründungen ausreichend, nicht aber abstrakte Standardbegründungen (z. B. „hohes Alter", „schwieriger Behandlungsfall", „besonderes Risiko für den Patienten"). Leistungen außerhalb der üblichen Präsenz des Arztes im Krankenhaus (z. B. bei Nacht oder an Sonn- und Feiertagen) rechtfertigen allein nicht ein Überschreiten der Schwellenwerte. Im Allgemeinen werden schlüssige, den Vorschriften der GOÄ entsprechende Begründungen für Gebührensteigerungen von den Erstattungsstellen anerkannt.

Das nach Maßgabe der Bemessungskriterien berechnete, zu Recht beanspruchte und vorschriftsmäßig begründete Arzthonorar ist bis zu den GOÄ-Höchstsätzen bei den Krankenversicherungen (und den Beihilfefestsetzungsstellen des öffentlichen Dienstes) in der Regel berücksichtigungs- bzw. erstattungsfähig. Der Versicherte (bzw. der Beihilfeberechtigte) kann sich einer solchen über der Erstattungsspanne liegenden Vergütung nicht entziehen. Der Erstattung durch die Krankenversicherung (bzw. der Beihilfe im öffentlichen Dienst) kann deshalb auch nicht nur die Regelgebühr zugrunde gelegt werden.

Bei stationären, teilstationären, vor- und nachstationären privatärztlichen Leistungen sind die GOÄ-Gebühren einschließlich der darauf entfallenden Zuschläge – mit Ausnahme des Zuschlags nach Buchstabe J in Abschnitt B V des Gebührenverzeichnisses – von den Krankenhausärzten um 25 Prozent und von Belegärzten und sonstigen niedergelassenen Ärzten um 15 Prozent zu mindern (§ 6a Abs. 1). Damit wird der Tatsache Rechnung getragen, dass ein Teil der in den Arztgebühren wie auch in den Pflegesätzen des Krankenhauses enthaltenen Kosten nicht dem Arzt, sondern dem Krankenhaus entstehen. Der Minderungsbetrag kann durch Vereinbarung nicht ausgeschlossen werden und ist in der Rechnung auszuweisen. Bei Überschreitung der Regelspanne ist für die Begründungspflicht der Gebührensatz vor Abzug des 25- bzw. 15-prozentigen Minderungsbetrages maßgebend und nicht etwa ein aus dem geminderten Honorar errechneter Steigerungssatz.

Die Minderungspflicht nach § 6a Abs. 1 GOÄ gilt nach dem eindeutigen Wortlaut der Vorschrift für sämtliche stationäre, teilstationäre

und vor- wie nachstationäre privatärztliche Leistungen. Der Vorschrift liegt im Interesse der Rechtssicherheit und Rechtsklarheit eine pauschalierende Betrachtungsweise zugrunde, die nicht darauf abstellt, ob, bei wem und in welcher Höhe Sach- und Personalkosten für diese Leistungen im Einzelfall entstehen. Privatärztliche Leistungen, die in einem Krankenhaus, einem Sanatorium oder einer sonstigen Einrichtung erbracht werden, in die der Patient zur stationären, teilstationären oder vor- und nachstationären ärztlichen Versorgung aufgenommen ist (aufnehmende Einrichtung), unterliegen daher ausnahmslos der Minderungspflicht. Selbst wenn der Arzt für solche Leistungen eigenes Personal, Geräte oder Materialien einsetzt, gilt dies z. B. für:

- wahlärztliche, belegärztliche oder sonstige privatärztliche Leistungen (z. B. in privaten Krankenanstalten)
- konsiliarärztliche Leistungen in der aufnehmenden Einrichtung

Der unter anderem für das Dienstvertragsrecht zuständige III. Zivilsenat des Bundesgerichtshofs hat mit Urteil vom 13. Juni 2002 (III ZR 186/01) entschieden, dass auch Leistungen externer Ärzte, die auf Veranlassung eines Krankenhausarztes in Zusammenhang mit der Behandlung eines stationär aufgenommenen Patienten erbracht werden, der Minderungspflicht des § 6a GOÄ unterliegen. Als entscheidend wurde angesehen, dass es sich auch bei solchen Leistungen aus der Sicht des stationär aufgenommenen Patienten und aus dem Blickwinkel der Bundespflegesatzverordnung, die für die Vergütung vollstationärer und teilstationärer Leistungen der Krankenhäuser maßgebend ist, um (stationäre) Krankenhausleistungen handelt. Dass der in seiner eigenen Praxis tätige Arzt oder der Arzt eines anderen Krankenhauses nicht zu einer Gebührenminderung verpflichtet sein könnte, weil er weder Einrichtungen, Leistungen noch Dienste des Krankenhauses in Anspruch nehme, in dem sich der Patient befindet, wurde keine entscheidende Bedeutung beigemessen. Wie bereits in seinem Urteil vom 17. September 1998 (III ZR 222/97) führte der III. Zivilsenat des Bundesgerichtshofs aus, § 6a GOÄ diene dem Ausgleich der finanziellen Benachteiligung von Patienten mit stationärer privatärztlicher Behandlung. Diese Benachteiligung ergebe sich daraus, dass die Vergütung privatärztlicher Leistungen neben dem Entgelt für die ärztliche Tätigkeit auch eine Abgeltung von weiteren Sach- und Personalkosten der ärztlichen Praxis enthalte, obwohl mit dem Pflegesatz für das Krankenhaus diese Kosten eigentlich abgegolten würden. Dem trage § 6a GOÄ durch die Pflicht

zur Gebührenminderung in einer pauschalierenden Art und Weise Rechnung, ohne danach zu fragen, ob, bei wem und in welcher Höhe Sach- und Personalkosten für die Leistungen im Einzelfall entstünden. Auch wenn bei den hier in Rede stehenden Leistungen externer Ärzte Einrichtungen des Krankenhauses nicht in Anspruch genommen würden, ergebe sich eine die Anwendung des § 6a GOÄ rechtfertigende Mehrbelastung von Privatpatienten daraus, dass für sie derselbe Pflegesatz für ihren Krankenhausaufenthalt berechnet werde wie für sozialversicherte Patienten, bei denen mit dem Pflegesatz zugleich die von externen Ärzten erbrachten Leistungen abgegolten seien. Die gegen die Entscheidung des BGH erhobene Verfassungsbeschwerde hat das Bundesverfassungsgericht mit dem Nichtannahmebeschluss vom 19. März 2004 (1 BvR 1319/02) erledigt. Das Gericht hat festgestellt, dass mit der Verfassungsbeschwerde keine Fragen von grundsätzlicher verfassungsrechtlicher Bedeutung aufgeworfen würden.

Die Minderungspflicht kann auch nicht durch eine Gebührenvereinbarung (siehe nachst. 7. Abschnitt) ausgeschlossen werden. Eine solche Vereinbarung kann nicht wirksam getroffen werden, da sie gegen die Bestimmungen der GOÄ verstößt. Auch wenn ein Patient eine Gebührenvereinbarung mit entsprechendem Inhalt unterzeichnet hat, ist eine solche Abdingung nicht wirksam zustande gekommen. Selbst eine entsprechende Zahlung an den Arzt kann zurückgefordert werden, es sei denn, ein juristisch versierter Patient hat gezahlt, obwohl er wusste, dass er nicht zur Zahlung verpflichtet war (§ 814 BGB „positive Kenntnis"). Die Krankenversicherungen (und die Beihilfefestsetzungsstellen des öffentlichen Dienstes) berücksichtigen bei ihren Erstattungen nur rechtlich begründete Forderungen. Der Zahlungspflichtige erfährt deshalb spätestens nach Stellung seines Erstattungs- bzw. Beihilfeantrages die Rechtslage. Er kann sich dann an seinen Arzt wenden und um Berichtigung der Rechnung bzw. Rückerstattung des zu viel gezahlten Betrages bitten.

Werden bei stationärer Krankenhausbehandlung die Leistungen eines liquidationsberechtigten Arztes (z. B. des Chefarztes) als Wahlleistung in Anspruch genommen, rechnen alle behandelnden Ärzte gesondert nach der GOÄ ab. Es entsteht eine Liquidationskette (Wahlarztkette) aller in Anspruch genommenen Ärzte, wodurch sich die Kosten einer Krankenhausbehandlung erheblich erhöhen. Der 25- bzw. 15-prozentige Minderungsbetrag bei den GOÄ-Gebühren wiegt die Mehrkosten in aller Regel nicht auf.

In den letzten Jahren haben ambulante Operationen zunehmend an Bedeutung gewonnen – auch in ihrer Anwendungsbreite. In geeigneten Fällen bieten sie gegenüber stationär durchgeführten Operationen im Hinblick auf den entfallenden Krankenhausaufenthalt nicht nur erhebliche Kostenvorteile, sondern darüber hinaus bei entsprechender Nachbetreuung für die Patienten, die ihre gewohnte Umgebung nicht aufzugeben brauchen, beachtliche Vorzüge.

Im Gegensatz zu dem EBM berücksichtigt die GOÄ, bis zum Inkrafttreten der Vierten Verordnung zur Änderung der GOÄ, nicht den bei ambulanten Operationen typischen Kostenaufwand für die Bereitstellung der Operationseinrichtungen sowie die vor- und nachoperative Betreuung. Mit der Einführung von Zuschlägen (GOÄ-Nummern 440 bis 449) für ambulante Operations- und Anästhesieleistungen wurde diesem Mangel abgeholfen.

Auch bei diesen Leistungen ist ein Überschreiten der Regelsätze (2,3- bzw. 1,8-facher Gebührensatz) nur zulässig, wenn Besonderheiten der Bemessungskriterien (§ 5 Abs. 2) dies rechtfertigen und in der Rechnung eine entsprechende Begründung gegeben wird. Die Tatsache, dass eine Operation ambulant durchgeführt wird, reicht als Begründung für ein Überschreiten der Regelsätze nicht aus; allerdings können bei ambulant durchgeführten Operationen – wie bei anderen Leistungen auch – Bemessungskriterien wie Schwierigkeit oder Zeitaufwand der einzelnen Leistung sowie die Umstände der Ausführung in Ausnahmefällen ein Überschreiten der Regelsätze rechtfertigen.

Das Wichtigste in Kürze

1. Ärztliche Leistungen werden nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in Rechnung gestellt. Maßgebliche Bemessungskriterien für die Gebühren sind:
   a) die Schwierigkeit und der Zeitaufwand der einzelnen Leistung
   b) die Umstände bei der Ausführung
2. Die GOÄ sieht neben der Berechnung von Zuschlägen einen Gebührenrahmen vor:
   a) für die persönlichen ärztlichen Leistungen vom 1- bis zum 3,5-Fachen des Gebührensatzes

b) für wahlärztliche Leistungen, die nicht vom Chefarzt erbracht werden, vom 1- bis zum 2,3-Fachen des Gebührensatzes

c) für Leistungen bei einem Schwangerschaftsabbruch vom 1- bis zum 1,8-Fachen des Gebührensatzes

d) für Leistungen nach den Abschnitten A, E und O vom 1- bis 2,5-Fachen des Gebührensatzes

e) für die Leistung nach Nummer 437 sowie für Leistungen nach Abschnitt M vom 1- bis 1,3-Fachen des Gebührensatzes

Bei stationären und teilstationären privatärztlichen Leistungen werden 25 Prozent der von den Krankenhausärzten bzw. 15 Prozent der von den Belegärzten und sonstigen niedergelassenen Ärzten berechneten GOÄ-Gebühren abgezogen. Innerhalb dieser Gebührenspannen ist die Überschreitung eines mittleren Gebührensatzes (der „Regelspanne") nur zulässig, wenn die Besonderheiten des Einzelfalles dies rechtfertigen, und zwar:

- bei den persönlichen ärztlichen Leistungen um das 2,3-Fache des Einfachsatzes
- bei den medizinisch-technischen Leistungen um das 1,8-Fache des Einfachsatzes

Die Überschreitung ist in der Rechnung schriftlich zu begründen. Neben den Gebühren dürfen nur Wegegeld, Reiseentschädigung und Auslagen in Rechnung gestellt werden.

Für die Behandlung von Versicherten des brancheneinheitlichen Standardtarifs und des Basistarifs der privaten Krankenversicherung gelten besondere Gebührenstrukturen.

3. Eine von der GOÄ abweichende Höhe der Vergütung kann zwischen Arzt und Zahlungspflichtigem vereinbart werden. Solche „Abdingungen" müssen vor der Inanspruchnahme des Arztes in einem besonderen Schriftstück geregelt werden. Dieses muss auch die Feststellung enthalten, dass eine Erstattung der Vergütung durch Erstattungsstellen möglicherweise nicht in vollem Umfang gewährleistet ist. Weitere Erklärungen darf die Vereinbarung, von der dem Zah-

lungspflichtigen eine Ausfertigung auszuhändigen ist, nicht enthalten.

4. Bei stationärer Krankenhausbehandlung können privatärztliche Leistungen als sog. Wahlleistungen in Anspruch genommen werden. Dies führt in der Regel zu einer starken Erhöhung der Kosten.
5. Jede Arztrechnung muss insbesondere enthalten:
   a) das Datum der Leistungserbringung
   b) bei Gebühren die Nummer und die Bezeichnung der einzelnen berechneten Leistung sowie den jeweiligen Betrag und den Steigerungssatz
   c) bei Gebühren für stationäre und teilstationäre privatärztliche Leistungen zusätzlich den 25- bzw. 15-prozentigen Minderungsbetrag
   d) bei Wegegeld und Reiseentschädigung den Betrag, die Art der Entschädigung und die Berechnung
   e) bei Ersatz von Auslagen den Betrag und die Art der Auslage; bei Beträgen über 25,56 Euro ist der Beleg oder ein sonstiger Nachweis beizufügen

4. Besondere Gebührenstruktur für Versicherte des Standardtarifs der privaten Krankenversicherung

Der Standardtarif ist ein brancheneinheitlicher Tarif in der privaten Krankenversicherung (PKV) mit einem gesetzlich begrenzten Höchstbeitrag, dessen Versicherungsschutz vergleichbar ist mit demjenigen der gesetzlichen Krankenkassen (GKV). Dieser Tarif erfüllt in der PKV vor allem eine soziale Schutzfunktion. Er richtet sich insbesondere an Versicherte, die aus finanziellen Gründen einen besonders preiswerten Tarif benötigen. Deshalb ist der Standardtarif nur bestimmten, vom Gesetzgeber definierten Personengruppen (vgl. Regelungen des § 257 SGB V) zugänglich.

Der Standardtarif wird auch beihilfekonform angeboten, d. h. abgestellt auf den jeweiligen Beihilfebemessungssatz des Beihilfeberechtigten bzw. berücksichtigungsfähigen Angehörigen. § 257 Abs. 2a SGB V legt fest, dass der Standardtarif Leistungen enthält, die mit denjenigen der GKV vergleichbar sind. Das bedeutet nicht, dass die Leistungen vollkommen identisch sein müssen. Sie sollen aber weit-

gehend übereinstimmen. Zusatzversicherungen zum Standardtarif sind nicht möglich (Ausnahme: Krankentagegeldversicherung, Auslandsreiseversicherung).

Die kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung bzw. die kassenzahnärztlichen Vereinigungen und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung haben seit dem 1. Juli 2007 die ärztliche und zahnärztliche Versorgung der im Standardtarif Versicherten mit den dort versicherten Leistungen sicherzustellen.

Für die in dem Standardtarif der privaten Krankenkassen versicherten Personen gilt der in Abschnitt „3. Gebührenstruktur" beschriebene Gebührenrahmen grundsätzlich nicht (Ausnahme siehe unten). Die Vergütung für Leistungen, die vom Standardtarif erfasst sind, kann im Einvernehmen mit den Beihilfeträgern in Verträgen zwischen dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. und den Kassenärztlichen Vereinigungen bzw. der Kassenärztlichen Bundesvereinigung geregelt werden. Kommt es im Rahmen der Vertragsverhandlungen zu keiner Einigung, kann eine Schiedsstelle angerufen werden. Wenn zwischen den Vertragspartnern keine Regelung zur Vergütung getroffen wird, was derzeit der Fall ist, sieht § 75 Abs. 3a SGB V eine gesetzliche Festlegung vor. Danach gilt für Standardversicherte folgender Gebührenrahmen:

- für alle persönlichen ärztlichen Leistungen vom 1- bis zum 1,8-Fachen des Gebührensatzes
- für die Leistungen nach den Abschnitten

  A Gebühren in besonderen Fällen (ausgenommen Nummer 437)

  E Physikalisch-medizinische Leistungen

  O Strahlendiagnostik, Nuklearmedizin, Magnetresonanztomographie und Strahlentherapie

  vom 1- bis 1,38-Fachen des Gebührensatzes
- für die in Abschnitt A Nummer 437 und in Abschnitt M genannten Leistungen vom 1- bis 1,16-Fachen des Gebührensatzes

Regelspannen und die Pflicht zur Begründung ab/bei einer bestimmten Gebührenhöhe sind insoweit nicht vorgesehen. Die ärztlichen Leistungserbringer haben deshalb die Gebührenhöhe für ihre Leistungen innerhalb des vorgegebenen Rahmens nach billigem Ermessen festzulegen. Die 1-, 1,16-, 1,38- und 1,8-fachen GOÄ-Sätze sind in der in Abschnitt III. abgedruckten Tabelle (S. 293 ff.) ausgewiesen.

Die genannten Regelungen gelten nur für Leistungen, die innerhalb des Standardtarifs erbracht werden. Für andere ärztliche Leistungen, die nicht zum Erstattungsbereich des Standardtarifs gehören (z. B. ärztliche Wahlleistungen bei stationärer Krankenhausbehandlung) gilt die „normale" in Abschnitt 3 beschriebene Gebührenstruktur.

5. Besondere Gebührenstruktur für Versicherte des Basistarifs der privaten Krankenversicherung

Die PKV wurde vom Gesetzgeber verpflichtet, ab dem 1. Januar 2009 den Basistarif anzubieten. Dieser bietet Versicherungsschutz, der in Art, Umfang und Höhe der gesetzlichen Krankenversicherung vergleichbar ist. Künftige Leistungsausschlüsse und -reduktionen in der gesetzlichen Krankenversicherung werden im Basistarif entsprechend übernommen. Die Versicherten können unter denjenigen Ärzten auswählen, die zur vertragsärztlichen Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassen sind. Der Basistarif wird auch beihilfekonform, d. h. abgestellt auf den jeweiligen Beihilfebemessungssatz der beihilfeberechtigten Person bzw. des oder der berücksichtigungsfähigen Angehörigen angeboten.

Für den Basistarif gilt wie für den in Abschnitt 4 genannten Standardtarif, dass die kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung bzw. die kassenzahnärztlichen Vereinigungen und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung die ärztliche und zahnärztliche Versorgung der Versicherten im Umfang der im Basistarif versicherten Leistungen sicherstellen müssen (§ 75 Abs. 3a SGB V).

Für die in dem Standardtarif der privaten Krankenkassen versicherten Personen gilt der in Abschnitt „3. Gebührenstruktur" beschriebene Gebührenrahmen grundsätzlich nicht. Es gelten vielmehr die gleichen Bestimmungen hinsichtlich einer vertraglichen Festlegung der Gebührenhöhe und der ersatzweise gesetzlichen Regelung (§ 75 Abs. 3a SGB V). Deshalb wird insoweit auf die Ausführungen im vorstehenden Abschnitt 4 verwiesen.

6. Analoge Bewertung

Die GOÄ enthält in § 6 Abs. 2 die Grundlage dafür, dass der Arzt eine nicht in der GOÄ enthaltene Leistung abrechnen kann. Dies berücksichtigt, dass der medizinische Fortschritt in der GOÄ nicht kurzfristig widergespiegelt werden kann, aber auch, dass es schon bei Verfas-

sung des Gebührenverzeichnisses nicht möglich ist, den ärztlichen Alltag in all seinen Facetten zu erfassen.

Für analoge Bewertungen gelten folgende Grundsätze:

Selbstständigkeit der Leistung

Die Leistung muss selbstständig sein. Unselbstständige Teilschritte einer anderen Leistung oder Leistungen, die nur eine Modifikation einer der in der GOÄ enthaltenen Leistungen darstellen, sind nicht analog abrechenbar.

Abgriffverfahren

Wenn eine analoge Abrechnung in Frage kommt, muss eine GOÄ-Position gewählt werden, die in der technischen Durchführung, im Zeitaufwand, im Schwierigkeitsgrad und in den Kosten der erbrachten Leistung möglichst nahe kommt. Beim Analogabgriff hat eine GOÄ-Position aus demselben Leistungabschnitt Vorrang, da hier in der Regel die Vergleichbarkeit am offensichtlichsten ist. Legitim ist aber auch der Abgriff aus einem anderen Kapitel der GOÄ als dem „primär zuständigen". Möglich ist auch der analoge Abgriff durch eine Summation mehrerer GOÄ-Positionen.

Analoge Abrechnung bereits bekannter Leistungen

Für ärztliche Leistungen, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der GOÄ bereits allgemein bekannt waren, aber keinen Zugang zum Leistungsverzeichnis der GOÄ gefunden haben, ist eine analoge Bewertung ausgeschlossen.

Gleichwertigkeit der Leistungen

Da nach § 6 Abs. 2 eine „gleichwertige" Leistung des Gebührenverzeichnisses analog herangezogen werden muss, bleiben auch die „Rahmenbedingungen" der abgegriffenen Leistung bei Analogabrechnung erhalten. Zum Beispiel ist eine abgegriffene Ziffer mit kleinem Gebührenrahmen auch bei analoger Abrechnung ohne Begründung nur max. 1,8-fach steigerungsfähig. Ebenso werden Vorgaben bei Mindestzeiten, Leistungsausschlüssen und Begrenzung der Abrechnungsfähigkeit in einem bestimmten Zeitraum übernommen.

Rechnungserstellung bei analoger Bewertung

Nach § 12 Abs. 4 GOÄ muss die gewählte Position entweder mit dem Zusatz „analog" oder „entsprechend" gekennzeichnet werden und die erbrachte Leistung kurz, aber eindeutig beschrieben werden. Die Nummer und die Bezeichnung der analog abgerechneten Leistung muss angegeben werden.

Verzeichnis Analoger Bewertungen der Bundesärztekammer

Um Ärzten, Patienten und Kostenträgern Hilfestellung bei der Analogabrechnung zu geben, veröffentlicht die Bundesärztekammer ein „Verzeichnis der Analogen Bewertungen der Bundesärztekammer"(siehe S. 34 ff.).

Das Analogverzeichnis der Bundesärztekammer greift Positionen auf, die entweder häufig angefragt werden oder von besonderer qualitativer Bedeutung sind. Das Analogverzeichnis der Bundesärztekammer wird ausgiebig von Sachverständigen beraten und vor Veröffentlichung mit dem Bundesministerium für Gesundheit, dem Bundesinnenministerium und dem Verband der privaten Krankenversicherungen abgestimmt. Es ergänzt faktisch die GOÄ, ohne dass es die Rechtsverbindlichkeit des Verordnungstextes oder der höherinstanzlichen Rechtsprechung hat.

Nach dem Analogverzeichnis der Bundesärztekammer abgerechnete Positionen werden praktisch von allen Kostenträgern akzeptiert. Ein Arzt, der zu einer im Analogverzeichnis der Bundesärztekammer enthaltenen Position eine andere Analogabrechnung vornimmt, hat in der Diskussion oder gar vor Gericht nur schwerlich Aussicht auf Erfolg.

Mit der Novellierung der GOÄ zum 1. Januar 1996 wurden die im Analogverzeichnis der Bundesärztekammer bis Ende 1995 enthaltenen Positionen in die GOÄ übernommen. Der Bedarf an analogen Bewertungen bleibt aber weiterhin.

Das Recht des Arztes auf eigene analoge Bewertung bleibt also (unter Berücksichtigung der obigen Kriterien) sowohl mit der „neuen" GOÄ als auch mit dem Erscheinen des Analogverzeichnisses der Bundesärztekammer bestehen. Kostenträger können aber in ihren vertraglichen Bestimmungen beziehungsweise Beihilferegelungen die Kostenerstattung gegenüber dem Patienten für Analogabrechnungen ablehnen, die nicht im Analogverzeichnis der Bundesärztekammer enthalten sind.

Verzeichnis Analoger Bewertungen der Bundesärztekammer (Stand: April 2006)

Leistung	Punktzahl	Gebühr in EUR
A 36 Strukturierte Schulung einer Einzelperson mit einer Mindestdauer von 20 Min. bei Asthma bronchiale, Hypertonie – einschließlich Evaluation zur Qualitätssicherung zum Erlernen und Umsetzen des Behandlungsmanagements, einschließlich Auswertung standardisierter Fragebögen, je Sitzung analog Nr. 33	300	17,49
A 72 Vorläufiger Entlassungsbericht im Krankenhaus analog Nr. 70	40	2,33
A 353 Einbringung des Kontrastmittels mittels intraarterieller Hochdruckinjektion zur selektiven Arteriographie (z. B. Nierenarterie), einschließlich Röntgenkontrolle und ggf. einschließlich fortlaufender EKG-Kontrolle, je Arterie analog Nr. 351	500	29,14
A 409 A-Bild-Sonographie analog Nr. 410	200	11,66
A 482 Relaxometrie während und/oder nach einer Allgemeinanästhesie bei Vorliegen von die Wirkungsdauer von Muskelrelaxantien verändernden Vorerkrankungen (z. B. Acetylcholinesterase-Hemmer-Mangel) oder gravierenden pathophysiologischen Zuständen (z. B. Unterkühlung) analog Nr. 832	158	9,21
A 496 Drei-in-eins-Block, Knie- oder Fußblock analog Nr. 476	380	22,15
A 618 H2-Atemtest (z. B. Laktosetoleranztest), einschließlich Verabreichung der Testsubstanz, Probeentnahmen und Messungen der H2-Konzentration, einschließlich Kosten analog Nr. 617	341	19,88
A 619 Durchführung des 13 C-Harnstoff-Atemtests, einschließlich Verabreichung der Testsubstanz und Probeentnahmen analog Nr. 615	227	13,23
A 658 Hochverstärktes Oberflächen-EKG aus drei orthogonalen Ableitungen mit Signalermittlung zur Analyse ventrikulärer Spät-		

Leistung	Punkt-zahl	Gebühr in EUR
potenziale im Frequenz- und Zeitbereich (Spätpotential-EKG) analog Nr. 652	445	25,94
A 704 Analtonometrie analog Nr. 1791	148	8,63
A 707 Untersuchung des Dünndarms mittels Kapselendoskopie und Auswertung des Bildmaterials bei unklarer gastrointestinaler Blutung, nach vorausgegangener Endoskopie des oberen und unteren Gastrointestinaltraktes analog Nr. 684 plus Nr. 687	 1200 1500	 69,94 87,43
Voraussetzung für das Erbringen der Kapselendoskopie ist die Gebietsbezeichnung Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin mit Schwerpunkt Gastroenterologie (zukünftig Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin und Schwerpunkt Gastroenterologie). Ein Arzt oder eine Ärztin, der/die im Rahmen ihrer bisherigen Tätigkeit Kapselendoskopien durchgeführt hat, darf diese Leistungen auch weiterhin erbringen und abrechnen, sofern die für das Erbringen der Kapselendoskopie notwendige fachliche Qualifikation nach der jeweils geltenden Weiterbildungsordnung, insbesondere eingehende Kenntnisse und Erfahrungen mit endoskopischen Verfahren des Gastrointestinaltraktes, nachgewiesen wird. Der Zeitaufwand für die Auswertung der Videodokumentation beträgt durchschnittlich zwei Stunden. Ist er im konkreten Fall deutlich niedriger oder deutlich höher, ist dies beim Ansatz des Steigerungsfaktors zu berücksichtigen.		
A 795 Kipptisch-Untersuchung mit kontinuierlicher EKG- und Blutdruckregistrierung analog Nr. 648	605	35,26
A 796 Ergometrische Funktionsprüfung mittels Fahrrad- oder Laufbandergometer (physikalisch definierte und reproduzierbare Belastungsstufen), einschließlich Dokumentation analog Nr. 650	152	8,86
A 888 Psychiatrische Behandlung zur Reintegration eines Erwachsenen mit psychopathologisch definiertem Krankheitsbild als Gruppenbehandlung (in Gruppen von 3 bis 8 Teilnehmern) durch syndrombezogene verbale Intervention als therapeutische Konsequenz aus den dokumentierten Ergebnissen der selbsterbrachten		

Leistung	Punkt-zahl	Gebühr in EUR
Leistung nach Nr. 801, Dauer mindestens 50 Minuten, je Teilnehmer und Sitzung analog Nr. 887	200	11,66
A 1006 Gezielte weiterführende sonographische Untersuchung zur differenzialdiagnostischen Abklärung und/oder der Überwachung bei aufgrund einer Untersuchung nach Nr. 415 GOÄ erhobenem Verdacht auf pathologische Befunde (Schädigung eines Fetus durch Fehlbildung oder Erkrankung oder ausgewiesener besonderer Risikosituation aufgrund der Genetik, Anamnese oder einer exogenen Noxe), analog Nr. 5373 – je Sitzung	1900	110,75
Die Indikationen ergeben sich aus der Anlage 1c II.2 der Mutterschafts-Richtlinien in der jeweils geltenden Fassung.		
Die weiterführende sonographische Diagnostik kann gegebenenfalls mehrfach, zur gezielten Ausschlussdiagnostik bis zu dreimal im gesamten Schwangerschaftsverlauf berechnet werden.		
Im Positivfall einer fetalen Fehlbildung oder Erkrankung ist die Berechnung auch häufiger möglich. Das zur Untersuchung genutzte Ultraschallgerät muss mindestens über 64 Kanäle im Sende- und Empfangsbereich, eine variable Tiefenfokussierung, mindestens 64 Graustufen und eine aktive Vergrößerungsmöglichkeit für Detaildarstellungen verfügen.		
A 1007 Farbkodierte Doppler-echokardiographische Untersuchung eines Fetus einschließlich Bilddokumentation bei Verdacht auf Fehlbildung oder Erkrankung des Fetus, einschließlich eindimensionaler Doppler-echokardiographischer Untersuchung, gegebenenfalls einschließlich Untersuchung mit cw-Doppler und Frequenzspektrumanalyse, gegebenenfalls einschließlich zweidimensionaler echokardiographischer Untersuchung mittels Time-Motion-Verfahren (M-Mode) analog Nrn. 424 plus 404 plus 406	700 plus 250 plus 200	40,80 plus 4,57 plus 1,66
Die Indikationen ergeben sich aus der Anlage 1d der Mutterschafts-Richtlinien in der jeweils geltenden Fassung. Die Dopplerechokardiographie kann gegebenenfalls neben den Leistungen nach den Nrn. A 1006 und A 1008 berechnet werden.		
A 1008 Weiterführende differenzialdiagnostische sonographische Abklärung des fetomaternalen Gefäßsystems mittels Duplex-Verfahren bei Verdacht auf Gefährdung oder Schädigung des Fetus,		

Leistung	Punkt-zahl	Gebühr in EUR
gegebenenfalls farbkodiert und/oder direktionale Dopplersonographische Untersuchung im fetomaternalen Gefäßsystem, einschließlich Frequenzspektrumanalyse, analog Nr. 689	700	40,80
Die Indikationen ergeben sich aus der Anlage 1d der Mutterschafts-Richtlinien in der jeweils geltenden Fassung.		
Die Duplex-sonographische Untersuchung nach A 1008 kann gegebenenfalls neben den Leistungen nach den Nrn. 415, A 1006 und A 1007 berechnet werden.		
Bei Mehrlingen sind die Leistungen nach den Nrn. A 1006, A 1007 und A 1008 entsprechend der Zahl der Mehrlinge mehrfach berechnungsfähig. Voraussetzung für das Erbringen der Leistungen nach Nr. A 1006, A 1007 und A 1008 ist das Vorliegen der Qualifikation zur Durchführung des fetalen Ultraschalls im Rahmen der Erkennung von Entwicklungsstörungen, Fehlbildungen und Erkrankungen des Fetus nach der jeweils für die Ärztin/den Arzt geltenden Weiterbildungsordnung.		
A 1157 Chorionzottenbiopsie, transvaginal oder transabdominal unter Ultraschallsicht analog Nr. 1158	739	43,07
A 1387 Netzhaut-Glaskörper-chirurgischer Eingriff bei anliegender oder abgelöster Netzhaut ohne netzhautablösende Membranen, einschließlich Pars-plana-Vitrektomie, Retinopexie, ggf. einschließlich Glaskörper-Tamponade, ggf. einschließlich Membran-Peeling analog Nr. 2551		
Neben Nr. A 1387 sind keine zusätzlichen Eingriffe an Netzhaut oder Glaskörper berechnungsfähig.	7 500	437,15
A 1387.1 Netzhaut-Glaskörper-chirurgischer Eingriff bei anliegender und/oder abgelöster Netzhaut mit netzhautablösenden Membranen und/oder therapierefraktärem Glaukom und/oder submakulärer Chirurgie, einschließlich Pars-plana-Vitrektomie, Buckelchirurgie, Retinopexie, Glaskörper-Tamponade, Membran-Peeling, ggf. einschließlich Rekonstruktion eines Iris-Diaphragmas, ggf. einschließlich Retinotomie, ggf. einschließlich Daunomycin-Spülung, ggf. einschließlich Zell-Transplantation, ggf. einschließlich Versiegelung eines Netzhautlochs mit Thrombozytenkonzentraten, ggf. einschließlich weiterer mikrochirurgischer Eingriffe an Netzhaut oder Glaskörper (z. B. Pigmentgewinnung und -implantation)		
analog Nr. 2551	7500	437,15
plus Nr. 2531	plus 7500	plus 437,15

Leistung	Punkt-zahl	Gebühr in EUR
Neben Nr. A 1387.1 sind keine zusätzlichen Gebührenpositionen für weitere Eingriffe an Netzhaut oder Glaskörper berechnungsfähig. Ergänzende Abrechnungsempfehlung zu den Nrn. A 1387 und 1387.1: Die Ausschlussbestimmungen bei den Nrn. A 1387 und A 1387.1, wonach keine zusätzlichen Gebührenpositionen für weitere Eingriffe an Netzhaut oder Glaskörper berechnungsfähig sind, gelten nicht für Netzhaut-Glaskörper-chirurgische Eingriffe bei Ruptur des Augapfels mit oder ohne Gewebeverlust oder bei Resektion uvealer Tumoren und/oder Durchführung einer Macula-Rotation. Neben Leistungen nach den Nrn. A 1387 oder A 1387.1 können in diesen Ausnahmefällen, je nach Indikation, die genannten Maßnahmen als zusätzliche Leistungen berechnet werden, wie z. B. die Nr. A 1387.2 für die Macula-Rotation.		
A 1387.2 Macula-Rotation analog Nr. 1375	3500	204,01
A 1716 Spaltung einer Harnröhrenstriktur unter Sicht (z. B. nach Sachse) analog Nr. 1802	739	43,07
A 1833a Wechsel eines suprapubischen Harnblasenfistelkathers, einschl. Spülung, Katheterfixation und Verband analog Nr. 1833	237	13,81
A 3289 Operation eines großen Leisten- oder Schenkelbruches oder Rezidivoperation eines Leisten- oder Schenkelbruches, jeweils einschließlich Implantation eines Netzes analog Nr. 3286	2000	116,57
A 3732 Troponin-T-Schnelltest analog Nr. 3741	200	11,66
A 3733 Trockenchemische Bestimmung von Theophyllin analog Nr. 3736	120	6,99
A 3734 Qualitativer immunologischer Nachweis von Albumin im Stuhl analog Nr. 3736	120	6,99
A 3757 Eiweißuntersuchung aus eiweißarmen Flüssigkeiten (z. B. Liquor-, Gelenk- oder Pleurapunktat) analog Nr. 3760	70	4,08

Leistung	Punkt-zahl	Gebühr in EUR
A 4463 Qualitative Bestimmung von Antikörpern mittels Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve analog Nr. 4462	230	13,41
A 5830 Computergestützte Individual-Ausblendung (Multileaf-Kollimatoren = MLC) einmal je Feld und Bestrahlungsserie, einschließlich Programmierung, analog Nr. 5378	1000	58,29
Individuelle Ausblendungen zum Schutz von Normalgewebe und Organen können anstelle von Bleiblöcken, auch durch Programmierung eines (Mikro-)Multileaf-Kollimators erstellt werden, wobei für den Programmieraufwand die analoge Nr. 5378 GOÄ einmal je Feld und Bestrahlungsserie angesetzt werden kann.		
Der je nach Feldkonfiguration und Feldgröße unterschiedliche Schwierigkeitsgrad ist über den Gebührenrahmen nach § 5 Absatz 2 und 3 zu berücksichtigen.		
Eine Berechnung von Auslagen nach § 10 GOÄ für die Herstellung individueller Ausblendungen mittels Bleiblöcken neben der Berechnung der Individualausblendung mittels MLC nach Nummer 5378 GOÄ analog ist ausgeschlossen.		
A 5860 Radiochirurgisch stereotaktische Bestrahlung benigner Tumoren mittels Linearbeschleuniger – einschließlich Fixierung mit Ring oder Maske –, einschließlich vorausgegangener Bestrahlungsplanung, einschließlich Anwendung eines Simulators und Anfertigung einer Körperquerschnittszeichnung oder Benutzung eines Körperquerschnitts anhand vorliegender Untersuchungen, einschließlich individueller Berechnung der Dosisverteilung mit Hilfe eines Prozessrechners, analog 6 x 5855	6 x 6900	6x 402,08
Unter radiochirurgischer Bestrahlung (Radiochirurgie) ist die einzeitige stereotaktische Bestrahlung mittels Linearbeschleuniger zu verstehen.		
Die Radiochirurgie ist nur einmal in sechs Monaten berechnungsfähig. Diese Therapie ist grundsätzlich bei folgenden Indikationen geeignet: Akustikusneurinom, Hypophysenadenom, Meningeom, arteriovenöse Malformation, medikamentös oder operativ therapierefraktäre Trigeminusalgesie, Chordom.		
Die nach § 10 GOÄ zulässigen Kosten für Material können zusätzlich berechnet werden.		

Leistung	Punkt-zahl	Gebühr in EUR
A 5861 Radiochirurgisch stereotaktische Bestrahlung primär maligner Tumoren oder von Hirnmetastasen mittels Linearbeschleuniger – einschließlich Fixierung mit Ring oder Maske –, einschließlich vorausgegangener Bestrahlungsplanung, einschließlich Anwendung eines Simulators und Anfertigung einer Körperquerschnittszeichnung oder Benutzung eines Körperquerschnitts anhand vorliegender Untersuchungen, einschließlich individueller Berechnung der Dosisverteilung mit Hilfe eines Prozessrechners, analog 3,5 x 5855	3,5 x 6900	3,5 x 402,08
Unter radiochirurgischer Bestrahlung (Radiochirurgie) ist die einzeitige stereotaktische Bestrahlung mittels Linearbeschleuniger zu verstehen.		
Die Radiochirurgie ist nur einmal in sechs Monaten berechnungsfähig.		
Diese Therapie ist grundsätzlich bei folgenden Indikationen geeignet: Inoperabler primärer Hirntumor oder Rezidiv eines Hirntumors, symptomatische Metastase ZNS, Aderhautmelanom. Die nach § 10 GOÄ zulässigen Kosten für Material können zusätzlich berechnet werden.		
A 7001 Untersuchung der alters- oder erkrankungsbedingten Visusäquivalenz, z. B. bei Amblyopie, Medientrübung oder fehlender Mitarbeit analog Nr. 1225	121	7,05
A 7002 Qualitative Aniseikonieprüfung mittels einfacher Trennerverfahren analog Nr. 1200	59	3,44
Die Untersuchung nach Nr. A 7002 kann nur bei besonderer Begründung, und dann auch zusätzlich zur Kernleistung nach Nr. 1200, berechnet werden		
A 7003 Quantitative Aniseikoniemessung, gegebenenfalls einschließlich qualitativer Aniseikonieprüfung analog Nr. 1226	182	10,61
A 7006 Bestimmung elektronisch vergrößernder Sehhilfen, je Sitzung analog Nr. 1227	248	14,46
A 7007 Quantitative Untersuchung der Hornhautsensibilität analog Nr. 825 Nr. A 7007 ist nicht berechnungsfähig neben Nr. 6	83	4,84

Leistung	Punkt-zahl	Gebühr in EUR
A 7008 Konfokale Scanning-Mikroskopie der vorderen Augenabschnitte, einschließlich quantitativer Beurteilung des Hornhautendothels und Messung von Hornhautdicke und Streulicht, ggf. einschließlich Bilddokumentation je Auge analog Nr. 1249	484	28,21
A 7009 Quantitative topographische Untersuchung der Hornhautbrechkraft mittels computergestützter Videokeratoskopie, ggf. an beiden Augen analog Nr. 415	300	17,49
A 7010 Laserscanning-Ophthalmoskopie analog Nr. 1249	484	28,21
A 7011 Biomorphometrische Untersuchung des hinteren Augenpols, ggf. beidseits analog Nr. 423	500	29,14
A 7012 Frequenz-Verdopplungs-Perimetrie oder Rauschfeld-Perimetrie analog Nr. 1229	182	10,61
A 7013 Überschwellige und/oder schwellenbestimmende quantitativ abgestufte rechnergestützte statische Rasterperimetrie, einschließlich Dokumentation analog Nr. 1227	248	14,46
A 7014 Ultraschall-Biomikroskopie der vorderen Augenabschnitte, einmal je Sitzung analog Nr. 413	280	16,32

Beschlüsse des Zentralen Konsultationsausschusses

Auf Initiative der Bundesärztekammer konstituierte sich Ende 1997 ein „Zentraler Konsultationsausschuss für Gebührenordnungsfragen" bei der Bundesärztekammer, der Auslegungsfragen der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte klären soll. In dem Gremium sind neben Vertretern der Ärzteschaft das Bundesgesundheits- und das Bundesinnenministerium (Beihilfe), der Verband der privaten Krankenversicherung und in beratender Funktion der Verband der privatärztlichen Verrechnungsstellen vertreten. Ziel ist es, zu gemeinsamen Empfeh-

lungen zur GOÄ-Auslegung zu kommen, bestehende Unsicherheiten auszuräumen und Falschabrechnungen entgegenzuwirken.

Die Beschlüsse des Zentralen Konsultationsausschusses sind nicht rechtsverbindlich. Rechtsverbindlich ist nur der GOÄ-Text. Aufgrund der Besetzung des Ausschusses und des damit vertretenen Sachverstands, verbunden mit Beratungen durch Fachvertreter, sind sie aber rechtsrelevant. Für die Ärzte gilt dies zusätzlich, weil damit die Arbeit der Landesärztekammern bei der Prüfung ärztlicher Liquidationen wesentlich unterstützt wird. Die Beschlüsse des Zentralen Konsultationsausschusses, die hinsichtlich der analogen Bewertungen relevant sind und noch nicht im Verzeichnis der analogen Bewertungen aufgenommen sind, werden nachstehend abgedruckt. Die übrigen werden als Anmerkungen zu den einzelnen Gebührenziffern des Leistungsverzeichnisses aufgeführt.

Operation an der Nasenmuschel

1) Turbinoplastik analog Nr. 2382, Nr. 2250 nicht neben Nr. 1438

Eine schleimhautschonende plastische Operation an der Nasenmuschel (z. B. Turbinoplastik) oder der Eingriff nach der Leglerschen Operationsmethode ist analog nach Nr. 2382 zu bewerten. Mit der Analogbewertung nach Nr. 2382 sind alle an dieser Nasenmuschel erforderlichen Maßnahmen an Schleimhaut, Weichteilen und ggf. knöchernen Anteilen der Nasenmuschel abgegolten.

Die konventionelle teilweise oder vollständige Abtragung einer Nasenmuschel (Muschelteilresektion, Muschelkappung, Abtragung des hinteren Muschelendes bei Muschelhyperplasie) ist Nr. 1438 zuzuordnen. In den Fällen, in denen knöcherne Anteile der Muschel durch Muschelkappung bzw. Muschel(teil-)resektion entfernt werden (Turbinektomie), kann dies nicht als selbstständige Osteotomie nach Nr. 2250 neben Nr. 1438 berechnet werden.

(Stand: 18. Juni 2004)

Operationen am Nasenseptum

2a) Nr. 1438 oder Nr. 2382 analog neben Nr. 1448

Bei gegebener medizinischer Indikation können Eingriffe an der Nasenmuschel nach Nr. 1438 oder analog nach Nr. 2382 neben Nrn. 1447/1448 berechnet werden.

2b) Nr. 1441 neben Nrn. 1447/1448

Die Kappung oder Resektion von Polypen, die aus einer oder mehrerer Nasennebenhöhle(n) einer Seite in die Nasenhaupthöhle vorwuchern, ist dem Eingriff nach Nr. 1441 zuzuordnen. Nr. 1441 ist ein eigenständiger Eingriff und ggf. neben den Septum-Operationen nach den Nrn. 1447/1448 berechnungsfähig. Die Entfernung von Nasenseptumpolypen oder anderen hyperplastischen Veränderungen der Nasenscheidewand ist mit dem Ansatz der Nrn. 1447/1448 abgegolten.

2c) Nr. 2253 analog für den plastischen Wiederaufbau des Nasenrückens nach Voroperationen oder bei Dysplasien oder analog für die Septumaustauschplastik neben Nrn. 1447/1448

Der plastische Wiederaufbau des Nasenrückens mit Knochen/Knorpel im Rahmen von Revisionsoperationen (bei Sattelbildung) oder zur Korrektur von Dysplasien der knöchernen Nase oder im Rahmen der Durchführung einer Septumaustauschplastik ist analog nach Nr. 2253 (Knochenspanentnahme, 647 Punkte) zu bewerten und als zusätzliche Maßnahme neben den Septum-Operationen nach den Nrn. 1447/1448 berechnungsfähig. Die routinemäßige Reimplantation von gecrushtem Resektionsmaterial im Rahmen einer Septum-Korrektur außerhalb der oben genannten Indikationen ist mit dem Ansatz der Nrn. 1447/1448 abgegolten.

2d) Nr. 2256 (analog) für die Abtragung der Lamina perpendicularis nicht neben Nrn. 1447/1448

Die Abtragung der Lamina perpendicularis des knöchernden Septums ist mit der Berechnung der Nr. 1447 oder Nr. 1448 abgegolten.

2e) Nr. 2267 (analog) nicht neben Nrn. 1447/1448

Die Knochenzerbrechung zur Begradigung der Restseptumanteile ist mit der Berechnung der Nrn. 1447/1448 abgegolten und kann nicht als selbstständige Leistung, z. B. nach Nr. 2267 (analog), neben Nrn. 1447/1448 berechnet werden.

2f) Nrn. 1425/1426 nicht neben Nrn. 1447/1448

Die Ausstopfung der Nase nach Nr. 1425 oder 1426 kann nicht neben den Nrn. 1447/1448 berechnet werden. Als operationsabschließende Wundversorgung ist die Tamponade der Nase mit der Berechnung der Gebühr für den operativen Eingriff abgegolten.

2g) Postoperative Tamponaden-/Schienen-/Splintentfernung analog Nr. 1427 bzw. analog Nr. 1430

Für die postoperative Entfernung von Tamponaden nach Nasen- und/oder Nasennebenhöhlen-Eingriffen ist Nr. 1427 analog berechnungsfähig. Nr. 1427 analog kann nur einmal berechnet werden, auch wenn aus beiden Nasenhaupthöhlen Tamponaden entfernt werden.

Für die postoperative Entfernung von nasalen Schienen, Silikonfolien oder Splints ist Nr. 1430 analog berechnungsfähig. Nr. 1430 analog kann nur einmal berechnet werden, auch wenn Material aus beiden Nasenhaupthöhlen entfernt werden muss.

2h) Nrn. 1429/1435 in derselben Sitzung nicht neben Nrn. 1447/1448

Maßnahmen zur intraoperativen Blutstillung oder operationsabschließenden Wundversorgung sind mit der Berechnung der Nrn. 1447/1448, ggf. durch Ansatz eines höheren Faktors, abgegolten, und können nicht als selbstständige Leistungen, z. B. nach den Nrn. 1429/1435, neben Nrn. 1447/1448 berechnet werden.

(Stand: 18. Juni 2004)

Operation an den Nasennebenhöhlen

3) Nrn. 1469/1470

Bei endonasal-mikroskopischer/endoskopischer Operation der Keilbeinhöhle und Ausräumung der Siebbeinzellen einer Seite in derselben Sitzung ist Nr. 1469 (oder 1470) zweimal berechnungsfähig, wenn nachweislich getrennte Zugangswege sowohl zur Keilbeinhöhle als auch zum Siebbeinzellensystem gewählt werden.

Bei rechts- und linksseitiger Ausräumung der Siebbeinzellen und/oder Operation der Keilbeinhöhle in derselben Sitzung kann Nr. 1469 (oder Nr. 1470) max. viermal berechnet wer-

den. Voraussetzung hierfür ist, dass jeweils seitengetrennte Zugangswege geschaffen werden. Bei Operation von mehr als einer Kammer der septierten Keilbeinhöhle kann Nr. 1469 (oder Nr. 1470) nicht mehr als einmal berechnet werden, wenn die zweite Kammer durch denselben Zugangsweg ausgeräumt wird, also transseptal vorgegangen wird.

4) Nr. 1471, Nr. 1469 ggf. neben Nrn. 1469/1470

Werden bei endonasalmikroskopischer/endoskopischer Operationstechnik neben einer Stirnhöhleneröffnung nach Nr. 1471 in derselben Sitzung die vorderen Siebbeinzellen nicht nur eröffnet, sondern ausgeräumt, so ist das Ausräumen der vorderen Siebbeinzellen mit der Berechnung der Nr. 1471 abgegolten. Bei zusätzlicher Ausräumung der hinteren Siebbeinzellen in derselben Sitzung ist Nr. 1469 (oder Nr. 1470) zusätzlich neben Nr. 1471 berechnungsfähig, vorausgesetzt, dass ein separater Zugangsweg zu den hinteren Siebbeinzellen geschaffen wurde.

5) Nr. 1486, subturbinale Fensterung

Wird bei einer endonasal-mikroskopischen/endoskopischen Kiefernhöhlenoperation nach Nr. 1486 ein subturbinales Fenster zur Drainage angelegt, so ist diese zusätzliche Maßnahme durch die Berechnung der Nr. 1486 abgegolten, und nicht als selbstständige Leistung, z. B. nach Nr. 1468, neben Nr. 1486 berechnungsfähig. Der durch die zusätzliche subturbinale Fensterung verursachte Aufwand muss durch die Wahl eines adäquaten Steigerungsfaktors abgebildet werden.

6) Nr. 1488, Operation sämtlicher Nebenhöhlen einer Seite

Gegenüber dem alten Operationsstandard bei chronischer Sinusitis nach Nr. 1488 (Radikaloperation sämtlicher Nebenhöhlen einer Seite) wird in der modernen endoskopisch/mikroskopischen Nasennebenhöhlenchirurgie das Ziel der schleimhautschonenden Funktionswiederherstellung der Nebenhöhle(n) unter Vermeidung größerer knöcherner Destruktionen verfolgt. Sofern für die operative Behandlung mehrerer Nasennebenhöhlen einer Seite jeweils getrennte endonasale Zugangswege gewählt werden, ist der je Nasennebenhöhle durchgeführte Eingriff als selbstständige Leistung berechnungsfähig. Voraussetzung für die Anerkennung der Berechnung verschiedener Nasennebenhöhlen-Eingriffe nebeneinander ist, dass sich Indikationsstellung zum jeweiligen Eingriff sowie die Art der operativen Vorgehensweise aus dem OP-Bericht ableiten lassen. Die vom Zentralen Konsultationsausschuss für Gebührenordnungsfragen beschlossenen Abrechnungsempfehlungen für die Gebührenpositionen der einzelnen Nasennebenhöhlen-Eingriffe sind dabei jeweils zu beachten:

Bei Durchführung von Eingriffen zur Ausräumung der Siebbeinzellen und der Keilbeinhöhle müssen die diesbezüglichen Abrechnungsbestimmungen (vgl. Beschlussvorschlag Nr. 3, Nr. 1469 oder Nr. 1470, je Seite max. zweimal berechnungsfähig) beachtet werden. Erfolgt neben der Stirnhöhleneröffnung nach Nr. 1471 in derselben Sitzung eine Ausräumung der vorderen Siebbeinzellen, so ist dies mit der Berechnung der Nr. 1471 abgegolten (vgl. Beschluss Nr. 4). Fakultativ zusätzliche Fensterungen der einzelnen Nasennebenhöhlen, z. B. das Anlegen eines zusätzlichen subturbinalen Fensters bei endoskopischer Kiefernhöhlenoperation, sind nicht als selbstständige Leistungen zusätzlich zu der Gebührenposition für den operativen Eingriff an dieser Nasennebenhöhle berechnungsfähig; der hierdurch erhöhte Aufwand muss durch Wahl eines adäquaten Steigerungsfaktors abgebildet werden (vgl. Beschluss Nr. 5).

7) Nr. 1480 nicht neben Eingriffen an der Nasennebenhöhle

Nr. 1480 kann nur als selbstständige Leistung, nicht für die intraoperative Absaugung im Zusammenhang mit operativen Eingriffen an den Nasennebenhöhlen berechnet werden.

(Stand: 18. Juni 2004)

Tonsillektomie

8) Nrn. 1499/1500

Die Exzision von hyperplastischem Tonsillen-Gewebe aus dem Bereich der Plica triangularis ist mit dem Ansatz der Nrn. 1499/1500 abgegolten.

(Stand: 18. Juni 2004)

Tympanoplastik/Otosklerose-Operation

9) Nr. 2253 analog neben Nrn. 1610/1613/1614

Wird zum Verschluss eines größeren Trommelfelldefekts oder zur endoprothetischen Versorgung einer defekten Gehörknöchelchenkette ein autologes Transplantat aus Knorpel oder Knochen verwendet, so sind Entnahme und Präparation des körpereigenen Materials durch den analogen Ansatz der Nr. 2253 (Knochenspanentnahme, 647 Punkte) abgegolten. Die Nr. 2253 analog für die Materialgewinnung und Herstellung des Trommelfellersatzes bzw. der Gehörknöchelchenprothese aus autologem Material ist in diesen Fällen einmal neben den Nrn. 1610/1613/1614 berechnungsfähig.

10) Nr. 2583 (Neurolyse) ggf. neben Nrn. 1610/1613/1614

Bei fortgeschrittenem Krankheitsprozess ist ggf. die Neurolyse der Chorda tympani oder des Nervus facialis aus wuchernden Epithelformationen erforderlich. In diesen Fällen ist Nr. 2583 neben den Nrn. 1610/1613/1614 berechnungsfähig.

11) Nr. 2253 analog für die Verwendung von autologen Knorpel als Ersatz der Steigbügelfußplatte bei Otoskleroseoperation nach Nr. 1623

Im Rahmen der Otoskleroseoperation nach Nr. 1623 kann der Wiederverschluss des Trommelfells durch einen tympanomeatalen Lappen nicht als selbstständige Leistung, z. B. nach den Nrn. 2380/ 2381/2382/2383/2384, anerkannt werden, da es sich bei der Adaption der zuvor durchtrennten Strukturen um den methodisch notwendigen Abschluss der Operation nach Nr. 1623 handelt. Eine Berechnung von trommelfellverschließenden Maßnahmen neben Nr. 1623 ist allenfalls in den Fällen denkbar, in denen ein vorbestehender größerer Trommelfelldefekt vorliegt, der durch aufwändigere Maßnahmen, die in Beschlussvorschlag Nr. 8. a) nach Nr. 2253 bewertet sind, erforderlich ist.

Wird anstelle einer industriell gefertigten Steigbügelprothese eine individuelle Prothese aus autologem Knorpelmaterial intraoperativ angefertigt, so ist hierfür für die Entnahme des autologen Knorpels sowie die Präparation Nr. 2253 analog einmal neben Nr. 1623 berechnungsfähig.

12) Nr. 1579 nicht neben Nrn. 1610/1613/1614

Nr. 1579 (Chemische Ätzung in der Paukenhöhle) kann in derselben Sitzung nicht neben dem umfassenderen operativen Eingriff der Tympanoplastik nach den Nrn. 1610/1613/1614 berechnet werden.

(Stand: 18. Juni 2004)

Erhöhte Steigerungsfaktoren bei herzchirurgischen Leistungen

Der mancherorts zu beobachtende „schematische" Ansatz von Multiplikatoren oberhalb der Begründungsschwelle wird als nicht nachvollziehbar angesehen. Der Ansatz von Steigerungsfaktoren oberhalb der Begründungsschwelle ist in der Regel nur bei den intraoperativen „Kernleistungen" begründbar. Nur in wenigen Fällen ist für die „Nebenleistungen" (z. B. Nr. 3050 GOÄ) ein höherer Steigerungsfaktor gerechtfertigt. Höhere Steigerungsfaktoren für Leistungen außerhalb der Operation (z. B. Visiten, Beratungen, Verbände usw.) sind in aller Regel nicht durchgängig begründbar. Bei Visiten trifft z. B. oft zu, dass die Erst- und Abschlussvisite sowie unmittelbar postoperative Visiten inhaltlich besonders schwierig sind und einen weit überdurchschnittlichen Zeitaufwand erfordern und damit die Berechnung eines höheren Multiplikators plausibel erscheint, nicht jedoch für die übrigen Visiten des „routinemäßigen" Verlaufes.

(Stand: 1. Oktober 1999)

Freilegung der Arteria mammaria neben Bypass-OP

Bei etwa 55 Prozent der Operationen wird ein arterielles Conduit verwendet, dabei in circa 50 Prozent die Arteria mammaria interna.

Häufig wird für die Freilegung der Arteria mammaria interna Nr. 2802 GOÄ berechnet. Zur Beurteilung einer eigenständigen Berechenbarkeit der Gefäßfreilegung wird in der Diskussion festgestellt, dass die Nrn. 3088 und 3089 noch aus der Zeit stammen, als die Vineberg-Op Standard war. Die GOÄ sieht ausdrücklich eigenständige Ziffern für die operative Entnahme einer Arterie beziehungsweise Vene zum Gefäßersatz vor (Nrn. 2807 und 2808 GOÄ). Dies sind in keinem Fall abschließende Leistungen. Demzufolge müsste gleiches für die Arteria mammaria interna gelten. Andererseits sind in den Nrn. 3088 und 3089 GOÄ nicht Operationsmethoden, sondern Leistungsziele beschrieben, die auch heute noch zutreffen. Es besteht Übereinstimmung, dass für die Freilegung und Präparation der Arteria mammaria Nr. 2807 GOÄ analog (nicht Nr. 2802) berechenbar ist. Analog, weil die Arterie nicht, wie in der Legende enthalten, „entnommen" wird.

(Stand: 30. September 1999)

Steigerungsfaktor bei Abzug der Eröffnungsleistung

Die mancherorts vertretene Empfehlung, bei Leistungen, deren Bewertung nach Abzug der Eröffnungsleistung ein zu geringes Honorar ergeben, die Leistung mit „normalem" Multiplikator (z. B. 2,3fach) zu berechnen und die Eröffnungsleistung nur mit dem Einfachsatz abzuziehen, wird als nicht sachgerecht beurteilt. Durch die o. a. Beschlussfassung zu Nr. 31 entbehrt sie darüber hinaus der Grundlage (deutlich differenzierte Bewertung zwischen Eingriffen und Eröffnungsleistung).

(Stand: 7. Oktober 1999)

Implantation eines Biocompound-Grafts

Da diese Methode noch nicht allgemein verbreitet ist, ist es nach Ansicht des Zentralen Konsultationsausschusses für Gebührenordnungsfragen verfrüht, hierzu im Ausschuss eine Empfehlung zur Abrechenbarkeit zu geben. Der Sachverhalt soll zunächst weiter geklärt werden.

(Stand: 7. Oktober 1999)

Abrechnungsmodus der Behandlung von Patienten mit Herzunterstützungssystemen, Kunstherz etc. im postoperativen Verlauf

Nr. 3055 GOÄ ist nur intraoperativ berechnungsfähig. Für die postoperative ärztliche Kontrolle von Herzunterstützungssystemen (z. B. Kunstherz, LVAD, RVAD) ist Nr. 792 GOÄ analog einmal täglich (neben Nr. 435) berechnungsfähig. Nicht berechnet werden kann eine entsprechende Leistung für die Kontrolle der Funktion der IABP. Wird Nr. 792 GOÄ analog für die postoperative Kontrolle von Herzunterstützungssystemen berechnet, sind nicht mehr als zwei Visiten täglich berechenbar.

(Stand: 30. September 1999)

Nr. 5345 GOÄ (PTA) für die Aufdehnung der Arteria mammaria

Die Aufdehnung der Arteria mammaria mittels Knopfsonde oder Durchspülung (z. B. Papaverin) ist keine eigenständig berechenbare Leistung. In seltenen speziellen Situationen (etwa 0,5 Prozent der Eingriffe) muss aber eine echte Dilatation der Arteria mammaria interna oder eines anderen Gefäßes intraoperativ durchgeführt werden, wobei dann auch ein entsprechender Ballonkatheter verwendet wird. In dieser speziellen Ausnahmesituation sieht der Konsultationsausschuss die eigenständige Berechenbarkeit der Nr. 5345 GOÄ begründet. Im Hinblick auf eine angemessene Bewertung ist, weil die Leistung nicht perkutan, sondern am freigelegten Gefäß erfolgt, die Berechnung mit dem 1,0fachen Steigerungsfaktor sachgerecht.

Hinzuweisen ist darauf, dass das Erfordernis dieses zusätzlichen und eigenständigen Eingriffs bereits in der präoperativen Angiographie erkennbar und intraoperativ die Durchführung anhand der Druckwerte dokumentiert sein muss. Die Besonderheit des Eingriffes sollte bereits in der Rechnungsstellung nachvollziehbar sein.

(Stand: 30. September 1999)

Berechnung Nrn. 2826 GOÄ oder 3079 für die „Anulusentkalkung"

Für die Entkalkung des Klappenringes bei Klappenersatz („Anulusentkalkung") ist Nr. 2826 GOÄ (operative Beseitigung einer erworbenen Stenose oder eines Verschlusses an den großen Gefäßen im Thorax durch Rekonstruktionen) oder Nr. 3079 GOÄ (Resektion intrakardial stenosierender Muskulatur) nicht eigenständig berechenbar. Eine ggf. erforderliche aufwändige „Entkalkung" (z. B. bei Stadium IV) ist über den Steigerungsfaktor zu berücksichtigen. Auch in den Fällen, dass der Klappenring so eng ist, dass auch die kleinste Klappe nicht passt und der Klappenring erweitert werden muss, ist dies als unselbstständige Teilleistung anzusehen. Bei Kindern kann die Leistung nach Nr. 2826 die Zielleistung sein. Diese kongenitalen Korrekturen sind aber vom hier Beschriebenen unabhängig.

(Stand: 30. September 1999)

Allgemeines

Besonders bei herzchirurgischen Leistungen tritt zutage, dass die Verstärkung des Zielleistungsprinzips in § 4 Abs. 2a der GOÄ vom 1. Januar 1996 in Widerspruch steht zur Struktur des Leistungsverzeichnisses, dies gilt insbesondere für die nicht überarbeiteten operativen Abschnitte. Da abweichend vom „Zielleistungsprinzip" in der GOÄ zahlreiche Einzelleistungen verankert sind, die nur Bestandteil einer Leistung sein können, ist aufgrund der Entwicklung der Medizin und des weiterhin unverändert bestehenden Leistungsverzeichnisses die Frage des Inhalts und Umfanges einer Leistung sowie die zusätz-

liche Berechnungsfähigkeit einer anderen Leistung jeweils vor dem Hintergrund des medizinischen Sachverhaltes zu klären. Da die Fassung des § 4 Abs. 2a GOÄ mit der Struktur des Leistungsverzeichnisses nicht kompatibel ist, ist eine Abwägung zwischen den gebührenrechtlichen Anforderungen und der Art und Weise der ärztlichen Leistungserbringung bei der Entscheidung gefordert.

Es besteht Übereinstimmung darüber, dass auch unter Berücksichtigung des § 4 Abs. 2a im Einzelfall die medizinische Sichtweise ausschlaggebend sein kann. Offensichtlich wird dies z. B. bei in der GOÄ enthaltenen Leistungen, die für sich nicht abschließend sein können (siehe z. B. Nrn. 2807/2808 GOÄ).

In der Herzchirurgie kommt hinzu, dass das Leistungsverzeichnis in der Struktur, auch in der Bewertung, in sehr vielen Fällen nicht den zeitgemäßen Stand der Herzchirurgie widerspiegelt. Z. B. beruht die Fassung der Nr. 3088 GOÄ noch auf dem Stand der Vineberg-Operation.

Im Konsultationsausschuss besteht Übereinstimmung darüber, dass in den Fällen, in denen eine GOÄ-Position nur unter besonderen Umständen und im Einzelfall, neben anderen Positionen berechnungsfähig ist, zur besseren Nachvollziehbarkeit die Besonderheiten des Falles schon in der Rechnungslegung zu dokumentieren sind, auch wenn dies die GOÄ nicht zwingend vorsieht.

(Stand: 30. September 1999)

Abzug der Eröffnungsleistung

Angesichts der Allgemeinen Bestimmungen zum Abschnitt „L" der GOÄ sieht der Ausschuss folgende Auslegung als sachgerecht an: Die GOÄ-Positionen 3065 bis 3091 beinhalten die Brustkorberöffnung. Dagegen ist die Thorakotomie in Nr. 3050 GOÄ nicht enthalten. Wird mehr als eine der Leistungen nach den GOÄ-Nrn. 3065 bis 3091 im Rahmen einer Operation erbracht und berechnet, so ist ab der zweiten Leistung jeweils die Gebühr nach GOÄ-Nr. 2990 abzuziehen.

(Stand: 7. Oktober 1999)

Analogbewertungen augenheilkundlicher Leistungen

Nr. A 7015: Optische und sonographische Messung der Vorderkammertiefe und/oder der Hornhautdicke des Auges, analog Nr. 410 (200 Punkte), für die Untersuchung des anderen Auges in der gleichen Sitzung analog Nr. 420 (80 Punkte).

Nr. A 7016: Berechnung einer intraokularen Linse, je Auge, analog Nr. 1212 (132 Punkte).

Nr. A 7017: Zweidimensionale Laserdoppler-Untersuchung der Netzhautgefäße mit Farbkodierung, ggf. beidseits, analog Nr. 424 (700 Punkte) plus Nr. 406 (200 Punkte).

Nr. A 7018: Einlegen eines Plastikröhrchens in die ableitenden Tränenwege bis in die Nasenhöhle, ggf. einschließlich Nahtfixation, je Auge, analog Nr. 1298 (132 Punkte).

Nr. A 7019: Prismenadaptionstest vor Augenmuskeloperationen, je Sitzung, analog Nr. 1215 (121 Punkte).

Nr. A 7020: Präoperative kontrollierte Bulbushypotonie mittels Okulopression, analog Nr. 1257 (242 Punkte).

Nr. A 7021: Operative Reposition einer intraokularen Linse, analog Nr. 1353 (832 Punkte).

Nr. A 7022: Chirurgische Maßnahmen zur Wiederherstellung der Pupillenfunktion und/oder Einsetzen eines Irisblendenrings, analog Nr. 1326 (1 110 Punkte).

(Stand: 7. Juni 2002)

Nr. A 7023: Messung der Zyklotropie mittels haploskopischer Verfahren und/oder Laserscanning Ophthalmoskopie, analog Nr. 1217 (242 Punkte).

Nr. A 7024: Differenzierende Analyse der Augenstellung beider Augen mittels Messung von Horizontal-, Vertikal- und Zyklo-Deviation an Tangentenskalen in 9 Blickrichtungen, einschließlich Kopfneige-Test, analog Nr. 1217 (242 Punkte).

Nr. A 7025: Korrektur dynamischer Schielwinkelveränderungen mittels retroäquatorialer Myopexie (so genannte Fadenoperation nach Cüppers) an einem geraden Augenmuskel, analog Nr. 1376 (1480 Punkte).

Nr. A 7026: Chirurgische Maßnahmen bei Erkrankungen des Aufhängeapparates der Linse, analog Nr. 1326 (1110 Punkte). Eine Berechnung der Nr. A 7026 neben einer Katarakt-Operation, zum Beispiel nach den Nrn. 1349 bis 1351, Nr. 1362, Nr. 1374 oder Nr. 1375, ist in gleicher Sitzung nur bei präoperativer Indikationsstellung zu diesem Zweiteingriff aufgrund des Vorliegens einer besonderen Erkrankung (zum Beispiel subluxierte Linse bei Marfan-Syndrom oder Pseudoexfoliationssyndrom) zulässig.

Nr. A 7027: Operation einer Netzhautablösung mit eindellenden Maßnahmen, einschließlich Kryopexie der Netzhaut und/oder Endolaser-Applikation, analog Nr. 1368 (3030 Punkte).

Nr. A 7028: Untersuchung und Beurteilung einer okulär bedingten Kopfzwangshaltung, beispielsweise mit Prismenadaptionstest oder Disparometer, analog Nr. 1217 (242 Punkte).

Nr. A 7029: Isolierte Kryotherapie zur Behandlung oder Verhinderung einer Netzhautablösung, als alleinige Leistung, analog Nr. 1366 (1110 Punkte).

(Stand: 20. September 2002)

Die vom Zentralen Konsultationsausschuss konsentierten Analogpositionen Nr. A 7001 und Nr. A 7013 sowie Nr. A 7016 bilden übergreifend jeweils folgende ältere Analogbewertungs-Vorschläge ab:

AA 0001: Sehschärfenprüfung mittels Preferential Looking und/oder Teller Acuity Cards bei Kleinkindern bis zum vollendeten 2. Lebensjahr: Zuordnung zu Nr. A 7001.

AA 0004: Entoptische Prüfung oder Untersuchung im regredienten Licht bei Säuglingen: Zuordnung zu Nr. A 7001.

AA 0005: Interferenzvisus, als Voruntersuchung zur Prüfung der Operationsindikation bei getrübten Medien: Zuordnung zu Nr. A 7001.

AA 0009: Untersuchung des Crowding-Phänomens: Zuordnung zu Nr. A 7001.

AA 0045: Überschwellige, quantitativ abgestufte, rechnergestützte statische Rasterperimetrie an mindestens 150 Prüforten: Bestandteil der Nr. A 7013.

AA 0046: Schwellenbestimmende, quantitativ abgestufte, rechnergestützte statische Rasterperimetrie, an mindestens 50 Prüforten: Bestandteil der Nr. A 7013.

AA 0054: Berechnung von zwei intraokularen Linsen: Zuordnung zu Nr. A 7016.

(Stand: 20. September 2002)

Folgende, auf der Grundlage des sogenannten Freigangschen Katalogs neuerer augenheilkundlicher Leistungen beratenen Vorschläge wurden vom Zentralen Konsultationsausschuss nicht als Analogbewertungen anerkannt:

Analogbewertungen neuerer augenheilkundlicher Leistungen

AA 0006: objektive Visusbestimmung und Test auf Optokinetik und/oder Prüfung auf Aggravation, Simulation und/oder Dissimulation: Analogbewertung entfällt.

AA 0007: Prüfung des Sehgleichgewichtes mittels Rot-Grün-Test und Trennerverfahren zum Zwecke der Brillenverordnung; Analogbewertung entfällt, Teilleistung der Refraktionsbestimmung.

AA 0010: Testung der optischen Schlüsselfunktionen (Visus, Simultansehen, Phorie und Stereopsis) mit Sehtestgeräten, zum Beispiel nach dem prinzip des R-21-Gerätes: Analogbewertung entfällt, Zuordnung zu Nr. 1202.

AA 0011: Farbfleck-Legetest oder Spektral-Kompensationsmethode oder Famsworth-Munsell 100-Hue-Test, auch Panel D-15-Test: Analogbewertung entfällt, Zuordnung zu Nr. 1228.

AA 0015: Scheitelbrechwertmessung von Einstärkenbrillen, je Brille: Analogbewertung entfällt, Zuordnung zu Nr. 1207.

AA 0035 Fluorophotometrische Untersuchung oder Laser-Flare-Cell-Messung: Analogbewertung entfällt.

AA 0037: Indocyaningrün-Angiographische (ICG-)Untersuchung des Augenhintergrundes, einschließlich Aufnahmen und Applikation des Teststoffes, ohne Sachkosten: Analogbewertung entfällt.

AA 0043: Manuelle statische Perimetrie mit Schwellenbestimmung an mindestens 50 Prüforten, gegebenenfalls auch manuelle überschwellige statische Perimetrie: Analogbewertung entfällt, Zuordnung zu Nr. 1227.

AA 057: Sonographische Untersuchung zur weiterführenden Diagnostik des Augapfels und/oder der Augenhöhle einer Seite mittels A-Bild-Verfahren, B-Bild-Verfahren mit automatischer und manueller Abtastung sowie spezieller Verfahren, wie Spektral-, Signal- oder Bildanalyse: Analogbewertung entfällt, Abrechnung über die Nrn. 410 plus, ggf. 420.

AA 0063: Muster-elektroretinographische Untersuchung: Analogbewertung entfällt, direkte Zuordnung zu Nr. 1237.

AA 0065: Differenzierende Erfassung der elektroretinographischen Antworten an mindestens 36 Orten im Gesichtsfeld: Analogbewertung entfällt, Zuordnung zu Nr. 1237.

AA 0066: Prüfung des okulären Nystagmus mittels Frenzelbrille, Ohmscher Trommel oder ähnlichen Geräten: Analogbewertung entfällt, Zuordnung zu Nr. 1412.

AA 0071: Überprüfung der Lidheberfunktion, ggf., zu verschiedenen Tageszeiten, ggf. einschließlich fotografischer Verlaufskontrollen, ggf. einschließlich vergleichender Messungen der Lidspaltenweite: Analogbewertung entfällt, Bestandteil der Nr. 5.

AA 0072: Anwendung pharmakologischer Testmethoden (mindestens zwei) zur Funktionsdiagnostik der Pupillenreaktion oder zur Prüfung der Ptosis, ggf. Dokumentation der Okulomotorik, vor sowie 2 Minuten nach Gabe des Medikaments (beim Tensilon-Test): Analogbewertung entfällt, Zuordnung zu Nr. 831.

AA 0082: Exenteratio bulbi: Analogbewertung entfällt.

AA 0091: Fixationsprüfung bei exzentrischer Fixation: Analogbewertung entfällt, Teilleistung von Nr. 1217.

AA 0092: Fortlaufende quantitative Untersuchung der Augenbewegungen beim Lesen, ggf. einschließlich Messung der Lesegeschwindigkeit: Analogbewertung entfällt, Zuordnung zu Nr. 1218.

AA 0096: Differenzierende Analyse des Bewegungsablaufes beider Augen bei Augenbewegungsstörungen mit blickrichtungsabhängigen Schielwinkelveränderungen, erforderlich sind mindestens 36 Messpunkte, einschließlich Dokumentation: Analogbewertung entfällt: Zuordnung zu Nr. 1218.

AA 0126: Trabekelaspiration bei Glaukorn: Analogbewertung entfällt, Zuordnung zu Nr. 1361.

AA 0127: Viskokanalostomie: Analogbewertung entfällt. Zuordnung zu Nr. 1382.

(Stand: 20. September 2002)

Beschluss zur Netzimplantation in der Hernienchirurgie

Operation eines großen Leisten- oder Schenkelbruches oder Rezidivoperation eines Leisten- oder Schenkelbruches, jeweils einschließlich Implantation eines Netzes, analog Nr. 3286 (Operation eines eingeklemmten Leisten- oder Schenkelbruches – gegebenenfalls mit Darmresektion, 2000 Punkte).

(Stand: 3. September 2004)

Beschluss zur Chirurgie

Abzug von Eröffnungsleistung nicht notwendig bei Carotischirurgie

Die Allgemeine Bestimmung zu Abschnitt L (Chirurgie, Orthopädie) des Leistungsverzeichnisses der GOÄ schreibt den Abzug einer Eröffnungsleistung in den Fällen vor, in denen mehrere Eingriffe „in der Brust- oder Bauchhöhle" im zeitlichen Zusammenhang durchgeführt werden. Bei gleichzeitigem gefäßchirurgischen Eingriff an beiden Carotiden (Arteria carotis communis und interna) nach den Nrn. 2820 und/oder 2821 GOÄ „Rekonstruktive Operation an einer extrakranialen Hirnarterie (mit Anlegen eines Shunt)" unter Verwendung eines Zuganges ist der sich überschneidende Leistungsbestandteil der Eröffnungsleistung der beiden selbstständigen Leistungen so geringfügig, dass eine Anwendung der für die Nebeneinandererbringung von Eingriffen in „Brust- oder Bauchhöhle" geltenden Bestimmung des Abzugs nicht auf die Carotischirurgie übertragbar ist.

(Stand: 16. September 2005)

Beschlüsse zur Urologie

Transurethral-endoskopische intrakorporale Harnleitersteinzertrümmerung

A 1861: Transurethrale endoskopische Litholapaxie von Harnleitersteinen einschließlich Harnleiterbougierung, intrakorporaler Steinzertrümmerung und endoskopischer Entfernung der Steinfragmente, ggf. einschließlich retrograder Steinreposition, analog Nr. 1817 GOÄ (2220 Punkte) plus 1787 GOÄ (252 Punkte).

(Stand: 13. Oktober 2006)

Perkutane intrakorporale Nierensteinzertrümmerung

A 1862: Perkutane Nephrolitholapaxie (PNL oder PCNL) – mit Ausnahme von Nierenausgusssteinen – einschließlich intrakorporaler Steinzertrümmerung, Pyeloskopischer Entfernung der Steinfragmente und Anlage einer Nierenfistel, analog Nr. 1838 GOÄ (2220 Punkte) plus Nr. 1852 GOÄ (700 Punkte).

(Stand: 13. Oktober 2006)

Endopyelotomie

A 1863: Transurethrale oder Perkutane Endopyelotomie

Transurethrale Endopyelotomie, einschließlich Ureterorenoskopie mit Harnleiterbougierung, ggf. einschließlich der retrograden Darstellung des Ureters und des Nierenbeckens mittels Kontrastmittel und Durchleuchtung, ggf. einschließlich Einlage eines transureteralen Katheters oder transkutane Endopyelotomie, einschließlich Punktion des Nierenbeckens und Bougierung der Nierenfistel sowie Pyeloskopie, ggf. einschließlich der Darstellung des Nierenbeckens mittels Kontrastmittel und Durchleuchtung, ggf. einschließlich Einlage eines Nierenfistelkatheters, analog Nr. 1827 GOÄ (1500 Punkte) plus analog Nr. 1852 GOÄ (700 Punkte).

Die Einlage eines transureteralen Katheters nach Nr. 1812 GOÄ bzw. die Einlage eines Nierenfistelkatheters nach Nr. 1851 GOÄ ist Leistungsbestandteil der transurethralen bzw. perkutanen Endopyelotomie und kann nicht zusätzlich berechnet werden.

Die retrograde bzw. anterograde Darstellung von Ureter und Nierenbecken nach Nr. 5220 GOÄ ist Leistungsbestandteil der transurethralen bzw. perkutanen Endopyelotomie und kann nicht zusätzlich berechnet werden.

Die Darstellung von Harnblase und Urethra nach Nr. 5230 GOÄ ist, sofern erforderlich, neben der transurethralen Endopyelotomie berechnungsfähig.

(Stand: 13. Oktober 2006)

Radikale Prostatektomie mit Rekonstruktion des Blasenhalses sowie der Schließmuskelfunktion mit Entfernung der Lymphknoten ohne Neurolyse

A 1870: Totale Entfernung der Prostata und der Samenblasen einschließlich pelviner Lymphknotenentfernung mit anschließender Rekonstruktion des Blasenhalses und der Schließmuskelfunktion, einschließlich Blasenkatheter, ggf. einschließlich suprapubischem Katheter, ggf. einschließlich einer oder mehrerer Drainagen, analog Nr. 1845 GOÄ (4990 Punkte).

(Stand: 13. Oktober 2006)

Radikale Prostatektomie mit Rekonstruktion des Blasenhalses sowie der Schließmuskelfunktion mit Entfernung der Lymphknoten mit Neurolyse

A 1871: Totale Entfernung der Prostata und der Samenblasen einschließlich pelviner Lymphknotenentfernung mit anschließender Rekonstruktion des Blasenhalses und der Schließmuskelfunktion sowie Potenzerhalt durch Präparation der Nervi erigentes, auch beidseitig, einschließlich Blasenkatheter, ggf. einschließlich suprapubischem Katheter, ggf. einschließlich einer oder mehrerer Drainagen, analog Nr. 1850 GOÄ (6500 Punkte).

(Stand: 13. Oktober 2006)

Radikale Prostatektomie mit Rekonstruktion des Blasenhalses sowie der Schließmuskelfunktion ohne Entfernung der Lymphknoten ohne Neurolyse

A 1872: Totale Entfernung der Prostata und der Samenblasen ohne pelvine Lymphknotenentfernung mit anschließender Rekonstruktion des Blasenhalses und der Schließmuskelfunktion, einschließlich Blasenkatheter, ggf. einschließlich suprapubischem Katheter, ggf. einschließlich einer oder mehrerer Drainagen, analog Nr. 1843 GOÄ (4160 Punkte).

(Stand: 13. Oktober 2006)

Radikale Prostatektomie mit Rekonstruktion des Blasenhalses sowie der Schließmuskelfunktion ohne Entfernung der Lymphknoten mit Neurolyse

A 1873: Totale Entfernung der Prostata und der Samenblasen ohne pelvine Lymphknotenentfernung mit anschließender Rekonstruktion des Blasenhalses und der Schließmuskelfunktion sowie Potenzerhalt durch Präparation der Nervi erigentes, auch beidseitig, einschließlich Blasenkatheter, ggf. einschließlich suprapubischem Katheter, ggf. einschließlich einer oder mehrerer Drainagen, analog Nr. 3088 GOÄ (5600 Punkte).

Die Analogen Bewertungen nach A 1870, 1871, 1872 und 1873 können nicht nebeneinander, sondern nur alternativ (je nach Leistungsumfang) berechnet werden.

(Stand: 13. Oktober 2006)

Organerhaltende Nierenzellkarzinomentfernung ohne Entfernung der regionalen Lymphknoten

A 1880: Organerhaltende Entfernung eines Malignen Nierentumors ohne Entfernung der regionalen Lymphknoten, analog Nr. 1842 GOÄ (3230 Punkte).

(Stand: 13. Oktober 2006)

Organerhaltende Nierenzellkarzinomentfernung mit Entfernung der regionalen Lymphknoten

A 1881: Organerhaltende Entfernung eines Malignen Nierentumors mit Entfernung der regionalen Lymphknoten, analog Nr. 1843 GOÄ (4160 Punkte).

Bei metastatischem Befall von Lymphknoten über das regionäre Lymphstromgebiet (nach gültiger TNM-Klassifikation) hinaus kann zusätzlich die Nr. 1783 GOÄ analog für die extraregionäre Lymphknotenentfernung als selbstständige Leistung, nach Abzug der Eröffnungsleistung, neben der Nr. 1843 GOÄ analog berechnet werden.

(Stand: 13. Oktober 2006)

Diagnostische Fluoreszenzendoskopie

A 1890: Fluoreszenzendoskopie bei Urothelkarzinom, einschließlich Instillation des Farbstoffs, analog Nr. 1789 GOÄ (325 Punkte).

Die Kosten für den je Sitzung verbrauchten Farbstoff können entsprechend § 10 Abs. 1 Nr. 1 GOÄ als Ersatz von Auslagen geltend gemacht werden.

(Stand: 13. Oktober 2006)

Radikale Nephrektomie bei Nierenzellkarzinom

Bei einer über das regionäre Lymphabstromgebiet (nach gültiger TNM-Klassifikation) hinausgehenden, ausgedehnten extraregionären Lymphknotenentfernung (auch transabdominal oder transthorakal) kann Nr. 1783 GOÄ analog (1850 Punkte) für die extraregionäre Lymphknotenentfernung als selbstständige Leistung neben der Nr. 1843 GOÄ berechnet werden.

Zusätzlich ist bei eindeutiger medizinischer Indikation (z. B. Verdacht auf Infiltration oder metastatischen Befall) die Entfernung der Nebenniere nach Nr. 1858 GOÄ (3230 Punkte) als selbstständige Leistung neben Nr. 1843 GOÄ berechnungsfähig.

Die bei fortgeschrittenem Tumorstadium ggf. medizinisch erforderliche Entfernung von Tumorthromben in der Vena cava ist als selbstständige Leistung entsprechend Nr. 2802 GOÄ (2220 Punkte) neben Nr. 1843 GOÄ berechnungsfähig.

Erfolgt neben der Nephrektomie nach Nr. 1843 GOÄ ein weiterer Eingriff (z. B. nach Nr. 1858 GOÄ) über denselben transabdominellen bzw. transthorakalen Zugang, so ist bei dieser Leistung die Eröffnungsleistung nach Nr. 3135 GOÄ (transabdominaler Zugang) oder Nr. 2990 GOÄ (transthorakaler Zugang) abzuziehen.

(Stand: 13. Oktober 2006)

Beschlüsse zur Strahlentherapie

Programmierung des Multileafkollimators

A 5830: Computergestützte Individual-Ausblendung (Multileaf-Kollimatoren = MLC) einmal je Feld und Bestrahlungsserie, einschließlich Programmierung, analog der Nr. 5378 GOÄ (1000 Punkte)

Individuelle Ausblendungen zum Schutz von Normalgewebe und Organen können anstelle von Bleiblöcken, auch durch Programmierung eines (Mikro-)Multileaf-Kollimators erstellt werden, wobei für den Programmieraufwand die analoge Nr. 5378 GOÄ einmal je Feld und Bestrahlungsserie angesetzt werden kann.

Der je nach Feldkonfiguration und Feldgröße unterschiedliche Schwierigkeitsgrad ist über den Gebührenrahmen nach § 5 Absatz 2 und 3 zu berücksichtigen.

Eine Berechnung von Auslagen nach § 10 GOÄ für die Herstellung individueller Ausblendungen mittels Bleiblöcken neben der Berechnung der Individualausblendung mittels MLC nach Nummer 5378 GOÄ analog ist ausgeschlossen.

(Stand: 16. September 2005)

Einzeitig stereotaktische Bestrahlung benigner Tumoren

A 5860: Radiochirurgisch stereotaktische Bestrahlung benigner Tumoren mittels Linearbeschleuniger – einschließlich Fixierung mit Ring oder Maske –, einschließlich vorausgegangener Bestrahlungsplanung, einschließlich Anwendung eines Simulators und Anfertigung einer Körperquerschnittszeichnung oder Benutzung eines Körperquerschnitts anhand vorliegender Untersuchungen, einschließlich individueller Berechnung der Dosisverteilung mit Hilfe eines Prozessrechners, analog 6 x 5855 GOÄ (6900 Punkte)

Unter radiochirurgischer Bestrahlung (Radiochirurgie) ist die einzeitige stereotaktische Bestrahlung mittels Linearbeschleuniger zu verstehen.

Die Radiochirurgie ist nur einmal in sechs Monaten berechnungsfähig.

Diese Therapie ist grundsätzlich bei folgenden Indikationen geeignet: Akustikusneurinom, Hypophysenadenom, Meningeom, Arteriovenöse Malformation, medikamentös

oder operativ therapierefraktäre Trigeminusalgesie, Chordom. Die nach § 10 GOÄ zulässigen Kosten für Material können zusätzlich berechnet werden.

(Stand: 16. September 2005)

Einzeitig stereotaktische Bestrahlung maligner Tumoren

A 5861: Radiochirurgisch stereotaktische Bestrahlung primär maligner Tumoren oder von Hirnmetastasen mittels Linearbeschleuniger – einschließlich Fixierung mit Ring oder Maske –, einschließlich vorausgegangener Bestrahlungsplanung, einschließlich Anwendung eines Simulators und Anfertigung einer Körperquerschnittszeichnung oder Benutzung eines Körperquerschnitts anhand vorliegender Untersuchungen, einschließlich individueller Berechnung der Dosisverteilung mit Hilfe eines Prozessrechners, analog 3,5 x 5855 GOÄ (6900 Punkte)

Unter radiochirurgischer Bestrahlung (Radiochirurgie) ist die einzeitige stereotaktische Bestrahlung mittels Linearbeschleuniger zu verstehen.

Die Radiochirurgie ist nur einmal in sechs Monaten berechnungsfähig.

Diese Therapie ist grundsätzlich bei folgenden Indikationen geeignet: Inoperabler primärer Hirntumor oder Rezidiv eines Hirntumors, symptomatische Metastase ZNS, Aderhautmelanom. Die nach § 10 GOÄ zulässigen Kosten für Material können zusätzlich berechnet werden.

(Stand: 16. September 2005)

Bestrahlungsplanung für eine stereotaktisch fraktionierte Strahlentherapie benigner Tumoren (alle) und maligner Tumoren (Kinder)

A 5863: 3-D-Bestrahlungsplanung für die fraktionierte stereotaktische Präzisionsbestrahlung bei Kindern und Jugendlichen mit malignen Kopf-, Halstumoren und bei allen Patienten (ohne Altersbegrenzung) mit benignen Kopf-, Halstumoren mittels Linearbeschleuniger, einschließlich Anwendung eines Simulators und Anfertigung einer Körperquerschnittszeichnung oder Benutzung eines Körperquerschnitts anhand vorliegender Untersuchungen, einschließlich individueller Berechnung der Dosisverteilung mit Hilfe eines Prozessrechners, analog 3 x Nr. 5855 GOÄ.

Diese 3-D-Bestrahlungsplanung ist nur einmal in sechs Monaten berechnungsfähig.

Die analoge Nr. 5855 GOÄ wird dreimal angesetzt für den Bestrahlungsplan im Rahmen der fraktionierten stereotaktischen Präzisionsbestrahlung benigner Tumoren.

(Stand: 13. Oktober 2006)

Bestrahlung benigner Tumoren (alle) und maligner Tumoren (Kinder) mittels stereotaktisch fraktionierter Strahlentherapie

A 5864: Fraktionierte stereotaktische Präzisionsbestrahlung bei Kindern und Jugendlichen mit malignen Kopf-, Halstumoren und bei allen Patienten (ohne Altersbegrenzung) mit benignen Kopf-, Hirntumoren mittels Linearbeschleuniger, ggf. einschließlich Fixierung mit Ring oder Maske –, je zwei Fraktionen, analog 1 x Nr. 5855 GOÄ.

Unter einer Fraktion wird eine Bestrahlung verstanden. Die Gebührenposition Nr. 5855 GOÄ analog ist einmal für zwei Fraktionen berechnungsfähig. Wird eine weitere Fraktion erbracht, so löst diese einen halben (0,5-maligen) analogen Ansatz der Nr. 5855 GOÄ aus.

Beispiele:

26 Fraktionen werden erbracht = 13 x Nr. 5855 GOÄ analog

25 Fraktionen werden erbracht = 12,5 x Nr. 5855 GOÄ analog

Die fraktionierte stereotaktische Präzisionsbestrahlung analog nach Nr. 5855 GOÄ ist maximal 15-mal (30 Fraktionen) in sechs Monaten berechnungsfähig.

Werden medizinisch indiziert im Ausnahmefall (z. B. beim Chondrom) weitere Fraktionen erbracht, so ist für mindestens zwei Fraktionen und alle weiteren insgesamt noch einmal die Nr. 5855 GOÄ analog berechnungsfähig.

Kriterien für die fraktionierte stereotaktische Präzisionsbestrahlung, in Abgrenzung zur einzeitigen stereotaktischen Bestrahlung (Radiochirurgie), sind grundsätzlich folgende Indikationen:

Akustikusneurinom (Durchmesser > 2,5 cm und/oder bilaterales Akustikusneurinom und Neurofibromatose Typ 2 und/oder deutliche Hörminderung kontralaterales Gehör), Hypophysenadenom (Makroadenom mit Infiltration der Sinus cavernosi und/oder Distanz < 2 mm zu Sehapparat (Sehnerv, Chiasma) und/oder lediglich indirekt darstellbares Adenom), Meningeom (Inoperabilität bzw. Resttumor/Rezidiv an der Schädelbasis bzw. Sinus sagittalis und/oder Optikusscheidenmeningeom und/oder Distanz < 2 mm zum Sehapparat/andere sensible Strukturen und/oder Volumen >15 ml bzw. Größe über 2,5 cm in einer Ebene), Chordom (immer bei subtotaler Resektion und/oder Chordome der Schädelbasis), Neurinom (Tumor > 2 cm und Distanz zum optischen System < 2 mm), Glomustumoren (Inoperabilität) sowie zusätzlich das maligne Chondrosarkom der Schädelbasis (auch nach subtotaler Resektion) sowie seltene weitere ZNS-Tumoren:

Pilozytische Astrozytome (Tumor > 2,5 cm und Distanz zum optischen System < 2 mm), seltene selläre und paraselläre Tumoren (Tumor > 2,5 cm und Distanz zum optischen System < 2 mm), Tumoren der kranialen und spinalen Nerven (Tumor > 2,5 cm und Distanz zum optischen System < 2 mm). Die fraktionierte stereotaktische Radiotherapie ist bei Kindern und Jugendlichen mit benignen und malignen Kopf-, Halstumoren insbesondere geeignet bei folgenden Indikationen: Astrozytäre und oligodendrogliale Tumoren (niedrigen Malignitätsgrads), Maligne Gliome (z. B. Hirnstammgliom), Ependymome (primär: Grad I und II zur Dosiserhöhung oder in der hinteren Schädelgrube: Grad III), Medulloblastome (zur Dosiserhöhung in der hinteren Schädelgrube), Retinoblastome, Aderhautmelanome.

(Stand: 13. Oktober 2006)

Bestrahlungsplanung für eine stereotaktisch fraktionierte Strahlentherapie maligner Tumoren (Erwachsene)

A 5865: 3-D-Bestrahlungsplanung für die fraktionierte stereotaktische Präzisionsbestrahlung von Rezidiven primär maligner Kopf-, Halstumoren oder Rezidiven von Hirnmetastasen mittels Linearbeschleuniger, einschließlich Anwendung eines Simulators und Anfertigung einer Körperquerschnittszeichnung oder Benutzung eines Körperquerschnitts anhand vorliegender Untersuchungen, einschließlich individueller Berechnung der Dosisverteilung mit Hilfe eines Prozessrechners, analog 1,75 x Nr. 5855 GOÄ.

Diese 3-D-Bestrahlungsplanung ist nur einmal in sechs Monaten berechnungsfähig.

Die analoge Nr. 5855 GOÄ wird 1,75-mal angesetzt für den Bestrahlungsplan im Rahmen der fraktionierten stereotaktischen Präzisionsbestrahlung primär oder sekundär maligner Tumoren.

(Stand: 13. Oktober 2006)

Bestrahlung maligner Tumoren (Erwachsene) mittels stereotaktisch fraktionierter Strahlentherapie

A 5866: Fraktionierte stereotaktische Präzisionsbestrahlung von Rezidiven primär maligner Kopf-, Halstumoren oder Rezidiven von Hirnmetastasen mittels Linearbeschleuniger, ggf. einschließlich Fixierung mit Ring oder Maske –, je drei Fraktionen, analog 1 x Nr. 5855 GOÄ.

Unter einer Fraktion wird eine Bestrahlung verstanden. Die Gebührenposition Nr. 5855 GOÄ analog ist einmal für drei Fraktionen berechnungsfähig. Werden eine oder zwei weitere Fraktion/en erbracht, so löst/lösen diese Fraktion/en zwei Drittel (zur Vereinfachung 0,7) bzw. ein Drittel (zur Vereinfachung 0,35) Mal den analogen Ansatz der Nr. 5855 GOÄ aus.

Beispiele:

6 Fraktionen werden erbracht = 2 x Nr. 5855 GOÄ analog

7 Fraktionen werden erbracht = 2,35 x Nr. 5855 GOÄ analog

8 Fraktionen werden erbracht = 2,7 x Nr. 5855 GOÄ analog

Die fraktionierte stereotaktische Präzisionsbestrahlung analog nach Nr. 5855 GOÄ ist maximal fünfmal (15 Fraktionen) in sechs Monaten berechnungsfähig.

Kriterien für die fraktionierte stereotaktische Präzisionsbestrahlung, in Abgrenzung zur einzeitigen stereotaktischen Bestrahlung (Radiochirurgie), sind: Primäre Hirntumoren (Inoperabilität und/oder Therapieresistenz bzw. Progression oder Rezidiv z. B. nach konventioneller Bestrahlung mit oder ohne Chemotherapie), Rezidiv einer symptomatischen Metastase des ZNS, Chiasmanahe oder im Hirnstamm lokalisierte Hirnmetastase, Rezidiv eines Aderhautmelanoms.

(Stand: 13. Oktober 2006)

Abrechnungsempfehlungen der Bundesärztekammer

In verschiedenen gebührenrechtlichen Fragen, mit denen die Ärzteschaft, die beteiligten Ministerien und der PKV-Verband befasst waren, konnte kein Konsens hergestellt werden. Da die Bundesärztekammer (BÄK) von vielen Seiten (Ärzten, Patienten, einzelnen Krankenversicherungen und nicht zuletzt vom Bundesrat in den Entschließungen zur GOÄ-Novelle 1996 – Drucksache 688/95) gebeten wurde, ihre Ordnungsfunktion bei der Berechnung privatärztlicher Leistungen durch Empfehlungen wahrzunehmen, hat der Vorstand der BÄK 1998 beschlossen, Abrechnungsempfehlungen zu veröffentlichen.

Dabei handelt es sich um Bewertungsempfehlungen, bei denen der Anspruch auf Aufnahme in das Analogverzeichnis der Bundesärztekammer nicht erfüllt ist, da einer der Abstimmungspartner seine Zustimmung verweigert hat, der verbliebene Dissens jedoch relativ gering ist. Die Beschlüsse des Gebührenordnungsausschusses sind nicht rechtsverbindlich. Dies ist nur der Text der GOÄ selbst. Die

Beschlüsse sind jedoch durchaus rechtsrelevant, besonders für den Arzt, weil sie einen Beitrag der Ärztekammer zur Wahrung der Berufsordnung darstellen. Hinsichtlich dieser Auslegungsfragen bestehen bei den Kostenträgern (Beihilfe und private Krankenversicherungen) zum Teil andere Rechtsauffassungen.

Abrechnungsempfehlungen der Bundesärztekammer
(Stand: 11. Juni 1998)

Leistung	Punktzahl	Gebühr in EUR
Kombinationsnarkose mit Larynxmaske bis zu einer Stunde analog Nr. 462	510	29,73
Kombinationsnarkose mit Larynxmaske, jede weitere angefangene halbe Stunde analog Nr. 463	348	20,28
Blasenhalsschlitzung (z. B. nach Turner Warwick) analog Nr. 1777	924	53,86
Chirotherapeutischer Eingriff an einem oder mehreren Extremitätengelenken, je Sitzung analog Nr. 3306 Eine mehr als zweimalige Berechnung im Behandlungsfall muss begründet werden.	148	8,63
Analytische Auswertung einer oder mehrerer Atemproben eines 13-C-Harnstoff-Atemtests nach Nr. A 619, ggf. einschließlich Probenvorbereitung, insgesamt analog Nr. 3783	570	33,22

Bei den nachfolgend aufgeführten Leistungen sah der Gebührenordnungsausschuss der BÄK entweder die Vorgabe des § 6 Abs. 2 GOÄ „… die in das Gebührenverzeichnis nicht aufgenommen sind …“ als nicht erfüllt (Berechnungsfähigkeit mit einer in der GOÄ enthaltenen Gebühr) oder die Leistung als unselbstständigen Bestandteil anderer, in der GOÄ enthaltener Leistungen an (§ 4 GOÄ). Daher ist eine analoge Berechnung dieser Leistungen nicht möglich:

1. Mikrochirurgische Operationstechnik bei phlebochirurgischen Eingriffen
2. Entfernung einer Magensonde (Maßnahme der Behandlungspflege)
3. Anmessen von Kompressionsstrümpfen

Beschlüsse des Ausschusses „Gebührenordnung" der Bundesärztekammer

Die Bundesärztekammer hat neben den Beschlüssen zur analogen Bewertung und den damit verbundenen Abrechnungsempfehlungen eine Vielzahl weiterer Beschlüsse gefasst zu „strittigen" Fragen der Anwendung der Gebührenordnung. Soweit diese nicht im Verzeichnis zu Nr. 2 enthalten sind, werden sie nachstehend abgedruckt bzw. als Hinweis der BÄK zu den einzelnen Gebührenziffern des Leistungsverzeichnisses aufgeführt. Diese Beschlüsse sind nicht rechtsverbindlich, haben aber eine gewisse Rechtsrelevanz. Hinsichtlich dieser Auslegungsfragen bestehen bei den Kostenträgern (Beihilfe und private Krankenversicherungen) zum Teil andere Rechtsauffassungen.

Beschlüsse des Ausschusses „Gebührenordnung"

1. Anästhesieleistungen

Leitung der postnarkotischen Überwachungsphase

Der Ausschuss sieht keine klare Abgrenzungsmöglichkeit von der (nicht berechenbaren) postoperativen Leitungstätigkeit beispelsweise des Chirurgen und keine klare inhaltliche Beschreibung des Leistungsgeschehens. Hinzu kommt, dass in dem Falle, dass der Anästhesist postnarkotisch beim Patienten verweilt, ohne dass währenddessen andere berechnungsfähige Leistungen anfallen, die Verweilgebühr nach Nr. 56 GOÄ abrechenbar ist. In dem Falle, dass der Anästhesist beispielsweise Herz/Kreislauf, Atmung und Ausscheidung des Patienten kontrollieren muss, sind diese Leistungen mit GOÄ-Positionen erfassbar (z. B. Untersuchungsleistungen). Somit ist die Voraussetzung des § 6 Abs. 2 GOÄ „nicht in der GOÄ enthalten" nicht gegeben. Zu berücksichtigen ist auch, dass in der GOÄ Patientenübergaben (vgl. Anmerkung nach Nr. 60 GOÄ) und eine Rufbereitschaft sowie das Bereitstehen eines Arztes ausdrücklich nicht berechnungsfähig sind (vgl. § 4 Abs. 2a GOÄ).

Der Ausschuss sieht deshalb diese Leistung als nicht eigenständig – auch nicht analog – berechenbar an.

(Beschluss vom 3. Februar 1998)

Relaxometrie

Nr. A 482 GOÄ Relaxometrie während und/oder nach einer Allgemeinanästhesie bei Vorliegen von die Wirkungsdauer von Muskelrelaxantien verändernden Vorerkrankungen (z. B. ACE-Hemmer-Mangel) oder gravierenden pathophysiologischen Zuständen (z. B. Unterkühlung), analog Nr. 832, 158 Punkte.

Der Text der Nr. A 482 bedurfte einer inhaltlichen Korrektur (Acetylcholinesterase-Hemmer-Mangel statt ACE-Hemmer-Mangel).

(Beschluss vom 18. Januar 2002, Deutsches Ärzteblatt 99, Seite A-144-145)

Anästhesiologisches stand by

Das anästhesiologische stand by, definiert als „Kontinuierliche Überwachung der Vitalfunktionen durch den Arzt für Anästhesiologie während eines diagnostischen und/oder therapeutischen Eingriffs eines anderen Arztes, ohne Narkose, einschließliche Bereitstellung der Ausrüstung zur Behandlung von Zwischenfällen", kann je angefangene 30 Minuten analog der Nr. 62 GOÄ (150 Punkte) berechnet werden.

Wird im Verlauf der Überwachung eine Narkose/Anästhesie nach den Nrn. 450–474 oder 476-479 GOÄ erforderlich, so kann dies im Anschluss an die Überwachung berechnet werden.

Die Notwendigkeit beider Verfahren ist zu begründen und die jeweiligen Zeiten sind in der Rechnung anzugeben. Beide Verfahren sind nach anästhesiologischen Standards zu dokumentieren.

(Beschluss vom 4. November 1999)

Aufrechterhaltung der normalen Körpertemperatur während einer Narkose

Die Aufrechterhaltung der normalen Körpertemperatur bei einer Narkose ist nicht als eigenständige Leistung (auch nicht analog) berechenbar. Die besondere Schwierigkeit bei der Durchführung der Narkose und der erhöhte Zeitaufwand ist durch die Anwendung eines Steigerungsfaktors oberhalb des Schwellenwertes erfassbar.

(Beschluss vom 17. Dezember 1998)

2. Augenheilkunde

Refraktionschirurgie mit Excimerlaser

Laser in situ – Keratomileusis (Lasik) mit Excimer-Laseranwendung analog Nr. 1345 GOÄ (1660 Punkte) + analog Nr. 5855 GOÄ (6900 Punkte). Photorefraktäre Keratektomie (PRK) mit Excimer-Laseranwendung analog Nr. 5855 GOÄ (6900 Punkte)

Bei der Excimer-Lasik bzw. -PRK handelt es sich – von wenigen medizinischen Indikationen abgesehen (beispielsweise extreme Kurzsichtigkeit oder rezidivierende Hornhauterosionen) – überwiegend um eine Leistung auf Verlangen des Patienten.

(Beschluss vom 18. Januar 2002, Deutsches Ärzteblatt 99, Seite A-144-145)

3. Chirurgie, Orthopädie

Prächirurgische Epilepsiediagnostik

Prächirurgische epilepsiediagnostische Langzeitaufzeichnung mittels kontinuierlichem, iktuale und interiktuale Ereignisse registrierenden Vielkanal-Video-EEG-Monitoring und simultaner Doppelbildaufzeichnung unter Benutzung von Oberflächen- und/oder Sphenoidalelektroden einschließlich Provokationstests, von mindestens 24 Stunden Dauer, analog Nr. 827a GOÄ (950 Punkte) + analog Nr. 838 GOÄ (550 Punkte) + analog Nr. 860 GOÄ (920 Punkte), bis zu sechsmal im Behandlungsfall.

Prächirurgische Intensivüberwachung eines Epilepsie-Patienten durch den Neurologen im Zusammenhang mit der Durchführung eines iktualen SPECT, einschließlich aller diesbezüglich erforderlichen ärztlichen Interventionen, von mindestens 24 Stunden Dauer, analog Nr. 827a GOÄ (950 Punkte) bis zu sechsmal im Behandlungsfall.

Prächirurgische epilepsiediagnostische Messung intracranieller kognitiver Potenziale, einschließlich Aufzeichnung und Auswertung analog Nr. 1408 GOÄ (888 Punkte).

Prächirurgische epilepsiediagnostische kortikale Elektrostimulation, einschließlich Aufzeichnung und Auswertung analog Nr. 839 GOÄ (700 Punkte).

Unabdingbare Voraussetzungen einer operativen Behandlung der Epilepsie ist eine exakte prächirurgische Diagnostik, die sich, abgesehen von der Langzeitbeobachtung unter Intensivüberwachungsbedingungen, aus einem Bündel von ärztlichen Interventionen zusammensetzt. Für die besonderen Maßnahmen, die im Zusammenhang mit der Durchführung eines iktualen SPECT durch den Neurologen erbracht werden müssen, hält der Ausschuss „Gebührenordnung" eine Analogbewertung nach Leistungsnummer 827a GOÄ für sachgerecht. Bei der Messung intracranieller kognitiver Potenziale und der kortikalen Elektrostimulation handelt es sich um fakultative invasive Maßnahmen.

(Beschluss vom 15. Februar 2002, Deutsches Ärzteblatt 99, Seite A-458)

ESWT bei orthopädischen Indikationen

Extrakorporale Stoßwellentherapie (ESWT) bei orthopädischen, chirurgischen oder schmerztherapeutischen Indikationen analog Nr. 1800 GOÄ (je SItzung, 1480 Punkte).

DIe vom Ausschuss „Gebührenordnung« beschlossene Analogbewertung nach Nr. 1800 GOÄ ersetzt die ältere Analogempfehlung für die ESWT bei orthopädischen Indikationen (nach Nr. 1860 GOÄ). Die Notwendigkeit, einen horizontalen Abgleich innerhalb des Bewertungsgefüges der GOÄ, insbesondere im Hinblick auf das Vergütungsniveau umfassender Operationsleistungen sowie im Vergleich zu aktuellen Analogbewertungen anderer neuerer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden durchführen zu müssen, war Anlass, die Analogbewertung der ESWT einer erneuten Prüfung zu unterziehen.

Die Behandlung einer Pseudarthrose stellt eine seltene Indikation zur Durchführung einer ESWT dar. Aufgrund größerer Risiken setzt die Behandlung einer Pseudarthrose zwingend besondere Kenntnisse und Erfahrungen in der Traumatologie voraus. Der im Einzelfall höhere Schwierigkeitsgrad und überdurchschnittliche Zeitaufwand bei der Behandlung einer Pseudarthrose mittels ESWT begründet den Ansatz des 3,5-fachen Steigerungsfaktors, oder sogar die Vereinbarung einer abweichenden Gebührenhöhe (§ 2 Abs. 1 GOÄ).

(Beschluss vom 15. Februar 2002, Deutsches Ärzteblatt 99, Seite A-458)

Neue Operationstechniken bei Hallux valgus

DIe Entwicklung neuerer Operationstechniken in der Fußchirurgie ermöglicht im Gegensatz zu den gelenkopfernden älteren Operationsmethoden, beispielsweise nach Keller-Brandes, funktionell bessere Ergebnisse bei der Behandlung des Hallux valgus durch Erhaltung des Metatarsophalangealgelenkes (MTP I). Die Erhaltung des Metatarsophalangealgelenkes stellt ein neues Leistungsziel bei der operativen Behandlung des Hallux valgus dar.

Je nach Stadium der Valgus-Fehlstellung sind zwecks Korrektur komplexe Weichteileingriffe (von medialem und/oder lateralem Zugangsweg aus) und/oder Umstellungs-Osteotomien am Os metatarsale I (beispielsweise Umstellungs-Osteotomie nach Scarf, Shevron oder „open-closed wedge"-Basis-Osteotomie) erforderlich. Hinsichtlich Art, Aufwand, Schwierigkeitsgrad und Leistungsziel (Gelenkerhaltung anstelle Gelenkresektion) lassen sich die gelenkerhaltenden Operationstechniken nicht anhand der Gebührenposition Nr. 2297 abbilden.

Komplexe Weichteileingriffe am MTP I nach Nr. 2135

Komplexe Weichteileingriffe am I. Metatarsophalangealgelenk (MTP I) mit dem Ziel einer gelenkerhaltenden Korrektur der Valgus-Stellung sind Nr. 2135 (Arthroplastik eines Kiefer-, Hand- oder Fußgelenks, 1400 Punkte) zuzuordnen. Mit der einmaligen Berechnung der Nr. 2135 sind aus Sicht des Ausschusses Gebührenordnung damit alle Weichteileingriffe (von medial und/oder lateral) am MTP I, ggf. einschließlich Pseudexostosenabtragung, abgegolten.

Komplexe Umstellungsosteotomie nach Nr. 2260

Bei höhergradigen Valgus-Fehlstellungen kann neben dem komplexen Weichteileingriff nach Nr. 2135 eine komplexe Umstellungsosteotomie am Os metatarsale I (beispielsweise Operationen nach Scarf, Shevron oder „open-closed-wedge"-Basis Osteotomie) erforderlich sein. In diesen Fällen ist Nr. 2260 (Osteotomie eines kleinen Röhrenknochens – einschließlich Osteosynthese, 1850 Punkte) neben Nr. 2135 für den komplexen Weichteileingriff am MTP I berechnungsfähig.

Bei gelenkerhaltendem Vorgehen kann neben Nr. 2135 für den komplexen Weichteileingriff am MTP I und ggf. Nr. 2260 für die komplexe Umstellungsosteotomie am Metatarsale I in besonderen, medizinisch begründeten Fällen (beispielsweise bei entzündlich-rheumatischen Erkrankungen) eine Bursektomie, Synovektomie und/oder Osteotomie am Grundglied D I (Operation nach Akin) erforderlich sein. In diesen Fällen ist bei Erläuterung der besonderen Indikation die jeweilige, zusätzlich durchgeführte Maßnahme als selbstständige Leistung neben der gelenkerhaltenden Hallux-valgus-Operation (nach Nr. 2135 analog und ggf. Nr. 2260) berechnungsfähig.

(Beschluss vom 8. November 2002, Deutsches Ärzteblatt 99, Seite A-3046-3047)

Operative Leistungen am Hüftgelenk

Beschlüsse zur Berechnung selbstständiger operativer Leistungen am Hüftgelenk neben Nr. 2151 GOÄ:

Pfannendachplastik:

Nr. 2148 GOÄ (Pfannenerkerplastik) neben Nr. 2151 GOÄ oder Nr. 2148 GOÄ analog (tonnenförmige Ausmeißelung des Pfannenbodens) neben Nr. 2151 GOÄ.

Die präoperativ radiologisch verifizierbare Hüftgelenksdysplasie bzw. Hüftgelenkluxation stellt eine medizinische Indikation zur Pfannendachplastik dar. Im Zusammenhang mit der Operation nach Nr. 2151 GOÄ ist die Pfannendachplastik bei Vorliegen der genannten Indikation als selbstständige Leistung neben Nr. 2151 anzuerkennen.

Bei Bildung einer Pfannendachplastik in Form einer Pfannenerkerplastik (Appositionsarthroplastik) ist diese Leistung der Nr. 2148 als Modifikation zuzuordnen (Nr. 2148 neben Nr. 2151), im Falle der tonnenförmigen Ausmeißelung des Pfannenbodens ist die Pfannendachplastik analog nach Nr. 2148 abzurechnen (Nr. 2148 analog neben Nr. 2151).

Nr. 2254 GOÄ (Spongiosaplastik) neben Nr. 2151 GOÄ

Der Ausschuss Gebührenordnung beschließt, die Spongiosaplastik als stabilitätssichernde selbstständige Leistung bei Vorliegen radiologisch verifizierbarer Knochendefekte (Geröllzysten oder Pfannenbodenerosion infolge Hüftgelenkkopfprotrusion) oder im Zusammenhang mit der tonnenförmigen Ausmeißelung eines neuen Pfannenbodens (Pfannendachplastik) oder bei Durchführung einer zementfreien TEP-Implantation anzuerkennen und der Nr. 2254 zuzuordnen. Mit dieser Gebührenposition ist auch die Entnahme des Knochens sowie die spezielle Zubereitung des Knochenmaterials (kortikospongiöser Block oder Zerkleinerung in Knochenkrümel) abgegolten.

Nr. 2258 GOÄ analog (Abmeißelung ausgedehnter Osteophyten) neben Nr. 2151 GOÄ

Der Ausschuss Gebührenordnung beschließt, die Abmeißelung ausgedehnter Osteophyten (größere einzelne Exophyten oder die komplette Ummauerung des Acetabulum), die sich präoperativ radiologisch nachweisen lassen und intraoperativ zu einer deutlichen Funktionsbehinderung der implantierten TEP führen, als selbstständige Leistung neben Nr. 2151 anzuerkennen, und beschließt hierfür eine Berechnung analog nach Nr. 2258.

Nr. 2113 GOÄ (Synovektomie) neben Nr. 2151 GOÄ

Der Ausschuss Gebührenordnung hält die gesonderte Berechnungsfähigkeit der kompletten bis subtotalen Entfernung der Synovialis bei medizinischer Indikation (beispielsweise chronische Synovialitis bei entzündlich rheumatischer Grunderkrankung oder Psoriasis-Arthropathie) als selbstständige Leistung neben Nr. 2151 für sachlich gerechtfertigt. Die Synovektomie ist nach Nr. 2113 abzurechnen. Die Indikationsstellung zu dieser Maßnahme ist durch eine hinreichende Beschreibung im OP-Bericht sowie durch eine histopathologische Befundveranlassung abzusichern.

(Beschluss vom 18. Januar 2002, Deutsches Ärzteblatt 99, Seite A-144-145)

Kniegelenksendoprothetik

Weichteilbalancing am Kniegelenk analog Nr. 2103 neben Nr. 2153

Höhergradige Varus- oder Valgusfehlstellungen des Kniegelenks und/oder schwere Muskelkontrakturen können durch besondere, fakultative Eingriffe an den Muskel-Sehnen-Komplexen (sog. Weichteilbalancing) korrigert werden. Das Weichteilbalancing ist eine selbstständige Leistung und kann analog nach Nr. 2103 (Muskelentspannungsoperation am Hüftgelenk, 1850 Punkte) neben Nr. 2153 berechnet werden.

Mit der einmaligen Berechnung der Nr. 2103 analog sind aus Sicht des Ausschusses Gebührenordnung alle Maßnahmen, die mit dem Weichteilbalancing bei o. g. Indikationen in Zusammenhang stehen, abgegolten. Da der Umfang des Weichteilbalancings indikationsabhängig variieren kann (beispielsweise mediales Release bei Varusfehlstellung oder komplexes dorsomediales und dorsolaterales Release bei schweren Beugekontrakturen), muss der im Einzelfall erforderliche Aufwand und Schwierigkeitsgrad des Weichteilbalancings durch Wahl eines adäquaten Steigerungsfaktors abgebildet werden. Nr. 2103 analog kann nicht für das Patella-Release berechnet werden.

Spongiosaplastik nach Nr. 2254 oder Nr. 2255 neben Nr. 2153

Bei Vorliegen größerer flächenhafter Erosionen oder von Knochenzysten ist eine spongioplastische Verbesserung des Endoprothesenlagers medizinisch empfehlenswert. Diese Leistung ist Nr. 2254 zuzuordnen und als selbstständige Leistung neben Nr. 2153 berechnungsfähig, bei besonderer Begründung bis maximal dreimal im Behandlungsfall.

Der Wiederaufbau einer Gelenkfläche durch Einfügen eines Knochenkeils (sog. Wedge) oder die Wiederherstellung der Gelenkfläche als Voraussetzung zur Implantation ist Nr. 2255 zuzuordnen und als selbstständige Leistung neben Nr. 2153 einmal berechnungsfähig.

Die Versetzung der Tuberositas tibiae zur Behandlung der Patella-Luxation zählt nicht zu den in dieser Empfehlung eingeschlossenen spongioplastischen Maßnahmen.

Patellarückflächenersatz analog Nr. 2344 neben Nr. 2153

Wird neben Nr. 2153 ein Patellarückflächenersatz oder eine Patella-Rekonstruktion (durch Osteotomie bzw. Firstung) durchgeführt, so ist diese analog nach Nr. 2344 (Osteosynthese der gebrochenen Kniescheibe bzw. Exstirpation der Kniescheibe oder Teilexstirpation, 1110 Punkte) als selbstständige Leistung berechnungsfähig.

Der Patellarückflächenersatz ist kein methodisch notwendiger Bestandteil der Implantation einer Kniegelenksendoprothese nach Nr. 2153. Es handelt sich hierbei um einen fakultativ notwendigen Eingriff bei gleichzeitigem Vorliegen eines femoropatellaren Syndroms oder einen auch aus anderen medizinischen Gründen notwendigen selbstständigen Eingriff.

Denervation des Kniegelenks nach Nr. 2580

Bei ausgeprägten femoropatellaren Schmerzsyndromen ist häufig, insbesondere dann, wenn kein Patellarückflächenersatz durchgeführt wird, eine zusätzliche Denervation der Patella indiziert, da anders keine befriedigende Schmerzreduktion zu erzielen sein wird. Wird die Denervation nicht zeitversetzt, sondern in gleicher Sitzung neben der Implantation einer Kniegelenksprothese ohne Patellarückflächenersatz durchgeführt, so ist sie als selbstständige Leistung nach Nr. 2580 zu berechnen.

(Beschluss vom 8. November 2002, Deutsches Ärzteblatt 99, Seite A-3046-3047)

Berechnung der lichtoptischen Wirbelsäulenvermessung (Optrimetrie)

Zur Berechnung der lichtoptischen Wirbelsäulenvermessung (Optrimetrie) ist Nr. 5378 GOÄ heranzuziehen. Der Zuschlag nach Nr. 5377 GOÄ ist nicht zusätzlich berechenbar.

(Beschluss vom 21. Juli 1998)

Berechnung mikrochirurgischer Operationstechnik bei phlebochirurgischen Eingriffen

Die Berechnung mit einem Analogabgriff ist nicht möglich, die besonderen Umstände der Leistungserbringung sind nur über den Steigerungsfaktor erfassbar.

(Beschluss vom 21. Juli 1998)

Berechnung der pedographischen Druckverteilungsmessung

Berechenbar mit Nr. 652 GOÄ analog.

Anmerkung: Der Beschluss bezieht sich auf das Verfahren der Abnahme sehr vieler (etwa 1000) Messpunkte während des Laufens über Druckmessfolien und rechnerische Aufarbeitung zu einem farbcodierten Druckbild zur Herstellung eines optimal druckentlastenden Schuhs je Sitzung, auch für die Untersuchung beider Füße, nur einmal berechenbar.

(Beschluss vom 30. Januar 1997)

Radiale Stoßwellentherapie bei orthopädischen Indikationen

Radiale Stoßwellentherapie bei orthopädischen, chirurgischen oder schmerztherapeutischen Indikationen analog Nr. 302 GOÄ (250 Punkte).

Bei Behandlung verschiedener Körperareale in einer Sitzung ist die Nr. 302 analog pro Sitzung nur einmal berechnungsfähig. Der Ausschuss „Gebührenordnung" geht von einer durchschnittlichen Anzahl von zwei bis drei, maximal vier Sitzungen pro Behandlungsfall aus.

(Beschluss vom 15. Februar 2002, Deutsches Ärzteblatt 89, Seite A-458)

4. Innere Medizin, Kinderheilkunde, Dermatologie

Dermatologische Lasertherapie

Laserbehandlung von Besenreiservarizen, Teleangiektasien, Warzen u. a. Hautveränderungen, ausgenommen melanozytäre Naevi, sowie aktinischer Präkanzerosen, einschließlich Laser-Epilation, mit einer Ausdehnung bis zu 7 cm^2 Körperoberfläche, analog Nr. 2240 GOÄ (800 Punkte) bis zu dreimal im Behandlungsfall, im Falle der Behandlung von Besenreiservarizen mit einer Laser-Impulsrate von bis zu 50 Impulsen pro Sitzung.

Laserbehandlung von Besenreiservarizen, Teleangiektasien, Warzen u. a. Hautveränderungen, ausgenommen melanozytäre Naevi, sowie aktinischer Präkanzerosen, einschließlich Laser-Epilation, mit einer Ausdehnung von 7 bis 21 cm^2 Körperoberfläche, analog Nr. 2885 GOÄ (1100 Punkte), bis zu dreimal im Behandlungsfall, im Falle der Behandlung von Besenreiservarizen mit einer Laser-Impulsrate von 51 bis 100 Impulsen pro Sitzung.

Laserbehandlung von Besenreiservarizen, Teleangiektasien, Warzen u. a. Hautveränderungen, ausgenommen melanozytäre Naevi, sowie aktinischer Präkanzerosen, einschließlich Laser-Epilation, mit einer Ausdehnung von mehr als 21 cm^2 Körperoberfläche, analog Nr. 2886 GOÄ (2770 Punkte) bis zu dreimal im Behandlungsfall, im Falle der Behandlung von Besenreiservarizen mit einer Laser-Impulsrate von mehr als 100 Impulsen pro Sitzung.

Bei Anwendung eines gepulsten Farbstofflasers ist der Ersatz der Auslagen des pro Patient verbrauchten Farbstoffs nach § 10 GOÄ möglich. Eine metrische und fotografische Dokumentation der zu behandelnden Hautläsion vor und nach Abschluss einer dermatologischen Lasertherapie wird empfohlen.

Melanozytäre Naevi sind ausdrücklich von der Laserbehandlung ausgenommen. Bei der Laserbehandlung von Besenreiservarizen ist die jeweils vorgeschriebene Mindestimpulszahl pro Sitzung zu beachten.

(Beschluss vom 18. Januar 2002, Deutsches Ärzteblatt 99, Seite A-144-145)

Videodokumentation von Muttermalen

Videosystem-gestützte Untersuchung und Bilddokumentation von Muttermalen, einschließlich digitaler Bildweiterverarbeitung und -auswertung (z. B. Vergrößerung und Vermessung), analog Nr. 612 GOÄ (757 Punkte).

Die Analogempfehlung zur Videodokumentation von Muttermalen bedurfte einer Klarstellung, da sowohl seitens der Leistungserbringer als auch auf Seiten der privaten Krankenversicherungen Unsicherheit darüber bestand, um welche spezielle Untersuchungstechnik im Gegensatz zur konventionellen Dermatoskopie es sich hierbei handelt.

(Beschluss vom 8. Februar 2002, Deutsches Ärzteblatt 99, Seite A 144-145)

Photodynamische Diagnostik (PDD) von Hautläsionen

Photodynamische Diagnostik von Hautläsionen analog Nr. 5442 GOÄ (600 Punkte).

Der Ersatz von Auslagen für die pro Patient verbrauchte photosensibilisierende Substanz wird nach § 10 GOÄ abgegolten.

(Beschluss vom 18. Januar 2002, Deutsches Ärzteblatt 99, Seite A-144-145)

Photodynamische Therapie (PDT) von Hautläsionen

Photodynamische Lichtbestrahlung von Hautläsionen analog Nr. 566 GOÄ (500 Punkte) bis zu zweimal im Behandlungsfall, zuzüglich Ersatz von Auslagen für die pro Patient verbrauchte photosensibilisierende Substanz nach § 10 GOÄ.

Erstellung eines Behandlungsplans für die dermatologische photodynamische Therapie analog Nr. 5800 GOÄ, einmal im Behandlungsfall, (250 Punkte).

Zuschlag zu der Leistung analog nach Nr. 566 für zwei weitere Bestrahlungsfelder bei ausgedehntem Befund analog Nr. 5802 GOÄ (200 Punkte).

Zuschlag zu der Leistung analog nach Nr. 5802 für jedes weitere Bestrahlungsfeld analog Nr. 5803 GOÄ (100 Punkte).

Daneben sind bei topischer Applikation des Photosensibilisators berechnungsfähig:

Nr. 209 GOÄ für das Auftragen des Photosensibilisators sowie Nr. 200 GOÄ (Okklusionsverband) und Nr. 530 GOÄ (Kaltpackung).

(Beschluss vom 18. Januar 2002, Deutsches Ärzteblatt 99, Seite A-144-145)

Videoendoskopie in der Gastroenterologie

Videoendoskopie-Zuschlag zu den Leistungen Nr. 682 bis 689 GOÄ bei Verwendung eines flexiblen digitalen Videoendoskops anstelle eines Glasfaser-Endoskops, ggf. einschließlich digitaler Bildweiterverarbeitung (z. B. Vergrößerung) und Aufzeichnung, analog Nr. 5298 GOÄ (der Zuschlag nach Nummer 5298 beträgt 25 v. H. des Gebührensatzes für die jeweilige Basisleistung).

Der Zuschlag analog Nr. 5298 ist ausschließlich dann neben Nr. 682 bis 689 berechnungsfähig, wenn statt eines flexiblen Glasfiber-Endoskops ein digitales Bilderzeugungs- bzw. Verarbeitungssystem eingesetzt wird, das anstelle der konventionellen Lichtoptik einen Videochip verwendet. Der Aufsatz einer Videokamera auf ein konventionelles Glasfiber-Endoskop zur Bildübertragung auf einen Monitor bzw. Videoaufzeichnung ist dagegen nicht zuschlagsfähig.

(Beschluss vom 18. Januar 2002, Deutsches Ärzteblatt 99, Seite A-144-145)

5. Reproduktionsmedizinische Leistungen nach GOÄ

Abrechnung der In-vitro-Fertilisation

Follikelentnahme nach Nr. 315 GOÄ: Nr. 315 ist je Ovar einmal für die Follikelentnahme berechnungsfähig, auch wenn je Ovar mehr als ein Follikel entnommen wird. Die Berechnung der Nr. 297 für die Entnahme des einzelnen Follikels neben Nr. 315 für die Punktion des Ovars ist nicht zulässig (§ 4 Abs. 2a GOÄ).

Punktion des Douglasraums zwecks Asservation ggf. weiterer Follikel nach Nr. 316: Nr. 316 ist im Behandlungsfall nur einmal berechnungsfähig.

Mikroskopisch-zytologische Untersuchung der aus dem Ovar entnommenen Follikel analog Nr. 4852: Die Untersuchung analog nach Nr. 4852 ist je entnommenem Follikel berechnungsfähig.

Präparation der Oozyten vor Anlegen der Eizellkulturen analog Nr. 4751: Nr. 4751 analog für die Oozytenpräparation ist im Behandlungsfall nur einmal berechnungsfähig.

Anlegen der Eizell-Spermien-Kulturen analog Nr. 4873: Nr. 4873 analog für die In-vitro-Eizell-Spermien-Kulturen ist nur einmal berechnungsfähig, auch wenn mehr als eine Kul-

tur angelegt wird. Die Analogbewertung nach Nr. 4873 für die Eizell-Spermien-Kultur schließt sämtliche, damit methodisch in Zusammenhang stehende, Maßnahmen ein (unter anderem Umsetzen der gewonnenen Eizellen in vorbereitete Kulturschalen, mikroskopische Kontrolle der Vorkulturen, Ansetzen der eigentlichen Eizell-Spermien-Kulturen, Dokumentation der Entwicklung am folgenden Tag, Putzen der Eizellkumuluskomplexe unter mikroskopischer Kontrolle nach Beendigung der Eizell-Spermien-Kulturen).

Beurteilung des Pronukleus-Stadiums analog Nr. 4852: Nr. 4852 analog für die Beurteilung des PN-Stadiums ist je Eizelle berechnungsfähig und schließt jeweils die Beurteilung, ob ein PN-Stadium erreicht wurde, die Beurteilung etwaiger Auffälligkeiten an der Eizelle sowie die Dokumentation ein.

Ansetzen der Prä-Embryonenkulturen analog Nr. 4873: Die Analogposition ist nur einmal berechnungsfähig, auch wenn mehr als eine Prä-Embryonenkultur angesetzt wird. Die Analogbewertung nach Nr. 4873 für das Anlegen der Prä-Embryonenkulturen schließt alle methodisch damit in Zusammenhang stehenden Maßnahmen ein (unter anderem Ansetzen der Kulturen, Umsetzen der Embryonen in neue Kulturplatten zur Vorbereitung für den Transfer und jeweilige Dokumentation).

Mikroskopische Untersuchung der Prä-Embryonen vor Embryotransfer analog Nr. 4852: Die Analogposition ist je Prä-Embryo berechnungsfähig und schließt alle methodisch damit in Zusammenhang stehenden Maßnahmen ein (unter anderem mikroskopisch-zytologische Untersuchung der Prä-Embryonenkulturen, Grading der Embryonenqualität, Schrift- und Fotodokumentation).

Embryotransfer, einschließlich Einführen eines speziellen Doppelkatheters, analog nach Nr. 1114: Nr. 1114 ist nur einmal berechnungsfähig, auch wenn mehr als ein Embryo übertragen wird.

Über die in diesem Beschluss genannten Leistungen hinaus sind umfangreiche weitere Leistungen bei der Durchführung einer In-vitro-Fertilisation erforderlich. Eine Zusammenstellung der im Rahmen eines IVF-Zyklus in der Regel medizinisch erforderlichen Einzelleistungen (gynäkologische Untersuchungen, Ultraschalluntersuchungen, Hormonlaborbestimmungen, künstliche ovarielle Stimulation, Eizellentnahme, sogenanntes spezielles IVF-Labor und Embryotransfer, klinische, sonographische und laborchemische Befundkontrollen nach Embryotransfer) ist auf Anforderung bei der Bundesärztekammer/Dezernat IV erhältlich.

(Beschluss vom 20. Februar 2004, Deutsches Ärzteblatt 101, Seite A-526-527)

Abrechnung der intrazytoplasmatischen Spermieninjektion

Wird zusätzlich zu der oben beschriebenen In-vitro-Fertilisation (IVF) eine intrazytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI) durchgeführt, so sind hierzu weitere, spezielle Maßnahmen an Eizellen und Spermien erforderlich. Im Zusammenhang mit den dabei anfallenden Einzelleistungen bei der Ausschuss „Gebührenordnung" folgende Abrechnungsempfehlungen beschlossen:

Mikroskopisch durchgeführte Isolierung und Aufnahme eines einzelnen Spermiums sowie Punktion einer Metaphase II-Oozyte unter Mikrokulturbedingungen, einschließlich Vorbehandlung des Follikelpunktats und Entfernung des Eizellkumulus, analog Nr. 4873.

Die Analogposition ist je punktierte Oozyte berechnungsfähig.

Insemination der Oozyte durch Injektion des Spermatozoons durch das Oolemm nach Nr. 1114: Die Leistung ist je behandelte Eizelle berechnungsfähig.

Dichtegradientenisolierung der Spermien nach Nr. 4003: Nr. 4003 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig.

(Beschluss vom 20. Februar 2004, Deutsches Ärzteblatt 101, Seite A-526-527)

Abrechnung von Leistungen bei Verwendung von kryokonservierten Hodengewebsproben

Werden zur Durchführung einer IVF oder einer mit ICSI kombinierten IVF Spermien verwendet, die aus operativ entnommenen kryokonservierten Hodengewebsproben entstammen, so sind hierfür nach Auftauen des Materials spezielle Leistungen zur Spermiengewinnung erforderlich. Der Ausschuss „Gebührenordnung" hat hierzu folgende Abrechnungsempfehlungen beschlossen:

Biochemisch-mechanische Gewebspräparation zur Spermiengewinnung, einschließlich Untersuchung der Hodengewebsproben nach dem Auftauen, analog Nr. 4872: Die Analogposition ist im Behandlungsfall nur einmal berechnungsfähig.

(Beschluss vom 20. Februar 2004, Deutsches Ärzteblatt 101, Seite A-526-527)

6. Laboratoriumsuntersuchungen

Berechnung der Blutgasanalyse

Die Berechnung auf Grundlage der Nr. 3710 GOÄ (Speziallabor) ist zwingend. Die Berechnung neben der Nr. 303 GOÄ (Punktion oberflächiger Körperteile) sowie der Nr. 3715 (Bikarbonatbestimmung) ist nicht zulässig, da die Leistung nach Nr. 303 nicht vorliegt und die Bikarbonatbestimmung einzig rechnerisch erfolgt, demnach gemäß der Allgemeinen Bestimmung Nr. 5 vor Abschnitt M nicht berechenbar ist. Die Messung und Berechnung nach Nr. 602 GOÄ (Oxymetrie) ist möglich, da diese zwar grundsätzlich aus der Blutgasanalyse unter Einbezug des Hb–Wertes berechenbar ist, dieser aber aktuell nicht vorliegt. Die Messung ist sachlich allerdings nur bei bestimmten Indikationen sinnvoll, z. B. Anämie. In diesen Fällen ist Nr. 602 neben Nr. 3710 berechenbar.

Die Leistung nach Nr. 614 (transcutane Messung[en] des Sauerstoffpartialdrucks) ist zeitgleich mit der Blutgasanalyse nicht berechenbar, da der Sauerstoffpartialdruck bereits mit der Blutgasanalyse gemessen wird. Möglich ist jedoch die Berechnung der Nrn. 614 und 3710 in den Fällen, in denen die Leistungen zeitlich getrennt erbracht werden müssen.

(Beschluss vom 13. März 1996)

7. Physikalisch-medizinische Leistungen

Analogbewertung der medizinischen Trainingstherapie

Eingangsuntersuchung zur medizinischen Trainingstherapie, einschließlich biomechanischer Funktionsanalyse der Wirbelsäule, spezieller Schmerzanamnese und ggf. anderer funktionsbezogener Messverfahren sowie Dokumentation analog Nr. 842 GOÄ (500 Punkte).

Die Berechnung einer Kontrolluntersuchung analog Nr. 842 ist nicht vor Abschluss der Behandlungsserie möglich.

Medizinische Trainingstherapie mit Sequenztraining einschließlich progressiv-dynamischem Muskeltraining mit speziellen Therapiemaschinen (z. B. MedX-CE-/ und/oder LE-Therapiemaschinen) analog Nr. 846 GOÄ (150 Punkte), zuzüglich zusätzliches Geräte-Sequenztraining analog Nr. 558 GOÄ (je Sitzung, 120 Punkte), zuzüglich begleitende krankengymnastische Übungen nach Nr. 506 GOÄ (120 Punkte).

Die Nrn. 846 analog, 558 analog und 506 sind pro Sitzung jeweils einmal berechnungsfähig.

Eine Behandlungsserie kann maximal bis zu 25 Sitzungen umfassen. Die Durchführung jeder einzelnen Trainingssitzung muss unter ärztlicher Aufsicht erfolgen. Unter den Begriff „Medizinische Trainingstherapie mit Sequenztrainingsgeräten" fallen beispielsweise sporttherapeutische Trainingskonzepte wie die MedX-Therapie, die medizinische Kräftigungstherapie der Gesellschaft für Medizinische Kräftigungstherapie (GMKT) sowie das Trainingskonzept des Forschungs- und Präventionszentrums (FPZ)/Köln. Wie bei allen Methoden der physikalischen und rehabilitativen Medizin ist die Durchführung therapeutischer, aber auch diagnostischer Leistungsbestandteile teilweise delegationsfähig an speziell geschultes medizinisches Personal. Allerdings müssen Therapieplanung und Ergebniskontrolle zwingend durch einen Arzt erfolgen; während der therapeutischen Sitzung ist eine ärztliche Aufsicht zu gewährleisten. Fitness- und Krafttrainingsmethoden, die, auch wenn sie an identischen Trainingsgeräten (z. B. MedX-Therapiemaschinen) mit gesundheitsfördernder Zielsetzung durchgeführt werden, nicht den Anforderungen der ärztlich geleiteten medizinischen Trainingstherapie entsprechen, sind nicht als nach GOÄ abrechnungsfähige ärztliche Leistung anzuerkennen.

(Beschluss vom 18. Januar 2002, Deutsches Ärzteblatt 99, Seite A 144-145)

8. Diagnostische Leistungen in der Schlafmedizin nach GOÄ

Kardiorespiratorische Polygraphie

Der Leistungskomplex der kardiorespiratorischen Polygraphie (so genanntes „Kleines Schlaflabor") setzt sich aus folgenden Leistungen zusammen:

- EKG über mindestens sechs Stunden Dauer, analog Nr. 653 GOÄ
- Messung der Sauerstoffsättigung über mindestens sechs Stunden Dauer, Zuordnung zu Nr. 602 GOÄ
- Kontinuierliche Atemflussmessung an Mund und Nase über mindestens sechs Stunden, Zuordnung zu Nr. 605 GOÄ
- Kontinuierliche Registrierung der Körperlage mittels Lagesensoren über mindestens sechs Stunden, analog Nr. 714 GOÄ
- Fakultativ: Kontinuierliche Videokontrolle der Korrelation von elektrophysiologischer Aufzeichnung und Verhaltensbefund über mindestens sechs Stunden, analog Nr. 5295 GOÄ
- Fakultativ: Kontrolle der Beatmung unter nCPAP oder BiPAP-Bedingungen, analog Nr. 427

Die Voraussetzungen zur Anerkennung der einzelnen Leistungen im Rahmen der kardiorespiratorischen Polygraphie sind dann erfüllt, wenn jeweils eine kontinuierliche

Erläuterungen

Registrierung beziehungsweise Überwachung über eine mindestens sechsstündige Schlafphase erfolgt. Die jeweilige Dokumentation der einzelnen elektrophysiologischen Messdaten sowie der einfache Befundbericht sind mit den in Ansatz gebrachten Gebührenpositionen abgegolten.

(Beschluss vom 20. Februar 2004, Deutsches Ärzteblatt 101, Seite A-526-527)

Polysomnographie

Der Leistungskomplex der Polysomnographie (so genanntes „Großes Schlaflabor") setzt sich aus folgenden Leistungen zusammen:

- EEG-Aufzeichnung über mindestens sechs Stunden, Zuordnung zu Nr. 827
- EOG-Registrierung über mindestens sechs Stunden, Zuordnung zu Nr. 1237
- EKG-Registrierung über mindestens sechs Stunden, analog Nr. 653
- Kontinuierliche Messung der Sauerstoffsättigung über mindestens sechs Stunden, Zuordnung zu Nr. 602
- Kontinuierliche Atemflussmessung an Mund und Nase über mindestens sechs Stunden, Zuordnung zu Nr. 605
- Kontinuierliche EMG-Registrierung an wenigstens zwei Muskelgruppen über mindestens sechs Stunden, analog Nr. 839
- Kontinuierliche Körperlagebestimmung mittels Lagesensoren über mindestens sechs Stunden, analog Nr. 714
- Kontinuierliche Videokontrolle der Korrelation von elektrophysiologischen Messdaten und Verhaltensbefund über mindestens sechs Stunden, analog Nr. 5295
- Fakultativ: Kontrolle der Beatmung unter nCPAP-/BiPAP-Bedingungen, analog Nr. 427
- Fakultativ: Schulung und Training des Patienten im Gebrauch einer n-CPAP/oder BiPAP-Beatmungsmaske, analog Nr. 518

(Beschluss vom 20. Februar 2004, Deutsches Ärzteblatt 101, Seite A-526-527)

Polygraphische Vigilanzmessung am Tag

Der Leistungskomplex der polygraphischen Vigilanzmessung am Tag setzt sich aus folgenden Leistungen zusammen:

- EEG nach Nr. 827, einmal pro Untersuchungstag
- EOG nach Nr. 1237, einmal pro Untersuchungstag
- EMG nach Nr. 838, einmal pro Untersuchungstag

Die Messung der Hirn- und Muskelaktivitäten durch EEG, EOG und EMG über jeweils mindestens 20 Minuten müssen an einem Untersuchungstag mindestens viermal in jeweils zweistündigem Abstand gemessen werden.

(Beschluss vom 20. Februar 2004, Deutsches Ärzteblatt 101, Seite A-526-527)

Anpassung von nCPAP- oder BiPAP-Beatmungsmasken analog Nr. 427

(Beschluss vom 20. Februar 2004, Deutsches Ärzteblatt 101, Seite A-526-527)

Anpassung von Beatmungsmasken und Schulung des Patienten im Gebrauch der nCPAP- oder BiPAP-Beatmungsmaske analog Nr. 518 je Sitzung

(Beschluss vom 20. Februar 2004, Deutsches Ärzteblatt 101, Seite A-526-527)

Einsatz neuropsychologischer Testverfahren zur schlafmedizinischen Diagnostik analog Nr. 856

Die Anerkennung der Leistung setzt voraus, dass mindestens zwei neuropsychologische Testverfahren, gegebenenfalls einschließlich psychometrischer und projektiver Verfahren, eingesetzt werden.

(Beschluss vom 20. Februar 2004, Deutsches Ärzteblatt 101, Seite A-526-527)

9. Strahlendiagnostik und Strahlentherapie

Photodynamische Therapie am Augenhintergrund

Analogbewertung der photodynamischen Therapie am Augenhintergrund nach § 6 Abs. 2 GOÄ:

Computergestützte Bestrahlungsplanung (einschließlich Berechnung der individuellen Dosis und Einstellung des Bestrahlungsareals) analog Nr. 5800 (Erstellung eines Bestrahlungsplans für die Strahlenbehandlung, 250 Punkte).

Photodynamische Therapie am Augenhintergrund (Laserbehandlung einschließlich Infusion des Photosensibilisators) analog Nr. 1366 (Vorbeugende Operation zur Verhinderung einer Netzhautablösung oder operativer Eingriff bei vaskulären Netzhauterkrankungen, 1110 Punkte).

Neben Nr. 1366 GOÄ analog für die photodynamische Therapie am Augenhintergrund sind bei ambulanter Leistungserbringung berechnungsfähig die Zuschläge nach den Nrn. 440, 441, 444 gemäß Allgemeine Bestimmungen nach Nr. 3 Abschnitt C VIII GOÄ.

Die Analogbewertung der PDT am Augenhintergrund nach den Nrn. 5800 beziehungsweise Nr. 1366 bilden die computergestützte Bestrahlungsplanung im Zusammenhang mit der PDT sowie die Laserbehandlung einschließlich Infusion des Photosensibilisators ab. Gegebenenfalls weitere, in gleicher Sitzung medizinisch erforderliche Leistungen, wie zum Beispiel die Fluoreszenzangiographie oder eine Refraktionsbestimmung, sind als selbstständige Leistungen gesondert berechnungsfähig. Die Sachkosten für das pro Behandlung verbrauchte Verteporfin sind gemäß § 10 Abs. 1 Satz 1 GOÄ als Auslagenersatz geltend zu machen.

(Beschluss vom 4. April 2003, Deutsches Ärzteblatt 100, Seite A-946-947)

Positronen-Emissions-Tomographie (PET)

Beschlüsse zur Abrechnung komplexer PET-Untersuchungsleistungen

Zur Ganzkörper-Tumordiagnostik, mit szintigraphischer Basisleistung sowie einschließlich aller ggf. erforderlichen PET-Teilkörperuntersuchungen mit jeweiliger Darstellung in mehreren Ebenen: Nr. 5431 plus zweimal Nr. 5488 GOÄ oder Nr. 5431 plus zweimal Nr. 5489 GOÄ.

Zur Tumordiagnostik einer Köperregion, mit szintigraphischer Basisleistung: Nr. 5430 plus Nr. 5488 GOÄ oder Nr. 5430 plus Nr. 5489 GOÄ.

Zur Hirn- oder Herzuntersuchung, mit szintigraphischer Basisleistung sowie einschließlich aller Belastungsstufen: Nr. 5410 (Gehirn) oder Nr. 5424 (Myokard in Ruhe und in Stimulation) plus zweimal Nr. 5488 GOÄ (oder zweimal Nr. 5489 GOÄ).

Der Ausschuss Gebührenordnung beschließt, dass bei der Ganzkörper-Tumor-PET die Gebührenpositionen Nr. 5488 oder Nr. 5489 GOÄ zweimal in Ansatz kommen, unabhängig davon, wie viele Einzelaufnahmen in Abhängigkeit von dem jeweils zur Verfügung stehenden PET-Scanner im Einzelfall erforderlich waren. Als Grundleistung der Tumor-PET ist bei einer Teilkörperuntersuchung die Nr. 5430 GOÄ, bei einer Ganzkörperuntersuchung die Nr. 5431 GOÄ sachgerecht.

Bei einer Hirn- oder Herz-PET sind zuzüglich zu den Grundleistungen nach Nr. 5410 GOÄ (Gehirn) oder Nr. 5424 GOÄ (Myokard in Ruhe und in Stimulation) die Nrn. 5488 oder 5489 GOÄ ebenfalls nur zweimal berechnungsfähig, auch wenn mehr als zwei Belastungsstufen durchgeführt wurden. Der Ausschuss empfiehlt im Rahmen einer Herzuntersuchung in Ruhe und bei Belastung, sofern ein zeitlicher Zusammenhang innerhalb von zwei Wochen gegeben ist, als Grundleistung einmal die Nr. 5424 GOÄ (Myokard in Ruhe und unter Stimulation) in Ansatz zu bringen; die Nebeneinandererbringung der Nr. 5422 GOÄ (szintigraphische Untersuchung des Myokards in Ruhe) und Nr. 5423 GOÄ (unter Stimulation) innerhalb von zwei Wochen bedarf einer besonderen Begründung.

(Beschluss vom 18. Januar 2002, Deutsches Ärzteblatt 99, Seite A-144-145)

7. Gebührenvereinbarung

Durch eine Vereinbarung zwischen Arzt und Patient (Zahlungspflichtigem) kann eine von der GOÄ abweichende Höhe der Vergütung festgelegt werden (§ 2 Abs. 1). Gebührenvereinbarungen („Abdingungen") gibt es vor allem im stationären Bereich.

Zur Wirksamkeit einer abweichenden Honorarvereinbarung bedarf es einer vorausgehenden persönlichen Absprache im Einzelfall zwischen dem Arzt und dem Patienten bzw. Zahlungspflichtigen. Diese Konkretisierung in § 2 Abs. 1 verdeutlicht, dass abweichende Vereinbarungen zur Gebührenhöhe nur unter Beachtung der Umstände des Einzelfalles getroffen werden dürfen. Dies setzt die persönliche Absprache der Vertragspartner voraus.

Abdingungen sind nur zulässig hinsichtlich der Höhe des Arzthonorars, nicht aber in Bezug auf die übrigen Vorschriften der GOÄ. Es ist z. B. nicht zulässig, die Begründungspflicht im Falle der Überschreitung der Regelspanne oder gar die Anwendung der GOÄ insgesamt durch Vereinbarung auszuschließen. Auch die Bestimmungen über die Ausgestaltung der Rechnung und die Pflicht zur Begründung eines über die Regelspanne hinausgehenden Honorars sind nicht abdingbar. Der Arzt muss auch bei einer abweichenden Vergütungsvereinbarung seiner Liquidation das GOÄ-Gebührenverzeichnis zugrunde legen und die Rechnung so ausstellen, dass sie für den Patienten nachprüfbar ist.

Die Vereinbarung muss aus Gründen der Rechtssicherheit und Rechtsklarheit getroffen werden:

- vor der Inanspruchnahme des Arztes
- in einem besonderen Schriftstück, das keine anderen Erklärungen enthält
- in doppelter Ausfertigung (je eine für den Arzt und den Zahlungspflichtigen)

Neben der Nummer und der Bezeichnung der Leistung, dem Steigerungssatz und dem vereinbarten Betrag muss auch die Feststellung enthalten sein, dass eine Erstattung der Vergütung durch Erstattungsstellen möglicherweise nicht in vollem Umfang gewährleistet ist. Die Feststellung über eine ggf. nur teilweise Erstattung trägt dem besonderen Informationsbedürfnis der privat krankenversicherten und beihilfeberechtigten Patienten Rechnung, deren Erstattungsansprüche in der Regel auf den Umfang der nach der GOÄ vorgesehenen Vergütungshöhe begrenzt sind. Durch den Hinweis in der Vereinbarung soll dieser Personenkreis vor unangenehmen Überraschungen geschützt werden.

Eine formularmäßige GOÄ-Abdingung ist nach dem Urteil des BGH (Az.: VIII ZR 51/91) ungültig, da eine Individualvereinbarung ein Aushandeln der Honorarregelung voraussetze. Dafür müsse der Arzt den Inhalt einer Vereinbarung ernsthaft zur Disposition stellen. Bei der Nutzung eines Vordruckes ist diese Voraussetzung nach der Auffassung des Gerichts nicht gegeben.

Die Vereinbarung eines Pauschalhonorars für ärztliche Leistungen ist unwirksam (Urteil des LG Stuttgart vom 12. Oktober 1984 – 6 S 16/84).

Für folgende Leistungen ist die Vereinbarung einer von der GOÄ abweichenden Höhe der Vergütung nicht zulässig:

- § 5a – Schwangerschaftsabbruch, der unter den Voraussetzungen des § 218a Abs. 1 des Strafgesetzbuches vorgenommen wird
- Abschnitt A – Gebühren in besonderen Fällen
- Abschnitt E – Physikalisch-medizinische Leistungen
- Abschnitt M – Laboratoriumsuntersuchungen
- Abschnitt O – Strahlendiagnostik, Nuklearmedizin, Magnetresonanztomographie und Strahlentherapie

Außerdem dürfen Leistungen einer Notfall- und einer akuten Schmerzbehandlung nicht von einer Vereinbarung einer von der GOÄ abweichenden Vergütungshöhe abhängig gemacht werden. Bei vollsta-

tionären, teilstationären sowie vor- und nachstationären wahlärztlichen Leistungen ist eine Abdingung der GOÄ nur für vom Wahlarzt höchstpersönlich erbrachte Leistungen zulässig.

Während der Behandlung darf die Vereinbarung nur für zukünftige Leistungen getroffen werden. Eine zusammen mit anderen Rechtsgeschäften (z. B. dem Krankenhausaufnahmevertrag oder dem Vertrag über die Erbringung von Wahlleistungen nach der Bundespflegesatzverordnung) in demselben Schriftstück geschlossene Vereinbarung ist unwirksam. Die Abdingung muss im Interesse eines wirksamen Schutzes des Zahlungspflichtigen erkennen lassen, in welchem Umfang die vereinbarte Vergütung von der Vergütung gemäß Gebührenordnung abweichen soll, sodass der Zahlungspflichtige die Mehrbelastung erkennen kann; diesem Erfordernis wird der pauschale Verweis auf andere Vergütungsordnungen sowie die Angabe von Grenzwerten („bis zum …") nicht gerecht. Die Vereinbarung eines Pauschalhonorars ohne Bezugnahme auf die GOÄ ist unzulässig.

Die Abdingung der in der GOÄ vorgesehenen Gebührenhöhe ist als Ausnahme vom Regelfall anzusehen. Sie kann nicht ohne vorherige Kenntnis der Besonderheiten des Einzelfalles vorgenommen und deshalb nur durch den behandelnden Arzt selbst getroffen werden. Eine Vertretung durch die Sprechstundenhilfe oder die Krankenhausverwaltung scheidet aus. Ein Arzt, der selbst keinen direkten Kontakt zum Zahlungspflichtigen hat (z. B. Laborarzt oder Pathologe) hat die Möglichkeit, sich beim Abschluss einer abweichenden Vereinbarung durch einen anderen Arzt vertreten zu lassen.

Die durch Gebührenvereinbarung verursachten Mehrkosten werden in der Regel von den Versicherungsgesellschaften und anderen Leistungsträgern nicht erstattet. Sie gehen deshalb voll zu Lasten der Versicherten. Erstattet werden im Allgemeinen nur die mittleren Gebührensätze (also bis zur sog. Regelspanne), in Ausnahmefällen – wenn die Arztrechnung die vorgeschriebene Begründung für die Überschreitung der Regelspanne erhält – der GOÄ-Höchstsatz. In keinem Fall aber wird der den Höchstsatz überschreitende Teil der Gebühren erstattet.

Auch für Gebührenvereinbarungen gilt der Grundsatz der Angemessenheit jeglicher Honorarforderung. Insbesondere sind deshalb die besonderen Umstände des Einzelfalles nach billigem Ermessen zu berücksichtigen. Damit ist die Verwendung vorgedruckter Vereinbarungstexte mit eingedrucktem Gebührensatz ebenso unzulässig

wie die Vereinbarung ein und desselben Satzes in allen oder nahezu allen Fällen einer Vereinbarung. Aus dem Gebot der angemessenen Honorargestaltung ergibt sich, dass sich die Vergütungshöhe auch bei einer abweichenden Honorarvereinbarung an dem Verhältnis von Leistung und Gegenleistung orientieren muss. Eine sachlich nicht begründbare, willkürliche Honorarfestlegung wäre mit dem Gebot der angemessenen Honorargestaltung nicht vereinbar.

In dringenden Fällen, insbesondere in solchen, in denen der Arzt zur sofortigen Hilfeleistung verpflichtet ist, darf die Übernahme der Behandlung nicht vom Abschluss einer Honorarvereinbarung abhängig gemacht werden. Auch sonst darf der Arzt abweichende Honorarvereinbarungen nicht von Patienten fordern, die sich in einer Lage befinden, die ihre freie Willensentscheidung beeinträchtigt (wie z. B. unmittelbar vor einem ärztlichen Eingriff).

Abweichende Honorarvereinbarungen können eine berechtigte Funktion haben, wenn bei besonders schwierigem Krankheitsbild (z. B. nach vorausgegangenen unzulänglichen Behandlungen) eine in üblicher Zeit und mit normalen Mitteln nicht zu erbringende Leistung notwendig ist. Eine abweichende Honorarvereinbarung kann ferner durch eine weit überdurchschnittliche Qualität und Präzision der ärztlichen Leistung und einen darauf abgestellten Praxisaufwand begründet sein. Auch sind Fälle denkbar, in denen der Patient eine besonders anspruchsvolle Leistung verlangt über das notwendige Maß hinaus und dafür eine Vergütung oberhalb des Gebührenrahmens zu zahlen bereit ist.

Nicht abdingbar ist, wie bereits erwähnt, die Pflicht des Arztes zur Begründung eines über die Regelspanne hinausgehenden Honorars. Die GOÄ lässt eine Vereinbarung ausdrücklich nur für die Höhe der Vergütung, nicht aber für die Begründungspflicht zu. Auch ein Patient, der mit dem Arzt eine über die Regelspanne hinausgehende Vergütung vereinbart hat, hat das Recht, vom Arzt eine schriftliche Begründung für ein die Regelspanne übersteigendes Honorar und die Angabe des Steigerungssatzes (Multiplikator) zu fordern. Nach einem Urteil des Landgerichts Hannover (Az.: 11 S 345/87) ist eine Honorarvereinbarung sogar unwirksam, wenn der Arzt nicht detailliert begründet, weshalb der in der GOÄ festgelegte Regelsatz überschritten wird, und diese Begründung auch nicht bei der Rechnungserstellung nachholt.

Aus der Arztrechnung muss ersichtlich sein, welcher Steigerungssatz und welche Gebühr ohne Honorarvereinbarung berechnet worden

wären. Diese Auslegung der GOÄ, die in einem Aufsatz in der Neuen Juristischen Wochenschrift (Heft 24/1983, S. 1366) von dem Vorsitzenden Richter am Oberlandesgericht Hamburg, Horst-Dieter Hensen, geteilt wird, ergibt sich aus § 12 Abs. 2 GOÄ, der für den Fall der Überschreitung der Regelspanne eine Begründungspflicht ohne Ausnahme festlegt. Einsichtige Ärzte werden sich der Begründungspflicht ohnehin nicht entziehen, und zwar auch dann nicht, wenn sie aufgrund einer Gebührenvereinbarung befugt sind, ein höheres Honorar zu fordern. Mit der Begründung werden dem Patienten schließlich Argumente geliefert, die eine über die Regelspanne hinausgehende Erstattung durch die private Krankenversicherung und ggf. (bei Angehörigen des öffentlichen Dienstes) die Festsetzung der Beihilfe ermöglichen können. Wird die Überschreitung der Regelspanne z. B. mit der Schwierigkeit der Leistung begründet, so ist das für den Patienten günstig, wenn es um die Erstattung der Krankenversicherung und (bei Angehörigen des öffentlichen Dienstes) um die Gewährung einer Beihilfe geht. Solange der Arzt – ungeachtet der Anmahnung durch den Patienten – eine ausreichende Begründung für eine die Regelspanne übersteigende Vergütung verweigert, wird der Vergütungsanspruch hinsichtlich des die Regelspanne übersteigenden Teils der Gebühr nicht fällig. Dies gilt jedoch nur in Fällen, in denen Bemessungskriterien vorliegen, die einen höheren Steigerungssatz rechtfertigen; im Übrigen reicht der Hinweis des Arztes auf die abgeschlossene Abdingung aus.

Für den Abschluss von Gebührenvereinbarungen gibt es Grenzen der Zulässigkeit. Berufsrechtlich gebieten die ärztlichen Berufsordnungen der Länder, dass die Honorarforderung angemessen sein muss und die besonderen Umstände des einzelnen Falles zu berücksichtigen sind. Eine generelle Abdingung ohne vorherige Prüfung des Einzelfalles würde dieser Regelung nicht gerecht. Zulässig dürfte deshalb eine Abdingung im Einzelfall nur sein, wenn dessen Besonderheiten dies rechtfertigen. Zuständig für die Überwachung der ärztlichen Berufspflichten sind die Ärztekammern, die der Aufsicht der Länder unterstehen.

Unzulässig sind auch sog. kartellmäßige Empfehlungen und Absprachen der Ärzte, die darauf abzielen, dass alle Ärzte einheitlich abdingen. In solchen Fällen kann ein Verstoß gegen kartellrechtliche Vorschriften vorliegen. Nach den Vorschriften des Kartellrechts darf die individuelle Honorarentscheidung des Arztes auf keine Weise im Kollegenkreis abgestimmt oder koordiniert werden. Empfehlungen etwa durch Ärztevereinigungen, medizinische Verlage,

Ärztekollegien an Krankenhäusern zu Honoraren, die zu einer Umgehung des Kartellverbots führen, sind ebenfalls unzulässig und können vom Bundeskartellamt mit Bußgeld geahndet werden. Eine unzulässige Empfehlung ist auch gegeben, wenn Abdingungsformulare mit bereits eingedruckten Steigerungs- und Pauschalsätzen als Fest- oder Höchsthonorare an Ärzte verbreitet werden.

Strafbar sind Abdingungen in den Fällen, in denen der Patient genötigt wird, eine Abdingungserklärung zu unterschreiben, obwohl er nicht mehr die Möglichkeit hat, einen anderen Arzt zu wählen (z. B. Abdingung in Notfällen oder auf dem Weg zum Operationssaal). Im Einzelfall könnte der Tatbestand der Nötigung, unter Umständen sogar der Körperverletzung durch Unterlassen erfüllt sein.

Unzulässige Abdingungen können zivilrechtlich nach den Vorschriften des Bürgerlichen Rechts angefochten werden. Eine gegen die Vorschriften der GOÄ verstoßende Sondervereinbarung, mit der ein Privatpatient unangemessen benachteiligt wird, ist nach § 9 des Gesetzes zur Regelung des Rechts der Allgemeinen Geschäftsbedingungen (AGB-Gesetz) unwirksam. Eine unangemessene Benachteiligung ist im Zweifel anzunehmen:

- wenn eine Bestimmung nicht zu vereinbaren ist mit wesentlichen Grundgedanken der durch Gesetz oder Verordnung getroffenen Regelung, von der abgewichen wird
- wenn wesentliche Rechte oder Pflichten, die sich aus der Natur des Vertrages ergeben, so eingeschränkt sind, dass die Erreichung des Vertragswerks gefährdet ist

Nach dem Recht der allgemeinen Geschäftsbedingungen sind Vereinbarungen mittels standardisierten Formularverträgen, die ungewöhnlich, überraschend oder unangemessen sind, trotz Unterzeichnung durch den Patienten nichtig. Verstoßen Gebührenvereinbarungen gegen die GOÄ, so folgt daraus zwangsläufig, dass sie ebenfalls unwirksam sind.

Zu den behandelten Rechtsfragen vertreten Ärzteverbände zum Teil andere Auffassungen.

Die dem Privatpatienten zur Verfügung stehenden Möglichkeiten, sich vor finanziellem Schaden zu sichern, sind in folgenden Ratschlägen zusammengefasst:

Wenn der Arzt keine Gebührenvereinbarung vorlegt, kann davon ausgegangen werden, dass er sich an die GOÄ hält und die in Rechnung gestellten Beträge erstattungs- bzw. beihilfefähig sind. Wird

ausnahmsweise ohne Abdingung die Regelspanne überschritten, liefert die vorgeschriebene Begründung auch die Argumente für Anerkennung der Erstattungsfähigkeit des höheren Honorars, und zwar bis zur GOÄ-Höchstgebühr.

Wird eine Gebührenvereinbarung vorgelegt, so sollte verhandelt und darauf hingewiesen werden, dass:

- der Arzt auch ohne Abdingung ungefähr das 2,3-, 1,8- bzw. 1,15-Fache, bei besonders schwierigen Leistungen mit entsprechender Begründung sogar das 3,5-, 2,5- bzw. 1,3-Fache dessen berechnen kann, was er für die gleiche Leistung bei einem „Kassenpatienten" erhält
- die auf einer Gebührenvereinbarung beruhende Differenz zwischen Regelspanne und Honorar vom Patient u. U. voll aus eigener Tasche bezahlt werden muss

Bleibt die Verhandlung ohne Ergebnis, so sollte – insbesondere bei ambulanter Behandlung – überlegt werden, ob nicht ein anderer Arzt aufgesucht wird.

Im Krankenhaus ist der Privatpatient nicht zur Inanspruchnahme sog. Wahlleistungen (z. B. persönliche Betreuung durch den Chefarzt oder Wahl eines Zweibettzimmers) verpflichtet. Jeder Privatpatient kann vielmehr wie die Kassenpatienten die „Allgemeinen Krankenhausleistungen" in Anspruch nehmen, mit denen alle medizinisch zweckmäßigen und ausreichenden Krankenhausleistungen (also außer Unterkunft, Verpflegung und Pflege auch die ärztlichen Leistungen) abgegolten sind. Es ist wie auch bei Kassenpatienten möglich, nur ein Ein- oder Zweibettzimmer (ohne einen bestimmten Arzt) als gesondert berechenbare Wahlleistung in Anspruch zu nehmen.

Wer eine Honorarvereinbarung unterschrieben hat, kann später dennoch eine unangemessen hohe Arztrechnung beanstanden. Auch kann eine Abdingung nach dem Gesetz über die Allgemeinen Geschäftsbedingungen sowie nach dem Grundsatz von Treu und Glauben nichtig sein, wenn sie unangemessen, ungewöhnlich, überraschend und unverständlich ist. In einem solchen Fall sollte das Honorar bis zur Regelspanne sofort gezahlt und hinsichtlich des Restbetrages die Landesärztekammer angerufen werden. Da die Ärztekammern auf Antrag zur Abgabe gutachtlicher Stellungnahmen über die Angemessenheit von Honorarforderungen bereit sind, wird auch bei Meinungsverschiedenheiten über die Honorarhöhe in der Regel eine gütliche Einigung möglich sein. Im äußersten Fall steht der Rechtsweg zur Verfügung.

8. Entschädigungen und Auslagen

Für Besuche erhält der Arzt neben der Gebühr:

- bei Entfernungen bis zu 25 Kilometern ein Wegegeld
- bei Entfernungen von mehr als 25 Kilometern eine Reiseentschädigung

Mit diesen Entschädigungen sind die Zeitversäumnis und die durch den Besuch bedingten Mehrkosten abgegolten (§ 7).

Das Wegegeld beträgt für einen Besuch innerhalb eines Radius um die Praxisstelle des Arztes von

a)	bis zu 2 Kilometer	3,58 Euro
	bei Nacht	7,16 Euro
b)	mehr als 2 Kilometer bis zu 5 Kilometer	6,65 Euro
	bei Nacht	10,23 Euro
c)	mehr als 5 Kilometer bis zu 10 Kilometer	10,23 Euro
	bei Nacht	15,34 Euro
d)	mehr als 10 Kilometer bis zu 25 Kilometer	15,34 Euro
	bei Nacht	25,56 Euro

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

Werden mehrere Patienten in derselben häuslichen Gemeinschaft oder in einem Heim, insbesondere in einem Alten- oder Pflegeheim besucht, darf der Arzt das Wegegeld, unabhängig von der Zahl der besuchten Patienten und deren Versichertenstatus, nur anteilig und insgesamt nur einmal berechnen (§ 8).

Wegegeld nach § 8 GOÄ und Besuchsgebühren nach den Nrn. 50 und 51 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ werden nur für Besuche gezahlt. Ein Besuch im gebührenrechtlichen Sinne liegt vor, wenn ein Arzt zur Ausübung seiner ärztlichen Tätigkeit einen Patienten an einem Ort aufsucht, an dem er üblicherweise nicht seiner beruflichen Tätigkeit nachgeht.

Die übliche Arbeitsstätte und damit Praxisstelle des liquidationsberechtigten Krankenhausarztes sind die Einrichtungen des Krankenhauses. Begibt sich der liquidationsberechtigte Krankenhausarzt an seine Arbeitsstätte, kann er dafür weder Wegegeld noch Besuchsgebühren berechnen. Dabei spielt es keine Rolle, ob der Arzt das Krankenhaus während oder außerhalb seiner regelmäßigen Dienstzeit aufsucht.

Diese Grundsätze gelten hinsichtlich der belegärztlichen Tätigkeit in gleicher Weise auch für den niedergelassenen Belegarzt. Regelmäßiger Ausübungsort der belegärztlichen Tätigkeit sind ebenfalls die Einrichtungen des Krankenhauses. Auch wenn es sich bei der Belegarzttätigkeit um eine Nebentätigkeit handelt, kann der Arzt für das Erreichen des Ortes, an dem diese regelmäßig ausgeübt wird, weder Wegegeld noch Besuchsgebühren berechnen.

Soweit niedergelassene Ärzte anderer Krankenhäuser vom Krankenhaus oder vom behandelnden Krankenhausarzt zum Konsilium oder zur Mitbehandlung gerufen werden, kommt die Berechnung von Wegegebühren grundsätzlich nicht in Betracht, weil die Tätigkeiten dieser Ärzte der belegärztlichen Tätigkeit vergleichbar sind.

Eine Ausnahme ist gegeben, wenn der Patient etwa als Notfall ins Krankenhaus eingeliefert wird und nicht verlegungsfähig ist. Ergibt sich hieraus die Notwendigkeit der Hinzuziehung auswärtiger Ärzte, ist die Berechnung von Besuchs- und Wegegeldgebühren zulässig. Dabei kann er sich jedoch nur um seltene Ausnahmefälle handeln. Die Hinzuziehung eines auswärtigen Arztes aus großer Entfernung ist eingehend zu begründen.

Als Reiseentschädigung erhält der Arzt:

- für jeden mit dem eigenen Kraftwagen zurückgelegten Kilometer 0,26 Euro, bei der Benutzung anderer Verkehrsmittel die tatsächlichen Aufwendungen
- bei Abwesenheit je Tag
  - bis zu 8 Stunden 51,13 Euro
  - von mehr als 8 Stunden 102,26 Euro
- Ersatz der Kosten für notwendige Übernachtungen

Besucht der Arzt auf einem Weg mehrere Patienten, gilt die Regelung für das Wegegeld entsprechend.

Neben den für die einzelnen ärztlichen Leistungen vorgesehenen Gebühren können als Auslagen nur berechnet werden:

- die Kosten für diejenigen Arzneimittel, Verbandmittel und sonstigen Materialien, die der Patient zur weiteren Verwendung behält oder die mit einer einmaligen Anwendung verbraucht sind
- Versand- und Portokosten, soweit deren Berechnung nicht ausgeschlossen ist (siehe nachfolgende Ausführungen)

- die im Zusammenhang mit Leistungen nach Abschnitt O bei der Anwendung radioaktiver Stoffe durch den Verbrauch entstandenen Kosten
- die nach den Vorschriften des Gebührenverzeichnisses als gesondert berechnungsfähig ausgewiesenen Kosten

Die Berechnung von Pauschalen ist nicht zulässig.

Nicht berechnet werden dürfen die Kosten für:

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

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

Werden aus demselben Körpermaterial sowohl in einer Laborgemeinschaft als auch von einem Laborarzt Leistungen aus den Abschnitten M oder N ausgeführt, kann der Laborarzt bei Benutzung desselben Transportweges Versandkosten nicht berechnen; dies gilt auch dann, wenn der Arzt eines anderen Gebiets Auftragsleistungen aus den Abschnitten M oder N erbringt.

Für die Versendung von Arztrechnungen dürfen Versand- und Portokosten nicht berechnet werden.

9. Arztrechnungen

Die Rechnung muss einer selbstverständlichen Regel im Geschäftsleben entsprechend so ausgestaltet sein, dass der Name des Arztes, der die Leistung erbracht hat, klar hervorgeht, die Rechnung also eindeutig identifizierbar ist. Darauf muss insbesondere bei Computer-Rechnungsausdrucken geachtet werden.

Mit der GOÄ wurde eine größere Transparenz der ärztlichen Rechnungen erreicht und damit ein Beitrag zum Verbraucherschutz und zum Kostenbewusstsein des Patienten geleistet. Laut § 12 Abs. 2 müssen die Rechnungen mindestens folgende Angaben enthalten, die auch durch eine Gebührenvereinbarung (Abdingung) nicht ausgeschlossen werden dürfen:

- Datum der Erbringung der einzelnen Leistungen
- Benennung der einzelnen ärztlichen Leistung durch Angabe der Nummer und der Bezeichnung des Gebührenverzeichnisses einschließlich einer in der Leistungsbeschreibung ggf. genannten Mindestdauer
- Angabe des Vergütungsbetrages in Euro je einzelne Leistung und des Steigerungssatzes (Multiplikators)
- Angabe der konkreten Gründe, wenn bei den Leistungen eine höhere Vergütung als das 2,3-Fache, das 1,8-Fache und das 1,15-Fache des einfachen Vergütungssatzes berechnet wird
- bei Wegegeld und Reiseentschädigung den Betrag, die Art der Entschädigung und die Berechnung
- bei Auslagen den Betrag und die Art der Auslage, bei Auslagen über 25,56 Euro unter Beifügung des einschlägigen Belegs oder eines sonstigen Nachweises
- bei Erbringung stationärer oder teilstationärer privatärztlicher Leistungen den 25- bzw. den 15-prozentigen Minderungsbetrag

Die Bezeichnung der Leistung kann entfallen, wenn der Rechnung eine Zusammenstellung beigefügt wird, der die Bezeichnung für die berechnete Leistung entnommen werden kann. Leistungen, die auf Verlangen erbracht werden, sind als solche zu bezeichnen. Statt der vollen Leistungsbezeichnung können auch Kurzbezeichnungen angegeben werden, wenn diese aus sich heraus verständlich sind und den Leistungsumfang umfassend beschreiben. Der

mit der Angabe der Bezeichnungen für die Ärzte verbundene Verwaltungsaufwand wird im Hinblick auf die Transparenz der Rechnungen für den Zahlungspflichtigen als gerechtfertigt angesehen. Im Übrigen dürfte sich der Verwaltungsaufwand in Grenzen halten, wenn von der Möglichkeit Gebrauch gemacht wird, die Leistungsbezeichnungen in der Rechnung durch die Beifügung einer Zusammenstellung zu ersetzen, der die Bezeichnungen für die abgerechneten Leistungsnummern entnommen werden können. Solche Zusammenstellungen dürfen relativ kurz sein, da bei den einzelnen Facharztgruppen rund 90 Prozent aller Leistungen auf nur 50 Gebührenpositionen entfallen.

Bei Überschreitung der Regelspanne muss, wie erwähnt, neben dem berechneten Steigerungssatz auch der konkrete Grund für die Steigerung angegeben werden (§ 10 Abs. 3 Satz 1). Dabei reicht es nicht aus, lediglich die in § 5 Abs. 2 genannten Bemessungskriterien (wie „hoher Zeitaufwand" oder „Schwierigkeit der Leistung") in der Rechnung zu nennen. Es muss auf den Einzelfall bezogen begründet werden, welche Besonderheiten zu den berechneten Steigerungen geführt haben: beim Kriterium des Zeitaufwandes z. B. die genaue Zeit oder beim Kriterium der Schwierigkeit der Leistung die besondere Art der eingetretenen Komplikation. In der Regel reicht eine stichwortartige Kurzbegründung aus. Auf Verlangen ist die Begründung näher zu erläutern (§ 12 Abs. 3 Satz 2).

§ 12 der GOÄ fordert zwar nicht die Angabe der Diagnose in der Rechnung. Aus einer nebenvertraglichen Verpflichtung werden jedoch die Ärzte in der Regel die Rechnungen mit der jeweiligen Diagnose versehen, da viele Erstattungsstellen die Erstattung von Versicherungsleistungen bzw. die Gewährung von Beihilfen von der Angabe der Diagnose abhängig machen.

Alles in allem wird mit der GOÄ den Zahlungspflichtigen die Möglichkeit gegeben, Arztrechnungen in gleicher Weise zu verstehen und zu kontrollieren wie der kostenbewusste Verbraucher bei anderen Dienstleistungen.

Insbesondere sollten die Privatpatienten:

- ihre Erfahrungen darüber austauschen, welcher durchschnittliche Steigerungssatz (Multiplikator) ihren Arztrechnungen im Allgemeinen zugrunde gelegt wird

- darauf achten, dass jede Überschreitung der sogenannten Schwellenwerte (also des 2,3-, 1,8- bzw. 1,15-fachen Satzes) vom Arzt in der Rechnung ausreichend begründet wird
- bei stationärem Krankenhausaufenthalt Vereinbarungen über die Erbringung ärztlicher Leistungen als Wahlleistungen nur in dem wirklich erwünschten und notwendigen Rahmen abschließen
- mit sogenannten Abdingungsvereinbarungen zurückhaltend sein und darauf achten, dass möglichst keine Vergütungen vereinbart werden, die im Rahmen der privaten Krankenversicherung (bei Beamten, Richtern, Berufssoldaten und Versorgungsempfängern aus diesem Personenkreis auch bei der Beihilfengewährung) bei der Erstattung nicht voll berücksichtigt werden (siehe auch vorst. Abschnitt „Gebührenvereinbarung")
- die Übereinstimmung der berechneten Gebühren mit dem GOÄ-Gebührenverzeichnis sowie die rechnerische Richtigkeit der Arztrechnungen überprüfen

Im Übrigen empfiehlt es sich, bei überhöhten Arztrechnungen zunächst den Arzt um Überprüfung bzw. um Angabe der Gründe für die relativ hohe Honorarrechnung zu bitten. Führt eine solche Aussprache zu keinem zufriedenstellenden Ergebnis, so bleibt die Möglichkeit, an die Ärztekammer bzw. deren Aufsichtsbehörde (oberste Landesgesundheitsbehörde) heranzutreten und um Klärung und Vermittlung zu bitten.

10. Fälligkeit, Verjährung, Rechtsweg

Das Arzthonorar wird fällig, wenn der Arzt dem Zahlungspflichtigen eine nachprüfbare, detaillierte Rechnung erteilt hat, die den Vorschriften der GOÄ entspricht (§ 12 Abs. 1). Der Arzt kann – insbesondere bei lang andauernden Behandlungen – auch Zwischenrechnungen erteilen.

Die Verjährung der Arztrechnungen tritt nach § 195 BGB in drei Jahren ein. Die Verjährung beginnt mit dem Schluss des Jahres, in dem der für die Verjährung maßgebende Zeitpunkt, d. h. die Fälligkeit des Anspruchs, eintritt (§ 199 Abs. 1 Nr. 1 BGB).

Bei Streitigkeiten über die Vergütung des Arztes ist in der Regel der Rechtsweg zu den Gerichten der ordentlichen Gerichtsbarkeit gegeben. Im Streitfall ist der Arzt hinsichtlich der besonderen Umstände,

die zu einer relativ hohen Honorarforderung geführt haben, beweispflichtig. Das Amtsgericht Kempten hat schon vor dem Inkrafttreten der neuen GOÄ in einer Entscheidung (Az.: 11 C 620/80) festgestellt, dass der Mittelwert des Gebührenverzeichnisses nur mit Begründung überschritten werden darf.

Andererseits gibt es eine Entscheidung, die den Medizinern Ausfallhonorare zugesteht, wenn der Patient einen oder mehrere Arzttermine unentschuldigt nicht wahrgenommen hat (LG Hannover Az.: 19 S 34/97). So sollen die Ärzte/Zahnärzte vor finanziellen Verlusten geschützt werden. Voraussetzung für ein solches Ausfallhonorar ist, dass der Patient den Ausfall der Behandlung verschuldet hat und der Arzt in der Ausfallzeit keinen anderen Patienten behandeln konnte. Bei einer rechtzeitigen Absage von Behandlungsterminen dürfen dem Patienten – so die Richter – jedoch keine Kosten in Rechnung gestellt werden.

Um gerichtliche Auseinandersetzungen und die damit verbundenen Kosten zu vermeiden, empfiehlt es sich, bei zu hoch empfundenen Honoraren zunächst die Stellungnahme (bzw. eine gutachtliche Äußerung) der örtlich zuständigen Ärztekammer einzuholen. Dieser obliegt nach den Kammergesetzen der Länder die Überwachung der Erfüllung der ärztlichen Berufspflichten und des Liquidationsverhaltens der Ärzte. Berufsvertretungen sind „bereit und verpflichtet, Arztrechnungen, welche für unangemessen gehalten werden, sowohl im Interesse des Patienten als auch der Ärzte zu überprüfen und gegebenenfalls Änderungen zu bewirken" (so in einer Erklärung des Präsidenten der Bayerischen Ärztekammer). Die Erfahrung zeigt, dass die Ärztekammern in vielen Fällen bei Beanstandungen von Privatpatienten und Erstattungsstellen Reduzierungen und Richtigstellungen ärztlicher Rechnungen oder eine Einigung erreicht haben. In manchen Fällen konnte Beanstandungen im Wege der aufsichtsrechtlichen Prüfung durch die obersten Landesgesundheitsbehörden abgeholfen werden.

Bei Meinungsverschiedenheiten und Zweifeln über Arztrechnungen sollte im Interesse des Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient in der Regel zunächst ein Gespräch mit dem Arzt selbst gesucht werden. Bei solchen Unterredungen wird es in den meisten Fällen gelingen, entweder den Zahlungspflichtigen von der Ordnungsmäßigkeit der Arztrechnung zu überzeugen oder den Arzt zur Änderung seiner Rechnung zu veranlassen.

II. Gebührenordnung für Ärzte – GOÄ

in der Fassung der Bekanntmachung
vom 9. Februar 1996 (BGBl. I S. 210)

zuletzt geändert durch

Gesetz über den Beruf der Podologin und des Podologen
und zur Änderung anderer Gesetze vom 4. Dezember 2001
(BGBl. I S. 3320, 3325)

Inhaltsübersicht

§ 1 Anwendungsbereich
§ 2 Abweichende Vereinbarung
§ 3 Vergütungen
§ 4 Gebühren
§ 5 Bemessung der Gebühren für Leistungen des Gebührenverzeichnisses
§ 5a Bemessung der Gebühren in besonderen Fällen
§ 5b Bemessung der Gebühren bei Versicherten des Standardtarifes der privaten Krankenversicherung
§ 6 Gebühren für andere Leistungen
§ 6a Gebühren bei stationärer Behandlung
§ 7 Entschädigungen
§ 8 Wegegeld
§ 9 Reiseentschädigung
§ 10 Ersatz von Auslagen
§ 11 Zahlung durch öffentliche Leistungsträger
§ 12 Fälligkeit und Abrechnung der Vergütung; Rechnung
§ 13 (weggefallen)
§ 14 (Inkrafttreten und Übergangsvorschrift)
Anlage Gebührenverzeichnis für ärztliche Leistungen

§ 1 Anwendungsbereich

(1) Die Vergütungen für die beruflichen Leistungen der Ärzte bestimmen sich nach dieser Verordnung, soweit nicht durch Bundesgesetz etwas anderes bestimmt ist.

(2) Vergütungen darf der Arzt nur für Leistungen berechnen, die nach den Regeln der ärztlichen Kunst für eine medizinisch notwendige ärztliche Versorgung erforderlich sind. Leistungen, die über das Maß einer medizinisch notwendigen ärztlichen Versorgung hinausgehen, darf er nur berechnen, wenn sie auf Verlangen des Zahlungspflichtigen erbracht worden sind.

§ 2 Abweichende Vereinbarung

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

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

(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.

§ 3 Vergütungen

Als Vergütungen stehen dem Arzt Gebühren, Entschädigungen und Ersatz von Auslagen zu.

§ 4 Gebühren

(1) Gebühren sind Vergütungen für die im Gebührenverzeichnis (Anlage) genannten ärztlichen Leistungen.

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

1. Leistungen nach den Nummern 1 bis 62 des Gebührenverzeichnisses innerhalb von 24 Stunden nach der Aufnahme und innerhalb von 24 Stunden vor der Entlassung,
2. Visiten nach den Nummern 45 und 46 des Gebührenverzeichnisses während der gesamten Dauer der stationären Behandlung sowie
3. Leistungen nach den Nummern 56, 200, 250, 250a, 252, 271 und 272 des Gebührenverzeichnisses während der gesamten Dauer der stationären Behandlung,

wenn diese nicht durch den Wahlarzt oder dessen vor Abschluss des Wahlarztvertrages dem Patienten benannten ständigen ärztlichen Vertreter persönlich erbracht werden; der ständige ärztliche Vertreter muss Facharzt desselben Gebiets sein. Nicht persönlich durch den Wahlarzt oder dessen ständigen ärztlichen Vertreter erbrachte Leistungen

nach Abschnitt E des Gebührenverzeichnisses gelten nur dann als eigene wahlärztliche Leistungen, wenn der Wahlarzt oder dessen ständiger ärztlicher Vertreter durch die Zusatzbezeichnung „Physikalische Therapie“ oder durch die Gebietsbezeichnung „Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin“ qualifiziert ist und die Leistungen nach fachlicher Weisung unter deren Aufsicht erbracht werden.

(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.

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

(4) Kosten, die nach Absatz 3 mit den Gebühren abgegolten sind, dürfen nicht gesondert berechnet werden. Eine Abtretung des Vergütungsanspruchs in Höhe solcher Kosten ist gegenüber dem Zahlungspflichtigen unwirksam.

(5) Sollen Leistungen durch Dritte erbracht werden, die diese dem Zahlungspflichtigen unmittelbar berechnen, so hat der Arzt ihn darüber zu unterrichten.

§ 5 Bemessung der Gebühren für Leistungen des Gebührenverzeichnisses

(1) Die Höhe der einzelnen Gebühr bemisst sich, soweit in den Absätzen 3 bis 5 nichts anderes bestimmt ist, nach dem Einfachen bis Dreieinhalbfachen des Gebührensatzes. Gebührensatz ist der Betrag, der sich ergibt, wenn die Punktzahl der einzelnen Leistung des Gebührenverzeichnisses mit dem Punktwert vervielfacht wird. Der Punktwert beträgt 5,82873 Cent. Bei der Bemessung von Gebühren sind sich ergebende Bruchteile eines Cents unter 0,5 abzurunden und Bruchteile von 0,5 und mehr aufzurunden.

(2) Innerhalb des Gebührenrahmens sind die Gebühren unter Berücksichtigung der Schwierigkeit und des Zeitaufwandes der einzelnen Leistung sowie der Umstände bei der Ausführung nach billigem Ermessen zu bestimmen. Die Schwierigkeit der einzelnen Leistung kann auch durch die Schwierigkeit des Krankheitsfalles begründet sein; dies gilt nicht für die in Absatz 3 genannten Leistungen. Bemessungskriterien, die bereits in der Leistungsbeschreibung berücksichtigt worden sind, haben hierbei außer Betracht zu bleiben. In der Regel darf eine Gebühr nur zwischen dem Einfachen und dem 2,3fachen des Gebührensatzes bemessen werden; ein Überschreiten des 2,3fachen des Gebührensatzes ist nur zulässig, wenn Besonderheiten der in Satz 1 genannten Bemessungskriterien dies rechtfertigen.

(3) Gebühren für die in den Abschnitten A, E und O des Gebührenverzeichnisses genannten Leistungen bemessen sich nach dem Einfachen bis Zweieinhalbfachen des Gebührensatzes. Absatz 2 Satz 4 gilt mit der Maßgabe, dass an die Stelle des 2,3fachen des Gebührensatzes das 1,8fache des Gebührensatzes tritt.

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

(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.

§ 5a Bemessung der Gebühren in besonderen Fällen

Im Fall eines unter den Voraussetzungen des § 218a Abs. 1 des Strafgesetzbuches vorgenommenen Abbruchs einer Schwangerschaft dürfen Gebühren für die in § 24b Abs. 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Leistungen nur bis zum 1,8fachen des Gebührensatzes nach § 5 Abs. 1 Satz 2 berechnet werden.

§ 5b Bemessung der Gebühren bei Versicherten des Standardtarifes der privaten Krankenversicherung

Für Leistungen die in einem brancheneinheitlichen Standardtarif nach § 257 Abs. 2a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch versichert sind, dürfen Gebühren nur bis zum 1,7fachen des Gebührensatzes nach § 5 Abs. 1 Satz 2 berechnet werden. Bei Gebühren für die in den Abschnitten A, E und O des Gebührenverzeichnisses genannten Leistungen gilt Satz 1 mit der Maßgabe, dass an die Stelle des 1,7fachen des Gebührensatzes das 1,3fache des Gebührensatzes tritt. Bei Gebühren für die in Abschnitt M des Gebührenverzeichnisses genannten Leistungen gilt Satz 1 mit der Maßgabe, dass an die Stelle des 1,7fachen des Gebührensatzes das 1,1fache des Gebührensatzes tritt.

§ 6 Gebühren für andere Leistungen

(1) Erbringen Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen, Hals-Nasen-Ohrenärzte oder Chirurgen Leistungen, die im Gebührenverzeichnis für zahnärztliche Leistungen – Anlage zur Gebührenordnung für Zahnärzte vom 22. Oktober 1987 (BGBl. I S. 2316) – aufgeführt sind, sind die Vergütungen für diese Leistungen nach den Vorschriften der Gebührenordnung für Zahnärzte in der jeweils geltenden Fassung zu berechnen.

(2) Selbstständige ärztliche Leistungen, die in das Gebührenverzeichnis nicht aufgenommen sind, können entsprechend einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung des Gebührenverzeichnisses berechnet werden.

§ 6a Gebühren bei stationärer Behandlung

(1) Bei vollstationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären privatärztlichen Leistungen sind die nach dieser Verordnung berechneten Gebühren einschließlich der darauf entfallenden Zuschläge um 25 vom Hundert zu mindern. Abweichend davon beträgt die Minderung für Leistungen und Zuschläge nach Satz 1 von Belegärzten oder niedergelassenen anderen Ärzten 15 vom Hundert. Ausgenommen von der Minderungspflicht ist der Zuschlag nach Buchstabe J in Abschnitt B V des Gebührenverzeichnisses.

(2) Neben den nach Absatz 1 geminderten Gebühren darf der Arzt Kosten nicht berechnen; die §§ 7 bis 10 bleiben unberührt.

§ 7 Entschädigungen

Als Entschädigungen für Besuche erhält der Arzt Wegegeld und Reiseentschädigung; hierdurch sind Zeitversäumnisse und die durch den Besuch bedingten Mehrkosten abgegolten.

§ 8 Wegegeld

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

1.	bis zu zwei Kilometern	7,– Deutsche Mark (3,58 EUR),
	bei Nacht (zwischen 20 und 8 Uhr)	14,– Deutsche Mark (7,16 EUR),
2.	mehr als zwei Kilometern bis zu fünf Kilometern	13,– Deutsche Mark (6,65 EUR),
	bei Nacht	20,– Deutsche Mark (10,23 EUR),
3.	mehr als fünf Kilometern bis zu zehn Kilometern	20,– Deutsche Mark (10,23 EUR),
	bei Nacht	30,– Deutsche Mark (15,34 EUR),
4.	mehr als zehn Kilometern bis zu 25 Kilometern	30,– Deutsche Mark (15,34 EUR),
	bei Nacht	50,– Deutsche Mark (25,56 EUR).

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

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

§ 9 Reiseentschädigung

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

(2) Als Reiseentschädigung erhält der Arzt

1. 50 Deutsche Pfennige (0,26 Euro) für jeden zurückgelegten Kilometer, wenn er einen eigenen Kraftwagen benutzt, bei Benutzung anderer Verkehrsmittel die tatsächlichen Aufwendungen,
2. bei Abwesenheit bis zu 8 Stunden 100,– Deutsche Mark (51,13 Euro), bei Abwesenheit von mehr als 8 Stunden 200,– Deutsche Mark (102,26 Euro) je Tag,
3. Ersatz der Kosten für notwendige Übernachtungen.

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

§ 10 Ersatz von Auslagen

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

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

Die Berechnung von Pauschalen ist nicht zulässig.

(2) Nicht berechnet werden können die Kosten für

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

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

§ 11 Zahlung durch öffentliche Leistungsträger

(1) Wenn ein Leistungsträger im Sinne des § 12 des Ersten Buches Sozialgesetzbuch oder ein sonstiger öffentlich-rechtlicher Kostenträger die Zahlung leistet, sind die ärztlichen Leistungen nach den Gebührensätzen des Gebührenverzeichnisses (§ 5 Abs. 1 Satz 2) zu berechnen.

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

§ 12 Fälligkeit und Abrechnung der Vergütung; Rechnung

(1) Die Vergütung wird fällig, wenn dem Zahlungspflichtigen eine dieser Verordnung entsprechende Rechnung erteilt worden ist.

(2) Die Rechnung muss insbesondere enthalten:

1. das Datum der Erbringung der Leistung,
2. bei Gebühren die Nummer und die Bezeichnung der einzelnen berechneten Leistung einschließlich einer in der Leistungsbeschreibung gegebenenfalls genannten Mindestdauer sowie den jeweiligen Betrag und den Steigerungssatz,
3. bei Gebühren für stationäre, teilstationäre sowie vor- und nachstationäre privatärztliche Leistungen zusätzlich den Minderungsbetrag nach § 6a,
4. bei Entschädigungen nach den §§ 7 bis 9 den Betrag, die Art der Entschädigung und die Berechnung,
5. bei Ersatz von Auslagen nach § 10 den Betrag und die Art der Auslage; übersteigt der Betrag der einzelnen Auslage 50,– Deutsche Mark (25,26 Euro), ist der Beleg oder ein sonstiger Nachweis beizufügen.

(3) Überschreitet eine berechnete Gebühr nach Absatz 2 Nr. 2 das 2,3fache des Gebührensatzes, ist dies auf die einzelne Leistung bezogen für den Zahlungspflichtigen verständlich und nachvollziehbar schriftlich zu begründen; das gleiche gilt bei den in § 5 Abs. 3 genannten Leistungen, wenn das 1,8fache des Gebührensatzes überschritten wird, sowie bei den in § 5 Abs. 4 genannten Leistungen, wenn das 1,15fache des Gebührensatzes überschritten wird. Auf Verlangen ist die Begründung näher zu erläutern. Soweit im Falle einer abweichenden Vereinbarung nach § 2 auch ohne die getroffene Vereinbarung ein Überschreiten der in Satz 1 genannten Steigerungssätze gerechtfertigt gewesen wäre, ist das Überschreiten auf Verlangen des Zahlungspflichtigen zu begründen; die Sätze 1 und 2 gelten entsprechend. Die Bezeichnung der Leistung nach Absatz 2 Nr. 2 kann entfallen, wenn der Rechnung eine Zusammenstellung beigefügt wird, der die Bezeichnung für die abgerechnete Leistungsnummer entnommen werden kann. Leistungen, die auf Verlangen erbracht worden sind (§ 1 Abs. 2 Satz 2), sind als solche zu bezeichnen.

(4) Wird eine Leistung nach § 6 Abs. 2 berechnet, ist die entsprechend bewertete Leistung für den Zahlungspflichtigen verständlich zu beschreiben und mit dem Hinweis „entsprechend“ sowie der Nummer und der Bezeichnung der als gleichwertig erachteten Leistung zu versehen.

(5) Durch Vereinbarung mit den in § 11 Abs. 1 genannten Leistungs- und Kostenträgern kann eine von den Vorschriften der Absätze 1 bis 4 abweichende Regelung getroffen werden.

§ 13 (weggefallen)

§ 14 (Inkrafttreten und Übergangsvorschrift)

Anlage zur GOÄ

Gebührenverzeichnis für ärztliche Leistungen

Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte

Nummer	Übersicht			Seite
	A.	**Gebühren in besonderen Fällen**		96
1 bis 107	**B.**	**Grundleistungen und allgemeine Leistungen**		97
1 bis 15		I.	Allgemeine Beratungen und Untersuchungen	98
A bis K 1		II.	Zuschläge zu Beratungen und Untersuchungen nach den Nummern 1, 3, 4, 5, 6, 7 oder 8	102
20 bis 34		III.	Spezielle Beratungen und Untersuchungen	103
45 bis 62		IV.	Visiten, Konsiliartätigkeit, Besuche, Assistenz	106
E bis K 2		V.	Zuschläge zu den Leistungen nach Nummern 45 bis 62	109
70 bis 96		VI.	Berichte, Briefe	110
100 bis 107		VII.	Todesfeststellung	111
200 bis 449	**C.**	**Nichtgebietsbezogene Sonderleistungen**		111
200 bis 247		I.	Anlegen von Verbänden	111
250 bis 298		II.	Blutentnahmen, Injektionen, Infiltrationen, Infusionen, Transfusionen, Implantationen, Abstrichentnahmen	113
300 bis 321		III.	Punktionen	117
340 bis 374		IV.	Kontrastmitteleinbringungen	118
375 bis 399		V.	Impfungen und Testungen	120
401 bis 424		VI.	Sonographische Leistungen	122
427 bis 437		VII.	Intensivmedizinische und sonstige Leistungen	124
440 bis 449		VIII.	Zuschläge zu ambulanten Operations- und Anästhesieleistungen	125
450 bis 498	**D.**	**Anästhesieleistungen**		129
500 bis 569	**E.**	**Physikalisch-medizinische Leistungen**		131
500, 501		I.	Inhalationen	131
505 bis 518		II.	Krankengymnastik und Übungsbehandlungen	131
520 bis 527		III.	Massagen	131
530 bis 533		IV.	Hydrotherapie und Packungen	132
535 bis 539		V.	Wärmebehandlung	132
548 bis 558		VI.	Elektrotherapie	132
560 bis 569		VII.	Lichttherapie	133
600 bis 793	**F.**	**Innere Medizin, Kinderheilkunde, Dermatologie**		134
800 bis 887	**G.**	**Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie**		145
1001 bis 1168	**H.**	**Geburtshilfe und Gynäkologie**		149
1200 bis 1386	**I.**	**Augenheilkunde**		154

1400 bis 1639	**J.**	**Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde**		161
1700 bis 1860	**K.**	**Urologie**		169
2000 bis 3321	**L.**	**Chirurgie, Orthopädie**		176
2000 bis 2015	I.	Wundversorgung, Fremdkörperentfernung		176
2029 bis 2093	II.	Extremitätenchirurgie		177
2100 bis 2196	III.	Gelenkchirurgie		180
2203 bis 2241	IV.	Gelenkluxationen		184
2250 bis 2297	V.	Knochenchirurgie		186
2320 bis 2358	VI.	Frakturbehandlung		188
2380 bis 2454	VII.	Chirurgie der Körperoberfläche		190
2500 bis 2604	VIII.	Neurochirurgie		192
2620 bis 2732	IX.	Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie		197
2750 bis 2760	X.	Halschirurgie		200
2800 bis 2921	XI.	Gefäßchirurgie		201
2950 bis 3013	XII.	Thoraxchirurgie		205
3050 bis 3097	XIII.	Herzchirurgie		207
3120 bis 3241	XIV.	Ösophaguschirurgie, Abdominalchirurgie		210
3280 bis 3288	XV.	Hernienchirurgie		214
3300 bis 3321	XVI.	Orthopädisch-chirurgische konservative Leistungen		214
3500 bis 4787	**M.**	**Laboratoriumsuntersuchungen**		215
3500 bis 3532	I.	Vorhalteleistungen in der eigenen, niedergelassenen Praxis		218
3541.H bis 3621	II.	Basislabor		220
3630.H bis 4469	III.	Untersuchungen von körpereigenen oder körperfremden Substanzen und körpereigenen Zellen		222
4500 bis 4787	IV.	Untersuchungen zum Nachweis und zur Charakterisierung von Krankheitserregern		256
4800 bis 4873	**N.**	**Histologie, Zytologie und Zytogenetik**		269
4800 bis 4816	I.	Histologie		269
4850 bis 4860	II.	Zytologie		270
4870 bis 4873	III.	Zytogenetik		271
5000 bis 5845	**O.**	**Strahlendiagnostik, Nuklearmedizin, Magnetresonanztomographie und Strahlentherapie**		271
5000 bis 5380	I.	Strahlendiagnostik		271
5400 bis 5607	II.	Nuklearmedizin		283
5700 bis 5735	III.	Magnetresonanztomographie		289
5800 bis 5855	IV.	Strahlentherapie		290
6000 bis 6018	**P.**	**Sektionsleistungen**		294

A. Gebühren in besonderen Fällen

Für die nachfolgend genannten Leistungen dürfen Gebühren nach Maßgabe des § 5 nur bis zum 2,5fachen des Vergütungssatzes bemessen werden: Nummern 2 und 56 in Abschnitt B, Nummern 250, 250a, 402 und 403 in Abschnitt C, Nummern 602, 605 bis 617, 620 bis

624, 635 bis 647, 650, 651, 653, 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.

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.

   Definition des Behandlungsfalles in der allgemeinen Bestimmung Nr. 1 zu Abschnitt B der GOÄ

   5. Sitzung vom 13. März 1996

   Der Behandlungsfall ist (in Bezug auf eine Erkrankung) dann verstrichen, wenn sich der Monatsname geändert und das Datum um mindestens 1 Jahr erhöht hat.

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.

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punktzahl	Gebühr in EUR
I. Allgemeine Beratungen und Untersuchungen			
1	Beratung – auch mittels Fernsprecher –	80	4,66
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	1,75
	Die Leistung nach Nummer 2 darf anlässlich einer Inanspruchnahme des Arztes nicht zusammen mit anderen Gebühren berechnet werden.		

Berechnung Nr. 2 GOÄ bei ambulanter Behandlung

7. Sitzung vom 12. September 1996

Die „Inanspruchnahme des Arztes" in der Legende der Nr. 2 ist zu verstehen als „Inanspruchnahme der Praxis", da die Helferin auf Anweisung des Arztes tätig wird. Nr. 2 GOÄ ist deshalb nur als alleinige Leistung berechenbar.

Berechnung Nr. 2 GOÄ im stationären Bereich

12. Sitzung vom 4. November 1997

Die Leistung nach Nr. 2 des GOÄ-Gebührenverzeichnisses ist im Rahmen der wahlärztlichen Behandlung im stationären Bereich in aller Regel nicht berechenbar.

Dadurch, dass die Legende der Nr. 2 auf eine „Inanspruchnahme des Arztes" abgestellt ist und die Berechenbarkeit der Nr. 2 anlässlich einer Inanspruchnahme des Arztes nicht zusammen mit anderen Gebühren berechnet werden darf (Anmerkung zur Nr. 2 GOÄ) sieht der Ausschuss die Messung von Körperzuständen als persönlich zu erbringende Leistung des Wahlarztes oder des ständigen ärztlichen Vertreters und hält eine Delegation dieser Leistung im Krankenhaus für ausgeschlossen.

3	Eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Beratung – auch mittels Fernsprecher	150	8,74
	Die Leistung nach Nummer 3 (Dauer mindestens 10 Minuten) ist nur berechnungsfähig als einzige Leistung oder im Zusam-		

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punkt-zahl	Gebühr in EUR

menhang mit einer Untersuchung nach den Nummern 5, 6, 7, 8, 800 oder 801. Eine mehr als einmalige Berechnung im Behandlungsfall bedarf einer besonderen Begründung.

Abrechnungsbestimmung zu Nr. 3 GOÄ

9. Sitzung vom 13. März 1997

Der Ausschuss sieht keine Grundlage dafür, der mancherorts vertretenen Auslegung zu folgen, neben der Nr. 3 und Leistungen nach Nrn. 5 bis 8, 800, 801 weitere Leistungen (z. B. Sonderleistungen) berechnen zu können. Somit wird die bisherige Auffassung der Bundesärztekammer, wonach Nr. 3 entweder nur alleine oder nur und ausschließlich neben den in der Anmerkung genannten Nummern berechnet werden kann, bestätigt.

Damit ist auch klargestellt, dass Nr. 3 nicht neben Nr. 50 (Besuch) abrechenbar ist. Dass die Nr. 3 in der Anmerkung zur Nr. 50 fehlt, beruht einzig darauf, dass die Anmerkung zur Nr. 3 erst spät im Verordnungsverfahren (durch den Bundesrat) eingebracht wurde und deshalb redaktionell in der Anmerkung zu Nr. 50 „vergessen" wurde.

4e	Erhebung der Fremdanamnese über einen Kranken und/ oder Unterweisung und Führung der Bezugsperson(en) – im Zusammenhang mit der Behandlung eines Kranken –	220	12,82
	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.		

Berechenbarkeit der Nr. 4 neben Nr. 1 GOÄ

6. Sitzung vom 21. Mai 1996

Die Nrn. 4 und 1 der GOÄ sind nicht nebeneinander berechenbar, wenn sich sämtliche Bestandteile der Legenden zu den Nrn. 1 und 4 (Anamnese, Beratung, Fremdanamnese, Unterweisung) an ein und dieselbe Person richten, wie dies z. B. der Fall ist bei Mutter und Kleinkind oder Betreuer und schwerstkommunikationsgestörten Patienten in allen anderen Fällen ist die Nebeneinanderberechenbarkeit möglich.

5	Symptombezogene Untersuchung	80	4,66
	Die Leistung nach Nummer 5 ist neben den Leistungen nach den Nummern 6 bis 8 nicht berechnungsfähig.		

Mehrfachberechnung der Nr. 5 GOÄ

7. Sitzung vom 12. September 1996

Auch wenn sich die symptombezogene Untersuchung auf unterschiedliche Organsysteme bzw. unterschiedliche Erkrankungen bezieht, ist Nr. 5 nur einmal im Rahmen desselben Arzt-Patienten-Kontaktes berechnungsfähig. Die Leistungslegende zu Nr. 5 unterscheidet nicht, ob sie sich auf die Untersuchung eines oder mehrerer Organsysteme bzw. Erkrankungen bezieht. Seinen formalen Niederschlag findet dies in der GOÄ auch durch die Allgemeine Bestimmung Nr. 3 zu Abschnitt B I, wonach bei Mehrfachberechnung der Nr. 5 an demselben Tag die „jeweilige Uhrzeit" anzugeben ist.

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punkt-zahl	Gebühr in EUR

Auch kann es nicht als sachgerecht angesehen werden, dass bei Mehrfachansatz der Nr. 5 eine höhere Bewertung als z. B. für den Ganzkörperstatus nach Nr. 8 resultiert.

Ist die vom Arzt durchgeführte symptombezogene Untersuchung besonders aufwändiger Art dadurch, dass im Bereich mehrerer Organsysteme untersucht wird, so ist ggf. eine Abrechnung unter Überschreitung des Schwellenwertes angemessen.

6	Vollständige körperliche Untersuchung mindestens eines der folgenden Organsysteme: alle Augenabschnitte, der gesamte HNO-Bereich, das stomatognathe System, die Nieren und ableitenden Harnwege (bei Männern auch gegebenenfalls einschließlich der männlichen Geschlechtsorgane) oder Untersuchung zur Erhebung eines vollständigen Gefäßstatus – gegebenenfalls einschließlich Dokumentation -	100	5,83
	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 Augenhintergrundes;* – *bei dem HNO-Bereich: Inspektion der Nase, des Naseninnern, des Rachens, beider Ohren, beider äußerer Gehörgänge und beider Trommelfelle, Spiegelung des Kehlkopfs;* – *bei dem stomatognathen System: Inspektion der Mundhöhle, Inspektion und Palpation der Zunge und beider Kiefergelenke sowie vollständiger Zahnstatus;* – *bei den Nieren und ableitenden Harnwegen: Palpation der Nierenlager und des Unterbauchs, Inspektion des äußeren Genitale sowie Digitaluntersuchung des Enddarms, bei Männern zusätzlich Digitaluntersuchung der Prostata, Prüfung der Bruchpforten sowie Inspektion und Palpation der Hoden und Nebenhoden;* – *bei dem Gefäßstatus: Palpation und gegebenenfalls Auskultation der Arterien an beiden Handgelenken, Ellenbeugen, Achseln, Fußrücken, Sprunggelenken, Kniekehlen, Leisten sowie der tastbaren Arterien an Hals und Kopf, Inspektion und gegebenenfalls Palpation der oberflächlichen Bein- und Halsvenen.* *Die Leistung nach Nummer 6 ist neben den Leistungen nach den Nummern 5, 7 und/oder 8 nicht berechnungsfähig.*		
7	Vollständige körperliche Untersuchung mindestens eines der folgenden Organsysteme: das gesamte Hautorgan, die Stütz- und Bewegungsorgane, alle Brustorgane, alle Bauchorgane, der gesamte weibliche Genitaltrakt (gegebenenfalls		

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punkt-zahl	Gebühr in EUR
	einschließlich Nieren und ableitende Harnwege) – gegebenenfalls einschließlich Dokumentation –	160	9,33
	Die vollständige körperliche Untersuchung eines Organsystems nach der Leistung nach Nummer 7 beinhaltet insbesondere: – *bei dem Hautorgan: Inspektion der gesamten Haut, Hautanhangsgebilde und sichtbaren Schleimhäute, gegebenenfalls einschließlich Prüfung des Dermographismus und Untersuchung mittels Glasspatel;* – *bei den Stütz- und Bewegungsorganen: Inspektion, Palpation und orientierende Funktionsprüfung der Gelenke und der Wirbelsäule einschließlich Prüfung der Reflexe;* – *bei den Brustorganen: Auskultation und Perkussion von Herz und Lunge sowie Blutdruckmessung;* – *bei den Bauchorganen: Palpation, Perkussion und Auskultation der Bauchorgane einschließlich palpatorischer Prüfung der Bruchpforten und der Nierenlager;* – *bei dem weiblichen Genitaltrakt: bimanuelle Untersuchung der Gebärmutter und der Adnexe, Inspektion der 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.*		
Siehe Beschluss des Ausschusses „Gebührenordnung" der BÄK zu Zuschlag A.			
8	Untersuchung zur Erhebung des Ganzkörperstatus, gegebenenfalls einschließlich Dokumentation	260	15,15
	Der Ganzkörperstatus beinhaltet die Untersuchung der Haut, der sichtbaren Schleimhäute, der Brustund 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	3,50
15	Einleitung und Koordination flankierender therapeutischer und sozialer Maßnahmen während der kontinuierlichen ambulanten Betreuung eines chronisch Kranken	300	17,49
	Die Leistung nach Nummer 5 darf nur einmal im Kalenderjahr berechnet werden. Neben der Leistung nach Nummer 5 ist die Leistung nach Nummer 4 im Behandlungsfall nicht berechnungsfähig.		

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punkt-zahl	Gebühr in EUR

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 zugrunde liegende Leistung aufzuführen.

A	Zuschlag für außerhalb der Sprechstunde erbrachte Leistungen	70	4,08
	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.		

Zuschlag A im Zusammenhang mit Besuchsleistungen

5. Sitzung vom 13. März 1996

Wenn neben der Leistung nach Nr. 50 GOÄ (Hausbesuch) eine berechenbare Untersuchungsleistung (z. B. nach Nr. 7) im Rahmen eines Hausbesuches „außerhalb der Sprechstunde" (z. B. am Mittwoch nachmittag) erbracht wird, ist zur Nr. 7 damit auch der Zuschlag nach Buchstabe A berechenbar.

B	Zuschlag für in der Zeit zwischen 20 und 22 Uhr oder 6 und 8 Uhr außerhalb der Sprechstunde erbrachte Leistungen	180	10,49
C	Zuschlag für in der Zeit zwischen 22 und 6 Uhr erbrachte Leistungen	320	18,65
	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	12,82
	Werden Leistungen innerhalb einer Sprechstunde an Samstagen erbracht, so ist der Zuschlag nach Buchstabe D nur mit dem halben Gebührensatz berechnungsfähig.		
	Werden Leistungen an Samstagen, Sonn- oder Feiertagen zwischen 20 und 8 Uhr erbracht, ist neben dem Zuschlag nach Buchstabe D ein Zuschlag nach Buchstabe B oder C berechnungsfähig.		
	Der Zuschlag nach Buchstabe D ist für Krankenhausärzte im Zusammenhang mit zwischen 8 und 20 Uhr erbrachten Leistungen nicht berechnungsfähig.		

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punkt-zahl	Gebühr in EUR
	K 1 Zuschlag zu Untersuchungen nach den Nummern 5, 6, 7 oder 8 bei Kindern bis zum vollendeten 4. Lebensjahr	120	6,99
	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	6,99
	Neben der Leistung nach Nummer 20 sind die Leistungen nach den Nummern 847, 862, 864, 871 und/oder 887 nicht berechnungsfähig.		
21	Eingehende humangenetische Beratung, je angefangene halbe Stunde und Sitzung	360	20,98
	Die Leistung nach Nummer 21 darf nur berechnet werden, wenn die Beratung in der Sitzung mindestens eine halbe Stunde dauert.		
	Die Leistung nach Nummer 21 ist innerhalb eines halben Jahres nach Beginn des Beratungsfalls nicht mehr als viermal berechnungsfähig.		
	Neben der Leistung nach Nummer 21 sind die Leistungen nach den Nummern 1, 3, 4, 22 und 34 nicht berechnungsfähig.		
22	Eingehende Beratung einer Schwangeren im Konfliktfall über die Erhaltung oder den Abbruch der Schwangerschaft – auch einschließlich Beratung über soziale Hilfen, gegebenenfalls auch einschließlich Beurteilung über das Vorliegen einer Indikation für einen nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruch –	300	17,49
	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	17,49
	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	11,66
	Neben der Leistung nach Nummer 24 sind die Leistungen nach den Nummern 1, 3, 5 und/oder 7 nicht berechnungsfähig.		

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punkt-zahl	Gebühr in EUR
25	Neugeborenen-Erstuntersuchung – gegebenenfalls einschließlich Beratung der Bezugsperson(en) –	200	11,66
	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	26,23
	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	18,65
	Mit der Gebühr sind die Kosten für Untersuchungsmaterialien abgegolten. Neben der Leistung nach Nummer 27 sind die Leistungen nach den Nummern 1, 3, 5, 6, 7, 8, 297, 3500, 3511, 3650 und/oder 3652 nicht berechnungsfähig.		
28	Untersuchung eines Mannes zur Früherkennung von Krebserkrankungen des Rektums, der Prostata, des äußeren Genitales und der Haut – einschließlich Erhebung der Anamnese, Urinuntersuchung auf Eiweiß, Zucker und Erythrozyten sowie Untersuchung auf Blut im Stuhl, einschließlich Beratung –	280	16,32
	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), Erörterungen des individuellen Risikoprofils und verhaltensmedizinischer orientierter Beratung –	440	25,65

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punkt-zahl	Gebühr in EUR
	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 Repertorisation und Gewichtung der charakteristischen psychischen, allgemeinen und lokalen Zeichen und Symptome des jeweiligen Krankheitsfalls, unter Berücksichtigung der Modalitäten, Alternanzen, Kausal- und Begleitsymptome, zur Auffindung des homöopathischen Einzelmittels, einschließlich Anwendung und Auswertung standardisierter Fragebogen –	900	52,46
	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	26,23
	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 Jugendarbeitsschutzgesetzes (Eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Untersuchung – einschließlich einfacher Seh-, Hör- und Farbsinnprüfung –; Urinuntersuchung auf Eiweiß, Zucker und Erythrozyten; Beratung des Jugendlichen; schriftliche gutachtliche Äußerung; Mitteilung für die Personensorgeberechtigten; Bescheinigung für den Arbeitgeber)	400	23,31
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 Behandlungsma-		

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punkt-zahl	Gebühr in EUR
	nagements, einschließlich der Auswertung eines standardisierten Fragebogens –	300	17,49
	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, 571 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	17,49
	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	4,08
	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	2,91
	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		

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punkt-zahl	Gebühr in EUR
	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	6,99
	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	18,65
	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.		
Siehe Beschluss des Ausschusses „Gebührenordnung" der BÄK zu Nr. 3 und zu Zuschlag A.			
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	14,57
	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	5,83
	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.		

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punkt-zahl	Gebühr in EUR
55	Begleitung eines Patienten durch den behandelnden Arzt zur unmittelbaren notwendigen stationären Behandlung – gegebenenfalls einschließlich organisatorischer Vorbereitung der Krankenhausaufnahme –	500	29,14
	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	10,49
	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	6,99
	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).		

Berechnung Nr. 75 GOÄ für den ausgefüllten Konsilschein

10. Sitzung vom 18. Juli 1997

Durch die Fassung der Legende zu Nr. 60 GOÄ „konsiliarische Erörterung" ist dem Wesen des Konsils entsprechend der Befund- und Meinungsaustausch zwischen den Ärzten in der Konsiliarleistung enthalten. Nicht festgelegt ist in der GOÄ, in welcher Form dies erfolgt, zum Beispiel mündlich oder schriftlich. In jedem Fall ist aber auch die schriftliche Befunddarstellung und Erörterung Bestandteil der Leistung nach Nr. 60 GOÄ und kann deshalb nicht eigenständig – zum Beispiel mit Nr. 75 GOÄ – neben dem Konsil nach Nr. 60 GOÄ

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punkt-zahl	Gebühr in EUR

berechnet werden. Allerdings steht dem Arzt eine Wahlfreiheit zu, ob er in Fällen, in denen der ausgefüllte Konsilschein die Voraussetzungen der Nr. 75 GOÄ in allen Inhalten erfüllt, diese oder Nr. 60 GOÄ berechnet.

61	Beistand bei der ärztlichen Leistung eines anderen Arztes (Assistenz), je angefangene halbe Stunde	130	7,58
	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	8,74
	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 zugrunde liegende Leistung aufzuführen.

E	Zuschlag für dringend angeforderte und unverzüglich erfolgte Ausführung	160	9,33
	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	15,15
	Der Zuschlag nach Buchstabe F ist neben den Leistungen nach den Nummern 45, 46, 48 und 52 nicht berechnungsfähig.		

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punkt-zahl	Gebühr in EUR
	Berechnung des Zuschlags F bei späterem Besuchsantritt		
	5. Sitzung vom 13. März 1996		
	In Fällen, in denen ein Besuch vor 20.00 Uhr bestellt, aber erst nach 20.00 Uhr ausgeführt wird, ist der Zuschlag „F" berechenbar. Die Verzögerung muss jedoch sachlich begründet sein und darf nicht im Ermessen des Arztes liegen.		
G	Zuschlag für in der Zeit zwischen 22 und 6 Uhr erbrachte Leistungen	450	26,23
	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	19,82
	Werden Leistungen an Samstagen, Sonn- oder Feiertagen zwischen 20 und 8 Uhr erbracht, darf neben dem Zuschlag nach Buchstabe H ein Zuschlag nach Buchstabe F oder G berechnet werden.		
	Der Zuschlag nach Buchstabe H ist neben den Leistungen nach den Nummern 45, 46, 48 und 52 nicht berechnungsfähig.		
J	Zuschlag zur Visite bei Vorhalten eines vom Belegarzt zu vergütenden ärztlichen Bereitschaftsdienstes, je Tag	80	4,66
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	6,99
	VI. Berichte, Briefe		
70	Kurze Bescheinigung oder kurzes Zeugnis, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung	40	2,33
75	Ausführlicher schriftlicher Krankheits- und Befundbericht (einschließlich Angaben zur Anamnese, zu dem(n) Befund(en), zur epikritischen Bewertung und gegebenenfalls zur Therapie)	130	7,58
	Die Befundmitteilung oder der einfache Befundbericht ist mit der Gebühr für die zugrundeliegende Leistung abgegolten.		
	Siehe Beschluss des Ausschusses „Gebührenordnung" der BÄK zu Nr. 60.		
76	Schriftlicher Diätplan, individuell für den einzelnen Patienten aufgestellt	70	4,08
77	Schriftliche, individuelle Planung und Leitung einer Kur mit diätetischen, balneologischen und/oder klimatherapeutischen Maßnahmen unter Einbeziehung gesundheitserzieherischer Aspekte	150	8,74

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punktzahl	Gebühr in EUR
	Die Leistung nach Nummer 77 ist für eine im zeitlichen Zusammenhang durchgeführte Kur unabhängig von deren Dauer nur einmal berechnungsfähig.		
78	Behandlungsplan für die Chemotherapie und/oder schriftlicher Nachsorgeplan für einen tumorkranken Patienten, individuell für den einzelnen Patienten aufgestellt	180	10,49
80	Schriftliche gutachtliche Äußerung	300	17,49
85	Schriftliche gutachtliche Äußerung mit einem das gewöhnliche Maß übersteigenden Aufwand – gegebenenfalls mit wissenschaftlicher Begründung –, je angefangene Stunde Arbeitszeit	500	29,14
90	Schriftliche Feststellung über das Vorliegen oder Nichtvorliegen einer Indikation für einen Schwangerschaftsabbruch . . .	120	6,99
95	Schreibgebühr, je angefangene DIN A4-Seite	60	3,50
96	Schreibgebühr, je Kopie	3	0,17
	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 Bestimmungen

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

100	Untersuchung eines Toten – einschließlich Feststellung des Todes und Ausstellung des Leichenschauscheines –	250	14,57
102	Entnahme einer Körperflüssigkeit bei einem Toten	150	8,74
104	Bulbusentnahme bei einem Toten	250	14,57
105	Hornhautentnahme aus einem Auge bei einem Toten	230	13,41
107	Entnahme eines Herzschrittmachers bei einem Toten	220	12,82

C. Nichtgebietsbezogene Sonderleistungen

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punktzahl	Gebühr in EUR

I. Anlegen von Verbänden

Allgemeine Bestimmungen

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 Schnellverbände, Augen-, Ohrenklappen oder Dreieckstücher –	45	2,62

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punkt-zahl	Gebühr in EUR
201	Redressierender Klebeverband des Brustkorbs oder dachziegelförmiger Klebeverband – ausgenommen Nabelverband –	65	3,79
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	5,54
206	Tape-Verband eines kleinen Gelenks	70	4,08
207	Tape-Verband eines großen Gelenks oder Zinkleimverband	100	5,83
208	Stärke- oder Gipsfixation, zusätzlich zu einem Verband	30	1,75
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	8,74
210	Kleiner Schienenverband – auch als erster Notverband bei Frakturen –	75	4,37
211	Kleiner Schienenverband bei Wiederanlegung derselben, gegebenenfalls auch veränderten Schiene	60	3,50
212	Schienenverband mit Einschluss von mindestens zwei großen Gelenken (Schulter-, Ellenbogen-, Hand-, Knie-, Fußgelenk) – auch als Notverband bei Frakturen –	160	9,33
213	Schienenverband mit Einschluss von mindestens zwei großen Gelenken (Schulter-, Ellenbogen-, Hand-, Knie-, Fußgelenk) – bei Wiederanlegung derselben, gegebenenfalls auch veränderten Schiene –	100	5,83
214	Abduktionsschienenverband – auch mit Stärke- oder Gipsfixation –	240	13,99
217	Streckverband	230	13,41
218	Streckverband mit Nagel- oder Drahtextension	660	38,47
225	Gipsfingerling	70	4,08
227	Gipshülse mit Gelenkschienen	300	17,49
228	Gipsschienenverband oder Gipspantoffel	190	11,07
229	Gipsschienenverband – bei Wiederanlegung derselben, gegebenenfalls auch veränderten Schiene –	130	7,58
230	Zirkulärer Gipsverband – gegebenenfalls als Gipstutor –	300	17,49
231	Zirkulärer Gehgipsverband des Unterschenkels	360	20,98
232	Zirkulärer Gipsverband mit Einschluss von mindestens zwei großen Gelenken (Schulter-, Ellenbogen-, Hand-, Knie-, Sprunggelenk)	430	25,06
235	Zirkulärer Gipsverband des Halses einschließlich Kopfstütze – auch mit Schultergürtel –	750	43,72

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punktzahl	Gebühr in EUR
236	Zirkulärer Gipsverband des Rumpfes	940	54,79
237	Gips- oder Gipsschienenverband mit Einschluss von mindestens zwei großen Gelenken (Schulter-, Ellenbogen-, Hand-, Knie-, Fußgelenk)	370	21,57
238	Gipsschienenverband mit Einschluss von mindestens zwei großen Gelenken (Schulter-, Ellenbogen-, Hand-, Knie-, Fußgelenk) – bei Wiederanlegen derselben, gegebenenfalls auch veränderten Schiene	200	11,66
239	Gipsverband für Arm mit Schulter oder Bein mit Beckengürtel	750	43,72
240	Gipsbett oder Nachtschale für den Rumpf	940	54,79
245	Quengelverband zusätzlich zum jeweiligen Gipsverband	110	6,41
246	Abnahme des zirkulären Gipsverbandes	150	8,74
247	Fensterung, Spaltung, Schieneneinsetzung, Anlegung eines Gehbügels oder einer Abrollsohle bei einem nicht an demselben Tag angelegten Gipsverband	110	6,41

II. Blutentnahmen, Injektionen, Infiltrationen, Infusionen, Transfusionen, Implantationen, 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	2,33
250a	Kapillarblutentnahme bei Kindern bis zum vollendeten 8. Lebensjahr	40	2,33
251	Blutentnahme mittels Spritze oder Kanüle aus der Arterie	60	3,50
252	Injektion, subkutan, submukös, intrakutan oder intramuskulär	40	2,33
253	Injektion, intravenös	70	4,08

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punkt-zahl	Gebühr in EUR
254	Injektion, intraarteriell	80	4,66
255	Injektion, intraartikulär oder perineural	95	5,54
256	Injektion in den Periduralraum	185	10,78
257	Injektion in den Subarachnoidalraum	400	23,31
258	Injektion, intraaortal oder intrakardial – ausgenommen bei liegendem Aorten- oder Herzkatheter –	180	10,49
259	Legen eines Periduralkatheters – in Verbindung mit der Anlage eines subkutanen Medikamentenreservoirs –	600	34,97
260	Legen eines arteriellen Katheters oder eines zentralen Venenkatheters – einschließlich Fixation –	200	11,66
	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	1,75
	Die Leistung nach Nummer 261 ist im Zusammenhang mit einer Anästhesie/Narkose nicht berechnungsfähig für die Einbringung von Anästhetika, Anästhesieadjuvantien und Anästhesieantidoten.		
	Wird die Leistung nach Nummer 261 im Zusammenhang mit einer Anästhesie/Narkose berechnet, ist das Medikament in der Rechnung anzugeben.		
262	Transfemorale Blutentnahme mittels Katheter aus dem Bereich der Nierenvene(n)	450	26,23
263	Subkutane Hyposensibilisierungsbehandlung (Desensibilisierung), je Sitzung	90	5,25
264	Injektions- und/oder Infiltrationsbehandlung der Prostata, je Sitzung	120	6,99
265	Auffüllung eines subkutanen Medikamentenreservoirs oder Spülung eines Ports, je Sitzung	60	3,50
265a	Auffüllung eines Hautexpanders, je Sitzung	90	5,25
266	Intrakutane Reiztherapie (Quaddelbehandlung), je Sitzung	60	3,50
267	Medikamentöse Infiltrationsbehandlung im Bereich einer Körperregion, auch paravertebrale oder perineurale oder perikapsuläre oder retrobulbäre Injektion und/oder Infiltration, je Sitzung	80	4,66
268	Medikamentöse Infiltrationsbehandlung im Bereich mehrerer Körperregionen (auch eine Körperregion beidseitig), je Sitzung	130	7,58
269	Akupunktur (Nadelstich-Technik) zur Behandlung von Schmerzen, je Sitzung	200	11,66

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punktzahl	Gebühr in EUR
269a	Akupunktur (Nadelstich-Technik) mit einer Mindestdauer von 20 Minuten zur Behandlung von Schmerzen, je Sitzung	350	20,40
	Neben der Leistung nach Nummer 269a ist die Leistung nach Nummer 269 nicht berechnungsfähig.		
270	Infusion, subkutan	80	4,66
271	Infusion, intravenös, bis zu 30 Minuten Dauer	120	6,99
272	Infusion, intravenös, von mehr als 30 Minuten Dauer	180	10,49
273	Infusion, intravenös – gegebenenfalls mittels Nabelvenenkatheter oder in die Kopfvene –, bei einem Kind bis zum vollendeten 4. Lebensjahr	180	10,49
	Die Leistungen nach den Nummern 271, 272 und 273 sind im Zusammenhang mit einer Anästhesie/ Narkose nicht berechnungsfähig für die Einbringung von Anästhetika, Anästhesieadjuvantien oder Anästhesieantidoten.		
	Werden die Leistungen nach den Nummern 271, 272 oder 273 im Zusammenhang mit einer Anästhesie/ Narkose berechnet, ist das Medikament auf der Rechnung anzugeben.		
274	Dauertropfinfusion, intravenös, von mehr als 6 Stunden Dauer – gegebenenfalls einschließlich Infusionsplan und Bilanzierung –	320	18,65
	Neben der Leistung nach Nummer 274 sind die Leistungen nach den Nummern 271 bis 273, 275 und/oder 276 nicht berechnungsfähig.		
275	Dauertropfinfusion von Zytostatika, von mehr als 90 Minuten Dauer	360	20,98
276	Dauertropfinfusion von Zytostatika, von mehr als 6 Stunden Dauer	540	31,48
277	Infusion, intraarteriell, bis zu 30 Minuten Dauer	180	10,49
278	Infusion, intraarteriell, von mehr als 30 Minuten Dauer	240	13,99
279	Infusion in das Knochenmark	180	10,49
280	Transfusion der ersten Blutkonserve (auch Frischblut) oder des ersten Blutbestandteilpräparats – einschließlich Identitätssicherung im AB0-System (bedside-test) und Dokumentation der Konserven- bzw. Chargen-Nummer –	330	19,23
	Die Infusion von Albumin oder von Präparaten, die als einzigen Blutbestandteil Albumin enthalten, ist nicht nach der Leistung nach Nummer 280 berechnungsfähig.		
281	Transfusion der ersten Blutkonserve (auch Frischblut) oder des ersten Blutbestandteilpräparats bei einem Neugeborenen – einschließlich Nabelvenenkatheterismus, Identitätssicherung im AB0-System (bedside-test) und Dokumentation der Konserven- bzw. Chargen-Nummer –	450	26,23

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punkt-zahl	Gebühr in EUR
	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 AB0-System (bedside-test) und Dokumentation der Konserven- bzw. Chargen-Nummer –	150	8,74
	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	29,14
284	Eigenbluteinspritzung – einschließlich Blutentnahme –	90	5,25
285	Aderlass aus der Vene oder Arterie mit Entnahme von mindestens 200 Millilitern Blut – gegebenenfalls einschließlich Verband –	110	6,41
286	Reinfusion der ersten Einheit (mindestens 200 Milliliter) Eigenblut oder Eigenplasma – einschließlich Identitätssicherung im AB0-System (bedside-test) –	220	12,82
286a	Reinfusion jeder weiteren Einheit (mindestens 200 Milliliter) Eigenblut oder Eigenplasma im Anschluss an die Leistung nach der Nummer 286 – einschließlich Identitätssicherung im AB0-System (bedside-test) –	100	5,83
287	Blutaustauschtransfusion (z. B. bei schwerster Intoxikation) .	800	46,63
288	Präoperative Entnahme einer Einheit Eigenblut (mindestens 400 Milliliter) zur späteren Retransfusion bei Aufbewahrung als Vollblutkonserve – gegebenenfalls einschließlich Konservierung –	230	13,41
289	Präoperative Entnahme einer Einheit Eigenblut (mindestens 400 Milliliter) zur späteren Retransfusion – einschließlich Auftrennung des Patientenblutes in ein Erythrozytenkonzentrat und eine Frischplasmakonserve, Versetzen des Erythrozytenkonzentrats mit additiver Lösung und anschließender Aufbewahrung bei +2 °C bis +6 °C sowie Schockgefrieren des Frischplasmas und anschließender Aufbewahrung bei –30 °C oder darunter –	350	20,40
290	Infiltration gewebehärtender Mittel	120	6,99
291	Implantation von Hormonpresslingen	70	4,08
297	Entnahme und Aufbereitung von Abstrichmaterial zur zytologischen Untersuchung – gegebenenfalls einschließlich Fixierung –	45	2,62
	Mit der Gebühr sind die Kosten abgegolten.		

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punktzahl	Gebühr in EUR

Berechnung Nrn. 297 und 298 nebeneinander bzw. Mehrfachberechnung

10. Sitzung vom 18. Juli 1997

Die Nrn. 297 und 298 GOÄ stellen auf die jeweilige Abstrichentnahme eines Materials aus derselben Körperregion ab. Die Einschränkung, dass es sich um Abstriche „eines Materials" handelt, ergibt sich aus dem Leistungsziel und der Art der Durchführung (die jeweils getrennte Entnahme, Aufbereitung und weitere Untersuchung). Bei unterschiedlichen Materialien (Abstrichentnahme aus verschiedenen Körperregionen) können die Nrn. 297 und 298 auch jeweils mehrfach zu Abrechnung kommen.

Die in GOÄ-Kommentaren vertretene Auffassung, dass dann, wenn aus derselben Körperregion Abstriche sowohl zur zytologischen als auch zur mikrobiologischen Untersuchung entnommen werden, die mikrobiologische Abstrichentnahme eine „unselbstständige Teilleistung" der Nr. 297 im Sinne des § 4 Abs. 2a Satz 1 GOÄ wäre, wird vom Ausschuss abgelehnt. Die Abstriche werden getrennt entnommen und aufbereitet. Geringfügige Leistungsüberschneidungen (hinsichtlich Lagerung der Patienten und Einstellung des Abstrichgebietes) sind durch die unterschiedlichen Bewertungen der Nrn. 297 und 298 GOÄ berücksichtigt.

Siehe Beschluss des Ausschusses „Gebührenordnung" der BÄK zu Nr. 4851.

298	Entnahme und gegebenenfalls Aufbereitung und Abstrichmaterial zur mikrobiologischen Untersuchung – gegebenenfalls einschließlich Fixierung –	40	2,33
	Mit der Gebühr sind die Kosten abgegolten.		

Siehe Beschluss des Ausschusses „Gebührenordnung" der BÄK zu Nr. 297.

III. Punktionen

Allgemeine Bestimmungen

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 der Liquorräume durch die Fontanelle	120	6,99
301	Punktion eines Ellenbogen-, Knie- oder Wirbelgelenks	160	9,33
302	Punktion eines Schulter- oder Hüftgelenks	250	14,57
303	Punktion einer Drüse, eines Schleimbeutels, Ganglions, Seroms, Hygroms, Hämatoms oder Abszesses oder oberflächiger Körperteile	80	4,66
304	Punktion der Augenhöhle	160	9,33
305	Punktion der Liquorräume (Subokzipital- oder Lumbalpunktion)	350	20,40
305a	Punktion der Liquorräume durch die Fontanelle	250	14,57
306	Punktion der Lunge – auch Abszess- oder Kavernenpunktion in der Lunge – oder Punktion des Gehirns bei vorhandener Trepanationsöffnung	500	29,14

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punkt-zahl	Gebühr in EUR
307	Punktion des Pleuraraums oder der Bauchhöhle	250	14,57
308	Gewebeentnahme aus der Pleura – gegebenenfalls einschließlich Punktion –	350	20,40
310	Punktion des Herzbeutels	350	20,40
311	Punktion des Knochenmarks – auch Sternalpunktion –	200	11,66
312	Knochenstanze – gegebenenfalls einschließlich Entnahme von Knochenmark –	300	17,49
314	Punktion der Mamma oder Punktion eines Lymphknotens	120	6,99
315	Punktion eines Organs (z. B. Leber, Milz, Niere, Hoden)	250	14,57
316	Punktion des Douglasraums	250	14,57
317	Punktion eines Adnextumors – auch einschließlich Douglaspunktion –	350	20,40
318	Punktion der Harnblase oder eines Wasserbruchs	120	6,99
319	Punktion der Prostata oder Punktion der Schilddrüse	200	11,66

Stanzbiopsien im Rahmen der Prostatakarzinom-Früherkennung

Abrechnung von Stanzbiopsien im Rahmen der Prostatakarzinom-Früherkennung:

Werden im Rahmen der Prostatakarzinom-Früherkennung mehrere Stanzbiopsien aus der Prostata entnommen, so ist die Gebührenposition Nr. 319 (Punktion der Prostata, 200 Punkte) je Behandlungsfall maximal bis zu sechsmal ansatzfähig.

Stand: 4. April 2003

321	Untersuchung von natürlichen Gängen oder Fisteln mittels Sonde oder Einführung eines Fistelkatheters – gegebenenfalls einschließlich anschließender Injektion oder Instillation –	50	2,91

IV. Kontrastmitteleinbringungen

Allgemeine Bestimmungen

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

340	Einbringung des Kontrastmittels in die zerebralen und spinalen Liquorräume	400	23,31
344	Intravenöse Einbringung des Kontrastmittels mittels Injektion oder Infusion, bis zu 10 Minuten Dauer	100	5,83
345	Intravenöse Einbringung des Kontrastmittels mittels Injektion oder Infusion, von mehr als 10 Minuten Dauer	130	7,58
346	Intravenöse Einbringung des Kontrastmittels mittels Hochdruckinjektion	300	17,49

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punkt-zahl	Gebühr in EUR
347	Ergänzung für jede weitere intravenöse Kontrastmitteleinbringung mittels Hochdruckinjektion bei bestehendem Zugang – im Zusammenhang mit der Leistung nach Nummer 346 –	150	8,74
350	Intraarterielle Einbringung des Kontrastmittels	150	8,74
351	Einbringung des Kontrastmittels zur Angiographie von Gehirnarterien, je Halsschlagader	500	29,14
	Die Leistung nach Nummer 351 ist je Sitzung nicht mehr als zweimal berechnungsfähig.		
355	Herzkatheter-Einbringung(en) und anschließende intrakardiale bzw. intraarterielle Einbringung(en) des Kontrastmittels mittels Hochdruckinjektion zur Darstellung des Herzens und der herznahen Gefäße (Aorta ascendens, Arteria pulmonalis) – einschließlich Röntgenkontrolle und fortlaufender EKG-Kontrolle –, je Sitzung	600	34,97
	Die Leistung nach Nummer 355 ist neben den Leistungen nach den Nummern 626 und/oder 627 nicht berechnungsfähig.		
	Wird die Leistung nach Nummer 355 im zeitlichen Zusammenhang mit der Leistung nach Nummer 360 erbracht, ist die Leistung nach Nummer 355 nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.		
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	23,31
	Die Leistung nach Nummer 356 ist neben den Leistungen nach den Nummern 626 und/oder 627 nicht berechnungsfähig.		
	Wird die Leistung nach Nummer 356 im zeitlichen Zusammenhang mit der Leistung nach Nummer 360 erbracht, ist die Leistung nach Nummer 356 nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.		
357	Intraarterielle Einbringung(en) des Kontrastmittels über einen Katheter mittels Hochdruckinjektion zur Übersichtsangiographie der Brust- und/oder Bauchaorta – einschließlich Röntgenkontrolle und gegebenenfalls einschließlich fortlaufender EKG-Kontrolle –, je Sitzung	500	29,14
	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		

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punkt-zahl	Gebühr in EUR
	arterieller Katheterplazierung zur selektiven Koronarangiographie – einschließlich Röntgenkontrolle und fortlaufender EKG-Kontrolle –, je Sitzung	1000	58,29
	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	34,97
	Die Leistung nach Nummer 361 ist je Sitzung nicht mehr als zweimal berechnungsfähig.		
365	Einbringung des Kontrastmittels zur Lymphographie, je Extremität	400	23,31
368	Einbringung des Kontrastmittels zur Bronchographie	400	23,31
370	Einbringung des Kontrastmittels zur Darstellung natürlicher, künstlicher oder krankhaft entstandener Gänge, Gangsysteme, Hohlräume oder Fisteln – gegebenenfalls intraoperativ –	200	11,66
372	Einbringung des Kontrastmittels in einen Zwischenwirbelraum	280	16,32
373	Einbringung des Kontrastmittels in ein Gelenk	250	14,57
374	Einbringung des Kontrastmittels in den Dünndarm mittels im Dünndarm endender Sonde	150	8,74

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	4,66

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punkt-zahl	Gebühr in EUR
376	Schutzimpfung (oral) – einschließlich beratendes Gespräch –	80	4,66
377	Zusatzinjektion bei Parallelimpfung	50	2,91

Subkutane neben oraler Impfung (Nrn. 375, 376, 377 GOÄ)

7. Sitzung vom 12. September 1996

Dadurch, dass es in der Nr. 377 heißt „Zusatzinjektion", ist eine erste Injektion vorausgesetzt. Die Impfleistung Polio/D/T ist demnach mit der Kombination der Nrn. 375 und 376 berechenbar.

378	Simultanimpfung (gleichzeitige passive und aktive Impfung gegen Wundstarrkrampf)	120	6,99
380	Epikutantest, je Test (1. bis 30. Test je Behandlungsfall)	30	1,75
381	Epikutantest, je Test (31. bis 50. Test je Behandlungsfall)	20	1,17
382	Epikutantest, je Test (51. bis 100. Test je Behandlungsfall)	15	0,87
	Mehr als 100 Epikutantests sind je Behandlungsfall nicht berechnungsfähig.		
383	Kutane Testung (z. B. von Pirquet, Moro)	30	1,75
384	Tuberkulinstempeltest, Mendel-Mantoux-Test oder Stempeltest mit mehreren Antigenen (sog. Batterietests)	40	2,33
385	Pricktest, je Test (1. bis 20. Test je Behandlungsfall)	45	2,62
386	Pricktest, je Test (2. bis 40. Test je Behandlungsfall)	30	1,75
387	Pricktest, je Test (41. bis 80. Test je Behandlungsfall)	20	1,17
	Mehr als 80 Pricktests sind je Behandlungsfall nicht berechnungsfähig.		
388	Reib-, Scratch- oder Skarifikationstest, je Test (bis zu 10 Tests je Behandlungsfall)	35	2,04
389	Reib-, Scratch- oder Skarifikationstest, jeder weitere Test	25	1,46
390	Intrakutantest, je Test (1. bis 20. Test je Behandlungsfall)	60	3,50
391	Intrakutantest, jeder weitere Test	40	2,33
	Mehr als 80 Intrakutantests sind je Behandlungsfall nicht berechnungsfähig.		
393	Beidseitiger nasaler oder konjunktivaler Provokationstest zur Ermittlung eines oder mehrerer auslösender Allergene mit Einzel- oder Gruppenextrakt, je Test	100	5,83
394	Höchstwert für Leistungen nach Numer 393, je Tag	300	17,49
395	Nasaler Schleimhautprovokationstest (auch beidseitig) mit mindestens dreimaliger apparativer Registrierung zur Ermittlung eines oder mehrerer auslösender Allergene mit Einzel- oder Gruppenextrakt, je Test	280	16,32
396	Höchstwert für Leistungen nach Nummer 395, je Tag	560	32,64

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punkt-zahl	Gebühr in EUR
397	Bronchialer Provokationstest zur Ermittlung eines oder mehrerer auslösender Allergene mit Einzel- oder Gruppenextrakt mit apparativer Registrierung, je Test	380	22,15
398	Höchstwert für Leistungen nach Nummer 397, je Tag	760	44,30
399	Oraler Provokationstest, auch Expositionstest bei Nahrungsmittel- oder Medikamentenallergien – einschließlich Überwachung zur Erkennung von Schockreaktionen –	200	11,66

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	23,31
	Der Zuschlag nach Nummer 401 ist neben den Leistungen nach den Nummern 406, 422 bis 424, 644, 645, 649 und/oder 1754 nicht berechnungsfähig.		
402	Zuschlag zu den sonographischen Leistungen bei transösophagealer Untersuchung	250	14,57
	Der Zuschlag nach Nummer 402 ist neben den Leistungen nach den Nummern 403 sowie 676 bis 692 nicht berechnungsfähig.		

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punktzahl	Gebühr in EUR
403	Zuschlag zu den sonographischen Leistungen bei transkavitärer Untersuchung	150	8,74
	Der Zuschlag nach Nummer 403 ist neben den Leistungen nach den Nummern 402 sowie 676 bis 692 nicht berechnungsfähig.		
404	Zuschlag zu Doppler-sonographischen Leistungen bei zusätzlicher Frequenzspektrumanalyse – einschließlich graphischer oder Bilddokumentation –	250	14,57
	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	11,66
406	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 424 – bei zusätzlicher Farbkodierung	200	11,66
408	Transluminale Sonographie von einem oder mehreren Blutgefäß(en) nach Einbringung eines Gefäßkatheters, je Sitzung	200	11,66
410	Ultraschalluntersuchung eines Organs	200	11,66
	Das untersuchte Organ ist in der Rechnung anzugeben.		
412	Ultraschalluntersuchung des Schädels bei einem Säugling oder Kleinkind bis zum vollendeten 2. Lebensjahr	280	16,32
413	Ultraschalluntersuchung der Hüftgelenke bei einem Säugling oder Kleinkind bis zum vollendeten 2. Lebensjahr	280	16,32
415	Ultraschalluntersuchung im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge – gegebenenfalls einschließlich Biometrie und Beurteilung der Organentwicklung	300	17,49
417	Ultraschalluntersuchung der Schilddrüse	210	12,24
418	Ultraschalluntersuchung einer Brustdrüse – gegebenenfalls einschließlich der regionalen Lymphknoten –	210	12,24
420	Ultraschalluntersuchung von bis zu drei weiteren Organen im Anschluss an eine der Leistungen nach den Nummern 410 bis 418, je Organ	80	4,66
	Die untersuchten Organe sind in der Rechnung anzugeben.		
	Die Leistung nach Nummer 420 kann je Sitzung höchstens dreimal berechnet werden.		

Höchstens dreimalige Berechnung der Nr. 420 GOÄ in einer Sitzung

7. Sitzung vom 12. September 1996

Nr. 420 GOÄ ist maximal dreimal auf je ein Organ bezogen mit je 80 Punkten, höchstens also mit 240 Punkten berechenbar.

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punkt-zahl	Gebühr in EUR
422	Eindimensionale echokardiographische Untersuchung mittels Time-Motion-Diagramm, mit Bilddokumentation – gegebenenfalls einschließlich gleichzeitiger EKG-Kontrolle – . .	200	11,66
423	Zweidimensionale echokardiographische Untersuchung mittels Real-Time-Verfahren (B-Mode), mit Bilddokumentation – einschließlich der Leistung nach Nummer 422 –	500	29,14
424	Zweidimensionale Doppler-echokardiographische Untersuchung mit Bilddokumentation – einschließlich der Leistung nach Nummer 423 – (Duplex-Verfahren)	700	40,80
	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	8,74
428	Assistierte und/oder kontrollierte apparative Beatmung durch Saug-Druck-Verfahren bei vitaler Indikation, bei mehr als 12 Stunden Dauer, je Tag	220	12,82
	Neben den Leistungen nach den Nummern 427 und 428 sind die Leistungen nach den Nummern 462, 463 und/oder 501 nicht berechnungsfähig.		
429	Wiederbelebungsversuch – einschließlich künstlicher Beatmung und extrathorakaler indirekter Herzmassage, gegebenenfalls einschließlich Intubation –	400	23,31
430	Extra- oder intrathorakale Elektro-Defibrillation und/oder -Stimulation des Herzens	400	23,31
	Die Leistung nach Nummer 430 ist auch bei mehrfacher Verabfolgung von Stromstößen in engem zeitlichen Zusammenhang zur Erreichung der Defibrillation nur einmal berechnungsfähig.		

Nr. 430 analog für das elektrisch induzierte Kammerflimmern neben Nr. 3089

Für die Kardioplegie ist Nr. 3052 GOÄ (Perfusion der Koronararterien, zusätzlich zu Nr. 3050) eigenständig berechenbar, wird der Herzstillstand durch elektrische Induktion herbeigeführt, trifft Nr. 430 GOÄ zu. Muss zusätzlich zur Kardioplegie ein Kammerflimmern induziert werden (nicht routinemäßig erforderlich), ist Nr. 430 GOÄ (extra- oder intrathorakale Elektro-Defibrillation und/oder Stimulation des Herzens) nicht eigenständig berechenbar. Die Berücksichtigung des erweiterten Leistungsumfangs ist im Rahmen des § 5 GOÄ (Steigerungsfaktor) möglich. Für die Wiederherstellung des normalen Herzrhythmus am Ende der Herzoperation ist Nr. 430 GOÄ berechenbar. Nur in den Fällen, in denen die Induktion des Herzstillstandes (ohne Kardioplegie) und die Wiederherstellung des normalen Herzrhythmus durch Defibrillation und/oder Stimulation erreicht wird, ist Nr. 430 insgesamt zweimal berechnungsfähig.

431	Elektrokardioskopie im Notfall	100	5,83
433	Ausspülung des Magens – auch mit Sondierung der Speiseröhre und des Magens und/oder Spülung des Duodenums – .	140	8,16

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punkt-zahl	Gebühr in EUR
435	Stationäre intensivmedizinische Überwachung und Behandlung eines Patienten auf einer dafür eingerichteten gesonderten Betteneinheit eines Krankenhauses mit spezieller Personal- und Geräteausstattung – einschließlich aller im Rahmen der Intensivbehandlung erbrachten Leistungen, soweit deren Behandlungsfähigkeit nachfolgend ausgeschlossen ist –, bis zu 24 Stunden Dauer	900	52,46
	Neben der Leistung nach Nummer 435 sind die für die Dauer der stationären intensivmedizinischen Überwachung und Behandlung Leistungen nach den Abschnitten C III und M sowie die Leistungen nach den Nummern 1 bis 56, 61 bis 96, 200 bis 211, 247, 250 bis 268, 270 bis 286a, 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	29,14
	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.

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punkt-zahl	Gebühr in EUR

2. Die Zuschläge nach den Nummern 440 bis 449 sind nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.
3. Die Zuschläge nach den Nummern 440, 441, 442, 443, 444 und 445 sind operativen Leistungen
   - nach den Nummern 679, 695, 700, 701, 765 in Abschnitt F, – nach den Nummern 1011, 1014, 1041, 1043 bis 1045, 1048, 1052, 1055, 1056, 1060, 1085, 1086, 1089, 1097 bis 1099, 1104, 1111 bis 1113, 1120 bis 1122, 1125, 1126, 1129, 1131, 1135 bis 1137, 1140, 1141, 1145, 1155, 1156, 1159, 1160 in Abschnitt H,
   - nach den Nummern 1283 bis 1285, 1292, 1299, 1301, 1302, 1304 bis 1306, 1310, 1311, 1321, 1326, 1330 bis 1333, 1341, 1345, 1346, 1348 bis 1361, 1365, 1366, 1367, 1369 bis 1371, 1374, 1375, 1377, 1382, 1384, 1386 in Abschnitt I,
   - nach den Nummern 1428, 1438, 1441, 1445 bis 1448, 1455, 1457, 1467 bis 1472, 1485, 1486, 1493, 1497, 1513, 1519, 1520, 1527, 1528, 1534, 1535, 1576, 1586, 1588, 1595, 1597, 1598, 1601, 1610 bis 1614, 1622, 1628, 1635 bis 1637 in Abschnitt J,
   - nach den Nummern 1713, 1738, 1740, 1741, 1753, 1755, 1756, 1760, 1761, 1763 bis 1769, 1782, 1797, 1800, 1802, 1815, 1816, 1827, 1851 in Abschnitt K,
   - oder nach den Nummern 2010, 2040, 2041, 2042 bis 2045, 2050 bis 2052, 2062, 2064 bis 2067, 2070, 2072 bis 2076, 2080 bis 2084, 2087 bis 2089, 2091, 2092, 2100 bis 2102, 2105, 2106, 2110 bis 2112, 2117 bis 2122, 2130, 2131, 2133 bis 2137, 2140, 2141, 2156 bis 2158, 2170 bis 2172, 2189 bis 2191, 2193, 2210, 2213, 2216, 2219, 2220, 2223 bis 2225, 2230, 2235, 2250, 2253, 2254, 2256, 2257, 2260, 2263, 2268, 2269, 2273, 2279, 2281 bis 2283, 2291, 2293 bis 2297, 2325, 2339, 2340, 2344, 2345, 2347 bis 2350, 2354 bis 2356, 2380 bis 2386, 2390, 2392 bis 2394, 2396, 2397, 2402, 2404, 2405, 2407, 2408, 2410 bis 2412, 2414 bis 2421, 2427, 2430 bis 2432, 2440 bis 2442, 2454, 2540, 2541, 2570, 2580, 2581, 2583, 2584, 2586 bis 2589, 2597, 2598, 2620, 2621, 2625, 2627, 2640, 2642, 2650, 2651, 2655 bis 2658, 2660, 2670, 2671, 2675 bis 2677, 2682, 2687, 2688, 2690, 2692 bis 2695, 2698, 2699, 2701, 2705, 2706, 2710, 2711, 2730, 2732, 2751 bis 2754, 2800, 2801, 2803, 2809, 2823, 2881 bis 2883, 2887, 2890, 2891, 2895 bis 2897, 2950 bis 2952, 2970, 2990 bis 2993, 3095 bis 3097, 3120, 3156, 3173, 3200, 3208, 3219 bis 3224, 3237, 3240, 3241, 3283 bis 3286, 3300 in Abschnitt L zuzuordnen.

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

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

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

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

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punkt-zahl	Gebühr in EUR

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	23,31
	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 Punktzahl von 250 bis 499 Punkten bewertet sind	400	23,31
	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	43,72
	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	75,77
	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.		

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punkt-zahl	Gebühr in EUR
445	Zuschlag bei ambulanter Durchführung von operativen Leistungen, die mit Punktzahlen von 1200 und mehr Punkten bewertet sind	2200	128,23
	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	17,49
	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	37,89
	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 Aufwachund/ oder Erholungszeit bis zum Eintritt der Transportfähigkeit nach zuschlagsberechtigten ambulanten operativen Leistungen bei Durchführung unter zuschlagsberechtigten ambulanten Anästhesien bzw. Narkosen	600	34,97
	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 zuschlagsberechtigten ambulanten operativen Leistungen bei Durchführung unter zuschlagsberechtigten ambulanten Anästhesien bzw. Narkosen	900	52,46
	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.		

D. Anästhesieleistungen

Allgemeine Bestimmungen

Bei der Anwendung mehrerer Narkose- oder Anästhesieverfahren nebeneinander ist nur die jeweils höchstbewertete dieser Leistungen berechnungsfähig; eine erforderliche Prämedikation ist Bestandteil dieser Leistung.

Als Narkosedauer gilt die Dauer von zehn Minuten vor Operationsbeginn bis zehn Minuten nach Operationsende.

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punktzahl	Gebühr in EUR
450	Rauschnarkose – auch mit Lachgas –	76	4,43
451	Intravenöse Kurznarkose	121	7,05
452	Intravenöse Narkose (mehrmalige Verabreichung des Narkotikums)	190	11,07
453	Vollnarkose	210	12,24
460	Kombinationsnarkose mit Maske, Gerät – auch Insufflationsnarkose –, bis zu einer Stunde	404	23,55
461	Kombinationsnarkose mit Maske, Gerät – auch Insufflationsnarkose –, jede weitere angefangene halbe Stunde	202	11,77
462	Kombinationsnarkose mit endotrachealer Intubation, bis zu einer Stunde	510	29,73
463	Kombinationsnarkose mit endotrachealer Intubation, jede weitere angefangene halbe Stunde	348	20,28
469	Kaudalanästhesie	250	14,57
470	Einleitung und Überwachung einer einzeitigen subarachnoidalen Spinalanästhesie (Lumbalanästhesie) oder einzeitigen periduralen (epiduralen) Anästhesie, bis zu einer Stunde Dauer	400	23,31
471	Einleitung und Überwachung einer einzeitigen subarachnoidalen Spinalanästhesie (Lumbalanästhesie) oder einzeitigen periduralen (epiduralen) Anästhesie, bis zu zwei Stunden Dauer	600	34,97
472	Einleitung und Überwachung einer einzeitigen subarachnoidalen Spinalanästhesie (Lumbalanästhesie) oder einzeitigen periduralen (epiduralen) Anästhesie, bei mehr als zwei Stunden Dauer	800	46,63
473	Einleitung und Überwachung einer kontinuierlichen subarachnoidalen Spinalanästhesie (Lumbalanästhesie) oder periduralen (epiduralen) Anästhesie mit Katheter, bis zu fünf Stunden Dauer	600	34,97
474	Einleitung und Überwachung einer kontinuierlichen subarachnoidalen Spinalanästhesie (Lumbalanästhesie) oder peri-		

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punkt-zahl	Gebühr in EUR
	duralen (epiduralen) Anästhesie mit Katheter, bei mehr als fünf Stunden Dauer	900	52,46
475	Überwachung einer kontinuierlichen subarachnoidalen Spinalanästhesie (Lumbalanästhesie) oder periduralen (epiduralen) Anästhesie mit Katheter, zusätzlich zur Leistung nach Nummer 474 für den zweiten und jeden weiteren Tag, je Tag	450	26,23
476	Einleitung und Überwachung einer supraklavikulären oder axillären Amplexus- oder Paravertebralanästhesie, bis zu einer Stunde Dauer	380	22,15
477	Überwachung einer supraklavikulären oder axillären Amplexus- oder Paravertebralanästhesie, jede weitere angefangene Stunde	190	11,07
478	Intravenöse Anästhesie einer Extremität, bis zu einer Stunde Dauer	230	13,41
479	Intravenöse Anästhesie einer Extremität, jede weitere angefangene Stunde	115	6,70
480	Kontrollierte Blutdrucksenkung während der Narkose	222	12,94
481	Kontrollierte Hypothermie während der Narkose	475	27,69
483	Lokalanästhesie der tieferen Nasenabschnitte – gegebenenfalls einschließlich des Rachens –, auch beidseitig	46	2,68
484	Lokalanästhesie des Kehlkopfes	46	2,68
485	Lokalanästhesie des Trommelfells und/oder der Paukenhöhle	46	2,68
488	Lokalanästhesie der Harnröhre und/oder Harnblase	46	2,68
489	Lokalanästhesie des Bronchialgebietes – gegebenenfalls einschließlich des Kehlkopfes und des Rachens –	145	8,45
490	Infiltrationsanästhesie kleiner Bezirke	61	3,55
491	Infiltrationsanästhesie großer Bezirke – auch Parazervikalanästhesie –	121	7,05
493	Leitungsanästhesie, perineural – auch nach Oberst –	61	3,55
494	Leitungsanästhesie, endoneural – auch Pudendusanästhesie –	121	7,05
495	Leitungsanästhesie, retrobulbär	121	7,05
497	Blockade des Truncus sympathicus (lumbaler Grenzstrang oder Ganglion stellatum) mittels Anästhetika	220	12,82
498	Blockade des Truncus sympathicus (thorakaler Grenzstrang oder Plexus solaris) mittels Anästhetika	300	17,49

E. Physikalisch-medizinische Leistungen

Allgemeine Bestimmungen

In den Leistungen des Abschnitts E sind alle Kosten enthalten mit Ausnahme der für Inhalationen sowie für die Photochemotherapie erforderlichen Arzneimittel.

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punktzahl	Gebühr in EUR
	I. Inhalationen		
500	Inhalationstherapie – auch mittels Ultraschallvernebelung – .	38	2,21
501	Inhalationstherapie mit intermittierender Überdruckbeatmung (z. B. Bird-Respirator)	86	5,01
	Neben der Leistung nach Nummer 501 sind die Leistungen nach den Nummern 500 und 505 nicht berechnungsfähig.		
	II. Krankengymnastik und Übungsbehandlungen		
505	Atmungsbehandlung – einschließlich aller unterstützenden Maßnahmen –	85	4,95
506	Krankengymnastische Ganzbehandlung als Einzelbehandlung – einschließlich der erforderlichen Massage(n) –	120	6,99
507	Krankengymnastische Teilbehandlung als Einzelbehandlung – einschließlich der erforderlichen Massage(n) –	80	4,66
508	Krankengymnastische Ganzbehandlung als Einzelbehandlung im Bewegungsbad	110	6,41
509	Krankengymnastik in Gruppen (Orthopädisches Turnen) – auch im Bewegungsbad –, bei mehr als drei bis acht Teilnehmern, je Teilnehmer	38	2,21
510	Übungsbehandlung auch mit Anwendung medikomechanischer Apparate, je Sitzung	70	4,08
	Neben der Leistung nach Nummer 510 ist die Leistung nach Nummer 521 nicht berechnungsfähig.		
514	Extensionsbehandlung kombiniert mit Wärmetherapie und Massage mittels Gerät	105	6,12
515	Extensionsbehandlung (z. B. Glissonschlinge)	38	2,21
516	Extensionsbehandlung mit Schrägbett, Extensionstisch, Perlgerät	65	3,79
518	Prothesengebrauchsschulung des Patienten – gegebenenfalls einschließlich seiner Betreuungsperson –, auch Fremdkraftprothesenschulung, Mindestdauer 20 Minuten, je Sitzung . .	120	6,99
	III. Massagen		
520	Teilmassage (Massage einzelner Körperteile)	45	2,62
521	Großmassage (z. B. Massage beider Beine, beider Arme, einer Körperseite, des Schultergürtels, eines Armes und eines Bei-		

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punkt-zahl	Gebühr in EUR
	nes, des Rückens und eines Beines, des Rückens und eines Armes, beider Füße, beider Hände, beider Knie, beider Schultergelenke und ähnliche Massagen mehrerer Körperteile), je Sitzung	65	3,79
523	Massage im extramuskulären Bereich (z. B. Bindegewebsmassage, Periostmassage, manuelle Lymphdrainage)	65	3,79
525	Intermittierende apparative Kompressionstherapie an einer Extremität, je Sitzung	35	2,04
526	Intermittierende apparative Kompressionstherapie an mehreren Extremitäten, je Sitzung	55	3,21
527	Unterwasserdruckstrahlmassage (Wanneninhalt mindestens 400 Liter, Leistung der Apparatur mindestens 4 bar)	94	5,48
IV. Hydrotherapie und Packungen			
530	Kalt- oder Heißpackung(en) oder heiße Rolle, je Sitzung	35	2,04
531	Leitung eines ansteigenden Teilbades	46	2,68
532	Leitung eines ansteigenden Vollbades (Überwärmungsbad)	76	4,43
533	Subaquales Darmbad	150	8,74
V. Wärmebehandlung			
535	Heißluftbehandlung eines Körperteils (z. B. Kopf oder Arm)	33	1,92
536	Heißluftbehandlung mehrerer Körperteile (z. B. Rumpf oder Beine)	51	2,97
538	Infrarotbehandlung, je Sitzung	40	2,33
539	Ultraschallbehandlung	44	2,56
VI. Elektrotherapie			
548	Kurzwellen-, Mikrowellenbehandlung (Anwendung hochfrequenter Ströme)	37	2,16
549	Kurzwellen-, Mikrowellenbehandlung (Anwendung hochfrequenter Ströme) bei Behandlung verschiedener Körperregionen in einer Sitzung	55	3,21
551	Reizstrombehandlung (Anwendung niederfrequenter Ströme) – auch bei wechselweiser Anwendung verschiedener Impuls- oder Stromformen und gegebenenfalls unter Anwendung von Saugelektroden –	48	2,80
	Wird Reizstrombehandlung nach Nummer 551 gleichzeitig neben einer Leistung nach den Nummern 535, 536, 538, 539, 548, 549, 552 oder 747 an demselben Körperteil oder an denselben Körperteilen verabreicht, so ist nur die höherbewertete Leistung berechnungsfähig; dies gilt auch bei Verwendung eines Apparatesystems an mehreren Körperteilen.		

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punktzahl	Gebühr in EUR
	Definition des „Körperteils" im Zusammenhang mit der Leistung nach Nr. 551 GOÄ (Reizstrombehandlung)		
	15. Sitzung vom 21. Juli 1998		
	Als Körperteil sind anzusehen:		
	a) Schultergürtel mit Hals		
	b) übrige dorsale Rumpfseite		
	c) übrige ventrale Rumpfseite		
	d) re. o. li. Schulter mit Oberarm		
	e) re. o. li. Ellenbogen mit Oberarm und Unterarm		
	f) re. o. li. Hand mit Unterarm		
	g) re. o. li. Hüfte mit Oberschenkel		
	h) re. o. li. Knie mit Oberschenkel und Unterschenkel		
	i) re. o. li. Fuß mit Unterschenkel		
552	Iontophorese	44	2,56
553	Vierzellenbad	46	2,68
554	Hydroelektrisches Vollbad (Kataphoretisches Bad, Stanger-Bad)	91	5,30
555	Gezielte Niederfrequenzbehandlung bei spastischen und/oder schlaffen Lähmungen, je Sitzung	120	6,99
558	Apparative isokinetische Muskelfunktionstherapie, je Sitzung	120	6,99
	VII. Lichttherapie		
560	Behandlung mit Ultraviolettlicht in einer Sitzung	31	1,81
	Werden mehrere Kranke gleichzeitig mit Ultraviolettlicht behandelt, so darf die Nummer 560 nur einmal berechnet werden.		
561	Reizbehandlung eines umschriebenen Hautbezirks mit Ultraviolettlicht	31	1,81
562	Reizbehandlung mehrerer umschriebener Hautbezirke mit Ultraviolettlicht in einer Sitzung	46	2,68
	Die Leistungen nach den Nummern 538, 560, 561 und 562 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.		
563	Quarzlampendruckbestrahlung eines Feldes	46	2,68
564	Quarzlampendruckbestrahlung mehrerer Felder in einer Sitzung	91	5,30
565	Photochemotherapie, je Sitzung	120	6,99
566	Phototherapie eines Neugeborenen, je Tag	500	29,14
567	Phototherapie mit selektivem UV-Spektrum, je Sitzung	91	5,30
569	Photo-Patch-Test (belichteter Läppchentest), bis zu drei Tests je Sitzung, je Test	30	1,75

F. Innere Medizin, Kinderheilkunde, Dermatologie

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punktzahl	Gebühr in EUR
600	Herzfunktionsprüfung nach Schellong einschließlich graphischer Darstellung	73	4,25
601	Hyperventilationsprüfung	44	2,56
602	Oxymetrische Untersuchung(en) (Bestimmung der prozentualen Sauerstoffsättigung im Blut) – gegebenenfalls einschließlich Bestimmung(en) nach Belastung –	152	8,86
603	Bestimmung des Atemwegwiderstandes (Resistance) nach der Oszillationsmethode oder der Verschlussdruckmethode – gegebenenfalls einschließlich fortlaufender Registrierung –	90	5,25
	Neben der Leistung nach Nummer 603 ist die Leistung nach Nummer 608 nicht berechnungsfähig.		
604	Bestimmung des Atemwegwiderstandes (Resistance) nach der Oszillationsmethode oder der Verschlussdruckmethode vor und nach Applikation pharmakodynamisch wirksamer Substanzen – gegebenenfalls einschließlich Phasenwinkelbestimmung und gegebenenfalls einschließlich fortlaufender Registrierung –	160	9,33
	Mit der Gebühr sind die Kosten abgegolten.		
	Neben der Leistung nach Nummer 604 sind die Leistungen nach den Nummern 603 und 608 nicht berechnungsfähig.		
605	Ruhespirographische Untersuchung (im geschlossenen oder offenen System) mit fortlaufend registrierenden Methoden	242	14,11
605a	Darstellung der Flussvolumenkurve bei spirographischen Untersuchungen – einschließlich graphischer Registrierung und Dokumentation –	140	8,16
606	Spiroergometrische Untersuchung – einschließlich vorausgegangener Ruhespirographie und gegebenenfalls einschließlich Oxymetrie –	379	22,09
607	Residualvolumenbestimmung (Fremdgasmethode)	242	14,11
608	Ruhespirographische Teiluntersuchung (z. B. Bestimmung des Atemgrenzwertes, Atemstoßtest), insgesamt	76	4,43
609	Bestimmung der absoluten und relativen Sekundenkapazität vor und nach Inhalation pharmakodynamisch wirkender Substanzen	182	10,61
	Mit der Gebühr sind die Kosten abgegolten.		
610	Ganzkörperplethysmographische Untersuchung (Bestimmung des intrathorakalen Gasvolumens und des Atemwegwiderstandes) – gegebenenfalls mit Bestimmung der Lungendurchblutung –	605	35,26

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punkt-zahl	Gebühr in EUR
	Neben der Leistung nach Nummer 610 sind die Leistungen nach den Nummern 605 und 608 nicht berechnungsfähig.		
611	Bestimmung der Lungendehnbarkeit (Compliance) – einschließlich Einführung des Ösophaguskatheters –	605	35,26
612	Ganzkörperplethysmographische Bestimmung der absoluten und relativen Sekundenkapazität und des Atemwegwiderstandes vor und nach Applikation pharmakodynamisch wirkender Substanzen	757	44,12
	Mit der Gebühr sind die Kosten abgegolten.		
	Neben der Leistung nach Nummer 612 sind die Leistungen nach den Nummern 605, 608, 609 und 610 nicht berechnungsfähig.		
614	Transkutane Messung(en) des Sauerstoffpartialdrucks	150	8,74
615	Untersuchung der CO-Diffusionskapazität mittels Ein-Atemzugmethode (single-breath)	227	13,23
616	Untersuchung der CO-Diffusionskapazität als fortlaufende Bestimmung (steady state) in Ruhe oder unter Belastung	303	17,66
	Neben der Leistung nach Nummer 616 ist die Leistung nach Nummer 615 nicht berechnungsfähig.		
617	Gasanalyse in der Exspirationsluft mittels kontinuierlicher Bestimmung mehrerer Gase	341	19,88
620	Rheographische Untersuchung der Extremitäten	152	8,86
	Mit der Gebühr sind die Kosten abgegolten.		
621	Mechanisch-oszillographische Untersuchung (Gesenius-Keller)	127	7,40
622	Akrale infraton-oszillographische Untersuchung	182	10,61
623	Temperaturmessung(en) an der Hautoberfläche (z. B. der Brustdrüse) mittels Flüssig-Kristall-Thermographie (Plattenthermographie) einschließlich der notwendigen Aufnahmen	140	8,16
	Die Leistung nach Nummer 623 zur Temperaturmessung an der Hautoberfläche der Brustdrüse ist nur bei Vorliegen eines abklärungsbedürftigen mammographischen Röntgenbefundes berechnungsfähig.		
624	Thermographische Untersuchung mittels elektronischer Infrafrotmessung mit Schwarzweiß-Wiedergabe und Farbthermogramm einschließlich der notwendigen Aufnahmen, je Sitzung	330	19,23
	Neben der Leistung nach Nummer 624 ist die Leistung nach Nummer 623 nicht berechnungsfähig.		
626	Rechtsherzkatheterismus – einschließlich Druckmessungen und oxymetrischer Untersuchungen sowie fortlaufender EKG- und Röntgenkontrolle –	1000	58,29

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punkt-zahl	Gebühr in EUR
	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	87,43
	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.		

Nr. 627 oder Nr. 629 neben Nr. 3060

Wird beim Abschluss der Operation ein Linksherzkatheter zur Druckmessung und fortlaufender Registrierung und oxymetrischen Untersuchungen eingebracht, so ist hierfür Nr. 627, ggf. Nr. 629 GOÄ berechenbar. Noch intraoperativ erfolgte Messungen sind aber mit der Nr. 3060 GOÄ abgegolten und nicht zusätzlich berechenbar. (Vergleiche auch zu 10.) Der gegenüber der vollständigen perkutanen Erbringung der Leistung (Nrn. 627/629) geminderte Aufwand muss sich gebührenmindernd auswirken. Die Berechnung mit dem 1,8fachen Gebührenansatz wird als sachgerecht angesehen.

Stand: 1. Oktober 1999

Nr. 627 GOÄ (Linksherzkatheterismus) intraoperativ

Nr. 627 GOÄ (Linksherzkatheterismus) – gleiches gilt für die Nr. 628 GOÄ – ist intraoperativ nicht für intraoperative Funktionsmessungen berechenbar. Zutreffend ist hier Nr. 3060 GOÄ (intraoperative Funktionsmessungen am und/oder im Herzen). (Siehe auch zu 21.)

Stand: 30. September 1999

628	Herzkatheterismus mit Druckmessungen und oxymetrischen Untersuchungen – einschließlich fortlaufender EKG- und Röntgenkontrolle – im zeitlichen Zusammenhang mt Leistungen nach den Nummern 355 und/oder 360	800	46,63
	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.		

Siehe Beschluss des Zentralen Konsultationsausschusses zu Nr. 627.

629	Transseptaler Linksherzkatheterismus – einschließlich Druckmessungen und oxymetrischer Untersuchungen sowie fortlaufender EKG- und Röntgenkontrolle –	2000	116,57
	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.		

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punkt-zahl	Gebühr in EUR
	Siehe Beschluss des Zentralen Konsultationsausschusses zu Nr. 627.		
630	Mikro-Herzkatheterismus unter Verwendung eines Einschwemmkatheters – einschließlich Druckmessungen nebst fortlaufender EKG-Kontrolle –	908	52,92
	Die Kosten für den Einschwemmkatheter sind mit der Gebühr abgegolten.		
	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.		
631	Anlegung eines transvenösen temporären Schrittmachers – einschließlich Venenpunktion, Elektrodeneinführung, Röntgendurchleuchtung des Brustkorbs und fortlaufender EKG-Kontrolle –	1110	64,70
	Nrn. 630 oder 631 für die Intraoperative Elektrodenversorgung, ggf. mit Testung und Probestimulation		
	Nur dann, wenn die Elektroden tatsächlich zur Stimulation des Herzens benutzt werden, ist Nr. 631 GOÄ (transvenöser Schrittmacher, 1110 Punkte) analog zum Einfachsatz – unabhängig von der Zahl der verwendeten Elektroden einmal im Rahmen einer Operation – anwendbar. Die prophylaktische, temporäre intraoperative Elektrodenversorgung ist nicht gesondert berechenbar.		
	Stand: 1. Oktober 1999		
	Mehrkammersysteme		
	Der Ansatz der Nr. 631 GOÄ ist nur einmal möglich, auch bei Mehrkammersystemen.		
	Stand: 7. Okober 1999		
632	Mikro-Herzkatheterismus unter Verwendung eines Einschwemmkatheters – einschließlich Druckmessungen und oxymetrischer Untersuchungen nebst fortlaufender EKG-Kontrolle – gegebenenfalls auch unter Röntgen-Kontrolle –	1210	70,53
	Die Kosten für den Einschwemmkatheter sind mit der Gebühr abgegolten. 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.		
634	Lichtreflex-Rheographie	120	6,99
635	Photoelektrische Volumenpulsschreibung an mindestens vier Punkten	227	13,23
636	Photoelektrische Volumenpulsschreibung mit Kontrolle des reaktiven Verhaltens der peripheren Arterien nach Belastung (z. B. mit Temperaturreizen)	379	22,09
637	Pulswellenlaufzeitbestimmung – gegebenenfalls einschließlich einer elektrokardiographischen Kontrollableitung –	227	13,23
638	Punktuelle Arterien- und/oder Venenpulsschreibung	121	7,05

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punkt-zahl	Gebühr in EUR
639	Prüfung der spontanen und reaktiven Vasomotorik (photoplethysmographische Registrierung der Blutfüllung und photoplethysmographischen Simultanregistrierung der Füllungsschwankungen peripherer Arterien an mindestens vier peripheren Gefäßabschnitten sowie gleichzeitige Registrierung des Volumenpulsbandes)	454	26,46
640	Phlebodynamometrie	650	37,89
641	Venenverschluss-plethysmograpische Untersuchung	413	24,07
642	Venenverschluss-plethysmographische Untersuchung mit reaktiver Hyperämiebelastung	554	32,29
643	Periphere Arterien- bzw. Venendruck- und/oder Strömungsmessung	120	6,99
644	Untersuchung der Strömungsverhältnisse in den Extremitätenarterien bzw. -venen mit direktionaler Ultraschall-Doppler-Technik – einschließlich graphischer Registrierung –	180	10,49
645	Untersuchung der Strömungsverhältnisse in den hirnversorgenden Arterien und den Periorbitalarterien mit direktionaler Ultraschall-Doppler-Technik – einschließlich graphischer Registrierung –	650	37,89
646	Hypoxietest (Simultanregistrierung des Atemvolumens und des Gasaustausches, der Arterialisation sowie der peripheren Vasomotorik mit gasanalytischen und photoelektrischen Verfahren)	605	35,26
647	Kardiologische und/oder hepatologische Kreislaufzeitmessung(en) mittels Indikatorverdünnungsmethoden – einschließlich Kurvenschreibung an verschiedenen Körperstellen mit Auswertung und einschließlich Applikation der Testsubstanz –	220	12,82
648	Messung(en) des zentralen Venen- und Arteriendrucks, auch unter Belastung –, einschließlich Venen- oder Arterienpunktion, Kathetereinführung(en) und gegebenenfalls Röntgenkontrolle –	605	35,26
649	Transkranielle, Doppler-sonographische Untersuchung – ein-einschließlich graphischer Registrierung –	650	37,89
650	Elektrokardiographische Untersuchung zur Feststellung einer Rhythmusstörung und/oder zur Verlaufskontrolle – gegebenenfalls als Notfall-EKG –	152	8,86

Berechnung Nr. 650 GOÄ (EKG) intraoperativ durch den Operateur

Die Berechnung der Nr. 650 (EKG) ist intraoperativ weder vom Chirurgen noch vom Anästhesisten für die reine Monitorüberwachung möglich. Nr. 650 GOÄ setzt eine entsprechende Indikation, Ausdrucke des EKGs und deren Auswertung voraus.

Stand: 30. September 1999

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punkt-zahl	Gebühr in EUR
651	Elektrokardiographische Untersuchung in Ruhe – auch gegebenenfalls nach Belastung – mit Extremitäten- und Brustwandableitungen (mindestens neun Ableitungen)	253	14,75
652	Elektrokardiographische Untersuchung unter fortschreibender Registrierung (mindestens neun Ableitungen) in Ruhe und bei physikalisch definierter und reproduzierter Belastung (Ergometrie) – gegebenenfalls auch Belastungsänderung –	445	25,94
653	Elektrokardiographische Untersuchung auf telemetrischem Wege	253	14,75
	Die Leistungen nach den Nummern 650 bis 653 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.		
654	Langzeitblutdruckmessung von mindestens 18 Stunden Dauer – einschließlich Aufzeichnung und Auswertung –	150	8,74
655	Elektrokardiographische Untersuchung mittels Ösophagusableitung – einschließlich Einführen der Elektrode – zusätzlich zu den Nummern 651 oder 652	152	8,86
656	Elektrokardiographische Untersuchung mittels intrakavitärer Ableitung am Hisschen Bündel einschließlich Röntgenkontrolle	1820	106,08
657	Vektorkardiographische Untersuchung	253	14,75
659	Elektrokardiographische Untersuchung über mindestens 18 Stunden (Langzeit-EKG) – gegebenenfalls einschließlich gleichzeitiger Registrierung von Puls und Atmung –, mit Auswertung	400	23,31
660	Phonokardiographische Untersuchung mit mindestens zwei verschiedenen Ableitpunkten in mehreren Frequenzbereichen – einschließlich einer elektrokardiographischen Kontrollableitung sowie gegebenenfalls mit Karotispulskurve und/oder apexkardiographischer Untersuchung –	303	17,66
661	Impulsanalyse und EKG zur Überwachung eines implantierten Schrittmachers – gegebenenfalls mit Magnettest –	530	30,89
665	Grundumsatzbestimmung mittels Stoffwechselapparatur ohne Kohlensäurebestimmung	121	7,05
666	Grundumsatzbestimmung mittels Stoffwechselapparatur mit Kohlensäurebestimmung	227	13,23
669	Ultraschallechographie des Gehirns (Echoenzephalographie)	212	12,36
670	Einführung einer Magenverweilsonde zur enteralen Ernährung oder zur Druckentlastung	120	6,99
671	Fraktionierte Ausheberung des Magensaftes – auch nach Probefrühstück oder Probemahlzeit –	120	6,99

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punkt-zahl	Gebühr in EUR
672	Ausheberung des Duodenalsaftes – auch mit Gallenreflex oder Duodenalspülung, gegebenenfalls fraktioniert –	120	6,99
674	Anlage eines Pneumothorax – gegebenenfalls einschließlich Röntgendurchleuchtungen vor und nach der Füllung –	370	21,57
675	Pneumothoraxfüllung – gegebenenfalls einschließlich Röntgendurchleuchtungen vor und nach der Füllung –	275	16,03
676	Magenuntersuchung unter Sichtkontrolle (Gastroskopie) mittels endogastral anzuwendender Kamera einschließlich Aufnahmen	800	46,63
	Mit der Gebühr sind die Kosten abgegolten.		
677	Bronchoskopie oder Thorakoskopie	600	34,97
678	Bronchoskopie mit zusätzlichem operativem Eingriff (z. B. Probeexzision, Katheterbiopsie, periphere Lungenbiopsie, Segmentsondierungen) – gegebenenfalls einschließlich Lavage –	900	52,46
679	Mediastinoskopie – gegebenenfalls einschließlich Skalenoskopie und/oder Probeexzision und/oder Probepunktion – ...	1100	64,12
Nr. 679 oder 680 GOÄ neben Nr. 402 GOÄ			
Neben Nr. 402 GOÄ (Zuschlag zu sonographischen Leistungen bei transösophagealer Untersuchung) kann für die Einführung einer transösophagealen Echokardiographie die Sonde nicht nochmals mit Nr. 679 (Mediastinoskopie) oder Nr. 680 (Ösophagoskopie) GOÄ analog neben Nr. 402 berechnet werden. Mit Nr. 402 ist nicht nur der erhöhte Schwierigkeitsgrad bei der Beschaffung berücksichtigt, sondern auch die Einführung der Sonde.			
Stand: 7. Oktober 1999			
680	Ösophagoskopie – gegebenenfalls einschließlich Probeexzision und/oder Probepunktion –	550	32,06
Siehe Beschluss des Zentralen Konsultationsausschusses zu Nr. 679.			
681	Ösophagoskopie mit zusätzlichem operativem Eingriff (z. B. Fremdkörperentfernung) – gegebenenfalls einschließlich Probeexzision und/oder Probepunktion –	825	48,09
682	Gastroskopie unter Einsatz vollflexibler optischer Instrumente – gegebenenfalls einschließlich Probeexzision und/oder Probepunktion –	850	49,54
683	Gastroskopie einschließlich Ösophagoskopie unter Einsatz vollflexibler optischer Instrumente – gegebenenfalls einschließlich Probeexzision und/oder Probepunktion –	1000	58,29
684	Bulboskopie – gegebenenfalls einschließlich Ösophago- und Gastroskopie, Probeexzision und/oder Probepunktion –	1200	69,94
685	Duodeno-/Jejunoskopie – gegebenenfalls einschließlich einer vorausgegangenen Ösophago-/Gastro-/Bulboskopie, Probeexzision und/oder Probepunktion –	1350	78,69

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punkt-zahl	Gebühr in EUR
686	Duodenoskopie mit Sondierung der Papilla Vateri zwecks Einbringung von Kontrastmittel und/oder Entnahme von Sekret – gegebenenfalls einschließlich Probeexzision und/ oder Probepunktion –	1500	87,43
687	Hohe Koloskopie bis zum Coecum – gegebenenfalls einschließlich Probeexzision und/oder Probepunktion –	1500	87,43
688	Partielle Koloskopie – gegebenenfalls einschließlich Rektoskopie, Probeexzision und/oder Probepunktion –	900	52,46
689	Sigmoidoskopie unter Einsatz vollflexibler optischer Instrumente – einschließlich Rektoskopie sowie gegebenenfalls einschließlich Probeexzision und/oder Probepunktion –	700	40,80
690	Rektoskopie – gegebenenfalls einschließlich Probeexzision und/oder Probepunktion –	350	20,40
691	Ösophago-/Gastro-/Bulboskopie mit nachfolgender Sklerosierung von Ösophagusvarizen – gegebenenfalls einschließlich Probeexzision und/oder Probepunktion –	1400	81,60
692	Duodenoskopie mit Sondierung der Papilla Vateri zwecks Einbringung von Kontrastmittel und/oder Entnahme von Sekret – gegebenenfalls einschließlich Probeexzision und/oder Probepunktion – mit Papillotomie (Hochfrequenzelektroschlinge) und Steinentfernung	1900	110,75
692a	Plazierung einer Drainage in den Gallen- oder Pankreasgang – zusätzlich zu einer Leistung nach den Nummern 685, 686 oder 692	400	23,31
693	Langzeit-pH-metrie des Ösophagus – einschließlich Sondeneinführung –	300	17,49
694	Manometrische Untersuchung des Ösophagus	500	29,14
695	Entfernung eines oder mehrerer Polypen oder Schlingenbiopsie mittels Hochfrequenzelektroschlinge – gegebenenfalls einschließlich Probeexzision und/oder Probepunktion – zusätzlich zu den Nummern 682 bis 685 und 687 bis 689 –	400	23,31
696	Entfernung eines oder mehrerer Polypen oder Schlingenbiopsie mittels Hochfrequenzelektroschlinge – gegebenenfalls einschließlich Probeexzision und/oder Probepunktion – zusätzlich zu Nummer 690 –	200	11,66
697	Saugbiopsie des Dünndarms – gegebenenfalls einschließlich Röntgenkontrolle, Probeexzision und/ oder Probepunktion –	400	23,31
698	Kryochirurgischer Eingriff im Enddarmbereich	200	11,66
699	Infrarotkoagulation im Enddarmbereich, je Sitzung	120	6,99
700	Laparoskopie (mit Anlegung eines Pneumoperitoneums) oder Nephroskopie – gegebenenfalls einschließlich Probeexzision und/oder Probepunktion –	800	46,63

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punkt-zahl	Gebühr in EUR
701	Laparoskopie (mit Anlegung eines Pneumoperitoneums) mit intraabdominalem Eingriff – gegebenenfalls einschließlich Probeexzision und/oder Probepunktion –	1050	61,20
703	Ballonsondentamponade bei blutenden Ösophagus- und/oder Fundusvarizen	500	29,14
705	Proktoskopie	152	8,86
706	Licht- oder Laserkoagulation(en) zur Beseitigung von Stenosen oder zur Blutstillung bei endoskopischen Eingriffen, je Sitzung	600	34,97
714	Neurokinesiologische Diagnostik nach Vojta (Lagereflexe) sowie Prüfung des zerebellaren Gleichgewichts und der Statomotorik	180	10,49
715	Prüfung der kindlichen Entwicklung bezüglich der Grobmotorik, der Feinmotorik, der Sprache und des sozialen Verhaltens nach standardisierten Skalen mit Dokumentationen des entsprechenden Entwicklungsstandes	220	12,82
	Neben der Leistung nach Nummer 715 sind die Leistungen nach den Nummern 8 und 26 nicht berechnungsfähig.		
716	Prüfung der funktionellen Entwicklung bei einem Säugling oder Kleinkind (z. B. Bewegungs- und Wahrnehmungsvermögen) nach standardisierten Methoden mit Dokumentation des entsprechenden Entwicklungsstandes, je Untersuchungsgang	69	4,02
717	Prüfung der funktionellen Entwicklung bei einem Kleinkind (z. B. Sprechvermögen, Sprachverständnis, Sozialverhalten) nach standardisierten Methoden mit Dokumentation des entsprechenden Entwicklungsstandes, je Untersuchungsgang	110	6,41
718	Höchstwert bei den Untersuchungen nach den Nummern 716 und 717, auch bei deren Nebeneinanderberechnung	251	14,63
	Bei Berechnung des Höchstwertes sind die Arten der Untersuchungen anzugeben.		
719	Funktionelle Entwicklungstherapie bei Ausfallerscheinungen in der Motorik, im Sprachbereich und/oder Sozialverhalten, als Einzelbehandlung, Dauer mindestens 45 Minuten	251	14,63
725	Systematische sensomotorische Entwicklungs- und Übungsbehandlung von Ausfallerscheinungen am Zentralnervensystem als zeitaufwändige Einzelbehandlung – gegebenenfalls einschließlich individueller Beratung der Betreuungsperson –, Dauer mindestens 45 Minuten	300	17,49
	Neben der Leistung nach Nummer 725 sind die Leistungen nach den Nummern 505 bis 527, 535 bis 555, 719, 806, 846, 847, 849, 1559 und 1560 nicht berechnungsfähig.		

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punkt-zahl	Gebühr in EUR
726	Systematische sensomotorische Behandlung von zentralbedingten Sprachstörungen – einschließlich aller dazugehörender psychotherapeutischer, atemgymnastischer, physikalischer und sedierender Maßnahmen sowie gegebenenfalls auch Dämmerschlaf – als zeitaufwändige Einzelbehandlung, Dauer mindestens 45 Minuten	300	17,49
	Neben der Leistung nach Nummer 726 sind die Leistungen nach den Nummern 719, 849, 1559 und 1560 nicht berechnungsfähig.		
	Die Leistung nach Nummer 726 ist neben der Leistung nach Nummer 725 an demselben Tage nur berechnungsfähig, wenn beide Behandlungen zeitlich getrennt voneinander mit einer Dauer von jeweils mindestens 45 Minuten erbracht werden.		
740	Kryotherapie der Haut, je Sitzung	71	4,14
741	Verschorfung mit heißer Luft oder heißen Dämpfen, je Sitzung	76	4,43
742	Epilation von Haaren im Gesicht durch Elektrokoagulation bei generalisiertem krankhaften Haarwuchs infolge Endokrinopathie (z. B. Hirsutismus), je Sitzung	165	9,62
743	Schleifen und Schmirgeln und/oder Fräsen von Bezirken der Haut oder der Nägel, je Sitzung	75	4,37
744	Stanzen der Haut, je Sitzung	80	4,66
745	Auskratzen von Wundgranulationen oder Entfernung von jeweils bis zu drei Warzen mit dem scharfen Löffel	46	2,68
746	Elektrolyse oder Kauterisation, als selbstständige Leistung	46	2,68
747	Setzen von Schröpfköpfen, Blutegeln oder Anwendung von Saugapparaten, je Sitzung	44	2,56
748	Hautdrainage	76	4,43
750	Auflichtmikroskopie der Haut (Dermatoskopie), je Sitzung	120	6,99
752	Bestimmung des Elektrolytgehalts im Schweiß durch Widerstandsmessung – einschließlich Stimulation der Schweißsekretion –	150	8,74
755	Hochtouriges Schleifen von Bezirken der Haut bei schweren Entstellungen durch Naevi, narbige Restzustände nach Akne vulgaris und ähnlichen Indikationen, je Sitzung	240	13,99
756	Chemochirurgische Behandlung spitzer Kondylome, auch in mehreren Sitzung	121	7,05
757	Chemochirurgische Behandlung einer Präkanzerose – gegebenenfalls in mehreren Sitzungen –	150	8,74
758	Sticheln oder Öffnen und Ausquetschen von Aknepusteln, je Sitzung	75	4,37

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punkt-zahl	Gebühr in EUR
759	Bestimmung der Alkalineutralisationszeit	76	4,43
760	Alkaliresistenzbestimmung (Tropfmethode)	121	7,05
761	UV-Erythemschwellenwertbestimmung – einschließlich Nachschau –	76	4,43
762	Entleerung des Lymphödems an Arm oder Bein durch Abwicklung mit Gummischlauch	130	7,58
763	Spaltung oberflächlich gelegener Venen an einer Extremität oder von Hämorrhoidalknoten mit Thrombus-Expressionen – gegebenenfalls einschließlich Naht –	148	8,63
764	Verödung (Sklerosierung) von Krampfadern oder Hämorrhoidalknoten, je Sitzung	190	11,07
765	Operative Entfernung hypertropher zirkumanaler Hautfalten (Marisquen)	280	16,32
766	Ligaturbehandlung von Hämorrhoiden einschließlich Protoskopie, je Sitzung	225	13,11
768	Ätzung im Enddarmbereich, als selbstständige Leistung	50	2,91
770	Ausräumung des Mastdarms mit der Hand	140	8,16
780	Apparative Dehnung (Sprengung) eines Kardiospasmus	242	14,11
781	Bougierung der Speiseröhre, je Sitzung	76	4,43
784	Erstanlegen einer externen Medikamentenpumpe – einschließlich Einstellung sowie Beratung und Schulung des Patienten – gegebenenfalls in mehreren Sitzungen	275	16,03
785	Anlage und Überwachung einer Peritonealdialyse einschließlich der ersten Sitzung	330	19,23
786	Peritonealdialyse bei liegendem Katheter einschließlich Überwachung, jede (weitere) Spülung	55	3,21
790	Ärztliche Betreuung bei Hämodialyse als Training des Patienten und gegebenenfalls seines Dialysepartners zur Vorbereitung auf Heim- oder Limited-Care-Dialysen, auch als Hämofiltration, je Dialyse	500	29,14
791	Ärztliche Betreuung eines Patienten bei Hämodialyse als Heimdialyse oder Limited-Care-Dialyse, auch als Hömofiltration, je Dialyse	320	18,65

Nr. 791 analog für die Anwendung des Cell-Savers

Die Eigenständigkeit der ärztlichen Leistung bei der Anwendung des Cell-Savers wird übereinstimmend gesehen. Nr. 289 der alten GOÄ (Blutautotransfusion) fehlt in der neuen GOÄ. Als angemessen wird die analoge Berechnung mit Nr. 791 GOÄ (Ärztliche Betreuung eines Patienten bei Heimdialyse) angesehen. Diese ist nur einmal je Sitzung, unabhängig von der Menge des zurückgewonnenen und retransfundierten Blutes, berechenbar. Bei (seltenen) postoperativen Anwendungen ist die Berechnung einmal – unabhängig von der Dauer der postoperativen Anwendung – möglich.

Stand: 1. Oktober 1999

Nr. Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Leistung	Punktzahl	Gebühr in EUR
792	Ärztliche Betreuung eines Patienten bei Hämodialyse als Zentrums- oder Praxisdialyse (auch als Feriendialyse) – auch als Hämofiltration oder bei Plasmapherese –, je Dialyse bzw. Sitzung	440	25,65
793	Ärztliche Betreuung eines Patienten, bei kontinuierlicher ambulanter Peritonealdialyse (CAPD), je Tag	115	6,70
	Der Leistungsinhalt der Nummern 790 bis 793 umfasst insbesondere die ständige Bereitschaft von Arzt und gegebenenfalls Dialysehilfspersonal, die regelmäßigen Beratungen und Untersuchungen des Patienten, die Anfertigung und Auswertung der Dialyseprotokolle sowie die regelmäßigen Besuche bei Heimdialyse-Patienten mit Gerätekontrollen im Abstand von mindestens drei Monaten. Bei der Zentrums- und Praxisdialyse ist darüber hinaus die ständige Anwesenheit des Arztes während der Dialyse erforderlich.		
	Leistungen nach den Abschnitten B und C (mit Ausnahme der Leistung nach Nummer 50 in Verbindung mit einem Zuschlag nach den Buchstaben E, und/oder H) sowie die Leistungen nach den Nummern 3550, 3555, 3557, 3558, 3562.H1, 3565.H1, 3574, 3580.H1, 3584.H1, 3585.H1, 3587.H1, 3592.H1, 3594.H1, 3595.H1, 3620, 3680, 3761 und 4381, die in ursächlichem Zusammenhang mit der Dialysebehandlung erbracht werden, sind nicht gesondert berechnungsfähig. Dies gilt auch für Auftragsleistungen.		

G. Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie

Nr. Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Leistung	Punktzahl	Gebühr in EUR
800	Eingehende neurologische Untersuchung – gegebenenfalls einschließlich der Untersuchung des Augenhintergrundes –	195	11,37
	Neben der Leistung nach Nummer 800 sind die Leistungen nach den Nummern 8, 26, 825, 826, 830 und 1400 nicht berechnungsfähig.		
801	Eingehende psychiatrische Untersuchung – gegebenenfalls unter Einschaltung der Bezugs- und/ oder Kontaktperson –	250	14,57
	Neben der Leistung nach Nummer 801 sind die Leistungen nach den Nummern 4, 8, 715 bis 718, 825, 826, 830 und 1400 nicht berechnungsfähig.		
804	Psychiatrische Behandlung durch eingehendes therapeutisches Gespräch – auch mit gezielter Exploration –	150	8,74

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punkt-zahl	Gebühr in EUR
806	Psychiatrische Behandlung durch gezielte Exploration und eingehendes therapeutisches Gespräch, auch in akuter Konfliktsituation – gegebenenfalls unter Einschluss eines eingehenden situationsregulierenden Kontaktgespräches mit Dritten –, Mindestdauer 20 Minuten	250	14,57
807	Erhebung einer biographischen psychiatrischen Anamnese bei Kindern oder Jugendlichen unter Einschaltung der Bezugs- und Kontaktpersonen mit schriftlicher Aufzeichnung, auch in mehreren Sitzungen	400	23,31
	Die Leistung nach Nummer 807 ist im Behandlungsfall nur einmal berechnungsfähig.		
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	23,31
812	Psychiatrische Notfallbehandlung bei Suizidversuch und anderer psychischer Dekompensation durch sofortige Intervention und eingehendes therapeutisches Gespräch	500	29,14
816	Neuropsychiatrische Behandlung eines Anfallkranken mit Kontrolle der Anfallaufzeichnung – gegebenenfalls mit medikamentöser Ein- oder Umstellung und auch mit Einschaltung von Kontaktpersonen –	180	10,49
817	Eingehende psychiatrische Beratung der Bezugspersonen psychisch gestörter Kinder oder Jugendlicher anhand erhobener Befunde und Erläuterung geplanter therapeutischer Maßnahmen	180	10,49
825	Genaue Geruchs- und/oder Geschmacksprüfung zur Differenzierung von Störungen der Hirnnerven, als selbstständige Leistung	83	4,84
826	Gezielte neurologische Gleichgewichts- und Koordinationsprüfung – gegebenenfalls einschließlich kalorisch-otologischer Prüfung –	99	5,77
	Neben der Leistung nach Nummer 826 ist die Leistung nach Nummer 1412 nicht berechnungsfähig.		
827	Elektroenzephalographische Untersuchung – auch mit Standardprovokationen –	605	35,26
827a	Langzeit-elektroenzephalographische Untersuchung von mindestens 18 Stunden Dauer – einschließlich Aufzeichnung und Auswertung –	950	55,37
828	Messung visuell, akustisch oder somatosensorisch evozierter Hirnpotenziale (VEP, AEP, SSP)	605	35,26

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punkt-zahl	Gebühr in EUR
829	Sensible Elektroneurographie mit Oberflächenelektroden – gegebenenfalls einschließlich Bestimmung der Rheobase und der Chronaxie –	160	9,33
830	Eingehende Prüfung auf Aphasie, Apraxie, Alexie, Agraphie, Agnosie und Körperschemastörungen	80	4,66
831	Vegetative Funktionsdiagnostik – auch unter Anwendung pharmakologischer Testmethoden (z. B. Minor) einschließlich Wärmeanwendung und/oder Injektionen –	80	4,66
832	Befunderhebung am Nervensystem durch Faradisation und/oder Galvanisation	158	9,21
833	Begleitung eines psychisch Kranken bei Überführung in die Klinik – einschließlich Ausstellung der notwendigen Bescheinigungen –	285	16,61
	Verweilgebühren sind nach Ablauf einer halben Stunde zusätzlich berechnungsfähig.		
835	Einmalige, nicht in zeitlichem Zusammenhang mit einer eingehenden Untersuchung durchgeführte Erhebung der Fremdanamnese über einen psychisch Kranken oder über ein verhaltensgestörtes Kind	64	3,73
836	Intravenöse Konvulsionstherapie	190	11,07
837	Elektrische Konvulsionstherapie	273	15,91
838	Elektromyographische Untersuchung zur Feststellung peripherer Funktionsstörungen der Nerven und Muskeln	550	32,06
839	Elektromyographische Untersuchung zur Feststellung peripherer Funktionsstörungen der Nerven und Muskeln mit Untersuchung der Nervenleitungsgeschwindigkeit	700	40,80
840	Sensible Elektroneurographie mit Nadelelektroden – gegebenenfalls einschließlich Bestimmung der Rheobase und Chronaxie –	700	40,80
842	Apparative isokinetische Muskelfunktionsdiagnostik	500	29,14
	Die Leistung nach Nummer 842 ist im Behandlungsfall nur einmal berechnungsfähig.		
845	Behandlung einer Einzelperson durch Hypnose	150	8,74
846	Übende Verfahren (z. B. autogenes Training) in Einzelbehandlung, Dauer mindestens 20 Minuten	150	8,74
847	Übende Verfahren (z. B. autogenes Training) in Gruppenbehandlung mit höchstens zwölf Teilnehmern, Dauer mindestens 20 Minuten, je Teilnehmer	45	2,62
849	Psychotherapeutische Behandlung bei psychoreaktiven, psychosomatischen oder neurotischen Störungen, Dauer mindestens 20 Minuten	230	13,41

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punkt-zahl	Gebühr in EUR
855	Anwendung und Auswertung projektiver Testverfahren (z. B. Rorschach-Test, TAT) mit schriftlicher Aufzeichnung, insgesamt	722	42,08
856	Anwendung und Auswertung standardisierter Intelligenz- und Entwicklungstests (Staffeltest oder HAWIE(K), IST/Amthauer, Bühler-Hetzer, Binet-Simon, Kramer) mit schriftlicher Aufzeichnung, insgesamt	361	21,04
	Neben der Leistung nach Nummer 856 sind die Leistungen nach den Nummern 715 bis 718 nicht berechnungsfähig.		
857	Anwendung und Auswertung orientierender Testuntersuchungen (z. B. Fragebogentest nach Eysenck, MPQ oder MPI, Raven-Test, Sceno-Test, Wartegg-Zeichentest, Haus-Baum-Mensch, mit Ausnahme des so genannten Lüscher-Tests), insgesamt	116	6,76
	Neben der Leistung nach Nummer 857 sind die Leistungen nach den Nummern 716 und 717 nicht berechnungsfähig.		
860	Erhebung einer biographischen Anamnese unter neurosenpsychologischen Gesichtspunkten mit schriftlicher Aufzeichnung zur Einleitung und Indikationsstellung bei tiefenpsychologisch fundierter und analytische Psychotherapie, auch in mehreren Sitzungen	920	53,62
	Die Nummer 860 ist im Behandlungsfall nur einmal berechnungsfähig.		
	Neben der Leistung nach Nummer 860 sind die Leistungen nach den Nummern 807 und 835 nicht berechnungsfähig.		
861	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Einzelbehandlung, Dauer mindestens 50 Minuten	690	40,22
862	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Gruppenbehandlung mit einer Teilnehmerzahl von höchstens acht Personen, Dauer mindestens 100 Minuten, je Teilnehmer	345	20,11
863	Analytische Psychotherapie, Einzelbehandlung, Dauer mindestens 50 Minuten	690	40,22
864	Analytische Psychotherapie, Gruppenbehandlung mit einer Teilnehmerzahl von höchstens acht Personen, Dauer mindestens 100 Minuten, je Teilnehmer	345	20,11
865	Besprechung mit dem nichtärztlichen Psychotherapeuten über die Fortsetzung der Behandlung	345	20,11
870	Verhaltenstherapie, Einzelbehandlung, Dauer mindestens 50 Minuten – gegebenenfalls Unterteilung in zwei Einheiten von jeweils mindestens 25 Minuten –	750	43,72
871	Verhaltenstherapie, Gruppenbehandlung mit einer Teilnehmerzahl von höchstens 8 Personen, Dauer mindestens 50 Minuten, je Teilnehmer	150	8,74

Nr. Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Leistung	Punktzahl	Gebühr in EUR
	Bei einer Leistungsdauer von mindestens 100 Minuten kann die Leistung nach Nummer 871 zweimal berechnet werden.		
885	Eingehende psychiatrische Untersuchung bei Kindern oder Jugendlichen unter auch mehrfacher Einschaltung der Bezugs- und/oder Kontaktperson(en) unter Berücksichtigung familienmedizinischer und entwicklungspsychologischer Bezüge	500	29,14
886	Psychiatrische Behandlung bei Kindern und/oder Jugendlichen unter Einschaltung der Bezugs- und/ oder Kontaktperson(en) unter Berücksichtigung familienmedizinischer und entwicklungspsychologischer Bezüge, Dauer mindestens 40 Minuten	700	40,80
887	Psychiatrische Behandlung in Gruppen bei Kindern und/oder Jugendlichen, Dauer mindestens 60 Minuten, bei einer Teilnehmerzahl von höchstens zehn Personen, je Teilnehmer	200	11,66

H. Geburtshilfe und Gynäkologie

Allgemeine Bestimmungen

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

Nr. Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Leistung	Punktzahl	Gebühr in EUR
1001	Tokographische Untersuchung	120	6,99
1002	Externe kardiotokographische Untersuchung	200	11,66
1003	Interne kardiotokographische Untersuchung – gegebenenfalls einschließlich mit einer im zeitlichen Zusammenhang des Geburtsvorganges vorausgegangenen externen Kardiotokographie –	379	22,09
	Neben den Leistungen nach den Nummern 1002 und 1003 ist die Leistung nach Nummer 1001 nicht berechnungsfähig.		
1010	Amnioskopie	148	8,63
1011	Amniozentese – einschließlich Fruchtwasserentnahme –	266	15,50
1012	Blutentnahme beim Fetus	74	4,31
1013	Blutentnahme beim Fetus – einschließlich pH-Messung(en) im Blut –	178	10,38

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punkt-zahl	Gebühr in EUR
1014	Blutentnahme beim Fetus mittels Amnioskopie – einschließlich pH-Messung(en) im Blut	296	17,25
1020	Erweiterung des Gebärmutterhalses durch Dehnung im Zusammenhang mit einer Geburt – gegebenenfalls einschließlich Eipollösung –	148	8,63
1021	Beistand von mindestens zwei Stunden Dauer bei einer Geburt, die auf natürlichem Wege nicht beendet werden kann, ausschließlich Kunsthilfe	266	15,50
1022	Beistand bei einer Geburt, auch Risikogeburt, regelwidriger Kindslage, Mehrlingsgeburt, ausschließlich Kunsthilfe, sofern der Arzt die Geburt auf natürlichem Wege bis zur Beendigung eingeleitet hat	1300	75,77
1025	Entbindung durch Manualextraktion am Beckenende	554	32,29
1026	Entbindung durch Vakuumextraktion	832	48,50
1027	Entbindung durch Zange	832	48,50
1028	Äußere Wendung	370	21,57
1029	Innere oder kombinierte Wendung – auch mit Extraktion –	1110	64,70
1030	Entbindung bei vorliegendem Mutterkuchen, zusätzlich	370	21,57
	Neben den Leistungen nach den Nummern 1025 bis 1030 kann jeweils eine Leistung nach der Nummer 1021 oder 1022 zusätzlich berechnet werden.		
1031	Entbindung durch Perforation oder Embryotomie, mit Extraktion	1950	113,66
1032	Schnittentbindung von der Scheide oder von den Bauchdecken aus	2310	134,64
1035	Operation der Uterusruptur ohne Uterusexstirpation	2030	118,32
1036	Operation der Uterusruptur mit Uterusexstirpation	2770	161,46
1040	Reanimation eines asphyktischen Neugeborenen durch apparative Beatmung – auch mit Intubation und gegebenenfalls einschließlich extrathorakaler indirekter Herzmassage –	350	20,40
1041	Entfernung der Nachgeburt oder von Resten durch inneren Eingriff mit oder ohne Kürettement	824	48,03
1042	Behandlung einer Blutung nach der Geburt durch innere Eingriffe	554	32,29
1043	Naht des Gebärmutterhalses – einschließlich der vorangegangenen Erweiterung durch Schnitt oder Naht eines frischen Mutterhalsrisses –	620	36,14
1044	Naht der weichen Geburtswege – auch nach vorangegangener künstlicher Erweiterung – und/oder Naht eines Dammrisses I. oder II. Grades und/ oder Naht eines Scheidenrisses	420	24,48

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punkt-zahl	Gebühr in EUR
	Neben der Leistung nach Nummer 1044 ist die Leistung nach Nummer 1096 nicht berechnungsfähig.		
1045	Naht eines vollkommenen Dammrisses (III. Grades)	924	53,86
	Neben der Leistung nach Nummer 1045 ist die Leistung nach Nummer 1044 nicht berechnungsfähig.		
1048	Operation einer Extrauterinschwangerschaft	2310	134,64
1049	Aufrichtung der eingeklemmten Gebärmutter einer Schwangeren – auch mit Einlage eines Ringes –	296	17,25
1050	Instrumentale Einleitung einer Geburt oder Fehlgeburt, als selbstständige Leistung	296	17,25
1051	Beistand bei einer Fehlgeburt ohne operative Hilfe	185	10,78
1052	Beistand bei einer Fehlgeburt und deren Beendigung durch inneren Eingriff	739	43,07
1055	Abbruch einer Schwangerschaft bis einschließlich 12. Schwangerschaftswoche – gegebenenfalls einschließlich Erweiterung des Gebärmutterhalskanals –	800	46,63
1056	Abbruch einer Schwangerschaft ab der 13. Schwangerschaftswoche – gegebenenfalls einschließlich Erweiterung des Gebärmutterhalskanals –	1200	69,94
	Neben den Leistungen nach den Nummern 1055 und 1056 ist die intravaginale oder intrazervikale Applikation von Prostaglandin-Gel nicht gesondert berechnungsfähig.		
1060	Ausräumung einer Blasenmole oder einer missed abortion	924	53,86
1061	Abtragung des Hymens oder Eröffnung eines Hämatokolpos	185	10,78
1062	Vaginoskopie bei einer Virgo	178	10,38
1063	Vaginoskopie bei einem Kind bis zum vollendeten 10. Lebensjahr	240	13,99
1070	Kolposkopie	73	4,25
1075	Vaginale Behandlung – auch einschließlich Einbringung von Arzneimitteln in die Gebärmutter, Ätzung des Gebärmutterhalses und/oder Behandlung von Portioerosionen –	45	2,62
1080	Entfernung eines Fremdkörpers aus der Scheide eines Kindes	106	6,18
1081	Ausstopfung der Scheide zur Blutstillung, als selbstständige Leistung	59	3,44
1082	Ausstopfung der Gebärmutter – gegebenenfalls einschließlich Scheide – zur Blutstillung, als selbstständige Leistung	178	10,38
1083	Kauterisation an der Portio und/oder der Zervix, als selbstständige Leistung	70	4,08

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punkt-zahl	Gebühr in EUR
1084	Thermokoagulation an der Portio und/oder der Zervix, als selbstständige Leistung	118	6,88
1085	Kryochirurgischer Eingriff im Vaginalbereich, als selbstständige Leistung	296	17,25
1086	Konisation der Portio	296	17,25
1087	Einlegen oder Wechseln eines Ringes oder Anlegen eines Portio-Adapters	55	3,21
1088	Lageverbesserung der Gebärmutter mit Einlegen eines Ringes	93	5,42
1089	Operative Entfernung eines eingewachsenen Ringes aus der Scheide	463	26,99
1090	Einlegen oder Wechseln eines Okklusivpessars	52	3,03
1091	Einlegen oder Wechseln eines Intrauterinpessars	106	6,18
1092	Entfernung eines Intrauterinpessars	52	3,03
1095	Operative Reposition der umgestülpten Gebärmutter	2310	134,64
1096	Erweiterung des Gebärmutterhalses durch Dehnung	148	8,63
1097	Erweiterung des Gebärmutterhalses durch Schnitt – gegebenenfalls einschließlich Naht –	296	17,25
1098	Durchtrennung oder Sprengung eines stenosierenden Narbenstranges der Scheide	296	17,25
1099	Operative Behandlung der Hämato- oder Pyometra	647	37,71
1102	Entfernung eines oder mehrerer Polypen und/oder Abrasio aus dem Gebärmutterhals oder dem Muttermund	148	8,63
1103	Probeexzision aus dem Gebärmutterhals und/oder dem Muttermund und/oder der Vaginalwand – gegebenenfalls einschließlich Abrasio und auch einschließlich Entfernung eines oder mehrerer Polypen –	185	10,78
1104	Ausschabung und/oder Absaugung der Gebärmutterhöhle einschließlich Ausschabung des Gebärmutterhalses – gegebenenfalls auch mit Probeexzision aus Gebärmutterhals und/oder Muttermund und/oder Vaginalwand sowie gegebenenfalls einschließlich Entfernung eines oder mehrerer Polypen –	647	37,71
1105	Gewinnung von Zellmaterial aus der Gebärmutterhöhle und Aufbereitung zur zytologischen Untersuchung – einschließlich Kosten –	180	10,49
1110	Hysteroskopie	444	25,88
1111	Hysteroskopie mit zusätzlichem(n) operativem(n) Eingriff(en)	739	43,07
1112	Tubendurchblasung	296	17,25
1113	Tubendurchblasung mit Druckschreibung	420	24,48

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punkt-zahl	Gebühr in EUR
1114	Insemination – auch einschließlich Konservierung und Aufbereitung des Samens –	370	21,57
1120	Operation eines alten unvollkommenen Dammrisses – auch einschließlich Naht von Einrissen der Vulva und/oder Vagina –	647	37,71
1121	Operation eines alten vollkommenen Dammrisses	1660	96,76
	Neben der Leistung nach Nummer 1121 ist die Leistung nach Nummer 1126 nicht berechnungsfähig.		
1122	Operation eines alten Gebärmutterhalsrisses	739	43,07
1123	Plastische Operation bei teilweisem Verschluss der Scheide	2770	161,46
1123a	Plastische Operation zur Öffnung der Scheide bei anogentialer Fehlbildung im Kindesalter	2270	132,31
1124	Plastische Operation bei gänzlichem Fehlen der Scheide	3700	215,66
1125	Vordere Scheidenplastik	924	53,86
1126	Hintere Scheidenplastik mit Beckenbodenplastik	1290	75,19
1127	Vordere und hintere Scheidenplastik mit Beckenbodenplastik	1660	96,76
1128	Scheiden- und Portioplastik – gegebenenfalls auch mit Zervixamputation mit Elevation des Uterus auf vaginalem Wege (z. B. Manchester-Fothergill, Interposition), auch mit Beckenbodenplastik –	2200	129,40
1129	Plastische Operation am Gebärmutterhals und/ oder operative Korrektur einer Isthmusinsuffizienz des Uterus (z. B. nach Shirodkar)	739	43,07
1131	Operative Entfernung eines Stützbandes oder einer Metallnaht nach Isthmusinsuffizienzoperation	379	22,09
1135	Zervixamputation	554	32,29
1136	Vordere und/oder hintere Kolpozöliotomie – auch Eröffnung eines Douglas-Abszesses –, als selbstständige Leistung	379	22,09
1137	Vaginale Myomenukleation	1290	75,19
1138	Vaginale oder abdominale Totalexstirpation des Uterus ohne Adnexentfernung	2770	161,46
1139	Vaginale oder abdominale Totalexstirpation des Uterus mit Adnexentfernung	3330	194,10
1140	Operative Behandlung einer konservativ unstillbaren Nachblutung nach vaginaler Uterusoperation	333	19,41
1141	Operation im Vaginal- oder Vulvabereich (z. B. Exstirpation von Vaginalzysten oder Bartholinischen Zysten oder eines Scheidenseptums)	554	32,29
1145	Ovarektomie, Ovariotomie, Salpingektomie, Salpingotomie, Salpingolyse und/oder Neoostomie durch vaginale oder abdominale Eröffnung der Bauchhöhle, einseitig	1660	96,76

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punkt-zahl	Gebühr in EUR
1146	Ovarektomie, Ovariotomie, Salpingektomie, Salpingotomie, Salpingolyse und/oder Neoostomie durch vaginale oder abdominale Eröffnung der Bauchhöhle, beidseitig	2220	129,40
1147	Antefixierende Operation des Uterus mit Eröffnung der Bauchhöhle	1480	86,27
1148	Plastische Operation bei Tubensterilität (z. B. Implantation, Anastomose), einseitig	2500	145,72
1149	Plastische Operation bei Tubensterilität (z. B. Implantation, Anastomose), beidseitig	3500	204,01
1155	Pelviskopie mit Anlegen eines druckkontrollierten Pneumoperitoneums und Anlegen eines Portioadapters – gegebenenfalls einschließlich Probeexzision und/oder Probepunktion –	800	46,63
1156	Pelviskopie mit Anlegen eines druckkontrollierten Pneumoperitoneums und Anlegen eines Portioadapters einschließlich Durchführung intraabdominaler Eingriffe – gegebenenfalls einschließlich Probeexzision und/oder Probepunktion –	1050	61,20
1158	Kuldoskopie – auch mit operativen Eingriffen –	739	43,07
1159	Abtragung großer Geschwülste der äußeren Geschlechtsteile – auch Vulvektomie –	1660	96,76
1160	Operative Beseitigung von Uterusmissbildungen (z. B. Uterus bicornis, Uterus subseptus)	2770	161,46
1161	Uterusamputation, supravaginal	1480	86,27
1162	Abdominale Myomenukleation	1850	107,83
1163	Fisteloperation an den Geschlechtsteilen – gegebenenfalls einschließlich der Harnblase und/oder Operation einer Darmscheiden- oder Darmharnröhrenfistel auch mit hinterer Scheidenplastik und Beckenbodenplastik –	2770	161,46
1165	Radikaloperation des Scheiden- und Vulvakrebses	3140	183,02
1166	Radikaloperation des Zervixkrebses, vaginal oder abdominal, mit Entfernung der regionären Lymphknoten	4620	269,29
1167	Radikaloperation des Zervixkrebses, abdominal, mit Entfernung der Lymphstromgebiete, auch paraaortal	4900	285,61
1168	Exenteration des kleinen Beckens	5900	343,90

I. Augenheilkunde

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punkt-zahl	Gebühr in EUR
1200	Subjektive Refraktionsbestimmung mit sphärischen Gläsern	59	3,44
1201	Subjektive Refraktionsbestimmung mit sphärischzylindrischen Gläsern	89	5,19

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punktzahl	Gebühr in EUR
1202	Objektive Refraktionsbestimmung mittels Skiaskopie oder Anwendung eines Refraktometers	74	4,31
1203	Messung der Maximal- oder Gebrauchsakkommodation mittels Akkommodometer oder Optometer	60	3,50
1204	Messung der Hornhautkrümmungsradien	45	2,62
1207	Prüfung von Mehrstärken- oder Prismenbrillen mit Bestimmung der Fern- und Nahpunkte bei subjektiver Brillenunverträglichkeit	70	4,08
1209	Nachweis der Tränensekretionsmenge (z. B. Schirmer-Test)	20	1,17
	Mit der Gebühr sind die Kosten abgegolten.		
1210	Erstanpassung und Auswahl der Kontaktlinse (Haftschale) für ein Auge zum Zweck der Verordnung – einschließlich objektiver Refraktionsbestimmung, Messung der Hornhautradien und der Spaltlampenmikroskopie –	228	13,29
1211	Erstanpassung und Auswahl der Kontaktlinse (Haftschalen) zum Zweck der Verordnung – einschließlich objektiver Refraktionsbestimmung, Messung der Hornhautradien und der Spaltlampenmikroskopie –	300	17,49
1212	Prüfung auf Sitz und Funktion der verordneten Kontaktlinse (Haftschale) für ein Auge und gegebenenfalls Anpassung einer anderen Kontaktlinse (Haftschale) – einschließlich objektiver Refraktionsbestimmung, Messung der Hornhautradien und der Spaltlampenmikroskopie –	132	7,69
1213	Prüfung auf Sitz und Funktion der verordneten Kontaktlinsen (Haftschalen) für beide Augen und gegebenenfalls anderer Kontaktlinsen (Haftschalen) – einschließlich objektiver Refraktionsbestimmung, Messung der Hornhautradien und der Spaltlampenmikroskopie –	198	11,54
	Neben den Leistungen nach den Nummern 1210 bis 1213 ist die Leistung nach den Nummern 5 und/oder 6 nicht berechnungsfähig.		
	Wurden harte Kontaktlinsen (Haftschalen) nicht vertragen und müssen deshalb weiche Kontaktlinsen angepasst werden, sind die Leistungen nach der Nummer 1210 oder 1211 nicht erneut, sondern lediglich die Leistungen nach der Nummer 1212 oder 1213 berechnungsfähig.		
1215	Bestimmung von Fernrohrbrillen oder Lupenbrillen, je Sitzung	121	7,05
1216	Untersuchung auf Heterophorie bzw. Strabismus – gegebenenfalls einschließlich qualitativer Untersuchung des binokularen Sehaktes –	91	5,30
1217	Qualitative und quantitative Untersuchung des binokularen Sehaktes	242	14,11

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punkt-zahl	Gebühr in EUR
	Neben der Leistung nach Nummer 1217 ist die Leistung nach den Nummern 5 und/oder 6 nicht berechnungsfähig.		
1218	Differenzierende Analyse und graphische Darstellung des Bewegungsablaufs beider Augen bei Augenmuskelstörungen, mindestens 36 Blickrichtungen pro Auge	700	40,80
1225	Kampimetrie (z. B. Bjerrum) – auch Perimetrie nach Förster –	121	7,05
1226	Projektionsperimetrie mit Marken verschiedener Reizwerte	182	10,61
1227	Quantitativ abgestufte (statische) Profilperimetrie	248	14,46
1228	Farbsinnprüfung mit Pigmentproben (z. B. Farbtafeln)	61	3,56
1229	Farbsinnprüfung mit Anomaloskop	182	10,61
1233	Vollständige Untersuchung des zeitlichen Ablaufs der Adaption	484	28,21
	Neben der Leistung nach Nummer 1233 ist die Leistung nach Nummer 1234 nicht berechnungsfähig.		
1234	Untersuchung des Dämmerungssehens ohne Blendung	91	5,30
1235	Untersuchung des Dämmerungssehens während der Blendung	91	5,30
1236	Untersuchung des Dämmerungssehens nach der Blendung (Readaption)	91	5,30
1237	Elektroretinographische Untersuchung (ERG) und/oder elektrookulographische Untersuchung (EOG)	600	34,97
1240	Spaltlampenmikroskopie der vorderen und mittleren Augenabschnitte – gegebenenfalls einschließlich der binokularen Untersuchung des hinteren Poles (z. B. Hruby-Linse) –	74	4,31
1241	Gonioskopie	152	8,86
1242	Binokulare Untersuchung des Augenhintergrundes einschließlich der äußeren Peripherie (z. B. Dreispiegelkontaktglas, Schaepens) – gegebenenfalls einschließlich der Spaltlampenmikroskopie der vorderen und mittleren Augenabschnitte und/oder diasklerale Durchleuchtung –	152	8,86
1243	Diasklerale Durchleuchtung	61	3,56
1244	Exophthalmometrie	50	2,91
1248	Fluoreszenzuntersuchung der terminalen Strombahn am Augenhintergrund – einschließlich Applikation des Teststoffes –	242	14,11
1249	Fluoreszenzangiographische Untersuchung der terminalen Strombahn am Augenhintergrund – einschließlich Aufnahmen und Applikation des Teststoffes –	484	28,21
	Mit den Gebühren für die Leistungen nach den Nummern 1248 und 1249 sind die Kosten abgegolten.		

Nr. Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Leistung	Punktzahl	Gebühr in EUR
1250	Lokalisation eines Fremdkörpers nach Comberg oder Vogt	273	15,91
1251	Lokalisation einer Netzhautveränderung als Voraussetzung für einen gezielten intraokularen Eingriff	273	15,91
1252	Fotographische Verlaufskontrolle intraokularer Veränderungen mittels Spaltlampenfotographie	100	5,83
1253	Fotographische Verlaufskontrolle von Veränderungen des Augenhintergrunds mittels Fundusfotographie	150	8,74
1255	Tonometrische Untersuchung mit Anwendung des Impressionstonometers	70	4,08
1256	Tonometrische Untersuchung mit Anwendung des Applanationstonometers	100	5,83
1257	Tonometrische Untersuchung (mehrfach in zeitlichem Zusammenhang zur Anfertigung tonometrischer Kurven, mindestens vier Messungen) – auch fortlaufende Tonometrie zur Ermittlung des Abflusswiderstandes –	242	14,11
1259	Pupillographie	242	14,11
1260	Elektromyographie der äußeren Augenmuskeln	560	32,64
1262	Ophthalmodynamometrie – gegebenenfalls einschließlich Tonometrie –, erste Messung	242	14,11
1263	Ophthalmodynamometrie – gegebenenfalls einschließlich Tonometrie –, jede weitere Messung	152	8,86
1268	Aktive Behandlung der Schwachsichtigkeit (Pleoptik) mittels Spezial-Ophthalmoskop, Mindestdauer 20 Minuten	152	8,86
1269	Behandlung der gestörten Binokularfunktion (Orthoptik) mit Geräten nach dem Prinzip des Haploskops (z. B. Synoptophor, Amblyoskop), Mindestdauer 20 Minuten	152	8,86
1270	Unterstützende oder ergänzende pleoptische oder orthoptische Behandlung an optischen Zusatzoder Übungsgeräten, Mindestdauer 20 Minuten	54	3,15
1271	Auswahl und Einprobieren eines künstlichen Auges	46	2,68
1275	Entfernung von oberflächlichen Fremdkörpern von der Bindehaut und/oder der Hornhaut	37	2,16
1276	Instrumentelle Entfernung von Fremdkörpern von der Hornhautoberfläche, aus der Lederhaut und/ oder von eingebrannten Fremdkörpern aus der Bindehaut und/oder der Hornhaut	74	4,31
1277	Entfernung von eisenhaltigen eingebrannten Fremdkörpern aus der Hornhaut mit Ausfräsen des Rostringes	152	8,86
1278	Entfernung von eingespießten Fremdkörpern aus der Hornhaut mittels Präparation	278	16,20
1279	Entfernung von Korneoskleralfäden	100	5,83

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punkt-zahl	Gebühr in EUR
1280	Entfernung von eisenhaltigen Fremdkörpern aus dem Augeninnern mit Hilfe des Magneten – einschließlich Eröffnung des Augapfels –	1290	75,19
1281	Entfernung von nichtmagnetischen Fremdkörpern oder einer Geschwulst aus dem Augeninnern	2220	129,40
1282	Entfernung einer Geschwulst oder von Kalkinfarkten aus den Lidern eines Auges oder aus der Augapfelbindehaut	152	8,86
1283	Entfernung von Fremdkörpern oder einer Geschwulst aus der Augenhöhle ohne Resektion der Orbitalwand und ohne Muskelablösung	554	32,29
1284	Entfernung von Fremdkörpern oder einer Geschwulst aus der Augenhöhle ohne Resektion der Orbitalwand mit Muskelablösung	924	53,86
1285	Entfernung von Fremdkörpern oder einer Geschwulst aus der Augenhöhle mit Resektion der Orbitalwand	1480	86,27
1290	Vorbereitende operative Maßnahmen zur Rekonstruktion einer Orbita unter Verwendung örtlichen Materials, ausgenommen das knöcherne Gerüst	1500	87,43
1291	Wiederherstellungsoperation an der knöchernen Augenhöhle (z. B. nach Fraktur)	1850	107,83
1292	Operation der Augenhöhlen- oder Tränensackphlegmone	278	16,20
1293	Dehnung, Durchspülung, Sondierung, Salbenfüllung oder Kaustik der Tränenwege, auch beidseitig	74	4,31
1294	Sondierung des Tränennasengangs bei Säuglingen und Kleinkindern, auch beidseitig	130	7,58
1297	Operation des evertierten Tränenpünktchens	152	8,86
1298	Spaltung von Strikturen des Tränennasenkanals	132	7,69
1299	Tränensackexstirpation	554	32,29
1300	Tränensackoperation zur Wiederherstellung des Tränenabflusses zur Nase mit Knochenfensterung	1220	71,11
1301	Exstirpation oder Verödung der Tränendrüse	463	26,99
1302	Plastische Korrektur der verengten oder erweiterten Lidspalte oder des Epikanthus	924	53,86
1303	Vorübergehende Spaltung der verengten Lidspalte	230	13,41
1304	Plastische Korrektur des Ektropiums oder Entropiums, der Trichiasis oder Distichiasis	924	53,86
1305	Operation der Lidsenkung (Ptosis)	739	43,07
1306	Operation der Lidsenkung (Ptosis) mit direkter Lidheberverkürzung	1110	64,70
1310	Augenlidplastik mittels freien Hauttransplantates	1480	86,27

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punkt-zahl	Gebühr in EUR
1311	Augenlidplastik mittels Hautlappenverschiebung aus der Umgebung	1110	64,70
1312	Augenlidplastik mittels Hautlappenverschiebung aus der Umgebung und freier Transplantation	1850	107,83
1313	Abreiben, Skarifizieren oder chemische Ätzung der Bindehaut, auch beidseitig	30	1,75
1318	Ausrollen oder Ausquetschen der Übergangsfalte	74	4,31
1319	Plastische Wiederherstellung des Bindehautsackes durch Transplantation von Lippenschleimhaut und/oder Bindehaut bei erhaltenem Augapfel – einschließlich Entnahme des Transplantates und gegebenenfalls einschließlich Maßnahmen am Lidknorpel –	1850	107,83
1320	Einspritzung unter die Bindehaut	52	3,03
1321	Operation des Flügelfells	296	17,25
1322	Operation des Flügelfells mit lamellierender Keratoplastik	1660	96,76
1323	Elektrolytische Epilation von Wimpernhaaren, je Sitzung	67	3,91
1325	Naht einer Bindehaut- oder nicht perforierenden Hornhaut- oder nicht perforierenden Lederhautwunde	230	13,41
1326	Direkte Naht einer perforierenden Hornhaut- oder Lederhautwunde – auch mit Reposition oder Abtragung der Regenbogenhaut und gegebenenfalls mit Bindehautdeckung –	1110	64,70
1327	Wiederherstellungsoperation bei perforierender Hornhaut- oder Lederhautverletzung mit Versorgung von Regenbogenhaut und Linse	1850	107,83
1328	Wiederherstellungsoperation bei schwerverletztem Augapfel, Zerschneidung von Hornhaut und Lederhaut, Beteiligung der Iris, der Linse, des Glaskörpers und der Netzhaut	3230	188,27
1330	Korrektur einer Schielstellung durch Eingriff an einem geraden Augenmuskel	739	43,07
1331	Korrektur einer Schielstellung durch Eingriff an jedem weiteren geraden Augenmuskel, zusätzlich zu Nummer 1330	554	32,29
1332	Korrektur einer Schielstellung durch Eingriff an einem schrägen Augenmuskel	1110	64,70
1333	Korrektur einer Schielstellung durch Eingriff an jedem weiteren schrägen Augenmuskel, zusätzlich zu Nummer 1332	739	43,07
1338	Chemische Ätzung der Hornhaut	56	3,26
1339	Abschabung der Hornhaut	148	8,63
1340	Thermo- oder Kryotherapie von Hornhauterkrankungen (z. B. Herpes ulcus) mit Epithelentfernung	185	10,78
1341	Tätowierung der Hornhaut	333	19,41

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punkt-zahl	Gebühr in EUR
1345	Hornhautplastik	1660	96,76
1346	Hornhauttransplantation	2770	161,46
1347	Einpflanzung einer optischen Kunststoffprothese in die Hornhaut (Keratoprothesis)	3030	176,61
1348	Diszision der klaren oder getrübten Linse oder des Nachstars	832	48,50
1349	Operation des weichen Stars (Saug-Spül-Vorgang) – gegebenenfalls mit Extraktion zurückgebliebener Linsenteile –	1850	107,83
1350	Staroperation – gegebenenfalls mit Iridektomie – einschließlich Nahttechnik	2370	138,14
1351	Staroperation mit Iridektomie und Einpflanzung einer intraokularen Kunststofflinse	2770	161,46
1352	Einpflanzung einer intraokularen Linse, als selbstständige Leistung	1800	104,92
1353	Extraktion einer eingepflanzten Linse	832	48,50
1354	Extraktion der luxierten Linse	2220	129,40
1355	Partielle oder totale Extraktion des Nachstars	1110	64,70
1356	Eröffnung (Parazentese), Spülung oder Wiederherstellung der Augenvorderkammer, als selbstständige Leistung	370	21,57
1357	Hintere Sklerotomie	370	21,57
1358	Zyklodialyse, Iridektomie	1000	58,29
1359	Zyklodiathermie-Operation oder Kryozyklothermie-Operation	500	29,14
1360	Laseroperation am Trabekelwerk des Auges bei Glaukom (Lasertrabekuloplastik)	1000	58,29
1361	Fistelbildende Operation und Eingriff an den kammerwasserabführenden Wegen bei Glaukom	1850	107,83
1362	Kombinierte Operation des Grauen Stars und bei Glaukom	3030	176,61
1365	Lichtkoagulation zur Verhinderung einer Netzhautablösung und/oder Netzhautblutung, je Sitzung	924	53,86
1366	Vorbeugende Operation zur Verhinderung einer Netzhautablösung oder operativer Eingriff bei vaskulären Netzhauterkrankungen	1110	64,70
1367	Operation einer Netzhautablösung mit eindellenden Maßnahmen	2220	129,40
1368	Operation einer Netzhautablösung mit eindellenden Maßnahmen und Glaskörperchirurgie	3030	176,61
1369	Koagulation oder Lichtkaustik eines Netz- oder Aderhauttumors	1850	107,83
1370	Operative Entfernung des Augapfels	924	53,86

Nr. Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Leistung	Punktzahl	Gebühr in EUR
1371	Operative Entfernung des Augapfels mit Einsetzung einer Plombe	1290	75,19
1372	Wiederherstellung eines prothesenfähigen Bindehautsackes mittels Transplantation	1850	107,83
1373	Operative Ausräumung der Augenhöhle	1110	64,70
1374	Extrakapsuläre Operation des Grauen Stars mittels gesteuerten Saug-Spül-Verfahrens oder Linsenkernverflüssigung (Phakoemulsifikation) – gegebenenfalls einschließlich Iridektomie –	3050	177,78
1375	Extrakapsuläre Operation des Grauen Stars mittels gesteuerten Saug-Spül-Verfahrens oder Linsenkernverflüssigung (Phakoemulsifikation) – gegebenenfalls einschließlich Iridektomie –, mit Implantation einer intraokularen Linse	3500	204,01
1376	Rekonstruktion eines abgerissenen Tränenröhrchens	1480	86,27
1377	Entfernung einer Silikon-/Silastik-/Rutheniumplombe	280	16,32
1380	Operative Entfernung eines Iristumors	2000	116,57
1381	Operative Entfernung eines Iris-Ziliar-Aderhauttumors (Zyklektomie)	2770	161,46
1382	Goniotrepanation oder Trabekulektomie oder Trabekulotomie bei Glaukom	2500	145,72
1383	Vitrektomie, Glaskörperstrangdurchtrennung, als selbstständige Leistung	2500	145,72
1384	Vordere Vitrektomie (Glaskörperentfernung aus der Augenvorderkammer), als selbstständige Leistung	830	48,38
1386	Aufnähen einer Rutheniumplombe auf die Lederhaut	1290	75,19

J. Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

Nr. Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Leistung	Punktzahl	Gebühr in EUR
1400	Genaue Hörprüfung mit Einschluss des Tongehörs (Umgangs- und Flüstersprache, Luft- und Knochenleitung)	76	4,43
1401	Horprüfung mittels einfacher audiologischer Testverfahren (mindestens fünf Frequenzen)	60	3,50
1430	Tonschwellenaudiometrische Untersuchung, auch beidseitig, (Bestimmung der Hörschwelle mit 8 bis 12 Prüffrequenzen oder mittels kontinuierlicher Frequenzänderung im Hauptfrequenzbereich des menschlichen Gehörs, in Luft- und in Knochenleitung, auch mit Vertäubung) – auch mit Bestimmung der Intensitätsbreite und gegebenenfalls einschließlich überschwelliger audiometrischer Untersuchung –	158	9,21

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punkt-zahl	Gebühr in EUR
1404	Sprachaudiometrische Untersuchung, auch beidseitig (Ermittlung des Hörverlustes für Sprache und des Diskriminationsverlustes nach DIN-Norm, getrennt für das rechte und linke Ohr über Kopfhörer, erforderlichenfalls auch über Knochenleitung, gegebenenfalls einschließlich Prüfung des beidohrigen Satzverständnisses über Lautsprecher)	158	9,21
	Neben den Leistungen nach den Nummern 1403 und 1404 sind die Leistungen nach den Nummern 1400 und 1401 nicht berechnungsfähig.		
1405	Sprachaudiometrische Untersuchung zur Kontrolle angepasster Hörgeräte im freien Schallfeld	63	3,67
1406	Kinderaudiometrie (in der Regel bis zur Vollendung des 7. Lebensjahres) zur Ermittlung des Schwellengehörs (Knochen- und Luftleitung) mit Hilfe von bedingten und/oder Orientierungsreflexen – gegebenenfalls einschließlich überschwelliger audiometrischer Untersuchung und Messung zur Hörgeräteanpassung –	182	10,61
	Neben der Leistung nach Nummer 1406 sind die Leistungen nach den Nummern 1400, 1401, 1403 und 1404 nicht berechnungsfähig.		
1407	Impedanzmessung am Trommelfell und/oder an den Binnenohrmuskeln (z. B. Stapedius-Lautheitstest), auch beidseitig . .	182	10,61
1408	Audioelektroenzephalograpische Untersuchung	888	51,76
1409	Messung otoakustischer Emissionen	400	23,31
	Die Leistung nach Nummer 1409 ist neben den Leistungen nach den Nummern 827 bis 829 nicht berechnungsfähig.		
1412	Experimentelle Prüfung des statischen Gleichgewichts (Drehversuch, kalorische Prüfung und Lagenystagmus)	91	5,30
1413	Elektronystagmographische Untersuchung	265	15,45
1414	Diaphanoskopie der Nebenhöhlen der Nase	42	2,45
1415	Binokularmikroskopische Untersuchung des Trommelfells und/oder der Paukenhöhle zwecks diagnostischer Abklärung, als selbstständige Leistung	91	5,30
1416	Stroboskopische Untersuchung der Stimmbänder	121	7,05
1417	Rhinomanometrische Untersuchung	100	5,83
1418	Endoskopische Untersuchung der Nasenhaupthöhlen und/oder des Nasenrachenraums – gegebenenfalls einschließlich der Stimmbänder –	180	10,49
	Neben der Leistung nach Nummer 1418 ist die Leistung nach Nummer 1466 nicht berechnungsfähig.		
1425	Ausstopfung der Nase von vorn, als selbstständige Leistung	50	2,91

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punkt-zahl	Gebühr in EUR
1426	Ausstopfung der Nase von vorn und hinten, als selbstständige Leistung	100	5,83
1427	Entfernung von Fremdkörpern aus dem Naseninnern, als selbstständige Leistung	95	5,54
1428	Operativer Eingriff zur Entfernung festsitzender Fremdkörper aus der Nase	370	21,57
1429	Kauterisation im Naseninnern, je Sitzung	76	4,43
1430	Operativer Eingriff in der Nase, wie Muschelfrakturierung, Muschelquetschung, Kaltkaustik der Muscheln, Synechielösung und/oder Probeexzision	119	6,94
1435	Stillung von Nasenbluten mittels Ätzung und/oder Tamponade und/oder Kauterisation, auch beidseitig	91	5,30
1436	Gezielte Anbringung von Ätzmitteln im hinteren Nasenraum unter Spiegelbeleuchtung oder Ätzung des Seitenstranges, auch beidseitig	36	2,10
1438	Teilweise oder vollständige Abtragung einer Nasenmuschel	370	21,57
1439	Teilweise oder vollständige Abtragung von Auswüchsen der Nasenscheidewand einer Seite	370	21,57
1440	Operative Entfernung einzelner Nasenpolypen oder anderer Neubildungen einer Nasenseite	130	7,58
1441	Operative Entfernung mehrerer Nasenpolypen oder schwieriger zu operierender Neubildungen einer Nasenseite, auch in mehreren Sitzungen	296	17,25
1445	Submuköse Resektion an der Nasenscheidewand	463	26,99
1446	Submuköse Resektion an der Nasenscheidewand mit Resektion der ausgedehnten knöchernen Leiste	739	43,07
1447	Plastische Korrektur am Nasenseptum und an den Weichteilen zur funktionellen Wiederherstellung der Nasenatmung – gegebenenfalls einschließlich der Leistungen nach den Nummern 1439, 1445, 1446 und 1456 –, auch in mehreren Sitzungen	1660	96,76
1448	Plastische Korrektur am Nasenseptum und an den Weichteilen und am knöchernen Nasengerüst zur funktionellen Wiederherstellung der Nasenatmung – gegebenenfalls einschließlich der Leistungen nach den Nummern 1439, 1445, 1446 und 1456 –, auch in mehreren Sitzungen	2370	138,14
1449	Plastische Operation bei rekonstruierender Teilplastik der äußeren Nase, auch in mehreren Sitzungen	3700	215,66
1450	Rekonstruierende Totalplastik der äußeren Nase, auch in mehreren Sitzungen	7400	431,33
1452	Umfangreiche operative Teilentfernung der äußeren Nase	800	46,63

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punkt-zahl	Gebühr in EUR
1453	Operative Entfernung der gesamten Nase	1100	64,12
1455	Plastische Operation zum Verschluss einer Nasenscheidewandperforation	550	32,06
1456	Operative Verschmälerung des Nasensteges	232	13,52
1457	Operative Korrektur eines Nasenflügels	370	21,57
1458	Beseitigung eines knöchernen Choanenverschlusses	1290	75,19
1459	Eröffnung eines Abszesses der Nasenscheidewand	74	4,31
1465	Punktion einer Kieferhöhle – gegebenenfalls einschließlich Spülung und/oder Instillation von Medikamenten –	119	6,94
1466	Endoskopische Untersuchung der Kieferhöhle (Antroskopie) – gegebenenfalls einschließlich der Leistung nach Nummer 1465 –	178	10,38
1467	Operative Eröffnung einer Kieferhöhle vom Mundvorhof aus – einschließlich Fensterung –	407	23,72
1468	Operative Eröffnung einer Kieferhöhle von der Nase aus	296	17,25
1469	Keilbeinhöhlenoperation oder Ausräumung der Siebbeinzellen von der Nase aus	554	32,29
1470	Keilbeinhöhlenoperation oder Ausräumung der Siebbeinzellen von der Nase aus – einschließlich teilweiser oder vollständiger Abtragung einer Nasenmuschel oder von Auswüchsen der Nasenscheidewand –	739	43,07
1471	Operative Eröffnung der Stirnhöhle – gegebenenfalls auch der Siebbeinzellen – vom Naseninnern aus	1480	86,27
1472	Anbohrung der Stirnhöhle von außen	222	12,94
1473	Plastische Rekonstruktion der Stirnhöhlenvorderwand, auch in mehreren Sitzungen	2220	129,40
	Neben der Leistung nach Nummer 1473 ist die Nummer 1485 nicht berechnungsfähig.		
1478	Sondierung und/oder Bougierung der Stirnhöhle vom Naseninnern aus – gegebenenfalls einschließlich Spülung und/oder Instillation von Arzneimitteln –	178	10,38
1479	Ausspülung der Kiefer-, Keilbein-, Stirnhöhle von der natürlichen oder künstlichen Öffnung aus – auch Spülung mehrerer dieser Höhlen, auch einschließlich Instillation von Arzneimitteln –	59	3,44
1480	Absaugen der Nebenhöhlen	45	2,62
1485	Operative Eröffnung und Ausräumung der Stirnhöhle oder der Kieferhöhle oder der Siebbeinzellen von außen	924	53,86
1486	Radikaloperation der Kieferhöhle	1110	64,70
1487	Radikaloperation einer Stirnhöhle einschließlich der Siebbeinzellen von außen	1480	86,27

Nr. Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Leistung	Punktzahl	Gebühr in EUR
1488	Radikaloperation sämtlicher Nebenhöhlen einer Seite	1850	107,83
1492	Osteoplastische Operation zur Verengung der Nase bei Ozaena	1290	75,19
1493	Entfernung der vergrößerten Rachenmandel (Adenotomie)	296	17,25
1495	Entfernung eines Nasenrachenfibroms	1110	64,70
1496	Eröffnung des Türkensattels vom Naseninnern aus	2220	129,40
1497	Tränensackoperation vom Naseninnern aus	1110	64,70
1498	Konservative Behandlung der Gaumenmandeln (z. B. Schlitzung, Saugung)	44	2,56
1499	Ausschälung und Resektion einer Gaumenmandel mit der Kapsel (Tonsillektomie)	463	26,99
1500	Ausschälung und Resektion beider Gaumenmandeln mit den Kapseln (Tonsillektomie)	739	43,07
1501	Operative Behandlung einer konservativ unstillbaren Nachblutung nach Tonsillektomie	333	19,41
1505	Eröffnung eines peritonsillären Abszesses	148	8,63
1506	Eröffnung eines retropharyngealen Abszesses	185	10,78
1507	Wiedereröffnung eines peritonsillären Abszesses	56	3,26
1508	Entfernung von eingespießten Fremdkörpern aus dem Rachen oder Mund	93	5,42
1509	Operative Behandlung einer Mundbodenphlegmone	463	26,99
1510	Schlitzung des Parotis- oder Submandibularis-Ausführungsganges – gegebenenfalls einschließlich Entfernung von Stenosen –	190	11,07
1511	Eröffnung eines Zungenabszesses	185	10,78
1512	Teilweise Entfernung der Zunge – gegebenenfalls einschließlich Unterbindung der Arteria lingualis –	1110	64,70
1513	Keilexzision aus der Zunge	370	21,57
1514	Entfernung der Zunge mit Unterbindung der Arteria linguales	2220	129,40
1518	Operation einer Speichelfistel	739	43,07
1519	Operative Entfernung von Speichelstein(en)	554	32,29
1520	Exstirpation der Unterkiefer- und/oder Unterzungenspeicheldrüse(n)	900	52,46
1521	Speicheldrüsentumorexstirpation einschließlich Ausräumung des regionären Lymphstromgebietes	1850	107,83
1522	Parotisexstirpation mit Präparation des Nervus facialis – gegebenenfalls einschließlich Ausräumung des regionären Lymphstromgebietes –	2000	116,57

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punkt-zahl	Gebühr in EUR
1525	Einbringung von Arzneimitteln in den Kehlkopf unter Spiegelbeleuchtung	46	2,68
1526	Chemische Ätzung im Kehlkopf	76	4,43
1527	Galvanokaustik oder Elektrolyse oder Kürettement im Kehlkopf	370	21,57
1528	Fremdkörperentfernung aus dem Kehlkopf	554	32,29
1529	Intubation oder Einführung von Dehnungsinstrumenten in den Kehlkopf, als selbstständige Leistung	152	8,86
1530	Untersuchung des Kehlkopfes mit dem Laryngoskop	182	10,61
1532	Endobronchiale Behandlung mit weichem Rohr	182	10,61
	Die Leistung nach Nummer 1532 ist im Zusammenhang mit einer Intubationsnarkose nicht berechnungsfähig.		
1533	Schwebe- oder Stützlaryngoskopie, jeweils als selbstständige Leistung	500	29,14
1534	Probeexzision aus dem Kehlkopf	463	26,99
1535	Entfernung von Polypen oder anderen Geschwülsten aus dem Kehlkopf	647	37,71
1540	Endolaryngeale Resektion oder frontolaterale Teilresektion eines Stimmbandes	1850	107,83
1541	Operative Beseitigung einer Stenose im Glottisbereich	1390	81,02
1542	Kehlkopfplastik mit Stimmbandverlagerung	1850	107,83
1543	Teilweise Entfernung des Kehlkopfes	1650	96,17
1544	Teilweise Entfernung des Kehlkopfes – einschließlich Zungenbeinresektion und Pharynxplastik –	1850	107,83
1545	Totalexstirpation des Kehlkopfes	2220	129,40
1546	Totalexstirpation des Kehlkopfes – einschließlich Ausräumung des regionären Lymphstromgebietes und gegebenenfalls von benachbarten Organen –	3700	215,66
1547	Kehlkopfstenosenoperation mit Thyreochondrotomie – einschließlich plastischer Versorgung und gegebenenfalls Verlagerung eines Aryknorpels –	2770	161,46
1548	Einführung einer Silastikendoprothese im Larynxbereich	2060	120,07
1549	Fensterung des Schildknorpels zur Spickung mit Radionukliden	1200	69,94
1550	Spickung des Kehlkopfes mit Radionukliden bei vorhandener Fensterung des Schildknorpels	300	17,49
1551	Operative Versorgung einer Trümmerverletzung des Kehlkopfes und/oder der Trachea – gegebenenfalls mit Haut- und/oder Schleimhautplastik, auch mit Sternotomie –	3000	174,86

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punktzahl	Gebühr in EUR
1555	Untersuchung der Sprache nach standardisierten Verfahren (Prüfung der Sprachentwicklung, der Artikulation, der Satzstruktur, des Sprachverständnisses, der zentralen Sprachverarbeitung und des Redeflusses)	119	6,94
	Neben der Leistung nach Nummer 1555 sind die Leistungen nach den Nummern 715 und 717 nicht berechnungsfähig.		
1556	Untersuchung der Stimme nach standardisierten Verfahren (Prüfung der Atmung, des Stimmklanges, des Stimmeinsatzes, der Tonhaltdauer, des Stimmumfanges und der Sprachstimmlage, gegebenenfalls auch mit Prüfung der Stimme nach Belastung)	119	6,94
1557	Elektroglottographische Untersuchung	106	6,18
1558	Stimmtherapie bei Kehlkopflosen (Speiseröhrenersatzstimme oder elektronische Ersatzstimme), je Sitzung	148	8,63
1559	Sprachübungsbehandlung – einschließlich aller dazu gehörender Maßnahmen (z. B. Artikulationsübung, Ausbildung fehlender Laute, Satzstrukturübung, Redeflussübung, gegebenenfalls auch mit Atemtherapie und physikalischen Maßnahmen) –, als Einzelbehandlung, Dauer mindestens 30 Minuten	207	12,07
1560	Stimmübungsbehandlung – einschließlich aller dazu gehörender Maßnahmen (z. B. Stimmeinsatz, Stimmhalteübungen und -entspannungsübungen, gegebenenfalls auch mit Atemtherapie und physikalischen Maßnahmen) –, als Einzelbehandlung, Dauer mindestens 30 Minuten	207	12,07
1565	Entfernung von obturierenden Ohrenschmalzpfröpfchen, auch beidseitig	45	2,62
1566	Ausspülung des Kuppelraumes	45	2,62
1567	Spaltung von Furunkeln im äußeren Gehörgang	74	4,31
1568	Operation im äußeren Gehörgang (z. B. Entfernung gutartiger Hautneubildungen)	185	10,78
1569	Entfernung eines nicht festsitzenden Fremdkörpers aus dem Gehörgang oder der Paukenhöhle	74	4,31
1570	Entfernung eines festsitzenden Fremdkörpers aus dem Gehörgang oder der Paukenhöhle	148	8,63
1575	Inzision des Trommelfells (Parazentese)	130	7,58
1576	Anlage einer Paukenhöhlendauerdrainage (Inzision des Trommelfells mit Entleerung der Paukenhöhle und Einlegen eines Verweilröhrchens)	320	18,65
1577	Einsetzen oder Auswechseln einer Trommelfellprothese oder Wiedereinlegen eines Verweilröhrchens	45	2,62
1578	Gezielte chemische Ätzung im Gehörgang unter Spiegelbeleuchtung, auch beidseitig	40	2,33

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punkt-zahl	Gebühr in EUR
1579	Chemische Ätzung in der Paukenhöhle, gegebenenfalls einschließlich der Ätzung im Gehörgang –	70	4,08
1580	Galvanokaustik im Gehörgang oder in der Paukenhöhle	89	5,19
1585	Entfernung einzelner Granulationen vom Trommelfell und/oder aus der Paukenhöhle unter Anwendung des scharfen Löffels oder ähnliche kleinere Eingriffe	130	7,58
1586	Entfernung eines oder mehrerer größerer Polypen oder ähnlicher Gebilde aus dem Gehörgang oder der Paukenhöhle, auch in mehreren Sitzungen	296	17,25
1588	Hammer-Amboss-Extraktion oder ähnliche schwierige Eingriffe am Mittelohr vom Gehörgang aus (z. B. operative Deckung eines Trommelfelldefektes)	554	32,29
1589	Dosierte luftdruck-kontrollierte Insufflation der Eustachischen Röhre unter Verwendung eines manometerbestückten Druckkompressors	30	1,75
1590	Katheterismus der Ohrtrompete – auch mit Bougierung und/oder Einbringung von Arzneimitteln und gegebenenfalls einschließlich Luftdusche –, auch beidseitig	74	4,31
1591	Vibrationsmassage des Trommelfells oder Anwendung der Drucksonde, auch beidseitig	40	2,33
1595	Operative Beseitigung einer Stenose im äußeren Gehörgang	1850	107,83
1596	Plastische Herstellung des äußeren Gehörganges bei Atresie	1480	86,27
1597	Operative Eröffnung des Warzenfortsatzes	1110	64,70
1598	Aufmeißelung des Warzenfortsatzes mit Freilegung sämtlicher Mittelohrräume (Radikaloperation)	1660	96,76
1600	Eröffnung der Schädelhöhle mit Operation einer Sinus- oder Bulbusthrombose, des Labyrinthes oder eines Hirnabszesses – gegebenenfalls mit Aufmeißelung des Warzenfortsatzes und Freilegung sämtlicher Mittelohrräume –	2770	161,46
1601	Operation eines gutartigen Mittelohrtumors, auch Cholesteatom – gegebenenfalls einschließlich der Leistungen nach Nummer 1597 oder Nummer 1598 –	1660	96,76
1602	Operation eines destruktiv wachsenden Mittelohrtumors – gegebenenfalls einschließlich der Leistungen nach Nummer 1597, Nummer 1598 oder Nummer 1600 –	2770	161,46
1610	Tympanoplastik mit Interposition, zusätzlich zu den Leistungen nach den Nummern 1598, 1600 bis 1602	1480	86,27
1611	Myringoplastik vom Gehörgang aus	1480	86,27
1612	Eröffnung der Paukenhöhle durch temporäre Trommelfellaufklappung, als selbstständige Leistung	1110	64,70

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punkt-zahl	Gebühr in EUR
1613	Tympanoplastik mit Interposition, als selbstständige Leistung	2350	136,98
1614	Tympanoplastik – einschließlich Interposition und Aufbau der Gehörknöchelchenkette –	3140	183,02
1620	Fensterungsoperation – einschließlich Eröffnung des Warzenfortsatzes –	2350	136,98
1621	Plastische Rekonstruktion der hinteren Gehörgangswand, als selbstständige Leistung	1110	64,70
1622	Plastische Rekonstruktion der hinteren Gehörgangswand im Zusammenhang mit anderen Operationen	700	40,80
1623	Otoskleroseoperation vom Gehörgang aus (Fußplattenresektion) – gegebenenfalls einschließlich Interposition –	2350	136,98
1624	Dekompression des Saccus endolymphaticus oder des Innenohres mit Eröffnung des Sacculus	2350	136,98
1625	Fazialisdekompression, als selbstständige Leistung	2220	129,40
1626	Fazialisdekompression, im Zusammenhang mit anderen operativen Leistungen	1330	77,52
1628	Plastischer Verschluss einer retroaurikulären Öffnung oder einer Kieferhöhlenfistel	739	43,07
1629	Extraduraler oder transtympanaler operativer Eingriff im Bereich des inneren Gehörganges	3700	215,66
1635	Operative Korrektur eines abstehenden Ohres (z. B. durch einfache Ohrmuschelanlegeplastik mit Knorpelexzision)	739	43,07
1636	Plastische Operation zur Korrektur der Ohrmuschelform	887	51,70
1637	Plastische Operation zur Korrektur von Form, Größe und Stellung der Ohrmuschel	1400	81,60
1638	Plastische Operation zum Aufbau einer Ohrmuschel bei Aplasie oder Ohrmuschelverlust, auch in mehreren Sitzungen	4500	262,29
1639	Unterbindung der Vena jugularis	554	32,29

K. Urologie

Allgemeine Bestimmungen

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 3135 zu kürzen.

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punkt-zahl	Gebühr in EUR
1700	Spülung der männlichen Harnröhre und/oder Instillation von Arzneimitteln	45	2,62
1701	Dehnung der männlichen Harnröhre – auch einschließlich Spülung und/oder Instillation von Arzneimitteln –, je Sitzung	74	4,31
1702	Dehnung der männlichen Harnröhre mit filiformen Bougies und/oder Bougies mit Leitsonde – auch einschließlich Spülung und/oder Instillation von Arzneimitteln –, erste Sitzung	178	10,38
1703	Unblutige Fremdkörperentfernung aus der männlichen Harnröhre	148	8,63
1704	Operative Fremdkörperentfernung aus der männlichen Harnröhre	554	32,29
1708	Kalibrierung der männlichen Harnröhre	75	4,37
1709	Kalibrierung der weiblichen Harnröhre	60	3,50
1710	Dehnung der weiblichen Harnröhre – auch einschließlich Spülung und/oder Instillation von Arzneimitteln –, je Sitzung	59	3,44
1711	Unblutige Fremdkörperentfernung aus der weiblichen Harnröhre	74	4,31
1712	Endoskopie der Harnröhre (Urethroskopie)	119	6,94
1713	Endoskopie der Harnröhre (Urethroskopie) mit operativem Eingriff (z. B. Papillomkoagulation, Erstbougierung und/oder Spaltung einer Striktur)	296	17,25
1714	Entfernung einer oder mehrerer Geschwülste an der Harnröhrenmündung	230	13,41
1715	Spaltung einer Harnröhrenstriktur nach Otis	300	17,49
1720	Anlegen einer Harnröhrenfistel am Damm	554	32,29
1721	Verschluss einer Harnröhrenfistel durch Naht	554	32,29
1722	Verschluss einer Harnröhrenfistel durch plastische Operation	1110	64,70
1723	Operative Versorgung einer Harnröhren- und/oder Harnblasenverletzung	1660	96,76
1724	Plastische Operation zur Beseitigung einer Striktur der Harnröhre oder eines Harnröhrendivertikels, je Sitzung	1660	96,76
1728	Katheterisierung der Harnblase beim Mann	59	3,44
1729	Spülung der Harnblase beim Mann und/oder Instillation von Arzneimitteln – einschließlich Katheterisierung und gegebenenfalls auch Ausspülung von Blutkoagula –	104	6,06
1730	Katheterisierung der Harnblase bei der Frau	37	2,16
	Wird eine Harnblasenkatheterisierung lediglich ausgeführt, um eine gynäkologische Untersuchung nach Nummer 7 zu		

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punkt-zahl	Gebühr in EUR
	erleichtern, so ist sie neben der Leistung nach Nummer 7 nicht berechnungsfähig.		
1731	Spülung der Harnblase bei der Frau und/oder Instillation von Medikamenten – einschließlich Katheterisierung und gegebenenfalls auch Ausspülung von Blutkoagula –	74	4,31
1732	Einlegen eines Verweilkatheters – gegebenenfalls einschließlich der Leistungen nach Nummer 1728 oder Nummer 1730 –	74	4,31
	Neben der Leistung nach Nummer 1732 ist die Leistung nach Nummer 1733 nicht berechnungsfähig.		
1733	Spülung der Harnblase und/oder Instillation bei liegendem Verweilkatheter	40	2,33
1737	Meatomie	74	4,31
1738	Plastische Versorgung einer Meatusstriktur	554	32,29
1739	Unblutige Beseitigung einer Paraphimose und/oder Lösung einer Vorhautverklebung	60	3,50
1740	Operative Beseitigung einer Paraphimose	296	17,25
1741	Phimoseoperation	370	21,57
1742	Operative Durchtrennung des Frenulum praeputii	85	4,95
1745	Operative Aufrichtung des Penis als Voroperation zu Nummer 1746	554	32,29
1746	Operation einer Epispadie oder Hypospadie	1110	64,70
1747	Penisamputation	554	32,29
1748	Penisamputation mit Skrotumentfernung und Ausräumung der Leistendrüsen – einschließlich Verlagerung der Harnröhre –	2220	129,40
1749	Anlage einer einseitigen Gefäßanastomose bei Priapismus	2500	145,72
1750	Anlage einer beidseitigen Gefäßanastomose bei Priapismus	3200	186,52
1751	Transkutane Fistelbildung durch Punktionen und Stanzungen der Glans penis und Corpora cavernosa bei Priapismus	924	53,86
1752	Operative Implantation einer hydraulisch regulierbaren Penis-Stützprothese	2500	145,72
1753	Entfernen einer Penisprothese	550	32,06
1754	Direktionale doppler-sonographische Untersuchung der Strömungsverhältnisse in den Penisgefäßen und/oder Skrotalfächern – einschließlich graphischer Registrierung –	180	10,49
1755	Unterbindung eines Samenleiters – auch mit Teilresektion –, als selbstständige Leistung	463	26,99
1756	Unterbindung beider Samenleiter – auch mit Teilresektion(en) –, als selbstständige Leistung	832	48,50

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punkt-zahl	Gebühr in EUR
1757	Unterbindung beider Samenleiter, in Verbindung mit einer anderen Operation	554	32,29
1758	Operative Wiederherstellung der Durchgängigkeit eines Samenleiters	1110	64,70
1759	Transpenile oder transskrotale Venenembolisation	2800	163,20
1760	Varikozelenoperation mit hoher Unterbindung der Vena spermatica (Bauchschnitt)	1480	86,27
1761	Operation eines Wasserbruchs	739	43,07
1762	Inguinale Lymphknotenausräumung, als selbstständige Leistung	1200	69,94
1763	Einlegen einer Hodenprothese	740	43,13
1764	Entfernen einer Hodenprothese	460	26,81
1765	Hodenentfernung – gegebenenfalls einschließlich Nebenhodenentfernung derselben Seite –, einseitig	739	43,07
1766	Hodenentfernung – gegebenenfalls einschließlich Nebenhodenentfernung(en) –, beidseitig	1200	69,94
1767	Operative Freilegung eines Hodens mit Entnahme von Gewebematerial	463	26,99
1768	Operation eines Leistenhodens, einseitig	1200	69,94
1769	Operation eines Leistenhodens, beidseitig	1480	86,27
1771	Entfernung eines Nebenhodens, als selbstständige Leistung	924	53,86
1772	Entfernung beider Nebenhoden, als selbstständige Leistung	1480	86,27
1775	Behandlung der Prostata mittels physikalischer Heilmethoden (auch Massage) – gegebenenfalls mit Gewinnung von Prostata-Exprimat –	45	2,62
1776	Eröffnung eines Prostataabszesses vom Damm aus	370	21,57
1777	Elektro- oder Kryo-(Teil-)resektion der Prostata	924	53,86
1778	Operative Entfernung eines Prostataadenoms, auch transurethral	1850	107,83
1779	Totale Entfernung der Prostata einschließlich der Samenblasen	2590	150,96
1780	Plastische Operation zur Behebung der Harninkontinenz	1850	107,83
1781	Operative Behandlung der Harninkontinenz mittels Implantation eines künstlichen Schließmuskels	2770	161,46
1782	Transurethrale Resektion des Harnblasenhalses bei der Frau	1110	64,70
1783	Pelvine Lymphknotenausräumung, als selbstständige Leistung	1850	107,83
1784	Totale Entfernung der Prostata und der Samenblasen einschließlich pelviner Lymphknotenentfernung	3500	204,01

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punkt-zahl	Gebühr in EUR
1785	Zystoskopie	207	12,07
1786	Zystoskopie einschließlich Entnahme von Gewebematerial	355	20,69
1787	Kombinierte Zystourethroskopie	252	14,69
1788	Zystoskopie mit Harnleitersondierung	296	17,25
1789	Chromozystoskopie – einschließlich intravenöser Injektion –	325	18,94
1790	Zystoskopie mit Harnleitersondierung(en) – einschließlich Einbringung von Medikamenten und/oder Kontrastmitteln in das Nierenbecken –	370	21,57
1791	Tonographische Untersuchung der Harnblase und/ oder Funktionsprüfung des Schließmuskels einschließlich Katheterisierung	148	8,63
1792	Uroflowmetrie einschließlich Registrierung	212	12,36
1793	Manometrische Untersuchung der Harnblase mit fortlaufender Registrierung – einschließlich physikalischer Provokationstests –	400	23,31
	Die Injektion von pharmakodynamisch wirksamen Substanzen ist gesondert berechnungsfähig.		
1794	Simultane, elektromanometrische Blasen- und Abdominaldruckmessung mit fortlaufender Registrierung – einschließlich physikalischer Provokationstests –	680	39,64
	Die Injektion von pharmakodynamisch wirksamen Substanzen ist gesondert berechnungsfähig. Neben der Leistung nach Nummer 1794 ist die Leistung nach Nummer 1793 nicht berechnungsfähig.		
1795	Anlegung einer perkutanen Harnblasenfistel durch Punktion einschließlich Kathetereinlegung	273	15,91
1796	Anlegung einer Harnblasenfistel durch Operation	739	43,07
1797	Ausräumung einer Bluttamponade der Harnblase, als selbstständige Leistung	355	20,69
1798	Urethradruckprofilmessung mit fortlaufender Registrierung – einschließlich physikalischer Provokationstests –	550	32,06
	Neben den Leistungen nach den Nummern 1793, 1794 und 1798 sind die Leistungen nach den Nummern 1700, 1701, 1710, 1728, 1729, 1730, 1731, 1732 und 1733 nicht berechnungsfähig.		
1799	Nierenbeckendruckmessung	150	8,74
1800	Zertrümmerung und Entfernung von Blasensteinen unter endoskopischer Kontrolle, je Sitzung	1480	86,27
1801	Operative Eröffnung der Harnblase zur Entfernung von Steinen und/oder Fremdkörpern und/ oder Koagulation von Geschwülsten – gegebenenfalls einschließlich Anlegung eines Fistelkatheters –	1480	86,27

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punkt-zahl	Gebühr in EUR
1802	Transurethrale Eingriffe in der Harnblase (z. B. Koagulation kleiner Geschwülste und/oder Blutungsherde und/oder Fremdkörperentfernung unter endoskopischer Kontrolle – auch einschließlich Probeexzision –	739	43,07
1803	Transurethrale Resektion von großen Harnblasengeschwülsten unter endoskopischer Kontrolle, je Sitzung *Neben der Leistung nach Nummer 1803 ist die Leistung nach Nummer 1802 nicht berechnungsfähig.*	1110	64,70
1804	Operation von Harnblasenvertikel(n), als selbstständige Leistung	1850	107,83
1805	Operation einer Harnblasengeschwulst mit Teilresektion	1850	107,83
1806	Operation einer Harnblasengeschwulst mit Teilresektion und Verpflanzung eines Harnleiters	2220	129,40
1807	Operative Bildung einer Harnblase aus Ileum oder Kolon	4070	237,23
1808	Totale Exstirpation der Harnblase mit Verpflanzung der Harnleiter – gegebenenfalls einschließlich Prostata-, Harnröhren- und/oder Samenblasenentfernung –	4800	279,78
1809	Totale retroperitoneale Lymphadenektomie	4610	268,70
1812	Anlegen einer Ureterverweilschiene bzw. eines Ureterkatheters *Die Kosten für die Schiene bzw. den Katheter sind gesondert berechnungsfähig.*	340	19,82
1814	Harnleiterbougierung	900	52,46
1815	Schlingenextraktion oder Versuch der Extraktion von Harnleitersteinen – gegebenenfalls einschließlich Schlitzung des Harnleiterostiums – *Die Kosten für die Schlinge sind nicht gesondert berechnungsfähig.*	1110	64,70
1816	Schlitzung des Harnleiterostiums, als selbstständige Leistung	481	28,04
1817	Operative Entfernung eines oder mehrerer Harnleitersteine(s)	2220	129,40
1818	Ureterektomie – gegebenenfalls einschließlich Blasenmanschette –	2770	161,46
1819	Resektion eines Harnleitersegments mit End-zu-End-Anastomose	3750	218,58
1823	Verpflanzung eines Harnleiters in Harnblase oder Darm oder Haut einschließlich Antirefluxplastik, einseitig	2590	150,96
1824	Verpflanzung beider Harnleiter in Harnblase oder Darm oder Haut einschließlich Antirefluxplastik, beidseitig	3330	194,10
1825	Harnleiterplastik (z. B. durch Harnblasenlappen) einschließlich Antirefluxplastik	2770	161,46
1826	Eröffnung eines paranephritischen Abszesses	463	26,99

Nr. Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Leistung	Punktzahl	Gebühr in EUR
1827	Ureterorenoskopie mit Harnleiterbougierung – gegebenenfalls einschließlich Stein- und/oder Tumorentfernung –, zusätzlich zu den Leistungen nach den Nummern 1785, 1786 oder 1787	1500	87,43
1828	Ureterpyeloskopie – gegebenenfalls einschließlich Gewebeentnahme/Steinentfernung –	1500	87,43
1829	Harnleiterfreilegung (Ureterolyse bei retroperitonealer Fibrose und gegebenenfalls intraperitonealen Verwachsungen des Harnleiters)	2590	150,96
1829a	Ureterolyse, als selbstständige Leistung	1100	64,12
	Die Leistungen nach den Nummern 1829 und 1829a sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.		
1830	Operative Freilegung einer Niere – gegebenenfalls mit Gewebeentnahme, Punktion und/oder Eröffnung eines paranephritischen Abszesses –	1110	64,70
1831	Dekapsulation einer Niere und/oder Senknierenoperation (Nephropexie), als selbstständige Leistung	1480	86,27
1832	Anlage einer Nierenfistel, als selbstständige operative Leistung	1660	96,76
1833	Wechsel eines Nierenfistelkatheters einschließlich Spülung und Verband	237	13,81
1834	Operation eines aberrierenden Nierengefäßes – ohne Eröffnung des Nierenbeckens –, als selbstständige Leistung	1480	86,27
1835	Trennung der Hufeisenniere	3230	188,27
1836	Nierenpolresektion, als selbstständige Leistung	2770	161,46
1837	Nierenpolresektion in Verbindung mit einer anderen Operation	1660	96,76
1838	Nierensteinentfernung durch Pyelotomie	2220	129,40
1839	Nierenausgusssteinentfernung durch Nephrotomie	2770	161,46
1840	Nierenbeckenplastik	2770	161,46
1841	Nephrektomie	2220	129,40
1842	Nephrektomie – einschließlich Entfernung eines infiltrativ wachsenden Tumors (auch transabdominal oder transthorakal) –	3230	188,27
1843	Nephrektomie – einschließlich Entfernung eines infiltrativ wachsenden Tumors mit Entfernung des regionären Lymphstromgebietes (auch transabdominal oder transthorakal) –	4160	242,48
1845	Implantation einer Niere	4990	290,85
1846	Doppelseitige Nephrektomie bei einem Lebenden	4160	242,48
1847	Explantation einer Niere bei einem Lebenden zur Transplantation	3230	188,27

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punkt-zahl	Gebühr in EUR
1848	Explantation einer Niere an einem Toten zur Transplantation	2220	129,40
1849	Explantation beider Nieren bei einem Toten zur Transplantation	3500	204,01
1850	Explantation, plastische Versorgung und Replantation einer Niere	6500	378,87
1851	Perkutane Anlage einer Nierenfistel – gegebenenfalls einschließlich Spülung, Katheterfixation und Verband –	1250	72,86
1852	Transkutane Pyeloskopie – einschließlich Bougierung der Nierenfistel –	700	40,80
1853	Transkutane pyeloskopische Stein- bzw. Tumorentfernung	1200	69,94
	Neben der Leistung nach Nummer 1853 ist die Leistung nach Nummer 1852 nicht berechnungsfähig.		
1858	Operative Entfernung einer Nebenniere	3230	188,27
1859	Operative Entfernung beider Nebennieren	4160	242,48
1860	Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie – einschließlich Probeortung, Grob- und/oder Feineinstellung, Dokumentation und Röntgenkontrolle –, je Sitzung	6000	349,72

L. Chirurgie, Orthopädie

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, 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, darf diese nur einmal berechnet werden; die Vergütungssätze der weiteren Eingriffe sind deshalb um den Vergütungssatz nach Nummer 2990 oder Nummer 3135 zu kürzen.

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punkt-zahl	Gebühr in EUR
I. Wundversorgung, Fremdkörperentfernung			
2000	Erstversorgung einer kleinen Wunde	70	4,08
2001	Versorgung einer kleinen Wunde einschließlich Naht	130	7,58

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punktzahl	Gebühr in EUR
2002	Versorgung einer kleinen Wunde einschließlich Umschneidung und Naht	160	9,33
2003	Erstversorgung einer großen und/oder stark verunreinigten Wunde	130	7,58
2004	Versorgung einer großen Wunde einschließlich Naht	240	13,99
2005	Versorgung einer großen und/oder stark verunreinigten Wunde einschließlich Umschneidung und Naht	400	23,31
	Neben den Leistungen nach den Nummern 2000 bis 2005 ist die Leistung nach Nummer 2033 nicht berechnungsfähig, wenn die Extraktion des Nagels Bestandteil der Wundversorgung ist.		

Berechnung der Excision der alten Narbe bei Re-Operationen

Die Berechnung der Excision der alten Narbe bei Re-Operationen mit Nr. 2005 GOÄ (Versorgung einer großen Wunde ...) neben der Operationsziffer für die Wund- bzw. Narbenausschneidung ist nicht möglich (unselbstständige Leistung nach § 4 Abs. 2a GOÄ. In seltenen Fällen, wenn tatsächlich eine entsprechende Indikation und Leistung vorliegt, kann Nr. 2392a GOÄ (Excision einer großen, kontrakten und funktionsbehindernden Narbe – einschließlich plastischer Deckung –) anfallen.

Stand: 30. September 1999

2006	Behandlung einer Wunde, die nicht primär heilt oder Entzündungserscheinungen oder Eiterungen aufweist – auch Abtragung von Nekrosen an einer Wunde –	63	3,67
2007	Entfernung von Fäden oder Klammern	40	2,33
2008	Wund- oder Fistelspaltung	90	5,25
2009	Entfernung eines unter die Oberfläche der Haut oder der Schleimhaut gelegenen fühlbaren Fremdkörpers	100	5,83
2010	Entfernung eines tiefsitzenden Fremdkörpers auf operativem Wege aus Weichteilen und/oder Knochen	379	22,09
2015	Anlegen einer oder mehrerer Redondrainage(n) in Gelenke, Weichteile oder Knochen über einen gesonderten Zugang – gegebenenfalls einschließlich Spülung –	60	3,50
II. Extremitätenchirurgie			
2029	Anlegen einer pneumatischen Blutleere oder Blutsperre an einer Extremität	50	2,91
2030	Eröffnung eines subkutanen Panaritiums oder der Paronychie – gegebenenfalls einschließlich Extraktion eines Finger- oder Zehennagels –	130	7,58
2031	Eröffnung eines ossalen oder Sehnenscheidenpanaritiums einschließlich örtlicher Drainage	189	11,02
2032	Anlage einer proximal gelegenen Spül- und/oder Saugdrainage	250	14,57

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punkt-zahl	Gebühr in EUR
2033	Extraktion eines Finger- oder Zehennagels	57	3,32
2034	Ausrottung eines Finger- oder Zehennagels mit Exzision der Nagelwurzel	114	6,64
2035	Plastische Operation am Nagelwall eines Fingers oder einer Zehe – auch mit Defektentfernung –	180	10,49
2036	Anlegen einer Finger- oder Zehennagelspange	45	2,62
2040	Exstirpation eines Tumors der Fingerweichteile (z. B. Hämangiom)	554	32,29
2041	Operative Beseitigung einer Schnürfurche an einem Finger mit Z-Plastik	700	40,80
2042	Kreuzlappenplastik an einem Finger einschließlich Trennung	1100	64,12
2043	Operation der Syndaktylie mit Vollhautdeckung ohne Osteotomie	1450	84,52
2044	Operation der Syndaktylie mit Vollhautdeckung einschließlich Osteotomie	1700	99,09
2045	Operation der Doppelbildung an einem Fingergelenk	600	34,97
2050	Fingerverlängerung mittels Knochentransplantation einschließlich Fremdlappenplastik	1800	104,92
2051	Operation eines Ganglioms (Hygroms) an einem Hand- oder Fußgelenk	600	34,97
2052	Operation eines Ganglioms an einem Fingergelenk	554	32,29
2053	Replantation eines Fingers einschließlich Gefäß-, Muskel-, Sehnen- und Knochenversorgung	2400	139,89
2054	Plastischer Daumenersatz durch Fingertransplantation einschließlich aller Maßnahmen oder Daumen-Zeigefingerbildung bei Daumenhypoplasie	2400	139,89
2055	Replantation einer Hand im Mittelhandbereich, Handwurzelbereich oder Unterarmbereich	7000	408,01
2056	Replantation eines Armes oder eines Beines	8000	466,30
2060	Drahtstiftung zur Fixierung eines kleinen Gelenks (Finger-, Zehengelenk)	230	13,41
2061	Entfernung einer Drahtstiftung nach Nummer 2060	74	4,31
2062	Drahtstiftung zur Fixierung von mehreren kleinen Gelenken, Drahtstiftung an der Daumenbasis oder an der Mittelhand oder am Mittelfuß mittels gekreuzter Drähte	370	21,57
2063	Entfernung einer Drahtstiftung nach Nummer 2062	126	7,34
2064	Sehnen-, Faszien- oder Muskelverlängerung oder plastische Ausschneidung	924	53,86
2065	Abtragung ausgedehnter Nekrosen im Hand- oder Fußbereich, je Sitzung	250	14,57

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punkt-zahl	Gebühr in EUR
2066	Eröffnung der Hohlhandphlegmone	450	26,23
2067	Operation einer Hand- oder Fußmissbildung (gleichzeitig an Knochen, Sehnen und/oder Bändern)	1660	96,76
2070	Muskelanalbildung(en) oder Operation des Karpaloder Tarsaltunnelsyndroms mit Dekompression von Nerven	1660	96,76
2071	Umbildung des Unterarmstumpfes zum Greifapparat	1850	107,83
2072	Offene Sehnen- oder Muskeldurchschneidung	463	26,99
2073	Sehnen-, Muskel- und/oder Fasziennaht – gegebenenfalls einschließlich Versorgung einer frischen Wunde –	650	37,89
2074	Verpflanzung einer Sehne oder eines Muskels	1100	64,12
2075	Sehnenverkürzung oder -raffung	924	53,86
2076	Operative Lösung von Verwachsungen um eine Sehne, als selbstständige Leistung	950	55,37
2080	Stellungskorrektur der Hammerzehe mittels Sehnendurchschneidung	463	26,99
2081	Stellungskorrektur der Hammerzehe mit Sehnenverpflanzung und/oder plastischer Sehnenoperation – gegebenenfalls mit Osteotomie und/oder Resektion eines Knochenteils –	924	53,86
2082	Operative Herstellung eines Sehnenbettes – einschließlich eine alloplastischen Einlage an der Hand –	1650	96,17
2083	Freie Sehnentransplantation	1650	96,17
2084	Sehnenscheidenstenosenoperation – gegebenenfalls einschließlich Probeexzision	407	23,72
2087	Operation einer Dupuytren'schen Kontraktur mit teilweiser Entfernung der Palmaraponeurose	924	53,86
2088	Operation einer Dupuytren'schen Kontraktur mit vollständiger Entfernung der Palmaraponeurose	1100	64,12
2089	Operation der Dupuytren'schen Kontraktur mit vollständiger Entfernung der Palmaraponeurose und mit Strangresektion an einzelnen Fingern – gegebenenfalls einschließlich Z- und/oder Zickzackplastiken –	1800	104,92
2090	Spülung bei eröffnetem Sehnenscheidenpanaritium, je Sitzung	63	3,67
2091	Sehnenscheidenradikaloperation (Tendosynovektomie) – gegebenenfalls mit Entfernung von vorspringenden Knochenteilen und Sehnenverlagerung –	924	53,86
2092	Operation der Tendosynovitis im Bereich eines Handgelenks oder der Anularsegmente eines Fingers	750	43,72
2093	Spülung bei liegender Drainage	50	2,91

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punkt-zahl	Gebühr in EUR
	III. Gelenkchirurgie		
	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.		
2100	Naht der Gelenkkapsel eines Fingers- oder Zehengelenks ...	278	16,20
2101	Naht der Gelenkkapsel eines Kiefer-, Hand- oder Fußgelenks ...	554	32,29
2102	Naht der Gelenkkapsel eines Schulter-, Ellenbogen-, Hüft- oder Kniegelenks oder eines Wirbelgelenks ...	1110	64,70
2103	Muskelentspannungsoperation am Hüftgelenk – gegebenenfalls einschließlich Abtragung oder Verpflanzung von Sehnenansatzstellen am Knochen – ...	1850	107,83
	Hüftgelenksendoprothetik		
	Weichteilbalancing am Hüftgelenk nach Nr. 2103 neben Nr. 2151		
	Bei Vorliegen schwerer Dysplasie-Coxarthrosen mit subluxiertem oder luxiertem Hüftkopf, schweren Coxa-vara-Fehlstellungen oder hochgradigen Fehlstellungen des proximalen Femur bei neurologischen Grunderkrankungen können neben der Implantation einer Hüftgelenks-Totalendoprothese die Beseitigung der schweren Muskelkontrakturen sowie weitere weichteilkorrigierende Maßnahmen, die zusammenfassend als Weichteilbalancing bezeichnet werden, indiziert sein. In diesen Fällen ist aus Sicht des Ausschusses Gebührenordnung die Berechnung der Nr. 2103 für das Weichteilbalancing neben Nr. 2151 gerechtfertigt.		
	Stand: 8. November 2002		
2104	Bandplastik des Kniegelenks (plastischer Ersatz von Kreuz- und/oder Seitenbändern) ...	2310	134,64
2105	Primäre Naht eines Bandes oder Bandplastik eines Finger- oder Zehengelenks ...	550	32,06
2106	Primäre Naht eines Bandes oder Bandplastik des Sprunggelenks oder Syndesmose ...	1110	64,70
2110	Synovektomie in einem Finger- oder Zehengelenk ...	750	43,72
2111	Synovektomie in einem Hand- oder Fußgelenk ...	1110	64,70
2112	Synovektomie in einem Schulter-, Ellenbogen- oder Kniegelenk ...	1480	86,27
2113	Synovektomie in einem Hüftgelenk ...	1850	107,83
2117	Meniskusoperation ...	1480	86,27

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punkt-zahl	Gebühr in EUR
2118	Operative Fremdkörperentfernung aus einem Kiefer-, Finger-, Hand-, Zehen- oder Fußgelenk	463	26,99
2119	Operative Entfernung freier Gelenkkörper oder Fremdkörperentfernung aus dem Schulter-, Ellenbogen- oder Kniegelenk	1480	86,27
2120	Denervation eines Finger- oder Zehengelenks	650	37,89
2121	Denervation eines Hand-, Ellenbogen-, Fuß- oder Kniegelenks	1300	75,77
2122	Resektion eines Finger- oder Zehengelenks	407	23,72
2123	Resektion eines Kiefer-, Hand- oder Fußgelenks	1110	64,70
2124	Resektion eines Ellenbogen-, Schulter-, Hüft- oder Kniegelenks	1850	107,83
2125	Kopf-Halsresektion am Hüftgelenk	2220	129,40

Keine Berechenbarkeit der Nr. 2125 GOÄ neben Nr. 2151 bei Alloarthroplastik

17. Sitzung vom 17. Dezember 1998

Die Gelenkresektion bei endoprothetischem Totalersatz eines Gelenks ist als unselbstständiger Bestandteil der Zielleistung im Sinne des § 4 Abs. 2a anzusehen. Eine eigenständige Berechnung ist deshalb nicht möglich. Die Beschlussfassung des Gebührenordnungsausschusses aus der 1. Sitzung vom 30. August 1991 wird aufrechterhalten.

Die bestehende Unterbewertung der Alloarthroplastiken muss im Rahmen der Novellierung der GOÄ aufgehoben werden. Hierzu ist die Umsetzung des von der Bundesärztekammer entwickelten Konzeptes zur Novellierung der GOÄ zu fordern.

2126	Kopf-Halsresektion am Hüftgelenk mit Osteotomie am koxalen Fermurende – gegebenenfalls mit Osteosynthese –	2770	161,46
2130	Operative Versteifung eines Finger- oder Zehengelenks	650	37,89
2131	Operative Versteifung eines Hand- oder Fußgelenks	1300	75,77
2132	Operative Versteifung eines Hüftgelenks – auch einschließlich Fixation durch Knochenspäne oder alloplastisches Material –	2770	161,46
2133	Operative Versteifung eines Kniegelenks	2100	122,40
2134	Arthroplastik eines Finger- oder Zehengelenks	924	53,86
2135	Arthroplastik eines Kiefer-, Hand- oder Fußgelenks	1400	81,60
2136	Arthroplastik eines Ellenbogen- oder Kniegelenks	1660	96,76
2137	Arthroplastik eines Schultergelenks	2100	122,40
2140	Operativer Einbau eines künstlichen Finger- oder Zehengelenks oder einer Fingerprothese	1000	58,29
2141	Entfernung und erneuter operativer Eingriff eines künstlichen Finger- oder Zehengelenks oder einer Fingerprothese	1800	104,92
2142	Operativer Einbau eines künstlichen Hand- oder Fußgelenks	2700	157,38

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punkt-zahl	Gebühr in EUR
2143	Entfernung und erneuter operativer Eingriff eines künstlichen Hand- oder Fußgelenks	4860	283,28
2144	Operativer Einbau eines künstlichen Ellenbogen- oder Kniegelenks	3600	209,83
2145	Entfernung und erneuter operativer Einbau eines künstlichen Ellenbogen- oder Kniegelenks	6480	377,70
2146	Operativer Einbau eines künstlichen Schultergelenks	1800	104,92
2147	Entfernung und erneuter operativer Einbau eines künstlichen Schultergelenks	3240	188,85
2148	Neubildung eines Hüftpfannendaches durch Beckenosteotomie – auch Pfannendachplastik –	2100	122,40
2149	Ersatz eines Hüftkopfes oder einer Hüftpfanne durch biologische oder alloplastische Transplantate	2770	161,46
2150	Entfernung und erneuter operativer Einbau eines künstlichen Hüftkopfes oder einer künstlichen Hüftpfanne	4980	290,27
2151	Endoprothetischer Totalersatz von Hüftpfanne und Hüftkopf (Alloarthroplastik)	3700	215,66
Siehe Beschluss des Ausschusses „Gebührenordnung" der BÄK zu Nr. 2103 und 2125.			
2152	Entfernung und erneuter operativer Einbau eines endoprothesischen Totalersatzes von Hüftpfanne und Hüftkopf (Alloarthroplastik)	6660	388,19
2153	Endoprothetischer Totalersatz eines Kniegelenks (Alloarthroplastik)	3700	215,66
2154	Entfernung und erneuter operativer Einbau eines endoprothetischen Totalersatzes eines Kniegelenks (Alloarthroplastik)	6660	388,19
2155	Eröffnung eines vereiterten Finger- oder Zehengelenks	148	8,63
2156	Eröffnung eines vereiterten Kiefer-, Hand- oder Fußgelenks	463	26,99
2157	Eröffnung eines vereiterten Schulter- oder Ellenbogen- oder Hüft- oder Kniegelenks oder von Gelenken benachbarter Wirbel	924	53,86
2158	Exartikulation eines Fingers oder einer Zehe	370	21,57
2159	Exartikulation einer Hand oder eines Fußes	924	53,86
2160	Exartikulation in einem Ellenbogen- oder Kniegelenk	1110	64,70
2161	Exartikulation in einem Schultergelenk	1290	75,19
2162	Exartikulation in einem Hüftgelenk	1480	86,27
2163	Operative Entfernung einer Schultergürtelhälfte	1850	107,83
2164	Operative Entfernung eines Beckenhälfte einschließlich plastischer Deckung, auch in mehreren Sitzungen	3700	215,66

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punkt-zahl	Gebühr in EUR
2165	Beckenosteotomie einschließlich Osteosynthese und/oder Spanverpflanzung einschließlich Entnahme des Spanmaterials – gegebenenfalls auch mit Reposition einer Hüftluxation –	6000	349,72
2167	Ersatzlose Entfernung eines künstlichen Hüftgelenks mit Ausräumung von nekrotischem Gewebe und Knochenzement	3200	186,52
2168	Operative Entfernung einer Kniegelenksendoprothese – einschließlich operativer Versteifung des Gelenks –	3200	186,52
2170	Amputation eines Fingers oder einer Zehe oder eines Finger- oder Zehengliedteils – einschließlich plastischer Deckung –	463	26,99
2171	Amputation eines Fingerstrahles in der Mittelhand oder eines Zehenstrahles im Mittelfuß oder Amputation nach Pirogow oder Gritti – einschließlich plastischer Deckung –	1110	64,70
2172	Amputation eines Mittelhand- oder Mittelfußknochens – einschließlich plastischer Deckung –	924	53,86
2173	Amputation im Unterarm-, Unterschenkel- oder Oberarmbereich – einschließlich plastischer Deckung –	1110	64,70
2174	Amputation im Oberschenkelbereich – einschließlich plastischer Deckung –	1290	75,19
2181	Gewaltsame Lockerung oder Streckung eines Kiefer-, Hand- oder Fußgelenks	227	13,23
2182	Gewaltsame Lockerung oder Streckung eines Schulter-, Ellenbogen-, Hüft- oder Kniegelenks	379	22,09
2183	Operatives Anlegen einer Extension am Schädel bei Behandlung von Halswirbelverletzungen/-instabilitäten (z. B. Crutchfieldzange)	740	43,13
2184	Anlegen von Halo-Extensionen zur Vorbereitung der operativen Behandlung von Skoliosen und Kyphosen	1000	58,29
2189	Arthroskopische Operation mit Entfernung oder Teilresektion eines Meniskus im Kniegelenk – gegebenenfalls einschließlich Plicateilresektion, Teilresektion des Hoffa'schen Fettkörpers und/ oder Entfernung freier Gelenkkörper –	1500	87,43
2190	Arthroskopische erhaltende Operation an einem Meniskus (z. B. Meniskusnaht, Refixation) in einem Kniegelenk	1800	104,92
2191	Arthroskopische Operation mit primärer Naht, Reinsertion, Rekonstruktion oder plastischem Ersatz eines Kreuz- oder Seitenbands an einem Kniegelenk – einschließlich Kapselnaht –	2000	116,57
2192	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 2191 für die primäre Naht, Reinsertion, Rekonstruktion oder den plastischen Einsatz eines weiteren Bands in demselben Kniegelenk im Rahmen derselben Sitzung	500	29,14

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punktzahl	Gebühr in EUR
2193	Arthroskopische Operation mit Synovektomie an einem Knie- oder Hüftgelenk bei chronischer Gelenkentzündung – gegebenenfalls einschließlich Abtragung von Osteophyten	1800	104,92
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	17,49
2196	Diagnostische Arthroskopie im direkten zeitlichen Zusammenhang mit arthroskopischen Operationen nach den Nummern 2189 bis 2191 sowie 2193	250	14,57
	IV. Gelenkluxationen		
	Allgemeine Bestimmungen		
	Bei Einrenkung von Luxationen sind Verbände Bestandteil der Leistung.		
2203	Einrenkung von Luxationen von Wirbelgelenken im Durchhang	739	43,07
2204	Einrenkung alter Luxationen von Wirbelgelenken im Durchhang	1110	64,70
2205	Einrenkung der Luxation eines Finger- oder Zehengelenks	93	5,42
2206	Einrenkung der alten Luxation eines Finger- oder Zehengelenks	140	8,16
2207	Einrenkung der Luxation eines Daumengelenks	148	8,63
2208	Einrenkung der alten Luxation eines Daumengelenks	220	12,82
2209	Einrenkung der Luxation eines Daumengelenks mit Anlegen eines Drahtzuges	370	21,57
2210	Operative Einrenkung der Luxation eines Fingeroder Zehengelenks	407	23,72
2211	Einrenkung der Luxation eines Hand- oder Fußgelenks	278	16,20
2212	Einrenkung der alten Luxation eines Hand- oder Fußgelenks	420	24,48
2213	Operative Einrenkung der Luxation eines Handoder Fußgelenks	1110	64,70
2214	Einrenkung der Luxation eines Ellenbogen- oder Kniegelenks	370	21,57
2215	Einrenkung der alten Luxation eines Ellenbogen- oder Kniegelenks	540	31,48
2216	Operative Einrenkung der Luxation eines Ellenbogen- oder Kniegelenks	1850	107,83
2217	Einrenkung der Luxation eines Schultergelenks	370	21,57
2218	Einrenkung der alten Luxation eines Schultergelenks	540	31,48
2219	Operative Einrenkung der Luxation eines Schultergelenks	1850	107,83

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punkt-zahl	Gebühr in EUR
2220	Operation der habituellen Luxation eines Schultergelenks mit Spanübertragung	2250	131,15
2221	Einrenkung der Luxation eines Schlüsselbeingelenks oder einer Kniescheibe	111	6,47
2222	Einrenkung der alten Luxation eines Schlüsselbeingelenks oder einer Kniescheibe	170	9,91
2223	Operative Einrenkung eines luxierten Schlüsselbeingelenks	400	23,31
2224	Operative Einrenkung eines luxierten Schlüsselbeingelenks mit Osteosynthese	800	46,63
2225	Operative Einrenkung eines luxierten Schlüsselbeingelenks mit Osteosynthese und Rekonstruktion des Bandapparates	1000	58,29
2226	Einrenkung eines eingeklemmten Meniskus, der Subluxation eines Radiusköpfchens (Chassaignac) oder der Luxation eines Sternoklavikulargelenks	120	6,99
2230	Operation einer Luxation einer Kniescheibe	900	52,46
2231	Einrenkung der Luxation eines Hüftgelenks	739	43,07
2232	Einrenkung der alten Luxation eines Hüftgelenks	1110	64,70
2233	Einrenkung der angeborenen Luxation eines Hüftgelenks	550	32,06
2234	Stellungsänderung oder zweite und folgende einrenkende Behandlung im Verlauf der Therapie nach Nummer 2233	473	27,57
2235	Operation der habituellen Luxation eines Kniegelenks	1660	96,76
2236	Operative Einrichtung einer traumatischen Hüftgelenksluxation – einschließlich Rekonstruktion des Kapselbandapparates –	1850	107,83
2237	Operative Einrichtung einer traumatischen Hüftgelenksluxation mit Rekonstruktion des Kopfes und/ oder der Hüftpfanne – einschließlich Osteosynthese und Rekonstruktion des Kapselbandapparates –	2770	161,46
2238	Operative Einrichtung einer traumatischen Hüftgelenksluxation nach Nummer 2237 – einschließlich Revision des Nervus ischiadicus und gegebenenfalls mit Naht desselben –	3230	188,27
2239	Operative Einrichtung einer angeborenen Hüftgelenksluxation	1480	86,27
2240	Operative Einrichtung einer angeborenen Hüftgelenksluxation mit Pfannendachplastik – auch mit Knocheneinpflanzung oder Beckenosteotomie –	2770	161,46
2241	Operative Einrichtung einer angeborenen Hüftgelenksluxation mit Pfannendachplastik oder Beckenosteotomie und/ oder Umstellungsosteotomie einschließlich Osteosynthese	4500	262,29

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punkt-zahl	Gebühr in EUR
V. Knochenchirurgie			
2250	Keilförmige oder lineare Osteotomie eines kleinen Knochens (Finger-, Zehen-, Mittelhand-, Mittelfußknochen) oder Probeausmeißelung aus einem Knochen	463	26,99
2251	Umstellungsosteotomie eines großen Knochens (Röhrenknochen des Oberarms, Unterarms, Oberschenkels, Unterschenkels) ohne Osteosynthese	1290	75,19
2252	Umstellungsosteotomie eines großen Knochens mit Osteosynthese	1850	107,83
2253	Knochenspanentnahme	647	37,71
2254	Implantation von Knochen	739	43,07
2255	Freie Verpflanzung eines Knochens oder von Knochenteilen (Knochenspäne)	1480	86,27
2256	Knochenaufmeißelung oder Nekrotomie bei kleinen Knochen	463	26,99
2257	Knochenaufmeißelung oder Nekrotomie an einem großen Röhrenknochen	800	46,63
2258	Knochenaufmeißelung oder Nekrotomie am Becken	1200	69,94
2259	Knochenaufmeißelung oder Nekrotomie am Schädeldach	1500	87,43
2260	Osteotomie eines kleinen Röhrenknochens – einschließlich Osteosynthese –	1850	107,83
2263	Resektion eines kleinen Knochens – auch einschließlich eines benachbarten Gelenkanteils – mit Knochen- oder Spanverpflanzung (z. B. bei Tumorexstirpation)	1660	96,76
2265	Resektion eines großen Knochens – auch einschließlich eines benachbarten Gelenks mit Knochen- oder Spanverpflanzung (z. B. bei Tumorexstirpation) –	2770	161,46
2266	Resektion eines Darmbeinknochens	1850	107,83
2267	Knochenzerbrechung	463	26,99
2268	Operativer Einsatz des Os lunatum durch Implantat	1800	104,92
2269	Operation der Pseudarthrose des Os naviculare mit Spanentnahme vom Beckenkamm oder Verschraubung	1800	104,92
2273	Osteotomie eines kleinen Röhrenknochens – einschließlich Anbringens eines Distraktors –	924	53,86
2274	Osteotomie eines großen Röhrenknochens – einschließlich Anbringens eines Distraktors –	1850	107,83
2275	Inter- oder subtrochantere Umstellungsosteotomie	2310	134,64
2276	Inter- oder subtrochantere Umstellungsosteotomie mit Osteosynthese	2770	161,46
2277	Redressement einer Beinverkrümmung	567	33,05

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punktzahl	Gebühr in EUR
2278	Autologe Tabula-externa-Osteoplastik mit Deckung eines Schädel- oder Stirnbeindefektes (Kranioplastik)	3500	204,01
2279	Chemonukleolyse	600	34,97
2280	Redressement des Rumpfes bei schweren Wirbelsäulenverkrümmungen	1135	66,16
2281	Perkutane Nukleotomie (z. B. Absaugen des Bandscheibengewebes im Hochdruckverfahren)	1400	81,60
2282	Operative Behandlung des Bandscheibenvorfalles mit einseitiger Wirbelbogenresektion oder -fensterung in einem Segment, Nervenwurzellösung, Prolapseabtragung und Bandscheibenausräumung	1480	86,27
2283	Operative Behandlung des Bandscheibenvorfalles in zwei oder drei Segmenten, ein- oder beidseitig, auch mit Resektion des ganzen Bogens (totale Laminektomie)	1850	107,83
2284	Stabilisierende operative Maßnahmen (z. B. Knochenspaneinpflanzung, Einpflanzung alloplastischen Materials), zusätzlich zu Nummer 2282 oder Nummer 2283	554	32,39
2285	Operative Versteifung eines Wirbelsäulenabschnittes – einschließlich Einpflanzung von Knochen oder alloplastischem Material, als alleinige Leistung –	1480	86,27
2286	Operative Behandlung von Wirbelsäulenverkrümmungen durch Spondylodese – einschließlich Implantation von autologem oder alloplastischem Material –	2500	145,72
2287	Operative Behandlung von Wirbelsäulenverkrümmungen nach Nummer 2286 mit zusätzlicher Implantation einer metallischen Aufspreiz- und Abstützvorrichtung	3700	215,66
2288	Osteotomien am Rippenbuckel, zusätzlich zu Nummer 2286 oder Nummer 2287	550	32,06
2289	Neueinpflanzung einer Aufspreiz- oder Abstützvorrichtung an der Wirbelsäule – einschließlich Entfernung der alten Vorrichtung –	4000	233,15
2290	Stellungskorrektur und Fusion eines oder mehrerer Wirbelsegmente an Brustwirbelsäule und/oder Lendenwirbelsäule bei ventralem Zugang – auch mit Knocheneinpflanzung –	2770	161,46
2291	Implantation eines Elektrostimulators zur Behandlung der Skoliose oder einer Pseudarthrose	920	53,62
2292	Eröffnung von Brust- und Bauchhöhle bei vorderem Zugang, nur im Zusammenhang mit den Leistungen nach den Nummern 2285, 2286, 2287, 2332 und 2333	1110	64,70
2293	Operation einer Steißbeinfistel	370	21,57
2294	Steißbeinresektion	554	32,29
2295	Exostosenabmeißelung bei Hallux valgus	463	26,99

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punkt-zahl	Gebühr in EUR
2296	Exostosenabmeißelung bei Hallux valgus einschließlich Sehnenverpflanzung	924	53,86
2297	Operation des Hallux valgus mit Gelenkkopfresektion und anschließender Gelenkplastik und/oder Mittelfußosteotomie einschließlich der Leistungen nach den Nummern 2295 und 2296	1180	68,78
VI. Frakturbehandlung			
2320	Einrichtung der gebrochenen knöchernen Nase einschließlich Tamponade – gegebenenfalls einschließlich Wundverband –	189	11,02
2321	Einrichtung eines gebrochenen Gesichtsknochens – gegebenenfalls einschließlich Wundverband –	227	13,23
2322	Aufrichtung gebrochener Wirbel im Durchhang	757	44,12
2323	Halswirbelbruchbehandlung durch Zugverband mit Klammer	757	44,12
2324	Einrichtung des gebrochenen Schlüsselbeins	152	8,86
2325	Einrichtung des gebrochenen Schlüsselbeins – einschließlich Nagelung und/oder Drahtung	567	33,05
2326	Einrichtung eines gebrochenen Schulterblattes oder des Brustbeins	227	13,23
2327	Einrichtung eines gebrochenen Oberarmknochens	473	27,57
2328	Einrichtung gebrochener Unterarmknochen	341	19,88
2329	Einrichtung des gebrochenen Beckens	473	27,57
2330	Einrichtung eines gebrochenen Oberschenkelknochens	757	44,12
2331	Einrichtung gebrochener Knochen der Handwurzel oder der Mittelhand, der Fußwurzel oder des Mittelfußes	227	13,23
2332	Operative Aufrichtung eines gebrochenen Wirbelkörpers und/oder operative Einrenkung einer Luxation eines Wirbelgelenkes mit stabilisierenden Maßnahmen	2500	145,72
2333	Operative Aufrichtung von zwei oder mehr gebrochenen Wirbelkörpern und/oder operativer Einrenkung von zwei oder mehr Luxationen von Wirbelgelenken mit stabilisierenden Maßnahmen	3700	215,66
2334	Operative Stabilisierung einer Brustwandseite	2800	163,20
2335	Einrichtung einer gebrochenen Kniescheibe oder gebrochener Unterschenkelknochen	473	27,57
2336	Operative Einrichtung der gebrochenen Kniescheibe – auch mit Fremdmaterial –	650	37,89
2337	Einrichtung gebrochener Endgliedknochen von Fingern oder von gebrochenen Zehenknochen	76	4,43

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punkt-zahl	Gebühr in EUR
2338	Einrichtung des gebrochenen Großzehenknochens oder von Frakturen an Grund- oder Mittelgliedern der Fingerknochen	152	8,86
2338a	Operative Einrichtung des gebrochenen Endgliedknochens eines Fingers – einschließlich Fixation durch Osteosynthese –	185	10,78
2339	Einrichtung des gebrochenen Großzehenknochens oder von Frakturen an Grund- oder Mittelgliedknochen der Finger mit Osteosynthese	379	22,09
2340	Olekranonverschraubung oder Verschraubung des Innen- oder Außenknöchelbruches	554	32,29
2344	Osteosynthese der gebrochenen Kniescheibe bzw. Exstirpation der Kniescheibe oder Teilexstirpation	1110	64,70
2345	Tibiakopfverschraubung oder Verschraubung des Fersenbeinbruches	924	53,86
2346	Beck'sche Bohrung	278	16,20
2347	Nagelung und/oder Drahtung eines gebrochenen kleinen Röhrenknochens (z. B. Mittelhand, Mittelfuß)	370	21,57
2348	Nagelung und/oder Drahtung eines kleinen Röhrenknochens (z. B. Mittelhand, Mittelfuß) bei offenem Knochenbruch	555	32,35
2349	Nagelung und/oder Drahtung und/oder Verschraubung (mit Metallplatten) eines gebrochenen großen Röhrenknochens	1110	64,70
2350	Nagelung und/oder Drahtung und/oder Verschraubung (mit Metallplatten) eines großen Röhrenknochens bei offenem Knochenbruch	1660	96,76

Verdrahtung des Sternums

Für die Verdrahtung des Sternums bei Abschluss der Operation kann Nr. 2350 GOÄ (Verdrahtung eines großen Röhrenknochens bei offenem Knochenbruch) nicht eigenständig berechnet werden. Nur wenn bei Sternumdehiszens eine erneute Stabilisierung des Sternums erforderlich wird, ist dieser glücklicherweise seltene Vorgang eigenständig und berechenbar. Zutreffend ist in der Regel Nr. 2355 GOÄ (operative Stabilisierung einer Pseudarthrose oder operative Korrektur eines in Fehlstellung verheilten Knochenbruchs), in seltenen Fällen, z. B. der Plattenosteosynthese, auch Nr. 2356 GOÄ.

Stand: 30. September 1999

2351	Nagelung und/oder Verschraubung (mit Metallplatten) eines gebrochenen Schenkelhalses	1480	86,27
2352	Nagelung und/oder Verschraubung (mit Metallplatten) eines Schenkelhalses bei offenem Knochenbruch	2220	129,40
2353	Entfernung einer Nagelung und/oder Drahtung und/oder Verschraubung aus kleinen Röhrenknochen	185	10,78
2354	Entfernung einer Nagelung und/oder Drahtung und/oder Verschraubung (mit Metallplatten) aus großen Röhrenknochen	370	21,57

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punkt-zahl	Gebühr in EUR
2355	Operative Stabilisierung einer Pseudarthrose oder operative Korrektur eines in Fehlstellung verheilten Knochenbruchs ..	1110	64,70
	Siehe Beschluss des Zentralen Konsultationsausschusses zu Nr. 2350.		
2356	Operative Stabilisierung einer Pseudarthrose oder operative Korrektur eines in Fehlstellung verheilten Knochenbruchs nach Osteotomie mittels Nagelung, Verschraubung und/oder Metallplatten und/oder äußerem Spanner – auch zusätzliches Einpflanzen von Knochenspan –	1480	86,27
	Siehe Beschluss des Zentralen Konsultationsausschusses zu Nr. 2350.		
2357	Operative Wiederherstellung einer gebrochenen Hüftpfanne einschließlich Fragmentfixation	2770	161,46
2358	Osteosynthese gebrochener Beckenringknochen, der gesprengten Symphyse oder einer gesprengten Kreuzdarmbeinfuge	2100	122,40
	VII. Chirurgie der Körperoberfläche		
2380	Überpflanzung von Epidermisstücken	310	18,07
2381	Einfache Hautlappenplastik	370	21,57
2382	Schwierige Hautlappenplastik oder Spalthauttransplantation	739	43,07
2383	Vollhauttransplantation – auch einschließlich plastischer Versorgung der Entnahmestelle –	1000	58,29
2384	Knorpeltransplantation (z. B. aus einem Ohr oder aus einer Rippe)	739	43,07
2385	Transplantation eines haartragenden Hautimplantates oder eines Dermafett-Transplantates – auch einschließlich plastischer Versorgung der Entnahmestelle –	1200	69,94
2386	Schleimhauttransplantation – einschließlich operativer Unterminierung der Entnahmestelle und plastischer Deckung – ...	688	40,10
2390	Deckung eines überhandflächengroßen, zusammenhängenden Hautdefektes mit speziell aufbereiteten freien Hauttransplantaten	1330	77,52
2391	Freie Verpflanzung eines Hautlappens mittels zwischenzeitlicher Stielbildung, in mehreren Sitzungen	1500	87,43
2392	Anlage eines Rundstiellappens	900	52,46
2392a	Exzision einer großen, kontrakten und funktionsbehindernden Narbe – einschließlich plastischer Deckung –	1000	58,29
	Siehe Beschluss des Zentralen Konsultationsausschusses zu Nr. 2392a.		
2393	Interimistische Implantation eines Rundstiellappens (Zwischentransport)	739	43,07
2394	Implantation eines Rundstiellappens – einschließlich Modellierung am Ort –	2200	128,23

Nr. Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Leistung	Punktzahl	Gebühr in EUR
2395	Gekreuzte Beinlappenplastik	2500	145,72
2396	Implantation eines Hautexpanders	900	52,46
2397	Operative Ausräumung eines ausgedehnten Hämatoms, als selbstständige Leistung	600	34,97
2400	Öffnung eines Körperkanalverschlusses an der Körperoberfläche	111	6,47
2401	Probeexzision aus oberflächlich gelegenem Körpergewebe (z. B. Haut, Schleimhaut, Lippe)	133	7,75
2402	Probeexzision aus tiefliegendem Körpergewebe (z. B. Fettgewebe, Faszie, Muskulatur) oder aus einem Organ ohne Eröffnung einer Körperhöhle (z. B. Zunge)	370	21,57
2403	Exzision einer in oder unter der Haut oder Schleimhaut liegenden kleinen Geschwulst	133	7,75
2404	Exzision einer größeren Geschwulst (z. B. Ganglion, Fasziengeschwulst, Fettgeschwulst, Lymphdrüse, Neurom)	554	32,29
2405	Entfernung eines Schleimbeutels	370	21,57
2407	Exzision einer ausgedehnten, auch blutreichen Geschwulst – gegebenenfalls einschließlich ganzer Muskeln – und Ausräumung des regionären Lymphstromgebietes	2310	134,64
2408	Ausräumung des Lymphstromgebiets einer Axilla	1100	64,12
2410	Operation eines Mammatumors	739	43,07
2411	Absetzen einer Brustdrüse	924	53,86
2412	Absetzen einer Brustdrüse einschließlich Brustmuskulatur	1400	81,60
2413	Absetzen einer Brustdrüse mit Ausräumung der regionären Lymphstromgebiete (Radikaloperation)	2310	134,64
2414	Reduktionsplastik der Mamma	2800	163,20
2415	Aufbauplastik der Mamma einschließlich Verschiebeplastik – gegebenenfalls einschließlich Inkorporation einer Mammaprothese –	2000	116,57
2416	Aufbauplastik nach Mammaamputation – gegebenenfalls einschließlich Inkorporation einer Mammaprothese –	3000	174,86
2417	Operative Entnahme einer Mamille und interimistische Implantation an anderer Körperstelle	800	46,63
2418	Replantation einer verpflanzten Mamille	800	46,63
2419	Rekonstruktion einer Mamille aus einer großen Labie oder aus der Mamma der gesunden Seite, auch zusätzlich zur Aufbauplastik	1200	69,94
2420	Implantation oder operativer Austausch einer Mammaprothese, als selbstständige Leistung	1100	64,12
2421	Implantation eines subkutanen, auffüllbaren Medikamentenreservoirs	600	34,97

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punkt-zahl	Gebühr in EUR
2427	Tiefreichende, die Faszie und die darunterliegenden Körperschichten durchtrennende Entlastungsinzision(en) – auch mit Drainage(n) –	400	23,31
2428	Eröffnung eines oberflächlich unter der Haut oder Schleimhaut liegenden Abszesses oder eines Furunkels	80	4,66
2429	Eröffnung disseminierter Abszessbildungen der Haut (z. B. bei einem Säugling)	220	12,82
2430	Eröffnung eines tiefliegenden Abszesses	303	17,66
2431	Eröffnung eines Karbunkels – auch mit Exzision –	379	22,09
2432	Eröffnung einer Phlegmone	473	27,57
2440	Operative Entfernung eines Naevus flammeus, je Sitzung	800	46,63
2441	Operative Korrektur einer entstellenden Gesichtsnarbe	400	23,31
2442	Implantation alloplastischen Materials zur Weichteilunterstützung, als selbstständige Leistung	900	52,46
2443	Totale Entfernung des Narbengewebes im ehemaligen Augenlidgebiet als vorbereitende operative Maßnahme zur Rekonstruktion eines Augenlides	800	46,63
2444	Implantation eines Magnetkörpers in ein Augenlid	300	17,49
2450	Operation des Rhinophyms	600	34,97
2451	Wiederherstellungsoperation bei Fazialislähmung – einschließlich Muskelplastiken und/oder Aufhängung mittels Faszie –	2500	145,72
2452	Exstirpation einer Fettschürze – einschließlich plastischer Deckung des Grundes –	1400	81,60
2453	Operation des Lymphödems einer Extremität	2000	116,57
2454	Operative Entfernung von überstehendem Fettgewebe an einer Extremität	924	53,86
VIII. Neurochirurgie			
2500	Hebung einer gedeckten Impressionsfraktur des Schädels	1850	107,83
2501	Operation einer offenen Impressions- oder Splitterfraktur des Schädels – einschließlich Reimplantation von Knochenstücken –	3100	180,69
2502	Operation eines epiduralen Hämatoms	2750	160,29
2503	Operation einer frischen Hirnverletzung mit akutem subduralem und/oder intrazerebralem Hämatom	5250	306,01
2504	Operation einer offenen Hirnverletzung mit Dura- und/oder Kopfschwartenplastik	4500	262,29
2505	Operation des akuten subduralen Hygroms oder Hämatoms beim Säugling oder Kleinkind	3000	174,86

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punkt-zahl	Gebühr in EUR
2506	Exstirpation eines chronischen subduralen Hämatoms einschließlich Kapselentfernung	3750	218,58
2507	Entleerung eines chronischen subduralen Hämatoms mittels Bohrlochtrepanation(en) – gegebenenfalls einschließlich Drainage –	1800	104,92
2508	Operative Versorgung einer frischen frontobasalen Schädelhirnverletzung	4500	262,29
2509	Totalexstirpation eines Hirnabszesses	3750	218,58
2510	Operation eines intrazerebralen, nicht traumatisch bedingten Hämatoms	4000	233,15
2515	Bohrlochtrepanation des Schädels	1000	58,29
2516	Osteoklastische Trepanation des Schädels über dem Großhirn	1500	87,43
2517	Osteoklastische Trepanation des Schädels über dem Großhirn – einschließlich Wiedereinpassung des Knochendeckels –	2250	131,15
2518	Eröffnung der hinteren Schädelgrube	2700	157,38
2519	Trepanation bei Kraniostenose	2250	131,15
2525	Operation der prämaturen Schädelnahtsynostose (Kraniostenose) mit Einfassung der Knochenränder oder mit Duraschichtresektion beim Säugling oder Kleinkind	4000	233,15
2526	Exstirpation eines Konvexitätstumors des Großhirns	3750	218,58
2527	Exstirpation eines Großhirntumors mit Hirnlappenresektion	5250	306,01
2528	Exstirpation eines Tumors der Mittellinie (Kraniopharyngeom, intraventrikulärer Tumor, Hypophysentumor) oder eines Schädelbasistumors	7500	437,15
2529	Operation einer intrakranialen Gefäßmissbildung (Aneurysma oder arteriovenöses Angiom)	8000	466,30
2530	Intrakraniale Embolektomie	7500	437,15
2531	Intrakraniale Gefäßanastomose oder Gefäßtransplantation	7500	437,15
2535	Resektion einer Gehirnhemisphäre	6000	349,72
2536	Resektion eines Gehirnlappens	4500	262,29
2537	Durchschneidung von Nervenbahnen im Gehirn oder in der Medulla oblongata	6250	364,30
2538	Operation einer Enzephalozele der Konvexität	3750	218,58
2539	Operation einer frontobasal gelegenen Enzephalozele	6250	364,30
2540	Ventrikuläre intrakorporale Liquorableitung mittels Ventilsystem	4500	262,29
2541	Ventrikulozisternostomie	4500	262,29
2542	Ventrikuläre extrakorporale Liquorableitung	1800	104,92

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punkt-zahl	Gebühr in EUR
2550	Exstirpation eines Kleinhirntumors	5000	291,44
2551	Exstirpation eines Kleinhirnbrückenwinkel- oder Stammhirntumors	7500	437,15
2552	Exstirpation eines retrobulbären Tumors auf transfrontal-transorbitalem Zugangsweg	6250	364,30
2553	Intrakraniale Operation einer basalen Liquorfistel mit plastischem Verschluss	6000	349,72
2554	Plastischer Verschluss eines Knochendefekts im Bereich des Hirnschädels, als selbstständige Leistung	1800	104,92
2555	Eröffnung des Spinalkanals durch einseitige Hemilaminektomie eines Wirbels/mehrerer Wirbel	1480	86,27
2556	Eröffnung des Spinalkanals durch Laminektomie eines Wirbels/mehrerer Wirbel	1850	107,83
2557	Eröffnung des Spinalkanals durch Laminektomie eines Wirbels/mehrerer Wirbel – einschließlich Wiedereinpflanzung von Knochenteilen –	2400	139,89
2560	Stereotaktische Ausschaltung(en) am Zentralnervensystem	3750	218,58
2561	Stereotaktische Ausschaltung(en) am Zentralnervensystem oder Implantation von Reizelektroden zur Dauerstimulation im Zentralnervensystem mit Trepanation	4620	269,29
2562	Anatomische Vorausberechnung (Zielpunktbestimmung) zu den Leistungen nach den Nummern 2560 und 2561 – gegebenenfalls einschließlich erforderlicher Ultraschallmessungen im Schädelinnern –	2250	131,15
2563	Durchschneidung und/oder Zerstörung eines Nerven an der Schädelbasis	2310	134,64
2564	Offene Durchtrennung eines oder mehrerer Nerven am Rückenmark	4800	279,78
2565	Operativer Eingriff zur Dekompression einer oder mehrerer Nervenwurzel(n) im Zervikalbereich – einschließlich Foraminotomie – gegebenenfalls einschließlich der Leistungen nach Nummer 2282 oder Nummer 2283 –	4100	238,98
2566	Operativer Eingriff zur Dekompression einer oder mehrerer Nervenwurzel(n) im thorakalen oder lumbalen Bereich – gegebenenfalls einschließlich Foraminotomie und/oder der Leistungen nach Nummer 2282 oder Nummer 2283 –	3000	174,86

Nrn. 2565/2566 GOÄ

Abrechnung von Bandscheibenoperationen und anderen neurochirurgischen Eingriffen an der Wirbelsäule

Die Nrn. 2565/2566 sind nur einmal berechnungsfähig, auch wenn rechts- und linksseitig operiert wird. Dies gilt auch, wenn in einer Sitzung Nervenwurzeldekompressionen in bis

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punkt-zahl	Gebühr in EUR

zu drei benachbarten Segmenten durchzuführen sind. Sind jedoch mehr als drei Segmente in einer Sitzung zu behandeln, so ist ab dem vierten Segment der Ansatz der Nr. 2565/2566 ein weiteres Mal gerechtfertigt.

Stand: 16. Januar 2004

Nrn. 2565/2566 GOÄ

Abrechnung von Bandscheibenoperationen und anderen neurochirurgischen Eingriffen an der Wirbelsäule

Neben der Dekompression der Nervenwurzel (verursacht durch lateralen Bandscheibenvorfall, knöcherne Veränderungen und anderes) nach den Nrn. 2565/2566 können Eingriffe im Wirbelkanal erforderlich sein, die als selbstständige Leistungen nach den Nrn. 2574 oder 2575 dann neben Nrn. 2565/2566 berechnet werden können, wenn zu diesem Zweck über den Zugang zum Nervenwurzelkanal hinaus weitere operative Zielgebiete, die in einem bildgebenden Verfahren erkennbar völlig außerhalb der operierten Nervenwurzelkanäle im Wirbelkanal liegen, präpariert werden müssen. Bei der operativen Behandlung einer Spinalkanalstenose ist die Nr. 2574 je Segment berechnungsfähig, gegebenenfalls zusätzlich zu den Leistungen nach Nrn. 2565/2566. Voraussetzung für die Berechnung der Nr. 2574 für die operative Sanierung der Spinalkanalstenose ist, dass je Segment von beiden Seiten her operiert wurde. Osteophytenabtragungen können nicht einzeln abgerechnet werden, wenn diese zum selben Segment zählen.

Die Entfernung eines oder mehrerer in den Spinalkanal versprengter Sequester ist ebenfalls Nr. 2574 zuzuordnen, und gegebenenfalls neben Nr. 2565 oder Nr. 2566 berechnungsfähig. Nr. 2574 für die Entfernung eines in den Wirbelkanal versprengten Sequesters ist aber nur dann mehr als einmal berechnungsfähig, wenn eine Ausdehnung über mehr als drei benachbarte Wirbelsegmente vorliegt.

Wurde Nr. 2574 bereits für den operativen Eingriff bei Spinalkanalstenose in einem Segment berechnet, so kann bei Vorliegen bzw. Entfernen eines Sequesters in demselben Segment Nr. 2574 nicht erneut in Ansatz gebracht werden. Der erhöhte Aufwand muss in diesen Fällen über die Wahl eines adäquaten Steigerungsfaktors bei Berechnung der Nr. 2574 abgebildet werden.

Stand: 16. Januar 2004

Siehe Beschluss des Zentralen Konsultationsausschusses nach Nr. 2802.

2570	Implantation von Reizelektroden zur Dauerstimulation des Rückenmarks – gegebenenfalls einschließlich Implantation des Empfangsgerätes –	4500	262,29
2571	Operation einer Missbildung am Rückenmark oder an der Cauda equina oder Verschluss einer Myelomeningozele beim Neugeborenen oder Operation einer Meningozele	2650	154,46
2572	Operation einer Missbildung am Rückenmark oder an der Cauda equina mit plastischer Rekonstruktion des Wirbelkanals und/oder Faszienplastik	3230	188,27
2573	Verschiebeplastik, zusätzlich zu den Leistungen nach den Nummern 2571, 2572 und 2584	500	29,14

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punkt-zahl	Gebühr in EUR
2574	Entfernung eines raumbeengenden extraduralen Prozesses im Wirbelkanal	2750	160,29
	Siehe Beschluss des Zentralen Konsultationsausschusses nach Nr. 2577.		
2575	Entfernung eines raumbeengenden intraduralen Prozesses im Wirbelkanal	3500	204,01
2576	Mikrochirurgische Entfernung einer spinalen Gefäßmissbildung oder eines Tumors	4500	262,29
2577	Entfernung eines raumbeengenden intra- oder extraspinalen Prozesses	4000	233,15
	Nr. 2574, Nr. 2577 GOÄ Abrechnung von Bandscheibenoperationen und anderen neurochirurgischen Eingriffen an der Wirbelsäule Eingriffe zur Entfernung raumbeengender epiduraler und anderer extraduraler Prozesse im Wirbelkanal, auch unter dem hinteren Längsband, sind dem Eingriff nach Nr. 2574 zuzuordnen. Die Berechnung der Nr. 2577 ist aus Sicht des Zentralen Konsultationsausschusses nur dann angemessen, wenn es sich hierbei um einen Eingriff zur Entfernung eines intra- und extraspinal gelegenen Befundes handelt. Stand: 16. Januar 2004		
2580	Freilegung und Durchtrennung oder Exhairese eines Nerven	554	32,29
2581	Freilegung und Exhairese eines peripheren Trigeminusastes	924	53,86
2582	Freilegung und Entnahme eines autologen peripheren Nerven zwecks Transplantation einschließlich Aufbereitung	1800	104,92
2583	Neurolyse, als selbstständige Leistung	824	53,86
2584	Neurolyse mit Nervenverlagerung und Neueinbettung	1480	86,27
	Nr. 2584 GOÄ Abrechnung von Bandscheibenoperationen und anderen neurochirurgischen Eingriffen an der Wirbelsäule Die Leistung nach Nr. 2584 ist im Rahmen von Bandscheibenoperationen und anderen Eingriffen zur Beseitigung raumfordernder Prozesse im Bereich der Nervenwurzeln und des Wirbelkanals nicht berechnungsfähig. Stand: 16. Januar 2004		
2585	Nervenersatzplastik durch Implantation eines peripheren Nerven im Hand-/Armbereich	2600	151,55
2586	End-zu-End-Naht eines Nerven im Zusammenhang mit einer frischen Verletzung – einschließlich Wundversorgung –	1350	78,69
2587	Frühe Sekundärnaht eines peripheren Nerven	1850	107,83
2588	Interfaszikuläre mikrochirurgische Nervennaht ohne Verwendung eines autologen Transplantats	2100	122,40

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punktzahl	Gebühr in EUR
2589	Interfaszikuläre mikrochirurgische Nervennaht mit Defektüberbrückung durch autologes Transplantat (ohne die Leistung nach Nummer 2582)	2400	139,89
2590	Naht eines Nervenplexus nach vollständiger Präparation und Neurolyse – auch einschließlich der etwa erforderlichen Foraminotomie oder Hemilaminektomie –	3000	174,86
2591	Interfaszikuläre Defektüberbrückung eines Nervenplexus nach vollständiger Präparation desselben mit autologen Transplantaten und perineuraler mikrochirurgischer Naht	6000	349,72
2592	Mikrochirurgische interfaszikuläre Neurolyse, als selbstständige Leistung	1800	104,92
2593	Mikrochirurgische interfaszikuläre Neurolyse mit Nervenverlagerung und Neueinbettung, als selbstständige Leistung	2770	161,46
2594	Transposition eines Nerven mit interfaszikulärer mikrochirurgischer Nervennaht	3000	174,86
2595	Nervenpfropfung	1600	93,26
2596	Hirnnervenersatzplastik durch Implantation eines autologen peripheren Nerven	2400	139,89
2597	Verödung oder Verkochung des Ganglion Gasseri	700	40,80
2598	Stereotaktische Thermokoagulation des Ganglion Gasseri	1400	81,60
2599	Blockade eines Nerven im Bereich der Schädelbasis	225	13,11
2600	Exstirpation eines Ganglions im Bereich der Schädelbasis	1500	87,43
2601	Grenzstrangresektion im zervikalen Bereich	1000	58,29
2602	Abdomino-retroperitoneale lumbale Grenzstrangresektion	1480	86,27
2603	Kombinierte thorakumbale Grenzstrangresektion	3000	174,86
2604	Splanchnikusdurchtrennung, peritoneal oder retroperitoneal	1480	86,27
IX. Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie			
2620	Operation der isolierten Lippenspalte	750	43,72
2621	Operation der breiten Lippen-Kieferspalte mit Naseneingangsplastik	1500	87,43
2622	Plastisch-chirurgische Behandlung einer kompletten Gesichtsspalte – einschließlich Osteotomien und Osteoplastiken –	9000	524,59
2625	Verschluss des weichen oder harten Gaumens oder Verschluss von perforierenden Defekten im Bereich von Gaumen oder Vestibulum	1250	72,86
2626	Velopharyngoplastik	2500	145,72
2627	Verschluss des harten und weichen Gaumens	2000	116,57

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punkt-zahl	Gebühr in EUR
2630	Operative Rekonstruktion eines Mittelgesichts – einschließlich Osteotomie und/oder Osteoplastik –	6000	349,72
2640	Operative Verlagerung des Oberkiefers bei Dysgnathie, je Kieferhälfte	1200	69,94
2642	Operative Verlagerung des Unterkiefers bei Dysgnathie, je Kieferhälfte	1850	107,83
2650	Entfernung eines extrem verlagerten oder retinierten Zahnes durch umfangreiche Osteotomie bei gefährdeten anatomischen Nachbarstrukturen	740	43,13
2651	Entfernung tiefliegender Fremdkörper oder Sequestrotomie durch Osteotomie aus dem Kiefer	550	32,06
2655	Operation einer ausgedehnten Kieferzyste – über mehr als drei Zähne oder vergleichbarer Größe im unbezahnten Bereich – durch Zystektomie	950	55,37
2656	Operation einer ausgedehnten Kieferzyste – über mehr als drei Zähne oder vergleichbarer Größe im unbezahnten Bereich – durch Zystektomie in Verbindung mit der Entfernung retinierter oder verlagerter Zähne und/oder Wurzelspitzenresektion	620	36,14
2657	Operation einer ausgedehnten Kieferzyste – über mehr als drei Zähne oder vergleichbarer Größe im unbezahnten Bereich – durch Zystostomie	760	44,30
2658	Operation einer ausgedehnten Kieferzyste – über mehr als drei Zähne oder vergleichbarer Größe im unbezahnten Bereich – durch Zystostomie in Verbindung mit der Entfernung retinierter oder verlagerter Zähne und/oder Wurzelspitzenresektion	500	29,14
2660	Operative Behandlung einer konservativ unstillbaren Blutung im Mund-Kieferbereich durch Freilegung und Abbinden oder Umstechung des Gefäßes oder durch Knochenbolzung, als selbstständige Leistung	400	23,31
2670	Operative Entfernung eines Schlotterkammes oder einer Fibromatose, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich, als selbstständige Leistung	500	29,14
2671	Operative Entfernung eines Schlotterkammes oder einer Fibromatose, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich, in Verbindung mit den Leistungen nach den Nummern 2575 oder 2576	300	17,49
2675	Partielle Vestibulum- oder Mundbodenplastik oder große Tuberplastik, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	850	49,54
2676	Totale Mundboden- oder Vestibulumplastik zur Formung des Prothesenlagers mit partieller Ablösung der Mundbodenmuskulatur, je Kiefer	2200	128,23

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punkt-zahl	Gebühr in EUR
2677	Submuköse Vestibulumplastik, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich, als selbstständige Leistung	700	40,80
2680	Einrenkung der Luxation des Unterkiefers	100	5,83
2681	Einrenkung der alten Luxation des Unterkiefers	400	23,31
2682	Operative Einrenkung der Luxation eines Kiefergelenks	1400	81,60
2685	Reposition eines Zahnes	200	11,66
2686	Reposition eines zahntragenden Bruchstücks des Alveolarfortsatzes	300	17,49
2687	Allmähliche Reposition des gebrochenen Ober- oder Unterkiefers oder eines schwer einstellbaren oder verkeilten Bruchstücks des Alveolarfortsatzes	1300	75,77
2688	Fixation bei nicht dislozierter Kieferfraktur durch Osteosynthese oder Aufhängung	750	43,72
2690	Operative Reposition und Fixation durch Osteosynthese bei Unterkieferbruch, je Kieferhälfte	1000	58,29
2691	Operative Reposition und Fixation durch Osteosynthese bei Aussprengung des Oberkiefers an der Schädelbasis	3600	209,83
2692	Operative Reposition und Fixation durch Osteosynthese bei Kieferbruch im Mittelgesichtsbereich – gegebenenfalls einschließlich Jochbeinbruch und/oder Nasenbeinbruch –, je Kieferhälfte	1500	87,43
2693	Operative Reposition und Fixation einer isolierten Orbitaboden-, Jochbein- oder Jochbogenfraktur	1200	69,94
2694	Operative Entfernung von Osteosynthesematerial aus einem Kiefer- oder Gesichtsknochen, je Fraktur	450	26,23
2695	Einrichtung und Fixation eines gebrochenen Kiefers außerhalb der Zahnreihen durch intra- und extraorale Schienenverbände und Stützapparate	2700	157,38
2696	Drahtumschlingung des Unterkiefers oder oro-faziale Drahtaufhängung, auch beidseitig	500	29,14
2697	Anlegen von Drahtligaturen, Drahthäkchen oder dergleichen, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich, als selbstständige Leistung	350	20,40
2698	Anlegen und Fixation einer Schiene am unverletzten Ober- oder Unterkiefer	1500	87,43
2699	Anlegen und Fixation einer Schiene am gebrochenen Ober- oder Unterkiefer	2200	128,23
2700	Anlegen von Stütz-, Halte- oder Hilfsvorrichtungen (z. B. Verbandsplatte, Pelotte) am Ober- oder Unterkiefer oder bei Kieferklemme	350	20,40
2701	Anlegen von extraoralen Stütz-, Halte- oder Hilfsvorrichtungen, einer Verbands- oder Verschlussplatte, Pelotte oder der-		

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punkt-zahl	Gebühr in EUR
	gleichen – im Zusammenhang mit plastischen Operationen oder zur Verhütung der Behandlung von Narbenkontrakturen –	1800	104,92
2702	Wiederanbringung einer gelösten Apparatur oder kleine Änderungen, teilweise Erneuerung von Schienen oder Stützapparaten – auch Entfernung von Schienen oder Stützapparaten –, je Kiefer	300	17,49
2705	Osteotomie nach disloziert verheilter Fraktur im Mittelgesicht – einschließlich Osteosynthese –	1700	99,09
2706	Osteotomie nach disloziert verheilter Fraktur im Unterkiefer – einschließlich Osteosynthese –	1300	75,77
2710	Partielle Resektion des Ober- oder Unterkiefers – auch Segmentosteotomie –, als selbstständige Leistung	1100	64,12
2711	Partielle Resektion des Ober- oder Unterkiefers – auch Segmentosteotomie –, in Verbindung mit den Leistungen nach den Nummern 2640 oder 2642	750	43,72
2712	Halbseitenresektion des Ober- oder Unterkiefers	3000	174,86
2715	Suprahyoidale Lymphknotenausräumung einer Seite – einschließlich Darstellung und gegebenenfalls Entfernung von Muskeln, Nerven und Gefäßen –	2000	116,57
2716	Radikale Halslymphknotenausräumung einer Seite – einschließlich Darstellung und gegebenenfalls Entfernung von Muskeln, Nerven und Gefäßen –	5000	291,44
2720	Osteotomie im Zusammenhang mit operativen Eingriffen am Mundboden – einschließlich Osteosynthese –	800	46,63
2730	Operative Maßnahmen zur Lagerbildung beim Aufbau des Alveolarfortsatzes, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	500	29,14
2732	Operation zur Lagerbildung für Knochen oder Knorpel bei ausgedehnten Kieferdefekten	2000	116,57
X. Halschirurgie			
2750	Eröffnung des Schlundes durch Schnitt	1110	64,70
2751	Tracheotomie	554	32,29
2752	Exstirpation eines Ductus thyreoglossus oder einer medialen Halszyste – gegebenenfalls einschließlich Teilresektion des Zungenbeins –	1350	78,69
2753	Divertikelresektion im Halsbereich	1660	96,76
2754	Operation einer Kiemengangfistel	1660	96,76
2755	Entfernung der Kropfgeschwulst oder Teilresektion der Schilddrüse	1850	107,83
2756	Ausschälung der Nebenschilddrüse (Parathyreoektomie)	2200	128,23

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punkt-zahl	Gebühr in EUR
2757	Radikaloperation der bösartigen Schilddrüsengeschwulst – einschließlich Ausräumung der regionären Lymphstromgebiete und gegebenenfalls der Nachbarorgane –	3700	215,66
2760	Ausräumung des regionären Lymphstromgebietes einer Halsseite, als selbstständige Leistung	1200	69,94

XI. Gefäßchirurgie

1. Allgemeine Verrichtungen

2800	Venaesectio	275	16,03

Berechnung Nr. 2801 GOÄ neben Nrn. 3050, 3054

Die Berechnung der Nr. 2801 GOÄ (Freilegung und/oder Unterbringung eines Blutgefäßes an den Gliedmaßen, als selbstständige Leistung) zu den Nrn. 3050 (HLM) oder 3054 (operative extrathorakale Anlage einer assistierenden Zirkulation) ist in aller Regel nicht möglich, da unselbstständige Leistung. Nur in sehr seltenen Fällen ist Nr. 2801 neben einer der beiden Gebührennummern 3050 oder 3054 berechenbar. Dies ist dann der Fall, wenn extrathorakale Gefäße freigelegt, jedoch nicht für die Implantation eines Herzunterstützungssystems verwendet werden konnten (z. B. bei Arteriosklerose/Verschluss o. ä. dieser Gefäße) und dann die Anlage einer assistierenden Zirkulation an anderen Gefäßen (z. B. retroperitoneal) erfolgte.

Stand: 30. September 1999

2801	Freilegung und/oder Unterbindung eines Blutgefäßes an den Gliedmaßen, als selbstständige Leistung	463	26,99
2802	Freilegung und/oder Unterbindung eines Blutgefäßes in der Brust- oder Bauchhöhle, als selbstständige Leistung	2220	129,40
2803	Freilegung und/oder Unterbindung eines Blutgefäßes am Hals, als selbstständige Leistung	1480	86,27

Nrn. 2802/2803 GOÄ

Abrechnung von Bandscheibenoperationen und anderen neurochirurgischen Eingriffen an der Wirbelsäule

Gefäßunterbindungen im Zusammenhang mit Eingriffen nach den Nrn. 2565/2565 oder andere Maßnahmen zur Blutstillung oder Verhinderung einer intraoperativen Blutung im Zusammenhang mit Eingriffen nach den Nrn. 2565/2566 erfüllen keinen eigenständigen Zielleistungsinhalt und sind daher nicht als gesonderte Gebührenposition, zum Beispiel nach Nr. 2802, neben Nrn. 2565/2566 berechnungsfähig. Sofern eine Gefäßunterbindung im Zusammenhang mit der Schaffung eines transthorakalen, transperitonealen oder retroperitonealen Zugangsweges zur Wirbelsäule erforderlich sein sollte, handelt es sich hierbei ebenfalls um eine unselbstständige Teilleistung, die entsprechend § 4 Abs. 2a GOÄ zum Beispiel Nr. 2292 zuzuordnen ist. Eine Gefäßfreilegung oder -unterbindung kann nur bei eigenständiger Indikation berechnet werden, wie beispielsweise in den seltenen Fällen dekompressiver Eingriffe an der Arteria vertebralis. Hier ist auch bei der Freilegung in mehreren Segmenten nur der einmalige Ansatz von Nr. 2803 pro Seite möglich.

Stand: 16. Januar 2004

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punkt-zahl	Gebühr in EUR
2804	Druckmessung(en) am freigelegten Blutgefäß	253	14,75
2805	Flussmessung(en) am freigelegten Blutgefäß	350	20,40

Flussmessung(en) im Rahmen von Bypass-Operationen (Nr. 2805 GOÄ)

Neben den intraoperativen Funktionsmessungen (Nr. 3060) ist in 5 % bis 10 % der Fälle erforderlich, Flussmessungen am arteriellen Conduit oder venösem Transplantat durchzuführen. Hierfür ist Nr. 2805 GOÄ (Flussmessung(en) am freigelegten Blutgefäß) berechenbar. Mehrfache Messungen an einem Blutgefäß sind dabei nur einmal berechenbar, erfolgen die Messungen an unterschiedlichen Blutgefäßen, ist Nr. 2805 GOÄ entsprechend mehrfach ansetzbar.

Stand: 8. Oktober 1999

2807	Operative Entnahme einer Arterie zum Gefäßersatz	739	43,07
2808	Operative Entnahme einer Vene zum Gefäßersatz	400	23,31

Nr. 2808 GOÄ neben Bypass-OP

Nr. 2808 GOÄ (operative Entnahme einer Vene zum Gefäßersatz) ist bei venösem Bypass neben Nrn. 3088/3089 eigenständig berechenbar.

Stand: 30. September 1999

Mehrfachsansatz Nr. 2808 GOÄ

Nr. 2808 GOÄ (operative Entnahme einer Vene zum Gefäßersatz) ist für „eine Vene" nur einmal berechenbar. Damit kann dann, wenn „eine Vene" für die Revaskularisierung mehrerer Koronargefäße verwendet wird, Nr. 2808 nicht mehrfach berechnet werden. „Mehrere Venen" liegen vor, wenn die Venen z. B. an Oberschenkel und Unterschenkel, Vena saphena magna und Vena saphena parva oder an beiden Beinen entnommen werden. Hier ist die je einmalige (höchstens die viermalige) Berechenbarkeit gegeben.

Stand: 7. Oktober 1999

2809	Naht eines verletzten Blutgefäßes (traumatisch) an den Gliedmaßen – einschließlich Wundversorgung –	740	43,13

Berechnung der Mammaria-Verpflanzung

Für die Mammaria-Verpflanzung ist Nr. 2809 GOÄ (Naht eines verletzten Blutgefäßes an den Gliedmaßen, einschließlich Wundversorgung) nicht eigenständig neben Nrn. 3088 und 3089 und (evtl.) 2802 berechenbar.

Stand: 30. September 1999

2810	Rekonstruktiver Eingriff an der Vena cava superior oder inferior (z. B. bei erweiterter Tumorchirurgie mit Cavaresektion und Ersatz durch eine Venenprothese) – gegebenenfalls einschließlich Anlegen einer temporären arterio-venösen Fistel –	5000	291,44

2. Arterienchirurgie

2820	Rekonstruktive Operation einer extrakranialen Hirnarterie	3140	183,02
2821	Rekonstruktive Operation einer extrakranialen Hirnarterie mit Anlegen eines Shunts	4200	244,81

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punkt-zahl	Gebühr in EUR
2822	Rekonstruktive Operation einer Armarterie	2300	134,06
2823	Rekonstruktive Operation einer Finger- oder Zehenarterie	1850	107,83
2824	Operation des offenen Ductus Botalli oder einer anderen abnormen Gefäßmissbildung im Thorax durch Verschluss	3000	174,86
2825	Operation einer abnormen Gefäßmissbildung im Thorax durch Rekonstruktion	6500	378,87
2826	Operative Beseitigung einer erworbenen Stenose oder eines Verschlusses an den großen Gefäßen im Thorax durch Rekonstruktion	6500	378,87
2827	Operation eines Aneurysmas an einem großen Gefäß im Thorax	7500	437,15
2828	Operative Versorgung einer intrathorakalen Gefäßverletzung durch direkte Naht	3000	174,86
2829	Operative Versorgung einer intrathorakalen Gefäßverletzung durch Gefäßersatz	5200	303,09
2834	Operative(r) Eingriff(e) an einem oder mehreren Gefäß(en) der Nieren, als selbstständige Leistung	1480	86,27
2835	Rekonstruktive Operation an der Aorta abdominalis bei Stenose oder Verschluss	4500	262,29
2836	Rekonstruktive Operation an der Aorta abdominalis bei Aneurysma	5000	291,44
2837	Rekonstruktive Operation an einem Viszeralgefäß	5000	291,44
2838	Rekonstruktive Operation einer Nierenarterie	4300	250,64
2839	Rekonstruktive Operation an den Beckenarterien, einseitig	3000	174,86
2840	Rekonstruktive Operation an den Arterien eines Oberschenkels – auch Anlegung einer Gefäßprothese oder axillo-femorale Umleitung oder femorofemorale Umleitung –	3000	174,86
2841	Rekonstruktive Operation einer Kniekehlenarterie	2000	116,57
2842	Rekonstruktive Operation der Arterien des Unterschenkels	3700	215,66
2843	Rekonstruktive Operation einer arteriovenösen Fistel an den Extremitäten oder im Halsbereich	3700	215,66
2844	Rekonstruktive Operation einer arteriovenösen Fistel im Brust- oder Bauchraum	5500	320,58
	3. Venenchirurgie		
2880	Inzision eines Varixknotens	148	8,63
2881	Varizenexhairese, einseitig	1110	64,70
2882	Varizenexhairese mit Unterbrechung der Vv. perforantes, einseitig	1850	107,83

Siehe Beschluss des Ausschusses „Gebührenordnung“ der BÄK zu Nr. 2890.

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punkt-zahl	Gebühr in EUR
2883	Grossektomie der Vena saphena magna oder parva und Exstirpation mehrerer Seitenäste	1200	69,94
Siehe Beschluss des Ausschusses „Gebührenordnung" der BÄK zu Nr. 2890.			
2885	Entfernung einer kleinen Blutadergeschwulst	1110	64,70
2886	Entfernung einer großen Blutadergeschwulst	2770	161,46
2887	Thrombektomie	2000	116,57
2888	Veno-venöse Umleitung (z. B. nach Palma) ohne Anlage eines arterio-venösen Shunts	3140	183,02
2889	Veno-venöse Umleitung (z. B. nach Palma) mit Anlage eines arterio-venösen Shunts	3700	215,66
2890	Isolierte Seitenastexstirpation und/oder Perforansdissektion und/oder Perforansligatur	350	20,40

Isolierte Seitenastexstirpation nach Nr. 2890 GOÄ neben Nrn. 2882 und 2883 GOÄ

15. Sitzung vom 21. Juli 1998 und 16. Sitzung vom 29. September 1998

Nr. 2890 GOÄ (Isolierte Seitenastexstirpation ...) ist neben neben Nr. 2883 (Crossektomie ... und Exstirpation mehrerer Seitenäste) berechenbar.

Wird jedoch eine isolierte Seitenastexstirpation (ohne Crossektomie) am anderen Bein durchgeführt, so ist dafür Nr. 2890 GOÄ auch in einer Sitzung neben Nr. 2883 berechnungsfähig.

Zur Klarstellung der besonderen Verhältnisse sollte in der Rechnung dokumentiert werden, dass die Leistung nach der Nr. 2890 GOÄ an einem anderen Bein als die Leistung nach Nr. 2883 GOÄ erfolgte.

Stand: 29. September 1998

2891	Rekonstruktive Operation an den Körpervenen unter Ausschluss der Hohlvenen (Thrombektomie, Transplantatersatz, Bypassoperation) – gegebenenfalls einschließlich Anlegen einer temporären arterio-venösen Fistel –	3000	174,86
2895	Anlage eines arteriovenösen Shunts zur Hämodialyse	1480	86,27
2896	Anlage eines arteriovenösen Shunts zur Hämodialyse mit freiem Transplantat	2100	122,40
2897	Beseitigung eines arteriovenösen Shunts	1200	69,94
2898	Unterbrechung der Vena cava caudalis durch Filterimplantation	1500	87,43
2899	Unterbrechung der Vena cava caudalis nach Freilegung	2220	129,40
2900	Operation bei portalem Hochdruck durch Dissektion	3140	183,02
2901	Operation bei portalem Hochdruck durch venöse Anastomose	3700	215,66
2902	Operation bei portalem Hochdruck durch venöse Anastomose und Arterialisation	4620	269,29

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punkt-zahl	Gebühr in EUR
	4. Sympathikuschirurgie		
2920	Thorakale Sympathektomie	2000	116,57

Nr. 2920 (thorakale Sympathektomie, 2000 Punkte) neben Nr. 3089 für „Eingriffe am sympathischen Nervensystem paraaortal, um die Spasmusbereitschaft der Koronararterien zu beeinflussen"

Nur in sehr wenigen Fällen (wenn eine Vollrevaskularisierung nicht möglich ist) ist bei Bypass-Operation eine thorakale Sympathektomie nach Nr. 2920 GOÄ erforderlich und berechenbar. Dies muss aus dem Operationsbericht klar nachvollziehbar sein. Die nur teilweise Durchtrennung (z. B. der rami cardiaci nervi vagi) des Plexus kardiacus im Rahmen der Bypass-Operation ist eine unselbstständige Teilleistung.

Stand: 1. Okober 1999

2921	Lumbale Sympathektomie	1480	86,27
	XII. Thoraxchirurgie		
2950	Resektion einer Rippe, als selbstständige Leistung	739	43,07
2951	Resektion mehrerer benachbarter Rippen, als selbstständige Leistung	1110	64,70
2952	Resektion einer Halsrippe oder der 1. Rippe	1110	64,70
2953	Thorakoplastik	3140	183,02
2954	Thorakoplastik mit Höhleneröffnung – auch Jalousieplastik –	4620	269,29
2955	Thorakoplastik mit Entschwartung – gegebenenfalls einschließlich Muskelimplantation und Entnahme des Implantates –	5000	291,44
2956	Brustwandteilresektion	2100	122,40
2957	Brustwandteilresektion mit plastischer Deckung	3000	174,86
2959	Korrekturthorakoplastik mit Entschwartung – gegebenenfalls einschließlich Muskelimplantation und Entnahme des Implantates –	5100	297,27
2960	Operation einer Brustkorbdeformität (z. B. Trichterbrust)	3000	174,86
2970	Anlage einer Pleuradrainage (z. B. Bülau'sche Heberdrainage)	554	32,29

Nr. 2970 (Pleuradrainage) und/oder Nr. 3012 (Drainage des Mediastinums) neben Herzoperationen

Für die Drainage des Operationsgebietes sind die Nr. 2970 (Pleuradrainage) und/oder Nr. 3012 (Drainage des Mediastinums) nicht eigenständig berechenbar. Drainagen, die im Sinne einer therapeutischen Intervention in speziellen Situationen gelegt werden und über separate Inzisionen ausgeleitet werden müssen, z. B. bei Eröffnung der Pleurahöhle, könnten als eigenständiger Eingriff und berechenbar (Nr. 2970 GOÄ) angesehen werden. Tatsächlich zeigt die Praxis, dass die Pleuradrainage fast durchgängig berechnet wird, und dass bei 25 % bis 33 % der Eingriffe, insbesondere bei Präparation der Arteria mammaria, die Pleura eröffnet wird. Wegen der faktisch nicht gegebenen Nichtabgrenzbarkeit der Leistung empfiehlt der Ausschuss, in jedem Fall auf die Berechnung der Nr. 2970 GOÄ zu verzichten.

Stand: 30. September 1999

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punkt-zahl	Gebühr in EUR
2971	Spülung des Pleuraraumes bei liegender Drainage – gegebenenfalls als selbstständige Leistung	148	8,63
2972	Entnahme von Pleuragewebe nach operativer Freilegung der Pleura, als selbstständige Leistung	666	38,82
2973	Pleurektomie, einseitig, als selbstständige Leistung	2220	129,40
2974	Pleurektomie mit Resektion(en) am Perikard und/oder Zwerchfell	3140	183,02
2975	Dekortikation der Lunge	4800	279,78
2976	Ausräumung eines Hämatothorax	2000	116,57
2977	Thorakokaustik bei Spontanpneumothorax	739	43,07
2979	Operative Entfernung eines Pleuraempyems – gegebenenfalls einschließlich Rippenresektion(en) –	1110	64,70
2985	Thorakaler Eingriff am Zwerchfell	2220	129,40
2990	Thorakotomie zu diagnostischen Zwecken	1110	64,70
2991	Thorakotomie mit Herzmassage	1480	86,27
2992	Thorakotomie mit Entnahme von Pleura- und/ oder Lungengewebe für die histologische und/oder bakteriologische Untersuchung, als selbstständige Leistung	1290	75,19
2993	Thorakotomie mit Gewebsentnahme und intrathorakalen Präparationen	1480	86,27
Siehe Beschluss des Zentralen Konsultationsausschusses zu Nr. 3011.			
2994	Operative Eingriffe an der Lunge (z. B. Keilexzision, Herdenukleation, Ausschälung von Zysten)	2770	161,46
2995	Lob- oder Pneumonektomie	3140	183,02
2996	Lungensegmentresektion(en)	4000	233,15
2997	Lobektomie und Lungensegmentresektion(en)	5100	297,27
2998	Bilobektomie	4800	279,78
2999	Pneumonektomie mit intraperikardialer Gefäßversorgung und/oder Ausräumung mediastinaler Lymphknoten	5600	326,41
3000	Bronchotomie zur Entfernung von Fremdkörpern oder Tumoren	2770	161,46
3001	Thorakale Eingriffe am Tracheobronchialsystem wie Resektion und/oder Anastomose und/oder Versteifung und/oder plastischer Ersatz	5800	338,07
3002	Operative Kavernen- oder Lungenabszesseröffnung	4800	279,78
3010	Sternotomie, als selbstständige Leistung	1110	64,70
3011	Entfernung eines Mediastinaltumors, transpleural oder transsternal	4000	233,15

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punkt-zahl	Gebühr in EUR

Berechenbarkeit der Thymusresektion als eigenständige operative Leistung nach Nr. 3011 analog

Die Berechenbarkeit der Nr. 3011 GOÄ (Entfernung eines Mediastinaltumors) oder der Nr. 2993 GOÄ (Thorakotomie mit Gewebsentnahme und intrathorakalen Präparationen) im Rahmen der Herzoperation ist nicht möglich, da die Entfernung eines evtl. „Restkörpers" auch in den Fällen, in denen dieser noch sehr ausgeprägt ist, eine unselbstständige Teilleistung (§ 4 Abs. 2a) darstellt.

Stand: 1. Oktober 1999

3012	Drainage des Mediastinums	554	32,29

Siehe Beschluss des Zentralen Konsultationsausschusses zu Nr. 2970.

3013	Intrathorakaler Eingriff am Lymphgefäßsystem	4000	233,15

XIII. Herzchirurgie

3050	Operative Maßnahmen in Verbindung mit der Herz-Lungen-Maschine zur Herstellung einer extrakorporalen Zirkulation	1850	107,83

Siehe Beschluss des Zentralen Konsultationsausschusses zu Nr. 2801.

3051	Perfusion der Hirnarterien, zusätzlich zur Leistung nach Nummer 3050	1290	75,19
3052	Perfusion der Koronararterien, zusätzlich zur Leistung nach Nummer 3050	1110	64,70

Siehe Beschluss des Zentralen Konsultationsausschusses zu Nr. 430.

3053	Perfusion von Arterien eines anderen Organs, zusätzlich zur Leistung nach Nummer 3050	1110	64,70
3054	Operative extrathorakale Anlage einer assistierenden Zirkulation	1850	107,83

Siehe Beschluss des Zentralen Konsultationsausschusses zu Nr. 2801.

3055	Überwachung einer assistierenden Zirkulation, je angefangene Stunde	554	32,29
	Die Leistung nach Nummer 3055 ist nur während einer Operation berechnungsfähig.		

Nr. 3055 GOÄ für die Überwachung der Herz-Lungen-Maschine

Die technische Überwachung der HLM erfolgt durch einen Kardiotechniker, dieser übernimmt aber nur die unmittelbare Steuerung der Maschine. Die Funktionsfähigkeit des künstlichen Kreislaufes bedarf zusätzlich der ständigen Überwachung durch Operateur und Narkosearzt, ggf. Lage und Korrekturen der Anschlusskatheter, zusätzliche Abdichtungsnähte und medikamentöse Maßnahmen. Die Einstellung der Herz-Lungen-Maschine z. B. hinsichtlich Körpertemperatur wird durch den Chirurgen entschieden. Nach dem Anschluss der HLM erfolgt die Übernahme der Kreislauffunktion durch die Maschine schrittweise, ebenso die Anpassung wieder an die volle Körperfunktion. Nur ein Teil des Eingriffes findet unter vollständiger Assistenz durch die HLM statt. Die HLM

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punkt-zahl	Gebühr in EUR

ist damit nicht als „Totalersatz" anzusehen, sondern wie die voranstehenden Gebührenordnungspositionen als „assistierte Zirkulation".

Für die ärztlichen Maßnahmen bei Einsatz der HLM ist demnach Nr. 3055 GOÄ berechnungsfähig.

Stand: 30. September 1999

3060	Intraoperative Funktionsmessungen am und/oder im Herzen .	554	32,29

Siehe Beschlüsse des Zentralen Konsultationsausschusses zu Nr. 627.

3065	Operation am Perikard, als selbstständige Leistung	2000	116,57
3066	Operation der Pericarditis constrictiva	3140	183,02

Berechnung Nr. 3065 oder 3066 GOÄ für das Lösen von Verwachsungen

Nr. 3065 GOÄ (Operation am Perikard als selbstständige Leistung) ist nicht berechenbar für das routinemäßige Lösen von Verwachsungen auf dem Zugangswege, erst recht nicht Nr. 3066 GOÄ (Operation der Perikarditis constrictiva). Nr. 3065 GOÄ ist nur dann für die Perikardiolyse berechenbar, wenn diese das Ausmaß eines eigenständig indizierten Eingriffs hat, z. B. nach Voroperation, Perikarditis, Trauma oder Radiatio, und tatsächlich eine Perikardresektion erfolgte. Die Berechtigung im Einzelfall ist aus der Vorgeschichte und dem OP-Bericht nachprüfbar.

Stand: 30. September 1999

3067	Myokardbiopsie unter Freilegung des Herzens, als selbstständige Leistung	1480	86,27

Berechnung Nr. 3067 GOÄ im Rahmen einer Herzoperation

Nr. 3067 GOÄ (Myokardbiopsie unter Freilegung des Herzens, als selbstständige Leistung) ist nicht berechenbar für „ausgedehnte retrosternale Lösung von Verwachsungen". Eine Myokardbiopsie kann aber auch im Rahmen von Herzoperationen eigenständig indiziert sein, z. B. zur Abklärung evtl. vorliegender immunologischer Erkrankungen/Kardiomyopathien (z. B. bei Amyloidose).

Stand: 30. September 1999

3068	Anlage einer künstlichen Pulmonalisstammstenose	3140	183,02
3069	Shuntoperation an herznahen Gefäßen	3000	174,86
3070	Operative Anlage eines Vorhofseptumdefektes	3000	174,86
3071	Naht einer Myokardverletzung	3000	174,86
3072	Operativer Verschluss des Vorhofseptumdefektes vom Sekundum-Typ	3000	174,86
3073	Operativer Verschluss von Vorhofseptumdefekten anderen Typs (z. B. Sinus venosus) – auch Korrektur einer isolierten Lungenvenenfehlmündung –	4000	233,15
3074	Komplette intraatriale Blutumleitung (totale Lungenvenenfehlmündung oder unkomplizierte Transposition der großen Arterien)	6500	378,87
3075	Entfernung eines Fremdkörpers aus dem Herzen oder aus einem herznahen Gefäß – auch Thromboder Embolektomie –	3000	174,86

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punkt-zahl	Gebühr in EUR

Beseitigung einer distal des Bypasses gelegenen Stenose bzw. operative Behandlung des Conduits

In den seltenen Fällen (3 bis 4 % der Fälle), dass ein echter Zweiteingriff zur Beseitigung einer Stenose durchgeführt werden muss, d. h. wenn distal des Bypasses eine Verengung operativ behandelt werden muss, ist dafür Nr. 3075 GOÄ (Entfernung eines Fremdkörpers aus dem Herzen oder einem herznahen Gefäß – auch Thromb- oder Embolektomie) eigenständig neben der Bypass-Operation berechenbar. Wenn aber ein für die koronare Revaskularisierung herangezogener arterieller Conduit aus dem Bereich des Thorax in besonderer Weise operativ vorbehandelt werden muss, um ihn überhaupt als arteriellen Conduit für die koronare Revaskularisierung nutzen zu können, ist dies eine unselbstständige Teilleistung im Sinne des § 4 Abs. 2a GOÄ. Der erhöhte Aufwand (und die höhere Schwierigkeit) kann nur im Rahmen des § 5 GOÄ (Steigerungsfaktor) berücksichtigt werden. Auch hier trifft zu, dass in solchen Fällen die Besonderheiten des Eingriffs bereits im Rechnungstext dokumentiert sein sollten.

Stand: 30. September 1999

3076	Operative Entfernung eines Herztumors oder eines Herzwandaneurysmas oder eines Herzdivertikels	4800	279,78
3077	Operativer Verschluss eines Herzkammerscheidewanddefektes mittels direkter Naht	3000	174,86
3078	Operativer Verschluss eines Herzkammerscheidewanddefektes mittels Prothese	4000	233,15
3079	Resektion intrakardial stenosierender Muskulatur	3000	174,86

Berechenbarkeit der Myektomie als eigenständige Leistung im Rahmen anderer herzchirurgischer Operationen

Die Berechenbarkeit der Myektomie (Resektion von intrakardial stenosierender Muskulatur nach Nr. 3079 GOÄ) ist als eigenständige Leistung auch im Rahmen anderer herzchirurgischer Operationen nur dann möglich, wenn die Indikation im präoperativen Ventrikulogramm (Kombination von Aortenklappenstenose mit zusätzlicher Herzmuskelhypertrophie) nachgewiesen wurde (und im Operationsbericht dokumentiert ist).

Stand: 1. Oktober 1999

3084	Valvuloplastik einer Herzklappe	3300	192,35
3085	Operative Korrektur einer Herzklappe	3140	183,02
3086	Operativer Ersatz einer Herzklappe	5600	326,41
3087	Operative Korrektur und/oder Ersatz mehrerer Herzklappen	7500	437,15
3088	Operation zur direkten myokardialen Revaskularisation eines Versorgungsabschnittes	5600	326,41

Siehe Beschluss des Zentralen Konsultationsausschusses zu Nr. 2809.

3089	Operation zur direkten myokardialen Revaskularisation mehrerer Versorgungsabschnitte	7500	437,15

Siehe Beschluss des Zentralen Konsultationsausschusses zu Nr. 2809.

3090	Operation von Anomalien der Koronararterien	4000	233,15

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punkt-zahl	Gebühr in EUR

Berechnung Nr. 3090 GOÄ neben den Nrn. 3088 oder 3089

Im Rahmen der Bypass-Operation (Nrn. 3088/3089) ist Nr. 3090 GOÄ (Operation von Anomalien der Koronararterien) nicht im Rahmen von standardmäßigen Operationen zur Koronarrevaskularisierung berechenbar. Sie kann lediglich dann berechtigt zur Anwendung kommen, wenn tatsächlich eine entsprechende Anomalie des Koronargefäßsystems operativ korrigiert wird. Dies ist in der präoperativen Angiographie nachprüfbar (die Durchführung im Operationsbericht). Wiederum wird darauf hingewiesen, dass die Besonderheit des Eingriffes schon in der Rechnungsstellung dokumentiert werden sollte.

Stand: 30. September 1999

3091	Operation am Reizleitungssystem (Korrektur von Rhythmusstörungen – ausschließlich der Schrittmacherbehandlung –) .	4500	262,29
3095	Schrittmacher-Erstimplantation	2770	161,46
3096	Schrittmacher-Aggregatwechsel	1110	64,70
3097	Schrittmacher-Korrektureingriff – auch Implantation von myokardialen Elektroden –	2770	161,46

XIV. Ösophaguschirurgie, Abdominalchirurgie

3120	Diagnostische Peritonealspülung, als selbstständige Leistung	300	17,49
3121	Choledochoskopie während einer intraabdominalen Operation	500	29,14
3122	Intraoperative Manometrie an den Gallenwegen (Prüfung des Papillenwiderstandes)	375	21,86
3125	Eröffnung des Ösophagus vom Halsgebiet aus	1110	64,70
3126	Intrathorakaler Eingriff am Ösophagus	4000	233,15
3127	Extrapleurale Operation der Ösophagusatresie beim Kleinkind	5000	291,44
3128	Operative Beseitigung einer angeborenen ösophagotrachealen Fistel	3000	174,86
3129	Operativer Eingriff am terminalen Ösophagus bei abdominalem Zugang	3000	174,86
3130	Operativer Eingriff am Ösophagus bei abdominalthorakalem Zugang	5000	291,44
3135	Eröffnung der Bauchhöhle zu diagnostischen Zwecken – gegebenenfalls einschließlich Gewebeentnahme –	1110	64,70
3136	Eröffnung eines subphrenischen Abszesses	1110	64,70
3137	Eröffnung von Abszessen im Bauchraum	1110	64,70
3138	Anlage einer Magenfistel mit oder ohne Schrägkanalbildung	1600	93,26

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punkt-zahl	Gebühr in EUR
3138	Eröffnung des Bauchraumes bei Peritonitis mit ausgedehnter Revision, Spülung und Drainage	2770	161,46
3144	Naht der Magen- und/oder Darmwand nach Perforation oder nach Verletzung – einschließlich Spülung des Bauchraumes –	1900	110,75
3145	Teilresektion des Magens	2770	161,46
3146	Kardiaresektion	4000	233,15
3147	Totale Magenentfernung	4800	279,78
3148	Resektion des Ulcus pepticum	4000	233,15
3149	Umwandlungsoperation am Magen (z. B. Billroth II in Billroth I, Interposition)	5250	306,01
3150	Gastrotomie	1600	93,26
3151	Operative Einbringung eines Tubus in Ösophagus und/oder Magen als Notoperation	2700	157,38
3152	Spaltung des Pylorus (z. B. bei Pylorospasmus)	1900	110,75
3153	Pyloroplastik	3000	174,86
3154	Vagotomie am Magen	3000	174,86
3155	Vagotomie am Magen mit zusätzlichen Drainageverfahren (z. B. Anastomose, Pyloruserweiterung einschließlich Plastik)	4500	262,29
3156	Endoskopische Entfernung von Fäden nach Magenoperation oder von Fremdkörpern, zusätzlich zu Gastroskopie	450	26,23
3157	Magenteilresektion mit Dickdarmteilresektion	4620	269,29
3158	Gastroenterostomie	2220	129,40
3165	Operative Beseitigung von Atresien, Stenosen (Septen) und/oder Divertikeln des Duodenums	4000	233,15
3166	Operative Beseitigung der Atresien, Stenosen (Septen) und/oder Divertikeln des Jejunums oder des Ileums	3000	174,86
3167	Anastomose im Dünndarmgebiet – auch mit Teilresektion –	2220	129,40
3168	Jejuno-Zökostomie	2600	151,55
3169	Teilresektion des Kolons – auch mit Anastomose –	3750	218,58
3170	Kolektomie, auch subtotal – mit Ileostomie –	5250	306,01
3171	Operative Beseitigung von Lageanomalien innerhalb des Magen-Darmtraktes oder des Volvulus (auch im Säuglings- und Kleinkindalter) oder der Darminvagination	2500	145,72
3172	Operative Darmmobilisation bei Verwachsungen, als selbstständige Leistung	1600	93,26
3173	Operative Entfernung des Meckel'schen Divertikels	1480	86,27
3174	Operative Beseitigung einer Darmduplikatur	2700	157,38

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punkt-zahl	Gebühr in EUR
3175	Operation des Mekoniumileus	2700	157,38
3176	Transposition eines Darmteils innerhalb des Abdomens	3500	204,01
3177	Transposition eines Darmteils und/oder Magens aus dem Abdomen heraus	5000	291,44
3179	Faltung sämtlicher Dünndarmschlingen bei rezidivierendem Ileus	4000	233,15
3181	Langstreckige Resektion, auch ganzer Konvolute, vom Dünndarm – gegebenenfalls einschließlich vom Dickdarm – mit Anastomose	3500	204,01
3183	Kombinierte Entfernung des gesamten Dick- und Mastdarms mit Ileostoma	6500	378,87
3184	Lebertransplantation	7500	437,15
3185	Operation an der Leber (z. B. Teilresektion oder Exzision eines Tumors)	3000	174,86
3186	Exstirpation der Gallenblase	2500	145,72
3187	Operation an den Gallengängen – gegebenenfalls einschließlich Exstirpation der Gallenblase –	3250	189,43
3188	Biliodigestive Anastomose mit Interposition eines Darmabschnittes	4200	244,81
3189	Operative Beseitigung von Atresien und/oder Stenosen der Gallengänge beim Säugling oder Kleinkind	4000	233,15
3190	Papillenexstirpation oder -spaltung mit Eröffnung des Duodenums	2700	157,38
3192	Milzrevision, als selbstständige Leistung	2000	116,57
3194	Präparation einer Pankreaszyste und Drainage derselben durch Interposition eines Darmabschnittes	3700	215,66
3195	Resektion des Kopfteils vom Pankreas	4620	269,29
3196	Resektion des Schwanzteils vom Pankreas	2220	129,40
3197	Resektion des ganzen Pankreas	4620	269,29
3198	Pankreoduodenektomie (z. B. nach Whipple)	5000	291,44
3199	Milzexstirpation	2220	129,40
3200	Appendektomie	1480	86,27
3202	Operation einer peristierenden Fistel am Magen-Darmtrakt – gegebenenfalls einschließlich Resektion und Anastomose –	3000	174,86
3205	Anlage einer Endodrainage (z. B. Duodenum-Dünndarm-Leberpforte-Bauchhaut), zusätzlich zu anderen intraabdominalen Operationen	2250	131,15
3206	Enterostomie – auch einschließlich Katheterfistelung (Kolostomie, Transversumfistel) –	2250	131,15
3207	Anlegen eines Anus praeter	1480	86,27

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punktzahl	Gebühr in EUR
3208	Verschlussoperation für einen Anus praeter mit Darmnaht	1250	72,86
3209	Verschlussoperation für einen Anus praeter mit Darmresektion	1750	199,50
3210	Anlegen eines Anus praeter duplex transversalis	2000	116,57
3211	Unterweisung eines Anus-praeter-Patienten in der Irrigator-Methode zur Darmentleerung	120	6,99
3215	Eröffnung eines kongenitalen oberflächlichen Afterverschlusses	150	8,74
3216	Operation eines kongenitalen tiefreichenden Mastdarmverschlusses vom Damm aus oder der Analatresie	1200	69,94
3217	Operation der Anal- und Rektumatresie einschließlich Kolondurchzugsoperation	3750	218,58
3218	Radikaloperation eines tiefreichenden Mastdarmverschlusses mit Eröffnung der Bauchhöhle	2700	157,38
3219	Operation eines Afterrisses oder Mastdarmrisses	278	16,20
3220	Operation submuköser Mastdarmfisteln	300	17,49
3221	Operation intramuskulärer Mastdarmfisteln	370	21,57
3222	Operation einer transsphinkterischen Mastdarmfistel – auch ihres verzweigten Gangsystems –	700	40,80
3223	Operation einer extrasphinkterischen Fistel oder Rundbogenfistel – auch jeweils ihres verzweigten Gangsystems –	850	49,54
3224	Peranale operative Entfernung von Mastdarmpolypen oder Mastdarmgeschwülsten – einschließlich Schleimhautnaht –	1150	67,03
3226	Peranale operative Entfernung einer Mastdarmgeschwulst mit Durchtrennung der Schließmuskulatur (Rectostomia posterior) – einschließlich Naht –	3500	204,01
3230	Manuelles Zurückbringen des Mastdarmvorfalles	120	6,99
3231	Operation des Mastdarmvorfalles bei Zugang vom After aus oder perineal	1150	67,03
3232	Operation des Mastdarmvorfalles mit Eröffnung der Bauchhöhle	2220	129,40
3233	Rektumexstirpation bei Zugang vom After aus – auch mit Kreuzbeinschnitt –	2800	163,20
3234	Rektale Myektomie (z. B. bei Megacolon congenitum) – auch mit Kolostomie –	3500	204,01
3235	Kombinierte Rektumexstirpation mit Laparotomie	5000	291,44
3236	Unblutige Erweiterung des Mastdarmschließmuskels	111	6,47
3237	Blutige Erweiterung des Mastdarmschließmuskels, als selbstständige Leistung	370	21,57
3238	Entfernung von Fremdkörpern aus dem Mastdarm	185	10,78

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punkt-zahl	Gebühr in EUR
	Eine neben der Leistung nach Nummer 3238 erforderliche Rektoskopie ist nach Nummer 690 zusätzlich berechnungsfähig.		
3239	Muskelplastik bei Insuffizienz des Mastdarmschließmuskels . .	1800	104,92
3240	Operation der Hämorrhoidalknoten	554	32,29
3241	Hohe intraanale Exzision von Hämorrhoidalknoten (z. B. nach Miligan/Morgan) – auch mit Analplastik –	924	53,86
XV. Hernienchirurgie			
3280	Operation einer Diaphragmahernie	2770	161,46
3281	Operation der Zwerchfellrelaxation	2250	131,15
3282	Zurückbringen oder Versuch des Zurückbringens eines eingeklemmten Bruches	222	12,94
3283	Operation eines Nabel- oder Mittellinien- oder Bauchnarbenbruches	1110	64,70
3284	Operation eines Nabel- oder Mittellinien- oder Bauchnarbenbruches mit Muskel- und Faszienverschiebeplastik– auch mit Darmresektion –	2500	145,72
3285	Operation eines Leisten- oder Schenkelbruches	1290	75,19
3286	Operation eines eingeklemmten Leisten- oder Schenkelbruches – gegebenenfalls mit Darmresektion –	2000	116,57
3287	Operation der Omphalozele (Nabelschnurhernie) oder der Gastroschisis beim Neugeborenen oder Kleinkind	2500	145,72
3288	Operative Beseitigung eines Ductus omphaloentericus persistens oder einer Urachusfistel	2250	131,15
XVI. Orthopädisch-chirurgische konservative Leistungen			
3300	Arthroskopie – gegebenenfalls mit Probeexzision –	500	29,14
3301	Modellierendes Redressement einer schweren Hand- oder Fußverbildung	473	27,57
3302	Stellungsänderung oder zweites und folgendes Redressement im Verlaufe der Behandlung nach Nummer 3301	227	13,23
3305	Chiropraktische Wirbelsäulenmobilisierung	37	2,16
3306	Chirotherapeutischer Eingriff an der Wirbelsäule	148	8,63
3310	Abdrücke oder Modellherstellung durch Gips oder andere Werkstoffe für eine Hand oder für einen Fuß mit oder ohne Positiv	76	4,43
3311	Abdrücke oder Modellherstellung durch Gips oder andere Werkstoffe für einen Unterarm einschließlich Hand oder für einen Unterschenkel einschließlich Fuß oder für Ober- oder Unterarm oder Unterschenkelstumpf	152	8,86

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punktzahl	Gebühr in EUR
3312	Abdrücke oder Modellherstellung durch Gips oder andere Werkstoffe für einen Oberschenkelstumpf mit Tubersitzausarbeitung	189	11,02
3313	Abdrücke oder Modellherstellung durch Gips oder andere Werkstoffe für den ganzen Arm oder für das ganze Bein	303	17,66
3314	Abdrücke oder Modellherstellung durch Gips oder andere Werkstoffe für den Arm mit Schulter	379	22,09
3315	Abdrücke oder Modellherstellung durch Gips oder andere Werkstoffe für das Bein mit Becken	473	27,57
3316	Abdrücke oder Modellherstellung durch Gips oder andere Werkstoffe für den Rumpf	757	44,12
3317	Abdrücke oder Modellherstellung durch Gips oder andere Werkstoffe für Rumpf und Kopf oder Rumpf und Arm oder Rumpf, Kopf und Arm	946	55,14
3320	Anpassen von Kunstgliedern oder eines großen orthopädischen Hilfsmittels	95	5,54
	Unter „Große orthopädische Hilfsmittel" sind solche orthopädischen Hilfsmittel zu verstehen, deren Anpassen dem von Kunstgliedern vergleichbar ist. Unter „Anpassen" ist die durch den Arzt bewirkte Korrektur von bereits vorhandenen, anderweitig angefertigten Kunstgliedern oder großen orthopädischen Hilfsmitteln zu verstehen.		
3321	Erstellen eines Konstruktionsplanes für ein großes orthopädisches Hilfsmittel (z. B. Kunstglied)	152	8,86

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 Befundes.

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

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

2. Stehen dem Arzt für die Erbringung bestimmter Laboruntersuchungen mehrere in ihrer klinischen Aussagefähigkeit und analytischen Qualität gleichwertige Verfahren zur Verfügung, so kann er nur das niedriger bewertete Verfahren abrechnen.
3. Bei Weiterversand von Untersuchungsmaterial durch einen Arzt an einen anderen Arzt wegen der Durchführung von Laboruntersuchungen der Abschnitte M III und/oder M IV hat die Rechnungsstellung durch den Arzt zu erfolgen, der die Laborleistung selbst erbracht hat.
4. Mehrmalige Blutentnahmen an einem Kalendertag (z. B. im Zusammenhang mit Funktionsprüfungen) sind entsprechend mehrfach berechnungsfähig. Anstelle der Blutentnahme kann die intravenöse Einbringung von Testsubstanzen berechnet werden, wenn beide Leistungen bei liegender Kanüle nacheinander erbracht werden. Entnahmen aus liegender Kanüle oder liegendem Katheter sind nicht gesondert berechnungsfähig.
5. Die rechnerische Ermittlung von Ergebnissen aus einzelnen Messgrößen ist nicht berechnungsfähig (z. B. Clearance-Berechnungen, mittlerer korpuskulärer Hämoglobingehalt).
6. Die in Abschnitt M enthaltenen Höchstwerte umfassen alle Untersuchungen aus einer Art von Körpermaterial (z. B. Blut einschließlich seiner Bestandteile Serum, Plasma und Blutzellen), das an einem Kalendertag gewonnen wurde, auch wenn dieses an mehreren Tagen untersucht wurde.

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

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

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

7. Werden Untersuchungen, die Bestandteil eines Leistungskomplexes sind (z. B. Spermiogramm), als selbstständige 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 selbstständigen Laboruntersuchung ist die nach Art, Kosten- und Zeitaufwand zutreffendste Gebührennummer aus den Abschnitten M II bis M IV zu verwenden. In der Rechnung ist diese Gebührennummer durch Voranstellen des Buchstabens „A" als Analogabrechnung zu kennzeichnen.
9. Sofern erforderlich, sind in den Katalogen zu den Messgrößen die zur Untersuchung verwendeten Methoden in Kurzbezeichnung aufgeführt. In den folgenden Fällen werden verschiedene Methoden unter einem gemeinsamen Oberbegriff zusammengefasst:

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

   Immundiffusion: Immundiffusions- (radikale), Elektroimmundiffusions-, nephelometrische oder turbidimetrische Untersuchungen; Immunfluoreszenz oder ähnliche Untersuchungsmethoden: Lichtmikroskopische Untersuchungen mit Fluoreszenz-, Enzym- oder anderer Markierung zum Nachweis von Antigenen oder Antikörpern;

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

   Die Gebühren für Untersuchungen mittels Ligandenassay beinhalten grundsätzlich eine Durchführung in Doppelbestimmung einschließlich aktueller Bezugskurve. Bei der Formulierung „– gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –" ist die Durchführung fakultativ, bei der Formulierung „– einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –" ist die Durchführung obligatorisch zur Berechnung der Gebühr. Wird eine Untersuchung mittels Ligandenassay, die obligatorisch eine Doppelbestimmung beinhaltet, als Einfachbestimmung durchgeführt, so dürfen nur zwei Drittel der Gebühr berechnet werden.
10. Sofern nicht gesondert gekennzeichnet, handelt es sich bei den aufgeführten Untersuchungen um quantitative oder semiquantitative Bestimmungen.

11. Laboratoriumsuntersuchungen der Abschnitte M 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.

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punktzahl	Gebühr in EUR
	I. Vorhalteleistungen in der eigenen, niedergelassenen Praxis		
	Allgemeine Bestimmungen		
	Leistungen nach den Nummern 3500 bis 3532 sind nur berechnungsfähig, wenn die Laboruntersuchung direkt beim Patienten (z. B. auch bei Hausbesuch) oder in den eigenen Praxisräumen innerhalb von vier Stunden nach der Probennahme bzw. Probenübergabe an den Arzt erfolgt.		
	Die Leistungen nach den Nummern 3500 bis 3532 sind nicht berechnungsfähig, wenn sie in einem Krankenhaus, einer krankenhausähnlichen Einrichtung, einer Laborgemeinschaft oder einer laborärztlichen Praxis erbracht werden.		
3500	Blut im Stuhl, dreimalige Untersuchung	90	5,25
	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	Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit (BKS, BSG)	60	3,50
3502	Differenzierung des Blutausstrichs, mikroskopisch	120	6,99
3503	Hämatokrit	70	4,08
	Mikroskopische Einzelbestimmung, je Messgröße	60	3,50
	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	4,66
3509	Mikroskopische Untersuchung nach einfacher Färbung (z. B. Methylenblau, Lugol), je Material	100	5,83
3510	Mikroskopische Untersuchung nach differenzierender Färbung (z. B. Gramfärbung), je Präparat	120	6,99
3511	Untersuchung eines Körpermaterials mit vorgefertigten Reagenzträgern oder Reagenzzubereitungen und visueller Auswertung (z. B. Glukose, Harnstoff, Urinteststreifen), qualitativ oder semiquantitativ, auch bei Verwendung eines Mehrfachreagenzträgers, je Untersuchung	50	2,91

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punktzahl	Gebühr in EUR
	Können mehrere Messgrößen durch Verwendung eines Mehrfachreagenzträgers erfasst werden, so ist die Leistung nach Nummer 3511 auch dann nur einmal berechnungsfähig, wenn mehrere Einfachreagenzträger verwandt wurden. *Bei mehrfacher Berechnung der Leistung nach Nummer 3511 ist die Art der Untersuchung in der Rechnung anzugeben.*		
Untersuchung folgender Messgrößen unabhängig vom Messverfahren, je Messgröße		70	4,08
Katalog			
3512	Alpha-Amylase		
3513	Gamma-Glutamyltranspeptidase (Gamma-Glutamyltransferase, Gamma-GT)		
3514	Glukose		
3515	Glutamatoxalazetattransaminase (GOT, Aspartataminotransferase, ASAT, AST)		
3516	Glutamatpyruvattransaminase (GPT, Alaninaminotransferase, ALAT, ALT)		
3517	Hämoglobin		
3518	Harnsäure		
3519	Kalium		
3520	Kreatinin		
3521	Lipase		
Untersuchung folgender Messgrößen unabhängig vom Messverfahren, je Messgröße		100	5,83
Katalog			
3523	Antistreptolysin (ASL)		
3524	C-reaktives Protein (CRP)		
3525	Mononukleosetest		
3526	Rheumafaktor (RF)		
3528	Schwangerschaftstest (Nachweisgrenze der Tests kleiner als 500 U/l)	130	7,58
3529	Schwangerschaftstest (Nachweisgrenze der Tests kleiner als 50 U/l)	150	8,74
3530	Thromboplastinzeit (TPZ, Quickwert)	120	6,99
3531	Urinsediment	70	4,08
3532	Phasenkontrastmikroskopische Untersuchung des Urinsediments – einschließlich morphologischer Beurteilung der Erythrozyten –	90	5,25

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punkt-zahl	Gebühr in EUR
II. Basislabor			
	Allgemeine Bestimmungen		
	Die aufgeführten Laborleistungen dürfen auch dann als eigene Leistungen berechnet werden, wenn dies 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.		
3541.H	Höchstwert für die mit H1 gekennzeichneten Untersuchungen des Abschnitts M II	480	27,98
	1. Körperzellen und deren Bestandteile, Zellfunktionsuntersuchungen		
3550	Blutbild und Blutbildbestandteile	60	3,50
	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 und mittels mechanisierter Mustererkennung (Bildanalyse), zusätzlich zu der Leistung nach Nummer 3550	20	1,17
3552	Retikulozytenzahl	70	4,08
	2. Elektrolyte, Wasserhaushalt		
3555	Calcium	40	2,33
3556	Chlorid	30	1,75
3557	Kalium	30	1,75
3558	Natrium	30	1,75
	3. Kohlehydrat- und Lipidstoffwechsel		
	Allgemeine Bestimmung		
	Für die mit H1 gekennzeichneten Untersuchungen ist der Höchstwert nach Nummer 3541.H zu beachten.		
3560	Glukose	40	2,33
3561	Glykierte Hämoglobine (HbA1, HbA1c)	200	11,66
3562.H1	Cholesterin	40	2,33
3563.H1	HDL-Cholesterin	40	2,33

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punkt-zahl	Gebühr in EUR
3564.H1	LDL-Cholesterin	40	2,33
3565.H1	Triglyzeride	40	2,33
	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	1,75
3571	Immunglobulin (IgA, IgG, IgM), Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden, je Immunglobulin	150	8,74
3572	Immunglobulin E (IgE), Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	250	14,57
3573.H1	Gesamt-Protein im Serum oder Plasma	30	1,75
3574	Proteinelektrophorese im Serum	200	11,66
3575	Transferrin, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	100	5,83
	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	2,33
3581.H1	Bilirubin, gesamt	40	2,33
3582	Bilirubin, direkt	70	4,08
3583.H1	Harnsäure	40	2,33
3584.H1	Harnstoff (Harnstoff-N, BUN)	40	2,33
3585.H1	Kreatinin	40	2,33
3587.H1	Alkalische Phosphatase	40	2,33
3588.H1	Alpha-Amylase (auch immuninhibitorische Bestimmung der Pankreas-Amylase)	50	2,91
3589.H1	Cholinesterase (Pseudocholinesterase, CHE, PCHE)	40	2,33
3590.H1	Creatinkinase (CK)	40	2,33
3591.H1	Creatinkinase MB (CK-MB), Immuninhibitionsmethode	50	2,91
3592.H1	Gamma-Glutamyltranspeptidase (Gamma-Glutamyltransferase, Gamma-GT)	40	2,33
3593.H1	Glutamatdehydrogenase (GLDH)	50	2,91
3594.H1	Glutamatoxalazetattransaminase (GOT, Aspartataminotransferase, ASAT, AST)	40	2,33
3595.H1	Glutamatpyruvattransaminase (GPT, Alaninaminotransferase, ALAT, ALT)	40	2,33

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punktzahl	Gebühr in EUR
3596.H1	Hydroxybutyratdehydrogenase (HBDH)	40	2,33
3597.H1	Laktatdehydrogenase (LDH)	40	2,33
3598.H1	Lipase	50	2,91
3599	Saure Phosphatase (sP), photometrisch	70	4,08
	6. Gerinnungssystem		
3605	Partielle Thromboplastinzeit (PTT, aPTT), Einfachbestimmung	50	2,91
3606	Plasmathrombinzeit (PTZ, TZ), Doppelbestimmung	70	4,08
3607	Thromboplastinzeit (Prothrombinzeit,TPZ, Quickwert), Einfachbestimmung	50	2,91
	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	5,83
3611	Blutzuckertagesprofil (Viermalige Bestimmung von Glukose)	160	9,33
3612	Glukosetoleranztest, intravenös (Siebenmalige Bestimmung von Glukose)	280	16,32
3613	Glukosetoleranztest, oral (Viermalige Bestimmung von Glukose)	160	9,33
3615	Kreatinin-Clearance (Zweimalige Bestimmung von Kreatinin)	60	3,50
	8. Spurenelemente		
3620	Eisen im Serum oder Plasma	40	2,33
3621	Magnesium	40	2,33

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	50,71

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punkt-zahl	Gebühr in EUR
3631.H	Höchstwert für die mit H3 gekennzeichneten Untersuchungen aus Abschnitt M III 10	1400	81,60
3633.H	Höchstwert für die mit H4 gekennzeichneten Untersuchungen aus Abschnitt M III 14	550	32,06
	1. Ausscheidungen (Urin, Stuhl)		
3650	Blut im Stuhl, dreimalige Untersuchung	60	3,50
	Die Kosten für ausgegebenes Testmaterial sind anstelle der Leistung nach Nummer 3650 berechnungsfähig, wenn die Auswertung aus Gründen unterbleibt, die der Arzt nicht zu vertreten hat.		
3651	Phasenkontrastmikroskopische Untersuchung des Urinsediments – einschließlich morphologischer Beurteilung der Erythrozyten –	70	4,08
3652	Streifentest im Urin, auch bei Verwendung eines Mehrfachreagenzträgers, je Untersuchung	35	2,04
3653	Urinsediment, mikroskopisch	50	2,91
3654	Zellzählung im Urin (Addis-Count), mikroskopisch	80	4,66
	2. Sekrete, Liquor, Konkremente		
3660	Sekret (Magen, Duodenum, Cervix uteri), mikroskopische Beurteilung	40	2,33
3661	Gallensediment, mikroskopisch	40	2,33
3662	HC1, titrimetrisch	70	4,08
3663	Morphologische Differenzierung des Spermas, mikroskopisch	160	9,33
3664	Spermienagglutination, mikroskopisch	120	6,99
3665	Spermien-Mucus-Penetrationstest, je Ansatz	150	8,74
3667	Spermienzahl und Mobilitätsbeurteilung, mikroskopisch	70	4,08
3668	Physikalisch-morphologische Untersuchung des Spermas (Menge, Viskosität, pH-Wert, Nativpräparat(e), Differenzierung der Beweglichkeit, Bestimmung der Spermienzahl, Vitalitätsprüfung, morphologische Differenzierung nach Ausstrichfärbung)	400	23,31
	Neben der Leistung nach Nummer 3668 sind die Leistungen nach den Nummern 3663, 3664 und/ oder 3667 nicht berechnungsfähig.		
3669	Erythrozytenzahl (Liquor), mikroskopisch	60	3,50
3670	Leukozytenzahl (Liquor), mikroskopisch	60	3,50
3671	Morphologische Differenzierung des Liquorzellausstrichs, mikroskopisch	160	9,33

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punkt-zahl	Gebühr in EUR
3672	Steinanalyse (Gallensteine, Harnsteine), mittels Infrarotspektrometrie oder mikroskopisch – einschließlich chemischer Reaktionen –	250	14,57
3673	Steinanalyse (Gallensteine, Harnsteine), Röntgendiffraktion	570	33,22
	3. Körperzellen und deren Bestandteile, Zellfunktionsuntersuchungen		
3680	Differenzierung des Blutausstrichs, mikroskopisch	90	5,25
3681	Morphologische Differenzierung des Knochenmarkausstrichs, mikroskopisch	570	33,22
3682	Eisenfärbung eines Blut- oder Knochenmarkausstrichs	120	6,99
3683	Färbung eines Blut- oder Knochenmarkausstrichs (z. B. Nachweis der alkalischen Leukozytenphosphatase, Leukozytenesterase, Leukozytenperoxidase oder PAS), je Färbung	250	14,57
3686	Eosinophile, segmentkernige Granulozyten (absolute Eosinophilenzahl), mikroskopisch	70	4,08
3688	Osmotische Resistenz der Erythrozyten	90	5,25
3689	Fetales Hämoglobin (HbF), mikroskopisch	160	9,33
3690	Freies Hämoglobin, spektralphotometrisch	180	10,49
3691	Hämoglobinelektrophorese	570	33,22
3692	Methämoglobin und/oder Carboxyhämoglobin und/oder Sauerstoffsättigung, cooxymetrisch	60	3,50
3693	Granulozytenfunktionstest (Adhäsivität, Chemotaxis (bis zu drei Stimulatoren), Sauerstoffaufnahme (bis zu drei Stimulatoren), Luminiszenz (O2-Radikale), Degranulierung, je Funktionstest	570	33,22
3694	Lymphozytentransformationstest	570	33,22
3695	Phagozytäre Funktion neutrophiler Granulozyten (Nitrotetrazolblautest, NBT-Test)	120	6,99
3696	Phänotypisierung von Zellen oder Rezeptornachweis auf Zellen mit bis zu drei verschiedenen, primären Antiseren (Einfach- oder Mehrfachmarkierung), Durchflusszytometrie, je Antiserum	570	33,22
3697	Phänotypisierung von Zellen oder Rezeptornachweis auf Zellen mit weiteren Antiseren (Einfach- oder Mehrfachmarkierung), Durchflusszytometrie, je Antiserum	250	14,57
	Die Leistung nach Nummer 3697 kann nur im Zusammenhang mit der Leistung nach Nummer 3696 berechnet werden.		
3698	Phänotypisierung von Zellen oder Rezeptornachweis auf Zellen mit dem ersten, primären Antiserum, Immunofluoreszenz oder ähnliche Untersuchungsmethoden	450	26,23

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punktzahl	Gebühr in EUR
3699	Phänotypisierung von Zellen oder Rezeptornachweis auf Zellen mit weiteren Antiseren, Immunfluoreszenz oder ähnliche Untersuchungsmethoden, je Antiserum	360	20,98
	Die Leistung nach Nummer 3699 kann nur im Zusammenhang mit der Leistung nach Nummer 3698 berechnet werden.		
3700	Tumorstammzellenassay – gegebenenfalls auch von Zellanteilen – zur Prüfung der Zytostatikasensibilität	2000	116,57
	4. Elektrolyte, Wasserhaushalt, physikalische Eigenschaften von Körperflüssigkeiten		
3710	Blutgasanalyse (pH und/oder PCO2 und/oder PO2 und/oder Hb)	90	5,25
3711	Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit (BKS, BSG)	40	2,33
3712	Viskosität (z. B. Blut, Serum, Plasma), viskosimetrisch	250	14,57
3714	Wasserstoffionenkonzentration (pH), potenziometrisch, jedoch nicht aus Blut oder Urin	40	2,33
3715	Bikarbonat	60	3,50
3716	Osmolalität	50	2,91
	5. Kohlehydrat- und Lipidstoffwechsel		
3721	Glykierte Proteine	250	14,57
3722	Fructosamin, photometrisch	70	4,08
3723	Fruktose, photometrisch	200	11,66
3724	D-Xylose, photometrisch	200	11,66
3725	Apolipoprotein (A1, A2, B), Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden, je Bestimmung	200	11,66
3726	Fettsäuren, Gaschromatographie	410	23,90
3727	Fraktionierung der Lipoproteine, Ultrazentrifugation	680	39,64
3728	Lipidelektrophorese, qualitativ	180	10,49
3729	Lipidelektrophorese, quantitativ	300	17,49
3730	Lipoprotein (a) (LP(a)), Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –, Elektroimmundiffusion	300	17,49
	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	8,74

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punkt-zahl	Gebühr in EUR
3736	Albumin mit vorgefertigten Reagenzträgern, zur Diagnose einer Mikroalbuminurie	120	6,99
3737	Aminosäuren, Hochdruckflüssigkeitschromatographie	570	33,22
3738	Aminosäuren, qualitativ, Dünnschichtchromatographie	250	14,57
3739	Alpha1-Antirypsin, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	180	10,49
3740	Coeruloplasmin, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	180	10,49
3741	C.-reaktives Protein (CRP), Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	200	11,66
3742	Ferritin, Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –	250	14,57
3743	Alpha-Fetoprotein (AFP), Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –	250	14,57
3744	Fibronectin, Ligandenassay – einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –	450	26,23
3745	Beta2-Glykoprotein II (C3-Proaktivator), Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	180	10,49
3746	Hämopexin, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	180	10,49
3747	Haptoglobin, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	180	10,49
3748	Immunelektrophorese, bis zu sieben Ansätze, je Ansatz	200	11,66
3749	Immunfixation, bis zu fünf Antiseren, je Antiserum	200	11,66
3750	Isoelektrische Fokussierung (z. B. Oligoklonale Banden)	570	33,22
3751	Kryoglobuline, qualitativ, visuell	40	2,33
3752	Kryoglobuline (Bestimmung von je zweimal IgA, IgG und IgM), Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden, je Globulinbestimmung	120	6,99
3753	Alpha2-Makroglobulin, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	180	10,49
3754	Mikroglobuline (Alpha1, Beta2), Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve – Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden, je Mikroglobulinbestimmung	200	11,66
3755	Myoglobin, Agglutination, qualitativ	60	3,50
3756	Myoglobin, Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	200	11,66

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punkt-zahl	Gebühr in EUR
3758	Phenylalanin (Guthrie-Test), Bakterienwachstumstest	60	3,50
3759	Präalbumin, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	180	10,49
3760	Protein im Urin, photometrisch	70	4,08
3761	Proteinelektrophorese im Urin	250	14,57
3762	Schwefelhaltige Aminosäuren (Cystin, Cystein, Homocystin), Farbreaktion und visuell, qualitativ, je Aminosäurenbestimmung	40	2,33
3763	SDS-Elektrophorese mit anschließender Immunreaktion (z. B. Westernblot)	570	33,22
3764	SDS-Polyacrylamidgeld-Elektrophorese	250	14,57
3765	Sexualhormonbindendes Globulin (SHBG), Ligandenassay – einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –	450	26,23
3766.H4	Thyroxin-bindendes Globulin (TBG), Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –	250	14,57
3767	Tumornekrosefaktor (TNF), Ligandenassay – einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –	450	26,23
3768	Isolierung von Immunglobulin M mit chromatographischen Untersuchungsverfahren	360	20,98
	7. Substrate, Metabolite, Enzyme		
3774	Ammoniak (NH_4)	220	12,82
3775	Bilirubin im Fruchtwasser (E450), spektralphotometrisch	180	10,49
3776	Citrat, photometrisch	300	17,49
3777	Gallensäuren, Ligandenassay – einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –	290	16,90
3778	Glutamatdehydrogenase (GLDH), manuell, photometrisch	120	6,99
3779	Homogentisinsäure, Farbreaktion und visuell, qualitativ	40	2,33
3780	Kreatin	120	6,99
3781	Laktat, photometrisch	220	12,82
3782	Lecithin/Sphingomyelin-Quotient (L/S-Quotient)	200	11,66
3783	Organisches Säurenprofil, Gaschromatographie oder Gaschromatographie-Massenspektromie	570	33,22
3784	Isoenzyme (z. B. Alkalische Phosphatase, Alpha-Amylase), chemische oder thermische Hemmung oder Fällung, je Ansatz	150	8,74
3785	Isoenzyme (z. B. Alkalische Phosphatase, Alpha-Amylase, Creatinkinase, LDH), Elektrophorese oder Immunpräzipitation, je Ansatz	300	17,49

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punktzahl	Gebühr in EUR
3786	Angiotensin I Converting Enzyme (Angiotensin I-Convertase, ACE)	220	12,82
3787	Chymotrypsin (Stuhl)	120	6,99
3788	Creatinkinase-MB-Konzentration (CK-MB), Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –	200	11,66
3789	Enzyme der Hämsynthese (Delta-Aminolaevulinsäure-Dehydratase, Uroporphyrinsynthase und ähnliche), je Enzym	120	6,99
3790	Erythrozytenenyme (Glukose-6-Phosphat-Dehydrogenase, Pyruvatkinase und ähnliche), je Enzym	120	6,99
3791	Granulozyten-Elastase, Ligandenassay – einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –	290	16,90
3792	Granulozyten-Elastase, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	180	10,49
3793	Lysozym	120	6,99
3794	Prostataspezifische saure Phosphatase (PAP), Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –	200	11,66
3795	Tatrathemmbare saure Phosphatase (PSP)	110	6,41
3796	Trypsin, Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –	200	11,66

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	16,90

Katalog

Antikörper gegen

3805.H2 Basalmembran (GBM)

3806.H2 Centromerregion

3807.H2 Endomysium

3808.H2 Extrahierbare, nukleäre Antigene (ENA)

3809.H2 Glatte Muskulatur (SMA)

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punkt-zahl	Gebühr in EUR
3811.H2	Haut (AHA, BMA und ICS)		
3812.H2	Herzmuskulatur (HMA)		
3813.H2	Kerne (ANA)		
3814.H2	Kollagen		
3815.H2	Langerhans-Inseln (ICA)		
3816.H2	Mikrosomen (Thyroperoxidase)		
3817.H2	Mikrosomen (Leber, Niere)		
3818.H2	Mitochondrien (AMA)		
3819.H2	nDNA		
3820.H2	Nebenniere		
3821.H2	Parietalzellen (PCA)		
3822.H2	Skelettmuskulatur (SkMA)		
3823.H2	Speichelgangepithel		
3824.H2	Spermien		
3825.H2	Thyreoglobulin		
3826.H2	zytoplasmatische Antigene in neutrophilen Granulozyten (P-ANCA, C-ANCA)		
3827.H2	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand *Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.*		
	Untersuchung auf Antikörper mittels quantitativer Immunfluoreszenzuntersuchung (mehr als zwei Titerstufen) oder ähnlicher Untersuchungsmethoden	510	29,73
	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)		

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punkt-zahl	Gebühr in EUR
3845	Mitochondrien (AMA)		
3846	nDNA		
3847	Parietalzellen (PCA)		
3848	Skelettmuskulatur (SkMA)		
3849	Speichelgangepithel		
3850	Spermien		
3852	Thyreoglobulin		
3853	zytoplasmatische Antigene in neutrophilen Granulozyten (P-ANCA, C-ANCA)		
3854	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand *Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.*		
	Untersuchung auf Subformen antinukleärer und zytoplasmatischer Antikörper mittels Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –, Immunoblot oder Überwanderungselektrophorese	300	17,49
	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	26,23
	Katalog		
	Antikörper gegen		
3868	Azetylcholinrezeptoren		
3869	Cardiolipin (IgG- oder IgM-Fraktion), je Fraktion		
3870	Interferon alpha		
3871	Mikrosomen (Thyroperoxydase)		
3872	Mitochondriale Subformen (AMA-Subformen)		
3873	Myeloperoxydase (P-ANCA)		

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punktzahl	Gebühr in EUR
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	32,06
3881	Zirkulierende Immunkomplexe, Ligandenassay – einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –	290	16,90
	Qualitativer Nachweis von Antikörpern mittels Agglutination	90	5,25
	Katalog		
	Antikörper gegen		
3884	Fc von IgM (Rheumafaktor)		
3885	Thyreoglobulin (Boydentest)		
	Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Immundiffusion oder ähnlicher Untersuchungsmethoden	180	10,49
	Katalog		
	Antikörper gegen		
3886	Fc von IgM (Rheumafaktor)		
3889	Mixed-Antiglobulin-Reaction (MAR-Test) zum Nachweis von Spermien-Antikörpern	200	11,66

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	14,57
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	14,57
3892	Bestimmung von allergenspezifischem Immunglobulin (z. B. IgE), Einzel- oder Mischallergentest mit mindestens vier deklarierten Allergenen oder Mischallergenen auf einem Träger, je Träger	200	11,66

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punkt-zahl	Gebühr in EUR
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	29,14
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	52,46
3895	Heterophile Antikörper (IgG- oder IgM-Fraktion), Ligandenassay – einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –, je Fraktion	1100	64,12
3896	Untersuchung auf Antikörper gegen Gliadin mittels qualitativer Immunfluoreszenzuntersuchung (bis zu zwei Titerstufen) oder ähnlicher Untersuchungsmethoden	290	16,90
3897	Untersuchung auf Antikörper gegen Gliadin mittels quantitativer Immunfluoreszenzuntersuchung (mehr als zwei Titerstufen) oder ähnlicher Untersuchungsmethoden	510	29,73
3898	Antikörper gegen Insulin, Ligandenassay – einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –	450	26,23
	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	17,49
3901.H3	Ca 15-3, Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –	450	26,23
3902.H3	Ca 19-9, Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –	300	17,49
3903.H3	Ca 50, Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –	450	26,23
3904.H3	Ca 72-4, Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –	450	26,23
3905.H3	Carcinoembryonales Antigen (CEA), Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –	250	14,57
3906.H3	Cyfra 21-1, Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –	450	26,23
3907.H3	Neuronenspezifische Enolase (NSE), Ligandenassay – einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –	450	26,23

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punkt-zahl	Gebühr in EUR
3908.H3	Prostataspezifisches Antigen (PSA), Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –	300	17,49
3909.H3	Squamous cell carcinoma-Antigen (SCC), Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –	450	26,23
3910.H3	Tymidinkinase, Ligandenassay – einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –	450	26,23
3911.H3	Tissue-polypeptide-Antigen (TPA), Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –	450	26,23
	11. Nukleinsäuren und ihre Metabolite		
3920	Isolierung von humanen Nukleinsäuren aus Untersuchungsmaterial	900	52,46
3921	Verdau (Spaltung) isolierter humaner Nukleinsäuren mit Restriktionsenzymen, je Enzym	150	8,74
3922	Amplifikation von humanen Nukleinsäuren oder Nukleinsäurefragmenten mit Polymerasekettenreaktion (PCR)	500	29,14
3923	Amplifikation von humanen Nukleinsäuren oder Nukleinsäurefragmenten mit geschachtelter Polymerasekettenreaktion (nested PCR)	1000	58,29
3924	Identifizierung von humanen Nukleinsäurefragmenten durch Hybridisierung mit radioaktiv oder nichtradioaktiv markierten Sonden und nachfolgender Detektion, je Sonde	300	17,49
3925	Trennung von humanen Nukleinsäurefragmenten mittels elektrophoretischer Methoden und anschließendem Transfer auf Trägermaterialien (z. B. Dot-Blot, Slot-Blot)	600	34,97
3926	Identifizierung von humanen Nukleinsäurefragmenten durch Sequenzermittlung	2000	116,57
	12. Gerinnungs-, Fibrinolyse-, Komplementsystem		
3930	Antithrombin III, chromogenes Substrat	110	6,41
3931	Antithrombin III, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	180	10,49
3932	Blutungszeit	60	3,50
3933	Fibrinogen nach Clauss, koagulometrisch	100	5,83
3934	Fibrinogen, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	180	10,49
3935	Fibrinogenspaltprodukte, qualitativ	120	6,99
3936	Fibrinogenspaltprodukte, quantitativ	250	14,57

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punkt-zahl	Gebühr in EUR
3937	Fibrinspaltprodukte, quervernetzt (Dimertest), qualitativ	180	10,49
3938	Fibrinspaltprodukte, quervernetzt (Dimertest), quantitativ	360	20,98
3939	Gerinnungsfaktor (II, V, VIII, IX, X), je Faktor	460	26,81
3940	Gerinnungsfaktor (VII, XI, XII), je Faktor	720	41,97
3941	Gerinnungsfaktor VIII Ag, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	250	14,57
3942	Gerinnungsfaktor XIII, Untersuchung mittels Monochloressigsäure oder ähnliche Untersuchungsmethoden	180	10,49
3943	Gerinnungsfaktor XIII, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	250	14,57
3944	Gewebsplasminogenaktivator (t-PA), chromogenes Substrat	300	17,49
3945	Heparin, chromogenes Substrat	140	8,16
3946	Partielle Thromboplastinzeit (PTT, aPTT), Doppelbestimmung	70	4,08
3947	Plasmatauschversuch	460	26,81
3948	Plasminogen, chromogenes Substrat	140	8,16
3949	Plasminogenaktivatorinhibitor (PAI), chromogenes Substrat	410	23,90
3950	Plättchenfaktor (3, 4), Ligandenassay – einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –, je Faktor	480	27,98
3951	Protein C-Aktivität	450	26,23
3952	Protein C-Konzentration, Ligandenassay – einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –	450	26,23
3953	Protein S-Aktivität	450	26,23
3954	Protein S-Konzentration, Ligandenassay – einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –	450	26,23
3955	Reptilasezeit	100	5,83
3956	Ristocetin-Cofaktor (F VIII Rcof), Agglutination	200	11,66
3957	Thrombelastogramm oder Resonanzthrombogramm	180	10,49
3958	Thrombin-Antithrombin-Komplex (TAT-Komplex), Ligandenassay – einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –	480	27,98
3959	Thrombinkoagulasezeit	100	5,83
3960	Thromboplastinzeit (Prothrombinzeit, TPZ, Quickwert), Doppelbestimmung	70	4,08
3961	Thrombozytenaggregationstest mit mindestens drei Stimulatoren	900	52,46
3962	Thrombozytenausbreitung, mikroskopisch	60	3,50

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punkt-zahl	Gebühr in EUR
3963	Von Willebrand-Faktor (vWF), Ligandenassay – einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –	480	27,98
3964	C1-Esteraseinhibitor-Aktivität, chromogenes Substrat	360	20,98
3965	C1-Esteraseinhibitor-Konzentration, Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	260	15,15
3966	Gesamtkomplement AH 50	600	34,97
3967	Gesamtkomplement CH 50	500	29,14
Untersuchung von Einzelfaktoren des Komplementsystems		250	14,57
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	5,83
3981	AB0-Merkmale und Isoagglutinine	180	10,49
3982	AB0-Merkmale, Isoagglutinine und Rhesusfaktor D (D und CDE)	300	17,49
3983	AB0-Merkmale, Isoagglutinine und Rhesusformel (C, E und e)	500	29,14
Bestimmung weiterer Blutgruppenmerkmale			
Katalog			
3984	im NaC1- oder Albumin-Milieu (z. B. P, Lewis, MNS), je Merkmal	120	6,99
3985	im indirekten Anti-Humanglobulin-Test (indirekter Coombstest) (z. B. CW, Kell, Du, Duffy), je Merkmal	200	11,66
3986	im indirekten Anti-Humanglobulin-Test (indirekter Coombstest) (z. B. Kidd, Lutheran), je Merkmal	360	20,98
	Bei den Leistungen nach den Nummern 3984 bis 3986 sind die jeweils untersuchten Merkmale in der Rechnung anzugeben.		
3987	Antikörpertest (Antikörper gegen Erythrozytenantigene) mit zwei verschiedenen Test-Erythrozyten-Präparationen im indirekten Anti-Humanglobulin-Test (indirekter Coombstest)	140	8,16
3988	Antikörpersuchtest (Antikörper gegen Erythrozytenantigene) mit drei und mehr verschiedenen Test-Erythrozyten-Präparationen im indirekten Anti-Humanglobulin-Test (indirekter Coombstest)	200	11,66

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punkt-zahl	Gebühr in EUR
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 Leistungen nach Nummer 3987 oder 3988, je Test-Erythrozyten-Präparation	60	3,50
3990	Antikörpersuchtest (Antikörper gegen Erythrozytenantigene) mit zwei verschiedenen Test-Erythrozyten-Präparationen im NaC1- oder Enzymmilieu	70	4,08
3991	Antikörpersuchtest (Antikörper gegen Erythrozytenantigene) mit drei und mehr verschiedenen Test-Erythrozyten-Präparationen im NaC1- oder Enzymmilieu	100	5,83
3992	Antikörperdifferenzierung (Antikörper gegen Erythrozytenantigene) mit mindestens acht, jedoch höchstens zwölf verschiedenen Test-Erythrozyten-Präparationen im NaC1- oder Enzymmilieu im Anschluss an die Leistung nach Nummer 3990 oder 3991, je Test-Erythrozyten-Präparation	30	1,75
3993	Bestimmung eines Antikörpertiters bei positivem Ausfall eines Antikörpersuchtests (Antikörper gegen Erythrozytenantigene) im Anschluss an eine der Leistungen nach den Nummern 3989 oder 3992	400	23,31
3994	Quantitative Bestimmung (Titration) von Antikörpern gegen Erythrozytenantigene (z. B. Kälteagglutinine, Hämolysine) mittels Agglutination, Präzipitation oder Lyse (mit jeweils mindestens vier Titerstufen)	140	8,16
3995	Qualitativer Nachweis von Antikörpern gegen Leukozyten- oder Thrombozytenantigene mittels Fluoreszenzimmunoassay (bis zu zwei Titerstufen) oder ähnlicher Untersuchungsmethoden	350	20,40
3996	Quantitative Bestimmung von Antikörpern gegen Leukozyten- oder Thrombozytenantigene mittels Fluoreszenzimmunoassay (mehr als zwei Titerstufen) oder ähnlicher Untersuchungsmethoden	600	34,97
3997	Direkter Anti-Humanglobulin-Test (direkter Coombstest), mit mindestens zwei Antiseren	120	6,99
3998	Anti-Humanglobulin-Test zur Ermittlung der Antikörperklasse mit monovalenten Antiseren im Anschluss an die Leistung nach Nummer 3989 oder 3997, je Antiserum	90	5,25
3999	Antikörper-Elution, Antikörper-Absorption, Untersuchung auf biphasische Kältehämolysine, Säure-Serum-Test oder ähnlich aufwändige Untersuchungen, je Untersuchung *Die Art der Untersuchung ist in der Rechnung anzugeben.*	360	20,98

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punkt-zahl	Gebühr in EUR
4000	Serologische Verträglichkeitsprobe (Kreuzprobe) im NaC1-Milieu und im Anti-Humanglobulintest	200	11,66
4001	Serologische Verträglichkeitsprobe (Kreuzprobe) im NaC1-Milieu und im Anti-Humanglobulintest sowie laborinterne Identitätssicherung im AB0-System	300	17,49
	Die Leistung nach Nummer 4001 ist für die Identitätssicherung im AB0-System am Krankenbett (bedside-test) nicht berechnungsfähig.		
4002	Serologische Verträglichkeitsprobe (Kreuzprobe) im NaC1- oder Enzym-Milieu als Kälteansatz unter Einschluss einer Eigenkontrolle	100	5,83
4003	Dichtegradientenisolierung von Zellen, Organellen oder Proteinen, je Isolierung	400	23,31
4004	Nachweis eines HLA-Antigens der Klasse I mittels Lymphozytotoxizitätstest nach Isolierung der Zellen	750	43,72
4005	Höchstwert für die Leistung nach Nummer 4004	3000	174,86
4006	Gesamttypisierung der HLA-Antigene der Klasse I mittels Lymphozytotoxizitätstest mit mindestens 60 Antiseren nach Isolierung der Zellen, je Antiserum	30	1,75
4007	Höchstwert für die Leistung nach Nummer 4006	3600	209,83
4008	Gesamttypisierung der HLA-Antigene der Klasse II mittels molekularbiologischer Methoden (bis zu 15 Sonden), insgesamt	2500	145,72
4009	Subtypisierung der HLA-Antigene der Klasse II mittels molekularbiologischer Methoden (bis zu 40 Sonden), insgesamt	2700	157,38
4010	HLA-Isoantikörpernachweis	800	46,63
4011	Spezifizierung der HLA-Isoantikörper, insgesamt	1600	93,26
4012	Serologische Verträglichkeitsprobe im Gewebe-HLA-System nach Isolierung von Zellen und Organellen	750	43,72
4013	Lymphozytenmischkultur (MLC) bei Empfänger und Spender – einschließlich Kontrollen –	4600	268,12
4014	Lymphozytenmischkultur (MLC) für jede weitere getestete Person	2300	134,06

14. Hormone und ihre Metabolite, biogene Amine, Rezeptoren

Allgemeine Bestimmung

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

	Hormonbestimmung mittels Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –	250	14,57

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punkt-zahl	Gebühr in EUR
Katalog			
4020	Cortisol		
4021	Follitropin (FSH, follikelstimulierendes Hormon)		
4022.H4	Freies Trijodthyronin (fT3)		
4023.H4	Freies Thyroxin (fT4)		
4024	Humanes Choriongonadotropin (HCG)		
4025	Insulin		
4026	Luteotropin (LH, luteinisierendes Hormon)		
4027	Östriol		
4028	Plazentalaktogen (HPL)		
4029.H4	T3-Uptake-Test (TBI, TBK)		
4030	Thyreoidea stimulierendes Hormon (TSH)		
4031.H4	Thyroxin		
4032.H4	Trijodthyronin		
4033	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand *Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.*		
	Hormonbestimmung mittels Ligandenassay – einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –	350	20,40
Katalog			
4035	17-Alpha-Hydroxyprogesteron		
4036	Androstendion		
4037	Dehydroepiandrosteron (DHEA)		
4038	Dehydroepiandrosteronsulfat (DHEAS)		
4039	Östradiol		
4040	Progesteron		
4041	Prolaktin		
4042	Testosteron		
4043	Wachstumshormon (HGH)		
4044	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand *Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.*		
	Hormonbestimmung mittels Ligandenassay – einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –	480	27,98
Katalog			
4045	Aldosteron		
4046	C-Peptid		
4047	Calcitonin		

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punkt-zahl	Gebühr in EUR
4048	cAMP		
4049	Corticotropin (ACTH)		
4050	Erythropoetin		
4051	Gastrin		
4052	Glukagon		
4053	Humanes Choriongonadotropin (HCG), zum Ausschluss einer Extrauteringravidität		
4054	Osteocalcin		
4055	Oxytocin		
4056	Parathormon		
4057	Reninaktivität (PRA), kinetische Bestimmung mit mindestens drei Messpunkten		
4058	Reninkonzentration		
4060	Somatomedin		
4061	Vasopressin (Adiuretin, ADH)		
4062	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand *Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.*		
	Hormonbestimmung mittels Ligandenassay – einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –	750	43,72
	Katalog		
4064	Gastric inhibitory Polypeptid (GIP)		
4065	Gonadotropin-releasing-Hormon (GnRH)		
4066	Pankreatisches Polypeptid (PP)		
4067	Parathyroid hormone related peptide		
4068	Vasoaktives intestinales Polypeptid (VIP)		
4069	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand *Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.*		
4070	Thyreoglobulin, Ligandenassay – einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve sowie Kontrollansatz für Anti-Thyreoglobulin-Antikörper –	900	52,46
	Hormonbestimmung mittels Hochdruckflüssigkeitschromatographie, Gaschromatographie oder Säulenchromatographie und Photometrie . .	570	33,22
	Katalog		
4071	5-Hydroxyindolessigsäure (5-HIES)		
4072	Adrenalin und/oder Noradrenalin und/oder Dopamin im Plasma oder Urin		
4073	Homovanillinsäure im Urin (HVA)		
4074	Metanephrine		

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punkt-zahl	Gebühr in EUR
4075	Serotonin		
4076	Steroidprofil		
4077	Vanillinmandelsäure (VMA)		
4078	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand *Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.*		
4079	Zuschlag zu den Leistungen nach den Nummern 4071 bis 4078 bei Anwendung der Gaschromatographie-Massenspektromie	350	20,40
4080	5-Hydroxyindolessigsäure (5-HIES), Farbreaktion und visuell, qualitativ	120	6,99
4081	Humanes Choriongonadotropin im Urin, Schwangerschaftstest (Nachweisgrenze des Tests kleiner als 500 U/l)	120	6,99
4082	Humanes Choriongonadotropin im Urin (HCG), Schwangerschaftstest (Nachweisgrenze des Tests kleiner als 50 U/l), Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –	140	8,16
4083	Luteotropin (LH) im Urin, Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve – oder Agglutination, im Rahmen einer künstlichen Befruchtung, je Bestimmung	570	33,22
4084	Gesamt-Östrogene im Urin, photometrisch	570	33,22
4085	Vanillinmandelsäure im Urin (VMA), Dünnschichtchromatographie, semiquantitativ	250	14,57
4086	Östrogenrezeptoren – einschließlich Aufbereitung –	1200	69,94
4087	Progesteronrezeptoren – einschließlich Aufbereitung –	1200	69,94
4088	Andere Hormonrezeptoren (z. B. Androgenrezeptoren) – einschließlich Aufbereitung –	1200	69,94
4089	Tumornekrosefaktorrezeptor (p55), Ligandenassay – einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –	450	26,23

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	29,14
4091	ACTH-Kurztest (Zweimalige Bestimmung von Cortisol)	500	29,14

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punkt-zahl	Gebühr in EUR
4092	Clonidintest (Zweimalige Bestimmung von Adrenalin (Noradrenalin im Plasma)	1140	66,45
4093	Cortisoltagesprofil (Viermalige Bestimmung von Cortisol)	1000	58,29
4094	CRF-Test (Dreimalige Bestimmung von Corticotropin und Cortisol)	2190	127,65
4095	D-Xylosetest (Einmalige Bestimmung von Xylose)	200	11,66
4096	Desferioxamintest (Einmalige Bestimmung von Eisen im Urin)	120	6,99
4097	Dexamethasonhemmtest, Kurztest (Zweimalige Bestimmung von Cortisol)	500	29,14
4098	Dexamethasonhemmtest, Verabreichung von jeweils 3 mg Dexamethason an drei aufeinanderfolgenden Tagen (Zweimalige Bestimmung von Cortisol)	500	29,14
4099	Dexamethasonhemmtest, Verabreichung von jeweils 9 mg Dexamethason an drei aufeinanderfolgenden Tagen (Zweimalige Bestimmung von Cortisol)	500	29,14
4100	Fraktionierte Magensekretionsanalyse mit Pentagastrinstimulation (Viermalige Titration von HC1)	280	16,32
4101	Glukosesuppressionstest (Sechsmalige Bestimmung von Glukose, Wachstumshormon und Insulin)	3840	223,82
4102	GHRH-Test (Sechsmalige Bestimmung von Wachstumshormon)	2100	122,40
4103	HCG-Test (Zweimalige Bestimmung von Testosteron)	700	40,80
4104	Hungerversuch (Zweimalige Bestimmung von C-Peptid)	960	55,96
4105	Hungerversuch (Zweimalige Bestimmung von Insulin)	500	29,14
4106	Insulinhypoglykämietest (Sechsmalige Bestimmung von Glukose, Wachstumshormon und Cortisol)	3840	223,82
4107	Laktat-Ischämietest (Fünfmalige Bestimmung von Laktat)	900	52,46
4108	Laktose-Toleranztest (Fünfmalige Bestimmung von Glukose)	200	11,66
4109	LH-RH-Test (Zweimalige Bestimmung von LH und FSH)	1000	58,29
4110	MEGX-Test (Monoethylglycinxylidid) (Zweimalige Bestimmung von MEGX)	500	29,14
4111	Metoclopramidtest (Zweimalige Bestimmung von Prolaktin)	700	40,80
4112	Pentagastrintest (Sechsmalige Bestimmung von Calcitonin)	2880	167,87
4113	Renin-Aldosteron-Stimulationstest (Zweimalige Bestimmung von Renin und Aldosteron)	1920	111,91
4114	Renin-Aldosteron-Suppressionstest (Zweimalige Bestimmung von Renin und Aldosteron)	1920	111,91

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punkt-zahl	Gebühr in EUR
4115	Seitengetrennte Reninbestimmung (Viermalige Bestimmung von Renin)	1920	111,91
4116	Sekretin-Pankreozymin-Evokationstest (Dreimalige Bestimmung von Amylase, Lipase, Trypsin und Bikarbonat)	1080	62,95
4117	TRH-Test (Zweimalige Bestimmung von TSH)	500	29,14
4118	Vitamin A-Resorptionstest (Zweimalige Bestimmung von Vitamin A)	720	41,97
	16. Porphyrine und ihre Vorläufer		
4120	Delta-Aminolaevulinsäure (Delta-ALS, Delta-ALA), photometrisch und säulenchromatographisch	570	33,22
4121	Gesamt-Porphyrine, photometrisch	250	14,57
4122	Gesamt-Porphyrine, qualitativ	120	6,99
4123	Porphobilinogen (PBG, Hösch-Test, Schwarz-Watson-Test) mit Rückextraktion, Farbreaktion und visuell, qualitativ	60	3,50
4124	Porphobilinogen (PBG), photometrisch und säulenchromatographisch	570	33,22
4125	Porphyrinprofil (Urin, Stuhl, Erythrozyten), Hochdruckflüssigkeitschromatographie, je Material	570	33,22
4126	Porphyrinprofil (Urin, Stuhl, Erythrozyten), Dünnschichtchromatographie, je Material	460	26,81
	17. Spurenelemente, Vitamine		
4130	Eisen im Urin, Atomabsorption	120	6,99
4131	Kupfer im Serum oder Plasma	40	2,33
4132	Kupfer im Urin, Atomabsorption	410	23,90
4133	Mangan, Atomabsorption, flammenlos	410	23,90
4134	Selen, Atomabsorption, flammenlos	410	23,90
4135	Zink, Atomabsorption	90	5,25
4138	25-Hydroxy-Vitamin D (25-OH-D, D2), Ligandenassay – einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –	480	27,98
4139	1,25-Dihydroxy-Vitamin D (1,25-(OH)2D3, Calcitriol), Ligandenassay – einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –	750	43,72
4140	Folsäure und/oder Vitamin B12, Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –	250	14,57
	Untersuchung von Vitaminen mittels Hochdruckflüssigkeitschromatographie	360	20,98

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punkt-zahl	Gebühr in EUR
Katalog			
4141	Vitamin A		
4142	Vitamin E		
	Untersuchung von Vitaminen mittels Hochdruckflüssigkeitschromatographie	570	33,22
Katalog			
4144	25-Hydroxy-Vitamin D (25-OH-D, D2)		
4145	Vitamin B1		
4146	Vitamin B6		
4147	Vitamin K		
	18. Arzneimittelkonzentrationen, exogene Gifte, Drogen		
	Untersuchung mittels Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve	250	14,57
Katalog			
4150	Amikacin		
4151	Amphetamin		
4152	Azetaminophen		
4153	Barbiturate		
4154	Benzodiazepine		
4155	Cannabinoide		
4156	Carbamezepin		
4157	Chinidin		
4158	Cocainmetabolite		
4160	Desipramin		
4161	Digitoxin		
4162	Digoxin		
4163	Disopyramid		
4164	Ethosuximid		
4165	Flecainid		
4166	Gentamicin		
4167	Lidocain		
4168	Methadon		
4169	Methotrexat		
4170	N-Azetylprocainamid		
4171	Netilmicin		

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punkt-zahl	Gebühr in EUR
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	17,49
	Untersuchung mittels Ligandenassay – einschließlich vorhergehender Säulentrennung, gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –	700	40,80
Katalog			
4186	Amitryptilin		
4187	Imipramin		
4188	Nortriptylin		
	Untersuchung mittels Atomabsorption, flammenlos	410	23,90
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	20,98

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punkt-zahl	Gebühr in EUR
Katalog			
4199	Amiodarone		
4200	Antiepileptika (Ethosuximid und/oder Phenobarbital und/oder Phenytoin und/oder Primidon)		
4201	Chinidin		
4202	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand *Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.*		
Untersuchung mittels Hochdruckflüssigkeitschromatographie, je Untersuchung		450	26,23
Katalog			
4203	Antibiotika		
4204	Antimykotika		
Untersuchung mittels Gaschromatographie, je Untersuchung		410	23,90
Katalog			
4206	Valproinsäure		
4207	Ethanol		
4208	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand *Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.*		
4209	Untersuchung mittels Gaschromatographie nach Säulenextraktion und Derivatisierung zum Nachweis von exogenen Giften, je Untersuchung	480	27,98
4210	Untersuchung von exogenen Giften mittels Gaschromatographie-Massenspektrometrie, Bestätigungsanalyse, je Untersuchung	900	52,46
4211	Ethanol, photometrisch	150	8,74
4212	Exogene Gifte, dünnschichtchromatographisches Screening, qualitativ oder semiquantitativ	250	14,57
4213	Identifikation von exogenen Giften mittels aufwändiger Dünnschichtchromatographie mit standardkorrigierten Rf-Werten, je Untersuchung	360	20,98
4214	Lithium	60	3,50

19. Antikörper gegen Bakterienantigene

Allgemeine Bestimmung

Die Berechnung einer Gebühr für eine qualitative Untersuchung mittels Agglutinations- oder Fällungsreaktion bzw. Immunfluoreszenzuntersuchung (bis zu zwei Titerstufen) neben einer Gebühr für eine quantitative Untersuchung mittels Agglutinations- oder Fäl-

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punktzahl	Gebühr in EUR
	lungsreaktion bzw. Immunfluoreszenzuntersuchung (mehr als zwei Titerstufen) oder einer ähnlichen Untersuchungsmethode ist nicht zulässig.		
	Qualitativer Nachweis von Antikörpern mittels Agglutinations- oder Fällungsreaktion (z. B. Hämagglutination, Hämagglutinationshemmung, Latex-Agglutination)	90	5,25
	Katalog		
	Antikörper gegen		
4220	Borrelia burgdorferi		
4221	Brucellen		
4222	Campylobacter		
4223	Francisellen		
4224	Legionella pneumophila bis zu fünf Typen, je Typ		
4225	Leptospiren		
4226	Listerien, je Typ		
4227	Rickettsien (Weil-Felix-Reaktion)		
4228	Salmonellen-H-Antigene		
4229	Salmonellen-O-Antigene		
4230	Staphylolysin		
4231	Streptolysin		
4232	Treponema pallidum (TPHA, Cardiolipinmikroflockungstest, VDRL-Test)		
4233	Yersinien bis zu zwei Typen, je Typ		
4234	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand *Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.*		
	Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Agglutinations- oder Fälligkeitsreaktion (z. B. Hämagglutination, Hämagglutinationshemmung, Latex-Agglutination)	230	13,41
	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		

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punkt-zahl	Gebühr in EUR
4242	Listerien, je Typ		
4243	Rickettsien		
4244	Salmonellen-H-Antigene, bis zu zwei Antigenen, je Antigen		
4245	Salmonellen-O-Antigene, bis zu vier Antigenen, je Antigen		
4246	Staphylolysin		
4247	Streptolysin		
4248	Treponema pallidum (TPHA, Cardiolipinmikroflockungstest, VDRL-Test)		
4249	Yersinien, bis zu zwei Typen, je Typ		
4250	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand *Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.*		
Qualitativer Nachweis von Antikörpern mittels Immunfluoreszenz oder ähnlicher Untersuchungsmethoden		290	16,90
Katalog			
Antikörper gegen			
4251	Bordetella pertussis		
4252	Borrelia burgdorferi		
4253	Chlamydia trachomatis		
4254	Coxiella burneti		
4255	Legionella pneumophila		
4256	Leptospiren (IgA, IgG oder IgM)		
4257	Mycoplasma pneumoniae		
4258	Rickettsien		
4259	Treponema pallidum (IgG und IgM) (FTA-ABSTest)		
4260	Treponema pallidum (IgM) (IgM-FTA-ABS-Test)		
4261	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand *Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.*		
Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Immunfluoreszenz oder ähnlicher Untersuchungsmethoden		510	29,73
Katalog			
Antikörper gegen			
4263	Bordetella pertussis		
4264	Borrelia burgdorferi		
4265	Chlamydia trachomatis		
4266	Coxiella burneti		

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punkt-zahl	Gebühr in EUR
4267	Legionella pneumophila		
4268	Mycoplasma pneumoniae		
4269	Rickettsien		
4270	Treponema pallidum (IgG und IgM) (FTA-ABSTest)		
4271	Treponema pallidum (IgM) (IgM-FTA-ABS-Test)		
4272	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand *Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.*		
Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Immunfluoreszenz oder ähnlicher Untersuchungsmethoden		800	46,63
Katalog			
Antikörper gegen			
4273	Treponema pallidum (IgM) (19S-IgM-FTA-ABSTest) Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Komplementbindungsreaktion (KBR)	250	14,57
Katalog			
Antikörper gegen			
4275	Campylobacter		
4276	Chlamydia psittaci (Ornithosegruppe)		
4277	Chlamydie trachomatis		
4278	Coxiella burneti		
4279	Gonokokken		
4280	Leptospiren		
4281	Listerien		
4282	Mycoplasma pneumoniae		
4283	Treponema pallidum (Cardiolipinreaktion)		
4284	Yersinien		
4285	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand *Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.*		
Bestimmung von Antikörpern mittels Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –		350	20,40
Katalog			
Antikörper gegen			
4286	Borrelia burgdorferi		
4287	Campylobacter		
4288	Coxiella burneti		
4289	Leptospiren (IgA, IgG oder IgM)		

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punkt-zahl	Gebühr in EUR
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	10,49
4294	Streptolysin, Hämolysehemmung	230	13,41
4295	Streptokokken-Desoxyribonuklease (Antistreptodornase, ADNAse B), Immundiffusion oder ähnliche Untersuchungsmethoden	180	10,49
4296	Streptokokken-Desoxyribonuklease (Antristreptodornase, ADNAse B), Farbreaktion und visuell	120	6,99
4297	Hyaluronidase, Farbreaktion und visuell, qualitativ	120	6,99

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	5,25
	Katalog		
	Antikörper gegen		
4300	Epstein-Barr-Virus, heterophile Antikörper (Paul-Bunnel-Test)		
4301	Röteln-Virus		
4302	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand *Die untersuchten Viren sind in der Rechnung anzugeben.*		
	Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Agglutinationsreaktion (z. B. Hämagglutination, Hämagglutinationshemmung, Latex-Agglutination)	240	13,99
	Katalog		
	Antikörper gegen		
4305	Epstein-Barr-Virus, heterophile Antikörper (Paul-Bunnel-Test)		
4306	Röteln-Virus		

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punkt-zahl	Gebühr in EUR
4307	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand *Die untersuchten Viren sind in der Rechnung anzugeben.*		
	Qualitativer Nachweis von Antikörpern mittels Immunfluoreszenz oder ähnlicher Untersuchungsmethoden	290	16,90
	Katalog		
	Antikörper gegen		
4310	Adenoviren		
4311	Epstein-Barr-Virus Capsid (IgA)		
4312	Epstein-Barr-Virus Capsid (IgG)		
4313	Epstein-Barr-Virus Capsid (IgM)		
4314	Epstein-Barr-Virus Early Antigen diffus		
4315	Epstein-Barr-Virus Early Antigen restricted		
4316	Epstein-Barr-Virus Nukleäres Antigen (EBNA)		
4317	FSME-Virus		
4318	Herpes simplex-Virus 1 (IgG)		
4319	Herpes simplex-Virus 1 (IgM)		
4320	Herpes simplex-Virus 2 (IgG)		
4321	Herpes simplex-Virus 2 (IgM)		
4322	HIV 1		
4323	HIV 2		
4324	Influenza A-Virus		
4325	Influenza B-Virus		
4327	Masern-Virus		
4328	Mumps-Virus		
4329	Parainfluenza-Virus 1		
4330	Parainfluenza-Virus 2		
4331	Parainfluenza-Virus 3		
4332	Respiratory syncytial virus		
4333	Tollwut-Virus		
4334	Varizella-Zoster-Virus		
4335	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand *Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.*		
	Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Immunfluoreszenz oder ähnlicher Untersuchungsmethoden	510	29,73

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punkt-zahl	Gebühr in EUR
Katalog			
Antikörper gegen			
4337	Adenoviren		
4338	Epstein-Barr-Virus Capsid (IgA)		
4339	Epstein-Barr-Virus Capsid (IgG)		
4340	Epstein-Barr-Virus Capsid (IgM)		
4341	Epstein-Barr-Virus Early Antigen diffus		
4342	Epstein-Barr-Virus Early Antigen restricted		
4343	Epstein-Barr-Virus Nukleäres Antigen (EBNA)		
4344	FSME-Virus		
4345	Herpes simplex-Virus 1 (IgG)		
4346	Herpes simplex-Virus 1 (IgM)		
4347	Herpes simplex-Virus 2 (IgG)		
4348	Herpes simplex Virus 2 (IgM)		
4349	HIV 1		
4350	HIV 2		
4351	Influenza A-Virus		
4352	Influenza B-Virus		
4353	Lymphozytäres Choriomeningitis-Virus		
4354	Masern-Virus		
4355	Mumps-Virus		
4356	Parainfluenza-Virus 1		
4357	Parainfluenza-Virus 2		
4358	Parainfluenza-Virus 3		
4359	Respiratory syncytial virus		
4360	Röteln-Virus		
4361	Tollwut-Virus		
4362	Varizella-Zoster-Virus		
4363	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand *Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.*		
Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Komplementbindungsreaktion (KBR)		250	14,57
Katalog			
Antikörper gegen			
4365	Adenoviren		
4366	Coronaviren		

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punkt-zahl	Gebühr in EUR
4367	Influenza A-Virus		
4368	Influenza B-Virus		
4369	Influenza C-Virus		
4370	Lymphozytäres Choriomeningitis-Virus		
4371	Parainfluenza-Virus 1		
4371a	Parainfluenza-Virus 2		
4372	Parainfluenza-Virus 3		
4373	Polyomaviren		
4374	Reoviren		
4375	Respiratory syncytial virus		
4376	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand *Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.*		
Bestimmung von Antikörpern mittels Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –		240	13,99
Katalog			
Antikörper gegen			
4378	Cytomegalie-Virus (IgG und IgM)		
4379	FSME-Virus (IgG und IgM)		
4380	HBe-Antigen (IgG und IgM)		
4381	HBs-Antigen		
4382	Hepatitis A-Virus (IgG und IgM)		
4383	Hepatitis A-Virus (IgM)		
4384	Herpes simplex-Virus (IgG und IgM)		
4385	Masern-Virus (IgG und IgM)		
4386	Mumps-Virus (IgG und IgM)		
4387	Röteln-Virus (IgG und IgM)		
4388	Varizella-Zoster-Virus (IgG und IgM)		
4389	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand *Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.*		
Bestimmung von Antikörpern mittels Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –		300	17,49
Katalog			
Antikörper gegen			
4390	Cytomegalie-Virus (IgM)		
4391	Epstein-Barr-Virus (IgG und IgM)		
4392	FSME-Virus (IgM)		
4393	HBc-Antigen (IgG und IgM)		

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punkt-zahl	Gebühr in EUR
4394	Herpes simplex-Virus (IgM)		
4395	HIV		
4396	Masern-Virus (IgM)		
4397	Mumps-Virus (IgM)		
4398	Röteln-Virus (IgM)		
4399	Varizella-Zoster-Virus (IgM)		
4400	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand *Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.*		
	Bestimmung von Antikörpern mittels Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –	350	20,40
	Katalog		
	Antikörper gegen		
4402	HBc-Antigen (IgM)		
4403	HBe-Antigen (IgM)		
4404	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand *Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.*		
	Bestimmung von Antikörpern mittels Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –		
	Katalog		
	Antikörper gegen		
4405	Delta-Antigen	800	46,63
4406	Hepatitis C-Virus	400	23,31
	Bestimmung von Antikörpern mittels anderer Methoden	800	46,63
	Katalog		
	Antikörper gegen		
4408	Hepatitis C-Virus, Immunoblot		
4409	HIV, Immunoblot		
	21. Antikörper gegen Pilzantigene		
	Allgemeine Bestimmung		
	Die Berechnung einer Gebühr für eine qualitative Untersuchung mittels Agglutinations- oder Fällungsreaktion bzw. Immunfluoreszenzuntersuchung (bis zu zwei Titerstufen) neben einer Gebühr für eine quantitative Untersuchung mittels Agglutinations- oder Fällungsreaktion bzw. Immunfluoreszenzuntersuchung (mehr als zwei Titerstufen) oder einer ähnlichen Untersuchungsmethode ist nicht zulässig. Qualitativer Nachweis von Antikörpern mittels Immunfluoreszenz oder ähnlicher Untersuchungsmethoden	290	16,90

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punkt-zahl	Gebühr in EUR
	Katalog		
	Antikörper gegen		
4415	Candida albicans		
4416	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand *Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.*		
	Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Immunfluoreszenz oder ähnlicher Untersuchungsmethoden	510	29,73
	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	5,25
	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	13,99
	Katalog		
	Antikörper gegen		
4425	Aspergillus		
4426	Candida albicans		
4427	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand *Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.*		

22. Antikörper gegen Parasitenantigene

Allgemeine Bestimmung

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

	Qualitativer Nachweis von Antikörpern mittels Agglutinations- oder Fällungsreaktion (z. B. Hämagglutionation, Hämagglutinationshemmung, Latex-Agglutination)	90	5,25

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punkt-zahl	Gebühr in EUR
	Katalog		
	Antikörper gegen		
4430	Echinokokken		
4431	Schistosomen		
4432	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand		
	Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.		
	Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Agglutinations- oder Fällungsreaktion (z. B. Hämagglutination, Hämaggulinationshemmung, Latex-Agglutination)	240	13,99
	Katalog		
	Antikörper gegen		
4435	Echinokokken		
4436	Schistosomen		
4437	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand		
	Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.		
	Qualitativer Nachweis von Antikörpern mittels Immunfluoreszenz oder ähnlicher Untersuchungsmethoden	290	16,90
	Katalog		
	Antikörper gegen		
4440	Entamoeba histolytica		
4441	Leishmanien		
4442	Plasmodien		
4443	Pneumocystis carinii		
4444	Schistosomen		
4445	Toxoplasma gondii		
4446	Trypanosoma cruzi		
4447	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand		
	Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.		
	Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Immunfluoreszenz oder ähnlicher Untersuchungsmethoden	510	29,73
	Katalog		
	Antikörper gegen		
4448	Entamoeba histolytica		
4449	Leishmanien		
4450	Pneumocystis carinii		
4451	Plasmodien		
4452	Schistosomen		

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punkt-zahl	Gebühr in EUR
4453	Toxoplasma gondii		
4454	Trypanosoma cruzi		
4455	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand *Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.*		
	Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Komplementbindungsreaktion (KBR)	250	14,57
	Katalog		
	Antikörper gegen		
4456	Echinokokken		
4457	Entamoeba histolytica		
4458	Leishmanien		
4459	Toxoplasma gondii		
4460	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand *Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.*		
	Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –	230	13,41
	Katalog		
	Antikörper gegen		
4461	Toxoplasma gondii		
4462	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand *Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.*		
	Quantitative Bestimmung von Antikörpern mittels Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –	350	20,40
	Katalog		
	Antikörper gegen		
4465	Entamoeba histolytica		
4466	Leishmanien		
4467	Schistosomen		
4468	Toxoplasma gondii		
4469	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand *Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.*		

IV. Untersuchungen zum Nachweis und zur 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.

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punktzahl	Gebühr in EUR
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	7,58
	Katalog		
4500	Betahämolysierende Streptokokken Typ B		
4501	Hämophilus influenzae Kapseltyp b		
4502	Neisseria meningitidis Typen A und B		
4503	Streptococcus pneumoniae		
4504	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand *Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.*		
	Lichtmikroskopische Untersuchung des Nativmaterials zum Nachweis von Bakterien – einschließlich einfacher Anfärbung –, qualitativ, je Untersuchung	90	5,25
	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 aufwändigerer Anfärbung –, qualitativ, je Untersuchung	110	6,41
	Katalog		
4510	Giemsafärbung (Punktate)		
4511	Gramfärbung (Liquor-, Blut-, Punktat-, Sputum-, Eiter- oder Urinausstrich, Nasenabstrich)		
4512	Ziehl-Neelsen-Färbung 4513 Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand *Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.*		
	Lichtmikroskopische Untersuchung des Nativmaterials zum Nachweis von Bakterien – einschließlich Anfärbung mit Fluorochromen –, qualitativ, je Untersuchung	160	9,33
	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	14,57

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punktzahl	Gebühr in EUR
	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	14,57
	Katalog		
4520	Beta-hämolysierende Streptokokken der Gruppe B		
4521	Enteropathogene Escherichia coli-Stämme		
4522	Legionellen		
4523	Neisseria meningitidis		
4524	Neisseria gonorrhoeae		
4525	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand *Die untersuchten Parameter sind in der Rechnung anzugeben.*		
	b. Züchtung/Gewebekultur		
4530	Untersuchung zum Nachweis von Bakterien durch einfache Anzüchtung oder Weiterzüchtung auf Nährböden, aerob (z. B. Blut-, Endo-, McConkey-Agar, Nährbouillon), je Nährmedium	80	4,66
	Eine mehr als viermalige Berechnung der Leistung nach Numer 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	5,83
	Eine mehr als dreimalige Berechnung der Leistung nach Nummer 4531 bei Untersuchungen aus demselben Untersuchungsmaterial ist nicht zulässig.		
4532	Untersuchung zum Nachweis von Bakterien durch Anzüchtung oder Weiterzüchtung in CO_2-Atmosphäre, je Nährmedium	100	5,83
4533	Untersuchung zum Nachweis von Bakterien durch Anzüchtung oder Weiterzüchtung in anaeroben oder mikroaerophiler Atmosphäre, je Nährmedium	250	14,57
	Eine mehr als viermalige Berechnung der Leistung nach Nummer 4533 bei Untersuchungen aus demselben Untersuchungsmaterial ist nicht zulässig.		
4538	Untersuchung zum Nachweis von Bakterien durch Anzüchtung oder Weiterzüchtung auf Selektiv- oder Anreicherungs-		

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punkt-zahl	Gebühr in EUR
	medien, aerob (z. B. Blutagar mit Antibiotikazusätzen, Schokoladen-, Yersinien-, Columbia-, Kochsalz-Mannit-Agar, Thayer-Martin-Medium), je Nährmedium	120	6,99
	Eine mehr als viermalige Berechnung der Leistung nach Nummer 4538 bei Untersuchungen aus demselben Untersuchungsmaterial ist nicht zulässig.		
4539	Untersuchung zum Nachweis von Bakterien durch besonders aufwändige Anzüchtung oder Weiterzüchtung auf Selektiv- oder Anreicherungsmedien (z. B. Campylobacter-, Legionellen-, Mycoplasmen-, Clostridium difficile-Agar), je Nährmedium	250	14,57
	Eine mehr als viermalige Berechnung der Leistung nach Nummer 4539 bei Untersuchungen aus demselben Untersuchungsmaterial ist nicht zulässig.		
4540	Anzüchtung von Mykobakterien mit mindestens zwei festen und einem flüssigen Nährmedium, je Untersuchungsmaterial	400	23,31
4541	Untersuchung zum Nachweis von Chlamydien durch Anzüchtung auf Gewebekultur, je Ansatz	350	20,40
4542	Untersuchung zum Nachweis von bakteriellen Toxinen durch Anzüchtung auf Gewebekultur, je Untersuchung	250	14,57
4543	Untersuchung zum Nachweis von bakteriellen Toxinen durch Anzüchtung auf Gewebekultur mit Spezifitätsprüfung durch Neutralisationstest, je Untersuchung	500	29,14
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	3,50
4546	Identifizierung, Untersuchung von angezüchteten Bakterien mit aufwändigeren Verfahren (z. B. Äskulinspaltung, Methylenblau-, Nitratreduktion-, Harnstoffspaltung, Koagulase-, cAMP-, O-F-, Ammen-, DNAase-Test), je Test und Keim	120	6,99
4547	Identifizierung, Untersuchung von angezüchteten Bakterien mit Mehrtestverfahren (z. B. Kombination von Zitrat-, Kligler-, SIM-Agar), je Keim	120	6,99
4548	Identifizierung, Untersuchung von aerob angezüchteten Bakterien mittels bunter Reihe (bis zu acht Reaktionen), je Keim	160	9,33
4549	Identifizierung, Untersuchung von aerob angezüchteten Bakterien mittels erweiterter bunter Reihe – mindestens zwanzig Reaktionen –, je Keim	240	13,99

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punkt-zahl	Gebühr in EUR
4550	Identifizierung, Untersuchung anaerob angezüchteter Bakterien mittels erweiterter bunter Reihe in anaerober oder mikroaerophiler Atmosphäre, je Keim	330	19,23
4551	Identifizierung, Untersuchung von Mykobakterium tuberkulosis-Komplex mittels biochemischer Reaktion	300	17,49
	Eine mehr als viermalige Berechnung der Leistung nach Nummer 4551 bei Untersuchungen aus demselben Untersuchungsmaterial ist nicht zulässig.		
Lichtmikroskopische Untersuchung angezüchteter Bakterien – einschließlich Anfärbung –, qualitativ, je Untersuchung		60	3,50
Katalog			
4553	Gramfärbung (Bakterienkulturausstrich)		
4554	Neisser-Färbung (Bakterienkulturausstrich)		
4555	Ziehl-Neelsen-Färbung (Bakterienkulturausstrich)		
4556	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand		
	Die durchgeführten Färbungen sind in der Rechnung anzugeben.		
4560	Lichtmikroskopische, immunologische Untersuchung von angezüchteten Bakterien – einschließlich Fluoreszenz-, Enzym- oder anderer Markierung –, je Antiserum	290	16,90
Untersuchung zum Nachweis von Bakterienantigenen mittels Ligandenassay (z. B. Enzym-, Radioimmunoassay) – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –, qualitativ, je Untersuchung		250	14,57
Katalog			
4561	Beta-hämolysierende Streptokokken		
4562	Enteropathogene Escherichia coli-Stämme		
4563	Legionellen		
4564	Neisseria meningitidis		
4565	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand		
	Die untersuchten Keime sind in der Rechnung anzugeben.		
Untersuchung von angezüchteten Bakterien über Metabolitprofil mittels Gaschromatographie, je Untersuchung		410	23,90
Katalog			
4567	Anaerobier		
4568	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand		
	Die untersuchten Keime sind in der Rechnung anzugeben.		
4570	Untersuchung von angezüchteten Bakterien über Metabolitprofil (z. B. Fettsäurenprofil) mittels Gaschromatographie – einschließlich aufwändiger Probenvorbereitung (z. B. Extraktion) und Derivatisierungreaktion –, je Untersuchung	570	33,22

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punktzahl	Gebühr in EUR
4571	Untersuchung von angezüchteten Bakterien mittels chromatographischer Analyse struktureller Komponenten, je Untersuchung	570	33,22
	Untersuchung von angezüchteten Bakterien mittels Agglutination (bis zu höchstens 15 Antiseren je Keim), je Antiserum	120	6,99
	Katalog		
4572	Beta-hämolysierende Streptokokken		
4573	Escherichia coli		
4574	Salmonellen		
4575	Shigellen		
4576	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand		
	Die untersuchten Keime sind in der Rechnung anzugeben.		
	Untersuchung durch Phagentypisierung von angezüchteten Bakterien (Bacteriocine oder ähnliche Methoden), je Untersuchung	250	14,57
	Katalog		
4578	Brucellen		
4579	Pseudomonaden		
4580	Staphylokokken		
4581	Salmonellen		
4582	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand		
	Die untersuchten Keime sind in der Rechnung anzugeben.		
4584	Untersuchung zum Nachweis und zur Identifizierung von Bakterien durch Anzüchtung in Flüssigmedien und Nachweis von Substratverbrauch oder Reaktionsprodukten durch photometrische, spektrometrische oder elektrochemische Messung (z. B. teil- oder vollmechanisierte Geräte für Blutkulturen), je Untersuchung	250	14,57
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	20,40
	d. Toxinnachweis		
	Untersuchung zum Nachweis von Bakterientoxinen mittels Ligandenassay (z. B. Enzym-, Radioimmunoassay) – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –, je Untersuchung	250	14,57
	Katalog		
4590	Clostridium difficile, tetani oder botulinum		
4591	Enteropathogene Escherichia coli-Stämme		

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punkt-zahl	Gebühr in EUR
4592	Staphylococcus aureus		
4593	Vibrionen		
4594	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand *Die untersuchten Keime sind in der Rechnung anzugeben.*		
	Untersuchung zum Nachweis von Bakterienantigenen oder -toxinen durch Präzipitation im Agargel mittels Antitoxinen, je Untersuchung	250	14,57
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 *Eine mehr als dreimalige Berechnung der Leistung nach Nummer 4601 im Behandlungsfall ist nicht zulässig.* *Kosten für Versuchstiere sind nicht gesondert berechnungsfähig.*	500	29,14
e. Keimzahl, Hemmstoffe			
4605	Untersuchung zur Bestimmung der Keimzahl mittels Eintauchobjektträgerkultur (z. B. Cult-dip Plust, Dip-Slidet, Uricountt, Uricultt, Urilinet, Urotubet), semiquantitativ, je Urinuntersuchung	60	3,50
4606	Untersuchung zur Bestimmung der Keimzahl in Flüssigkeiten mittels Oberflächenkulturen oder Plattengussverfahren nach quantitativer Aufbringung des Untersuchungsmaterials, je Untersuchungsmaterial	250	14,57
4607	Untersuchung zum Nachweis von Hemmstoffen, je Material	60	3,50
f. Empfindlichkeitstestung			
4610	Untersuchung zur Prüfung der Empfindlichkeit von Bakterien gegenüber Antibiotika und/oder Chemotherapeutika mittels semiquantitativen Agardiffusionstest und trägergebundenen Testsubstanzen (Plättchentest), je geprüfter Substanz *Eine mehr als sechzehnmalige Berechnung der Leistung nach Nummer 4610 ist in der Rechnung zu begründen.*	20	1,17
4611	Untersuchung zur Prüfung der Empfindlichkeit von Bakterien gegen Antibiotika und/oder Chemotherapeutika nach der		

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punktzahl	Gebühr in EUR
	Break-Point-Methode, bis zu acht Substanzen, je geprüfter Substanz	30	1,75
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	2,91
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	4,37
4614	Untersuchung zur quantitativen Prüfung der Empfindlichkeit von Bakterien gegen Antibiotika und/ oder Chemotherapeutika durch Anzüchtung in entsprechenden Flüssigkeitsmedien und photometrische, turbidimetrische oder nephelometrische Messung (teil- oder vollmechanisierte Geräte), je Untersuchung	250	14,57
	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	3,50
	Katalog		
4630	Rota-Viren		
4631	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand *Die untersuchten Viren sind in der Rechnung anzugeben.*		
	Lichtmikroskopische Untersuchung im Nativmaterial zum Nachweis von Einschluss- und Elemtarkörperchen aus Zellmaterial – einschließlich Anfärbung –, qualitativ, je Untersuchung	80	4,66
	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	16,90
4637	Elektronenmikroskopischer Nachweis und Identifizierung von Viren im Nativmaterial, je Untersuchung	3180	185,35
	Ligandenassay (z. B. Enzym- oder Radioimmunoassay) – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –,		

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punktzahl	Gebühr in EUR
	zum Nachweis von viralen Antigenen im Nativmaterial, je Untersuchung	250	14,57
	Katalog		
4640	Adeno-Viren		
4641	Hepatitis A-Viren		
4642	Hepatitis B-Viren (HBe-Antigen)		
4643	Hepatitis B-Viren (HBs-Antigen)		
4644	Influenza-Viren		
4645	Parainfluenza-Viren		
4646	Rota-Viren		
4647	Respiratory syncytial virus		
4648	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand *Die untersuchten Viren sind in der Rechnung anzugeben.*		
	b. Züchtung		
4655	Untersuchung zum Nachweis von Viren durch Anzüchtung auf Gewebekultur oder Gewebesubkultur, je Ansatz	450	26,23
	c. Identifizierung, Charakterisierung		
	Allgemeine Bestimmungen		
	Die zur Identifizierung geeigneten Verfahren können nur dann in Ansatz gebracht werden, wenn zuvor im Rahmen der Leistung nach Nummer 4655 ein positiver Nachweis gelungen ist und die Charakterisierung nach der Leistung nach Nummer 4665 durchgeführt wurde. Es können jedoch nicht mehr als zwei Verfahren nach den Nummern 4666 bis 4671 zur Identifizierung berechnet werden.		
4665	Untersuchung zur Charakterisierung von Viren mittels einfacher Verfahren (z. B. Ätherresistenz, Chloroformresistenz, pH3-Test), je Ansatz	250	14,57
4666	Identifizierung von Viren durch aufwändigere Verfahren (Hämabsorption, Hämagglutination, Hämagglutinationshemmung), je Ansatz	250	14,57
4667	Identifizierung von Viren durch Neutralisationstest, je Untersuchung	250	14,57
4668	IdentifizierungvonVirus-AntigenendurchImmunoblotting, je Untersuchung	330	19,23
4670	Lichtmikroskopische immunologische Untersuchung zur Identifizierung von Viren – einschließlich Fluoreszenz-, Enzym- oder anderer Markierung –, je Antiserum	290	16,90
4671	Elektronenmikroskopischer Nachweis und Identifizierung von Viren nach Anzüchtung, je Untersuchung	3180	185,35

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punktzahl	Gebühr in EUR
	Ligandenassay (z. B. Enzym- oder Radioimmunoassay) – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –, zum Nachweis von viralen Antigenen angezüchteter Viren, je Untersuchung	250	14,57
	Katalog		
4675	Adeno-Viren		
4676	Influenza-Viren		
4677	Parainfluenza-Viren		
4678	Rota-Viren		
4679	Respiratory syncytial virus		
4680	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand		
	Die untersuchten Viren sind in der Rechnung anzugeben.		
	3. Untersuchungen zum Nachweis und zur Charakterisierung von Pilzen		
	a. Untersuchungen im Nativmaterial		
	Untersuchungen zum Nachweis von Pilzantigenen mittels Agglutination, je Antiserum	120	6,99
	Katalog		
4705	Aspergillus		
4706	Candida		
4707	Kryptokokkus neoformans		
4708	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand		
	Die untersuchten Pilze sind in der Rechnung anzugeben.		
4710	Lichtmikroskopische Untersuchung zum Nachweis von Pilzen ohne Anfärbung im Nativmaterial, je Material	80	4,66
4711	Lichtmikroskopische Untersuchung zum Nachweis von Pilzen im Nativmaterial nach Präparation (z. B. Kalilauge) oder aufwändigerer Anfärbung (z. B. Färbung mit Fluorochromen, Baumwollblau-, Tuschefärbung), je Material	120	6,99
4712	Lichtmikroskopische immunologische Untersuchung zum Nachweis von Pilzen im Nativmaterial – einschließlich Fluoreszenz-, Enzym- oder anderer Markierung –, je Antiserum	290	16,90
4713	Untersuchung im Nativmaterial zum Nachweis von Pilzantigenen mittels Ligandenassay (z. B. Enzym- oder Radioimmunoassay) – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –, je Untersuchung	250	14,57

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punkt-zahl	Gebühr in EUR
b. Züchtung			
4715	Untersuchung zum Nachweis von Pilzen durch An- oder Weiterzüchtung auf einfachen Nährmedien (z. B. Sabouraud-Agar), je Nährmedium	100	5,83
	Eine mehr als fünfmalige Berechnung der Leistung nach Nummer 4715 bei Untersuchungen aus demselben Untersuchungsmaterial ist nicht zulässig.		
4716	Untersuchung zum Nachweis von Pilzen durch An- oder Weiterzüchtung auf aufwändigeren Nährmedien (z. B. Antibiotika-, Wuchsstoffzusatz), je Nährmedium	120	6,99
	Eine mehr als fünfmalige Berechnung der Leistung nach Nummer 4716 bei Untersuchungen aus demselben Untersuchungsmaterial ist nicht zulässig.		
4717	Züchtung von Pilzen auf Differenzierungsmedien (z. B. Harnstoff-, Stärkeagar), je Nährmedium	120	6,99
	Eine mehr als dreimalige Berechnung der Leistung nach Nummer 4717 je Pilz ist nicht zulässig.		
c. Identifizierung/Charakterisierung			
4720	Identifizierung von angezüchteten Pilzen mittels Röhrchen- oder Mehrkammerverfahren bis zu fünf Reaktionen, je Pilz	120	6,99
4721	Identifizierung von angezüchteten Pilzen mittels Röhrchen- oder Mehrkammerverfahren mit mindestens sechs Reaktionen, je Pilz	250	14,57
4722	Lichtmikroskopische Identifizierung angezüchteter Pilze – einschließlich Anfärbung (z. B. Färbung mit Fluorochromen, Baumwollblau-, Tuschefärbung) –, je Untersuchung	120	6,99
4723	Lichtmikroskopische immunologische Untersuchung zur Identifizierung angezüchteter Pilze – einschließlich Fluoreszenz-, Enzym- oder anderer Markierung –, je Antiserum	290	16,90
4724	Untersuchung zur Identifizierung von Antigenen angezüchteter Pilze mittels Ligandenassay (z. B. Enzym- oder Radioimmunoassay) – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –, je Untersuchung	250	14,57
d. Empfindlichkeitstestung			
4727	Untersuchung zur Prüfung der Empfindlichkeit von angezüchteten Pilzen gegen Antimykotika und/oder Chemotherapeutika mittels trägergebundener Testsubstanzen, je Pilz	120	6,99
4728	Untersuchung zur Prüfung der Empfindlichkeit von angezüchteten Pilzen gegen Antimykotika und/oder Chemotherapeutika mittels Reihenverdünnungstest, je Reihenverdünnungstest	250	14,57

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punkt-zahl	Gebühr in EUR
	4. Untersuchung zum Nachweis und zur Charakterisierung von Parasiten		
	a. Untersuchungen im Nativmaterial oder nach Anreicherung		
	Lichtmikroskopische Untersuchung zum Nachweis von Parasiten, ohne oder mit einfacher Anfärbung (z. B. Lugol- oder Methylenblaufärbung) – gegebenenfalls einschließlich spezieller Beleuchtungsverfahren (z. B. Phasenkontrast) –, qualitativ, je Untersuchung	120	6,99
	Katalog		
4740	Amöben		
4741	Lamblien		
4742	Sarcoptes scabiei (Krätzmilbe)		
4743	Trichomonaden		
4744	Würmer und deren Bestandteile, Wurmeier		
4745	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand		
	Die untersuchten Parasiten sind in der Rechnung anzugeben.		
	Lichtmikroskopische Untersuchung zum Nachweis von Parasiten, ohne oder mit einfacher Anfärbung (z. B. Lugol- oder Methylenblaufärbung) – gegebenenfalls einschließlich spezieller Beleuchtungsverfahren (z. B. Phasenkontrast) –, nach einfacher Anreicherung (z. B. Sedimentation, Filtration, Kochsalzaufschwemmung), qualitativ, je Untersuchung	160	9,33
	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 aufwändigerer Anfärbung –, qualitativ, je Untersuchung	250	14,57
	Katalog		
4753	Giemsafärbung (Blutausstrich) (z. B. Malariaplasmodien)		
4754	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand		
	Die untersuchten Parasiten sind in der Rechnung anzugeben.		
4756	Lichtmikroskopische Untersuchung zum Nachweis von Parasiten, ohne oder mit einfacher Anfärbung (z. B. Lugol- oder Methylenblaufärbung) oder speziellen Beleuchtungsverfahren (z. B. Phasenkontrast), nach aufwändiger Anreicherung oder Vorbereitung (z. B. Schlüpfversuch, Formalin-Äther-Verfahren), qualitativ, je Untersuchung	200	11,66
4757	Lichtmikroskopische Untersuchung zum Nachweis von Parasiten, ohne oder mit einfacher Anfärbung (z. B. Lugolfär-		

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punktzahl	Gebühr in EUR
	bung- oder Methylenblaufärbung) oder speziellen Beleuchtungsverfahren (z. B. Phasenkontrast), nach aufwändiger Anreicherung oder Vorbereitung (z. B. Schlüpfversuch, Formalin-Äther-Verfahren), quantitativ (z. B. Filtermethode, Zählkammer), je Untersuchung	250	14,57
4758	Lichtmikroskopische immunologische Untersuchung zum Nachweis von Parasiten im Nativmaterial – einschließlich Fluoreszenz-, Enzym- oder anderer Markierung –, je Antiserum	290	16,90
4759	Ligandenassay (z. B. Enzym-, Radioimmunoassay) – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –, zum Nachweis von Parasitenantigenen im Nativmaterial, je Untersuchung	250	14,57
b. Züchtung			
Untersuchung zum Nachweis von Parasiten durch Züchtung auf Kulturmedien, je Untersuchung		250	14,57
Katalog			
4760	Amöben		
4761	Lamblien		
4762	Trichomonaden		
4763	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand *Die untersuchten Parasiten sind in der Rechnung anzugeben.*		
c. Identifizierung			
Lichtmikroskopische Untersuchung zur Identifizierung von Parasiten nach Anzüchtung, je Untersuchung		120	6,99
Katalog			
4765	Trichomonaden		
4766	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand *Die untersuchten Parasiten sind in der Rechnung anzugeben.*		
4768	Ligandenassay (z. B. Enzym- oder Radioimmunoassay) – gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve –, zum Nachweis von Parasitenantigenen, je Untersuchung	250	14,57
d. Xenodiagnostische Untersuchungen			
Xenodiagnostische Untersuchung zum Nachweis von parasitären Krankheitserregern, je Untersuchung		250	14,57
Katalog			
4770	Trypanosoma cruzi		
4771	Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand *Die untersuchten Parasiten sind in der Rechnung* anzugeben.		

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punktzahl	Gebühr in EUR

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

Allgemeine Bestimmung

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

4780	Isolierung von Nukleinsäuren	900	52,46
4781	Verdau (Spaltung) isolierter Nukleinsäuren mit Restriktionsenzymen, je Enzym	150	8,74
4782	Enzymatische Transkription von RNA mittels reverser Transkriptase	500	29,14
4783	Amplifikation von Nukleinsäuren oder Nukleinsäurefragmenten mit Polymerasekettenreaktion (PCR)	500	29,14
4784	Amplifikation von Nukleinsäuren oder Nukleinsäurefragmenten mit geschachtelter Polymerasekettenreaktion (nested PCR)	1000	58,29
4785	Identifizierung von Nukleinsäurefragmenten durch Hybridisierung mit radioaktiv oder nichtradioaktiv markierten Sonden und nachfolgender Detektion, je Sonde	300	17,49
4786	Trennung von Nukleinsäurefragmenten mittels elektrophoretischer Methoden und anschließendem Transfer auf Trägermaterialien (z. B. Dot-Blot, Slot-Blot)	600	34,97
4787	Identifizierung von Nukleinsäurefragmenten durch Sequenzermittlung	2000	116,57

N. Histologie, Zytologie und Zytogenetik

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punktzahl	Gebühr in EUR

I. Histologie

4800	Histologische Untersuchung und Begutachtung eines Materials	217	12,65
4801	Histologische Untersuchung und Begutachtung mehrerer Zupfpräparate aus der Magen- oder Darmschleimhaut	289	16,85
4802	Histologische Untersuchung und Begutachtung eines Materials mit besonders schwieriger Aufbereitung desselben (z. B. Knochen mit Entkalkung)	289	16,85
4810	Histologische Untersuchung eines Materials und zytologische Untersuchung zur Krebsdiagnostik	289	16,85

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punkt-zahl	Gebühr in EUR
4811	Histologische Untersuchung und Begutachtung eines Materials (z. B. Portio, Zervix, Bronchus) anhand von Schnittserien bei zweifelhafter oder positiver Zytologie	289	16,85
4815	Histologische Untersuchung und Begutachtung von Organbiopsien (z. B. Leber, Lunge, Niere, Milz, Knochen, Lymphknoten) unter Anwendung histochemischer oder optischer Sonderverfahren (Elektronen-Interferenz-, Polarisationsmikroskopie)	350	20,40
4816	Histologische Sofortuntersuchung und -begutachtung während einer Operation (Schnellschnitt)	250	14,57
	II. Zytologie		
4850	Zytologische Untersuchung zur Phasenbestimmung des Zyklus – gegebenenfalls einschließlich der Beurteilung nichtzytologischer mikroskopischer Befunde an demselben Material –	87	5,07
	Neben der Leistung nach Nummer 4850 ist die Leistung nach Nummer 297 nicht berechnungsfähig.		
4851	Zytologische Untersuchung zur Krebsdiagnostik als Durchmusterung der in zeitlichem Zusammenhang aus einem Untersuchungsgebiet gewonnenen Präparate (z. B. aus dem Genitale der Frau) – gegebenenfalls einschließlich der Beurteilung nichtzytologischer mikroskopischer Befunde an demselben Material –	130	7,58
	Neben der Leistung nach Nummer 4851 ist die Leistung nach Nummer 4850 bei Untersuchungen aus demselben Material nicht berechnungsfähig.		

Mehrfachberechnung Nr. 4851 bzw. Nebeneinanderberechnung der Nrn. 4850, 4851, 4852, 1105 GOÄ

10. Sitzung vom 18. Juli 1997

Eine Mehrfachberechnung der Nr. 4851 GOÄ (z. B. wenn bei der gynäkologischen Krebsvorsorge Material sowohl aus der Portio als auch aus der Gebärmutterhöhle [nach Nr. 1105 GOÄ] untersucht wird), ist nicht möglich, weil in der Legende zu Nr. 4851 sowohl auf den zeitlichen Zusammenhang als auch auf den Plural „Präparate" abgestellt ist und zusätzlich noch klargestellt ist, „zum Beispiel aus dem Genitale der Frau". Damit fallen Untersuchungen beider Abstrichentnahmen unter die nur einmalige Berechenbarkeit der Nr. 4851. Aus denselben Gründen ist auch der eigenständige Ansatz der Nr. 4852 neben der Nr. 4851 für die Untersuchung des Materials nach Nr. 1105 GOÄ nicht möglich, zumal hier auf andere Materialien als diejenigen nach Nr. 4851 abgestellt ist.

Hinsichtlich der Nebeneinanderberechnung der Nrn. 4850 und 4851 sieht der Ausschuss diese als möglich an, da Nr. 4851 nur auf die Krebsdiagnostik abgestellt ist und die Leistung nach Nr. 4850 nicht unter die „gegebenenfalls" in Nr. 4851 eingeschlossene „Beurteilung nichtzytologischer mikroskopischer Befunde" fällt. Zu beachten ist hier aber der Ausschluss der Nr. 297 neben Nr. 4850 aus der Anmerkung nach Nr. 4850. Dies

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punktzahl	Gebühr in EUR

berücksichtigt bereits die partielle Leistungsüberschneidung bei Nebeneinandererbringung der Leistungen nach Nr. 4851 und Nr. 4850.

4852	Zytologische Untersuchung von z. B. Punktaten, Sputum, Sekreten, Spülflüssigkeiten mit besonderen Aufbereitungsverfahren – gegebenenfalls einschließlich der Beurteilung nichtzytologischer mikroskopischer Befunde an demselben Material –, je Untersuchungsmaterial	174	10,14
4860	Mikroskopische Differenzierung von Haaren und deren Wurzeln (Trichogramm) – einschließlich Epilation und Aufbereitung sowie gegebenenfalls einschließlich Färbung –, auch mehrere Präparate	160	9,33

III. Zytogenetik

4870	Kerngeschlechtsbestimmung mittels Untersuchung auf X-Chromosomen, auch nach mehreren Methoden – gegebenenfalls einschließlich Materialentnahme –	273	15,91
4871	Kerngeschlechtsbestimmung mittels Untersuchung auf Y-Chromosomen, auch nach mehreren Methoden – gegebenenfalls einschließlich Materialentnahme –	289	16,85
4872	Chromosomenanalyse, auch einschließlich vorangehender kurzzeitiger Kultivierung – gegebenenfalls einschließlich Materialentnahme –	1950	113,66
4873	Chromosomenanalyse an Fibroblasten oder Epithelien einschließlich vorangehender Kultivierung und langzeitiger Subkultivierung – gegebenenfalls einschließlich Materialentnahme –	3030	176,61

O. Strahlendiagnostik, Nuklearmedizin, Magnetresonanztomographie und Strahlentherapie

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punktzahl	Gebühr in EUR

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.

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punkt-zahl	Gebühr in EUR

4. Die Beurteilung von Röntgenaufnahmen (auch Fremdaufnahmen) als selbstständige Leistung ist nicht berechnungsfähig.
5. Die nach der Strahlenschutzverordnung bzw. Röntgenverordnung notwendige ärztliche Überprüfung der Indikation und des Untersuchungsumfangs ist auch im Überweisungsfall Bestandteil der Leistungen des Abschnitts O und mit den Gebühren abgegolten.
6. Die Leistungen nach den Nummern 5011, 5021, 5031, 5101, 5106, 5121, 5201, 5267, 5295, 5302, 5305, 5308, 5311, 5318, 5331, 5339, 5376 und 5731 dürfen unabhängig von der Anzahl der Ebenen, Projektionen, Durchleuchtungen bzw. Serien insgesamt jeweils nur einmal berechnet werden.
7. Die Kosten für Kontrastmittel auf Bariumbasis und etwaige Zusatzmittel für die Doppelkontrastuntersuchung sind in den abrechnungsfähigen Leistungen enthalten.

1. Skelett

Allgemeine Bestimmung

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

Zähne

5000	Zähne, je Projektion	50	2,91
	Werden mehrere Zähne mittels einer Röntgenaufnahme erfasst, so darf die Leistung nach Nummer 5000 nur einmal und nicht je aufgenommenem Zahn berechnet werden.		
5002	Panoramaaufnahme(n) eines Kiefers	250	14,57
5004	Panoramaschichtaufnahme der Kiefer	400	23,31

Finger oder Zehen

5010	jeweils in zwei Ebenen	180	10,49
5011	ergänzende Ebene(n)	60	3,50
	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	12,82
5021	ergänzende Ebene(n)	80	4,66
	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

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punktzahl	Gebühr in EUR
5030	jeweils in zwei Ebenen	360	20,98
5031	ergänzende Ebene(n)	100	5,83
	Werden mehrere der in der Leistungsbeschreibung genannten Skelettteile mittels einer Röntgenaufnahme erfasst, so dürfen die Leistungen nach den Nummern 5030 und 5031 nur einmal und nicht je aufgenommenem Skelettteil berechnet werden.		
5035	Teile des Skeletts in einer Ebene, je Teil	160	9,33
	Die Leistung nach Nummer 5035 ist je Skeletteil und Sitzung nur einmal berechnungsfähig. Das untersuchte Skelettteil ist in der Rechnung anzugeben.		
	Die Leistung nach Nummer 5035 ist neben den Leistungen nach den Nummern 5000 bis 5031 und 5037 bis 5121 nicht berechnungsfähig.		
5037	Bestimmung des Skelettalters – gegebenenfalls einschließlich Berechnung der prospektiven Endgröße, einschließlich der zugehörigen Röntgendiagnostik und gutachterlichen Beurteilung –	300	17,49
5040	Beckenübersicht	300	17,49
5041	Beckenübersicht bei einem Kind bis zum vollendeten 14. Lebensjahr	200	11,66
5050	Kontrastuntersuchung eines Hüftgelenks, Kniegelenks oder Schultergelenks, einschließlich Punktion, Stichkanalanästhesie und Kontrastmitteleinbringung – gegebenenfalls einschließlich Durchleuchtung(en) –	950	55,37
5060	Kontrastuntersuchung eines Kiefergelenks, einschließlich Punktion, Stichkanalanästhesie und Kontrastmitteleinbringung – gegebenenfalls einschließlich Durchleuchtung(en) –	500	29,14
5070	Kontrastuntersuchung der übrigen Gelenke, einschließlich Punktion, Stichkanalanästhesie und Kontrastmitteleinbringung – gegebenenfalls einschließlich Durchleuchtung(en) –, je Gelenk	400	23,31
5090	Schädel-Übersicht, in zwei Ebenen	400	23,31
5095	Schädelteile in Spezialprojektionen, je Teil	200	11,66
5098	Nasennebenhöhlen – gegebenenfalls auch in mehreren Ebenen –	260	15,15
5100	Halswirbelsäule, in zwei Ebenen	300	17,49
5101	ergänzende Ebene(n)	160	9,33
5105	Brust- oder Lendenwirbelsäule, in zwei Ebenen, je Teil	400	23,31
5106	ergänzende Ebene(n)	180	10,49
5110	Ganzaufnahme der Wirbelsäule oder einer Extremität	500	29,14

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punkt-zahl	Gebühr in EUR
5111	ergänzende Ebene(n)	200	11,66
	Die Leistung nach Nummer 5111 ist je Sitzung nicht mehr als zweimal berechnungsfähig.		
	Die Leistungen nach den Nummern 5110 und 5111 sind neben den Leistungen nach den Nummern 5010, 5011, 5020, 5021, 5030 und 5031 nicht berechnungsfähig.		
	Die Nebeneinanderberechnung der Leistungen nach den Nummern 5100, 5105 und 5110 bedarf einer besonderen Begründung.		
5115	Untersuchung von Teilen der Hand oder des Fußes mittels Feinstfokustechnik (Fokusgröße maximal 0,2 mm) oder Xeroradiographietechnik zur gleichzeitigen Beurteilung von Knochen und Weichteilen, je Teil	400	23,31
5120	Rippen einer Thoraxhälfte, Schulterblatt oder Brustbein, in einer Ebene	260	15,15
5121	ergänzende Ebene(n)	140	8,16
	2. Hals- und Brustorgane		
5130	Halsorgane oder Mundboden – gegebenenfalls in mehreren Ebenen –	280	16,32
5135	Brustorgane-Übersicht, in einer Ebene	280	16,32
	Die Leistung nach Nummer 5135 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig.		
5137	Brustorgane-Übersicht – gegebenenfalls einschließlich Breischluck und Durchleuchtung(en) –, in mehreren Ebenen	450	26,23
5139	Teil der Brustorgane	180	10,49
	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	5,83
	3. Bauch- und Verdauungsorgane		
5150	Speiseröhre, gegebenenfalls einschließlich ösophago-gastraler Übergang, Kontrastuntersuchung (auch Doppelkontrast) – einschließlich Durchleuchtung(en) –, als selbstständige Leistung	550	32,06
5157	Oberer Verdauungstrakt (Speiseröhre, Magen, Zwölffingerdarm und oberer Abschnitt des Dünndarms), Monokontrastuntersuchung – einschließlich Durchleuchtung(en) –	700	40,80
5158	Oberer Verdauungstrakt (Speiseröhre, Magen, Zwölffingerdarm und oberer Abschnitt des Dünndarms), Kontrastunter-		

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punkt-zahl	Gebühr in EUR
	suchung – einschließlich Doppelkontrastdarstellung und Durchleuchtung(en), gegebenenfalls einschließlich der Leistung nach Nummer 5150 –	1200	69,94
5159	Zuschlag zu den Leistungen nach den Nummern 5157 und 5158 bei Erweiterung der Untersuchung bis zum Ileozökalgebiet	300	17,49
5163	Dünndarmkontrastuntersuchung mit im Bereich der Flexura duodeno-jejunalis endender Sonde – einschließlich Durchleuchtung(en) –	1300	75,77
5165	Monokontrastuntersuchung von Teilen des Dickdarms – einschließlich Durchleuchtung(en) –	700	40,80
5166	Dickdarmdoppelkontrastuntersuchung – einschließlich Durchleuchtung(en) –	1400	81,60
5167	Defäkographie nach Markierung der benachbarten Hohlorgane – einschließlich Durchleuchtung(en) –	1000	58,29
5168	Pharyngographie unter Verwendung kinematographischer Techniken – einschließlich Durchleuchtung(en) –, als selbstständige Leistung	800	46,63
5169	Pharyngographie unter Verwendung kinematographischer Techniken – einschließlich Durchleuchtung(en) und einschließlich der Darstellung der gesamten Speiseröhre –	1100	64,12
5170	Kontrastuntersuchung von Gallenblase und/oder Gallenwegen und/oder Pankreasgängen	400	23,31
5190	Bauchübersicht, in einer Ebene oder Projektion	300	17,49
	Die Leistung nach Nummer 5190 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig.		
5191	Bauchübersicht, in zwei oder mehr Ebenen oder Projektionen	500	29,14
5192	Bauchteilaufnahme – gegebenenfalls in mehreren Ebenen oder Spezialprojektionen –	200	11,66
5200	Harntraktkontrastuntersuchung – einschließlich intravenöser Verabreichung des Kontrastmittels –	600	34,97
5201	Ergänzende Ebene(n) oder Projektion(en) im Anschluss an die Leistung nach Nummer 5200 – gegebenenfalls einschließlich Durchleuchtung(en) –	200	11,66
5220	Harntraktkontrastuntersuchung – einschließlich retrograder Verabreichung des Kontrastmittels, gegebenenfalls einschließlich Durchleuchtung(en) –, je Seite	300	17,49
5230	Harnröhren- und/oder Harnblasenkontrastuntersuchung (Urethrozystographie) – einschließlich retrograder Verabreichung des Kontrastmittels, gegebenenfalls einschließlich Durchleuchtung(en) –, als selbstständige Leistung	300	17,49

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punktzahl	Gebühr in EUR
5235	Refluxzystographie – einschließlich retrograder Verabreichung des Kontrastmittels, einschließlich Miktionsaufnahmen und gegebenenfalls einschließlich Durchleuchtung(en) –, als selbstständige Leistung	500	29,14
5250	Gebärmutter- und/oder Eileiterkontrastuntersuchung – einschließlich Durchleuchtung(en) –	400	23,31
	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	23,31
	Die Leistung nach Nummer 5260 ist nicht berechnungsfähig für Untersuchungen des Harntrakts, der Gebärmutter und Eileiter sowie der Gallenblase.		
5265	Mammographie einer Seite, in einer Ebene	300	17,49
	Die Leistung nach Nummer 5265 ist je Seite und Sitzung nur einmal berechnungsfähig.		
5266	Mammographie einer Seite, in zwei Ebenen	450	26,23
5267	Ergänzende Ebene(n) oder Spezialprojektion(en) im Anschluss an die Leistung nach Nummer 5266	150	8,74
5280	Myelographie	750	43,72
5285	Bronchographie – einschließlich Durchleuchtung(en) –	450	26,23
5290	Schichtaufnahme(n) (Tomographie), bis zu fünf Strahlenrichtungen oder Projektionen, je Strahlenrichtung oder Projektion	650	37,89
5295	Durchleuchtung(en), als selbstständige Leistung	240	13,99
5298	Zuschlag zu den Leistungen nach den Nummern 5010 bis 5290 bei Anwendung digitaler Radiographie (Bildverstärker-Radiographie) Der Zuschlag nach Nummer 5298 beträgt 25 v. H. des einfachen Gebührensatzes der betreffenden Leistung.		

5. Angiographie

Allgemeine Bestimmungen

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

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

5300	Serienangiographie im Bereich von Schädel, Brust- und/oder Bauchraum, eine Serie	2000	116,57

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punkt-zahl	Gebühr in EUR
5301	Zweite bis dritte Serie im Anschluss an die Leistung nach Nummer 5300, je Serie	400	23,31
	Bei der angiographischen Darstellung von hirnversorgenden Arterien ist auch die vierte bis sechste Serie jeweils nach Nummer 5301 berechnungsfähig.		
5302	Weitere Serien im Anschluss an die Leistungen nach den Nummern 5300 und 5301, insgesamt	600	34,97
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	58,29
5304	Zweite bis dritte Serie im Anschluss an die Leistung nach Nummer 5303, je Serie	200	11,66
	Bei der angiographischen Darstellung von hirnversorgenden Arterien ist auch die vierte bis sechste Serie jeweils nach Nummer 5304 berechnungsfähig.		
5305	Weitere Serien im Anschluss an die Leistungen nach den Nummern 5303 und 5304, insgesamt	300	17,49
5306	Serienangiographie im Bereich des Beckens und beider Beine, eine Serie	2000	116,57
5307	Zweite Serie im Anschluss an die Leistung nach Nummer 5306	600	34,97
5308	Weitere Serien im Anschluss an die Leistungen nach den Nummern 5306 und 5307, insgesamt	800	46,63
	Neben den Leistungen nach den Nummern 5306 bis 5308 sind die Leistungen nach den Nummern 5309 bis 5312 für die Untersuchung der Beine nicht berechnungsfähig.		
	Werden die Leistungen nach den Nummern 5306 bis 5308 im zeitlichen Zusammenhang mit einer oder mehreren Leistung(en) nach den Nummern 5300 bis 5305 erbracht, sind die Leistungen nach den Nummern 5306 bis 5308 nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.		
5309	Serienangiographie einer Extremität, eine Serie	1800	104,92
5310	Weitere Serien im Anschluss an die Leistung nach Nummer 5309, insgesamt	600	34,97
5311	Serienangiographie einer weiteren Extremität im zeitlichen Zusammenhang mit der Leistung nach Nummer 5309, eine Serie	1000	58,29
5312	Weitere Serien im Anschluss an die Leistung nach Nummer 5311, insgesamt	600	34,97
5313	Angiographie der Becken- und Beingefäße in Großkassetten-Technik, je Sitzung	800	46,63

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punkt-zahl	Gebühr in EUR
	Die Leistung nach Nummer 5313 ist neben den Leistungen nach den Nummern 5300 bis 5312 sowie 5315 bis 5339 nicht berechnungsfähig.		
5315	Angiokardiographie einer Herzhälfte, eine Serie	2200	128,23
	Die Leistung nach Nummer 5315 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig.		
5316	Angiokardiographie beider Herzhälften, eine Serie	3000	174,86
	Die Leistung nach Nummer 5316 ist je Sitzung nur einmal berechnungsfähig.		
	Neben der Leistung nach Nummer 5316 ist die Leistung nach Nummer 5315 nicht berechnungsfähig.		
5317	Zweite bis dritte Serie im Anschluss an die Leistungen nach den Nummern 5315 oder 5316, je Serie	400	23,31
5318	Weitere Serien im Anschluss an die Leistung nach Nummer 5317, insgesamt	600	34,97
	Die Leistungen nach den Nummern 5315 bis 5318 sind neben den Leistungen nach den Nummern 5300 bis 5302 sowie 5324 bis 5327 nicht berechnungsfähig.		
5324	Selektive Koronarangiographie eines Herzkranzgefäßes oder Bypasses mittels Cinetechnik, eine Serie	2400	139,89
	Die Leistungen nach den Nummern 5324 und 5325 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.		
5325	Selektive Koronarangiographie aller Herzkranzgefäße oder Bypasse mittels Cinetechnik, eine Serie	3000	174,86
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	23,31
5327	Zusätzliche Linksventrikulographie bei selektiver Koronarangiographie	1000	58,29
	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	69,94
	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	93,26
5330	Venographie einer Extremität	750	43,72
5331	Ergänzende Projektion(en) (insbesondere des zentralen Abflussgebiets) im Anschluss an die Leistung nach Nummer 5330, insgesamt	200	11,66

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punkt-zahl	Gebühr in EUR
5335	Zuschlag zu den Leistungen nach den Nummern 5300 bis 5331 bei computergestützter Analyse und Abbildung	800	46,63
	Der Zuschlag nach Nummer 5335 kann je Untersuchungstag unabhängig von der Anzahl der Einzeluntersuchungen nur einmal und nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnet werden.		
5338	Lymphographie, je Extremität	1000	58,29
5339	Ergänzende Projektion(en) im Anschluss an die Leistung nach Nummer 5338 – einschließlich Durchleuchtung(en) –, insgesamt	250	14,57

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	163,20
	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	34,97
	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	221,49
	Neben der Leistung nach Nummer 5348 sind die Leistungen nach den Nummern 350 bis 361 sowie 5295 nicht berechnungsfähig.		

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punkt-zahl	Gebühr in EUR
	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	58,29
	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	29,14
5352	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5351 bei Lysebehandlung der hirnversorgenden Arterien	1000	58,29
5353	Perkutane transluminale Dilatation und Rekanalisation von Venen – einschließlich Kontrastmitteleinbringungen und Durchleuchtung(en) im zeitlichen Zusammenhang mit dem gesamten Eingriff –	2000	116,57
	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	11,66
	Neben der Leistung nach Nummer 5354 sind die Leistungen nach den Nummern 344 bis 347, 5295 sowie 5329 bis 5331 nicht berechnungsfähig.		
5355	Einbringung von Gefäßstützen oder Anwendung alternativer Angioplastiemethoden (Atherektomie, Laser), zusätzlich zur perkutanen transluminalen Dilatation – einschließlich Kontrastmitteleinbringungen und Durchleuchtung(en) im zeitlichen Zusammenhang mit dem gesamten Eingriff –	2000	116,57
	Neben der Leistung nach Nummer 5355 sind die Leistungen nach den Nummern 344 bis 361, 5295 sowie 5300 bis 5327 nicht berechnungsfähig.		
5356	Einbringung von Gefäßstützen oder Anwendung alternativer Angioplastiemethoden (Atherektomie, Laser), zusätzlich zur		

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punkt-zahl	Gebühr in EUR
	perkutanen transluminalen Dilatation einer Koronararterie – einschließlich Kontrastmitteleinbringungen und Durchleuchtung(en) im zeitlichen Zusammenhang mit dem gesamten Eingriff –	2500	145,72
	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	204,01
	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	262,29
	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	145,72
	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	116,57
	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	151,55
	Neben der Leistung nach Nummer 5361 sind die Leistungen nach den Nummern 370, 5170 sowie 5295 nicht berechnungsfähig.		

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punkt-zahl	Gebühr in EUR
	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	174,86
	Die im Einzelnen erbrachten Leistungen sind in der Rechnung anzugeben.		
5370	Computergesteuerte Tomographie im Kopfbereich – gegebenenfalls einschließlich des kranio-zervikalen Übergangs –	2000	116,57
5371	Computergesteuerte Tomographie im Hals- und/oder Thoraxbereich	2300	134,06
5372	Computergesteuerte Tomographie im Abdominalbereich	2600	151,55
5373	Computergesteuerte Tomographie des Skeletts (Wirbelsäule, Extremitäten oder Gelenke bzw. Gelenkpaare)	1900	110,75
5374	Computergesteuerte Tomographie der Zwischenwirbelräume im Bereich der Hals-, Brust- und/ oder Lendenwirbelsäule – gegebenenfalls einschließlich der Übergangsregionen –	1900	110,75
5375	Computergesteuerte Tomographie der Aorta in ihrer gesamten Länge	2000	116,57
	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	29,14
5377	Zuschlag für computergesteuerte Analyse – einschließlich speziell nachfolgender 3D-Rekonstruktion –	800	46,63
	Der Zuschlag nach Nummer 5377 ist nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.		
5378	Computergesteuerte Tomographie zur Bestrahlungsplanung oder zu interventionellen Maßnahmen	1000	58,29
	Neben oder anstelle der computergesteuerten Tomographie zur Bestrahlungsplanung oder zu interventionellen Maßnahmen sind die Leistungen nach den Nummern 5370 bis 5376 nicht berechnungsfähig.		

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punkt-zahl	Gebühr in EUR
5380	Bestimmung des Mineralgehalts (Osteodensitometrie) von repräsentativen (auch mehreren) Skeletteilen mit quantitativer Computertomographie oder quantitativer digitaler Röntgentechnik	300	17,49

II. Nuklearmedizin

Allgemeine Bestimmungen

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

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punkt-zahl	Gebühr in EUR
1. Diagnostische Leistungen (In-vivo-Untersuchungen)			
a. Schilddrüse			
5400	Szintigraphische Untersuchung (Schilddrüse) – gegebenenfalls einschließlich Darstellung dystoper Anteile –	350	20,40
5401	Szintigraphische Untersuchung (Schilddrüse) – einschließlich quantitativer Untersuchung –, mit Bestimmung der globalen, gegebenenfalls auch der regionalen Radionuklidaufnahme in der Schilddrüse mit Gammakamera und Messwertverarbeitungssystem als Jodidclearance-Äquivalent – einschließlich individueller Kalibrierung und Qualitätskontrollen (z. B. Bestimmung der injizierten Aktivität) –	1300	75,77
5402	Radiojodkurztest bis zu 24 Stunden (Schilddrüse) – gegebenenfalls einschließlich Blutaktivitätsbestimmungen und/oder szintigraphischer Untersuchung(en) –	1000	58,29
	Die Leistungen nach den Nummern 5400 bis 5402 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.		
5403	Radiojodtest (Schilddrüse) vor Radiojodtherapie mit 131J mit mindestens drei zeitlichen Messpunkten, davon zwei später als 24 Stunden nach Verabreichung – gegebenenfalls einschließlich Blutaktivitätsbestimmungen –	1200	69,94
	Die Leistungen nach den Nummern 5402 und 5403 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.		
b. Gehirn			
5410	Szintigraphische Untersuchung des Gehirns	1200	69,94
5411	Szintigraphische Untersuchung des Liquorraums	900	52,46
	Für die Leistung nach Nummer 5411 sind zwei Wiederholungsuntersuchungen zugelassen, davon eine später als 24 Stunden nach Einbringung(en) des radioaktiven Stoffes.		
c. Lunge			
5415	Szintigraphische Untersuchung der Lungenperfusion – mindestens vier Sichten/Projektionen –, insgesamt	1300	75,77
5416	Szintigraphische Untersuchung der Lungenbelüftung mit Inhalation radioaktiver Gase, Aerosole oder Stäube	1300	75,77
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	69,94
5421	Radionuklidventrikulographie als kombinierte quantitative Mehrfachbestimmung von mindestens Auswurffraktion und regionaler Wandbewegung in Ruhe und unter körperlicher		

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punkt-zahl	Gebühr in EUR
	oder pharmakologischer Stimulation – gegebenenfalls einschließlich EKG im zeitlichen Zusammenhang mit der Untersuchung –	3800	221,49
	Neben der Leistung nach Nummer 5421 ist bei zusätzlicher Erste-Passage-Untersuchung die Leistung nach Nummer 5473 berechnungsfähig.		
5422	Szintigraphische Untersuchung des Myokards mit myokardaffinen Tracern in Ruhe – gegebenenfalls einschließlich EKG im zeitlichen Zusammenhang mit der Untersuchung –	1000	58,29
	Die Leistungen nach den Nummern 5422 und 5423 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.		
5423	Szintigraphische Untersuchung des Myokards mit myokardaffinen Tracern unter körperlicher oder pharmakologischer Stimulation – gegebenenfalls einschließlich EKG im zeitlichen Zusammenhang mit der Untersuchung –	2000	116,57
5424	Szintigraphische Untersuchung des Myokards mit myokardaffinen Tracern in Ruhe und unter körperlicher oder pharmakologischer Stimulation – gegebenenfalls einschließlich EKG im zeitlichen Zusammenhang mit der Untersuchung –	2800	163,20
	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	131,15
5426	Teilkörperskelettszintigraphie – gegebenenfalls einschließlich der kontralateralen Seite –	1260	73,44
5427	Zusätzliche szintigraphische Abbildung des regionalen Blutpools (Zwei-Phasenszintigraphie) – mindestens zwei Aufnahmen –	400	23,31
5428	Ganzkörperknochenmarkszintigraphie, Schädel und Körperstamm in zwei Sichten/Projektionen – einschließlich der proximalen Extremitäten, gegebenenfalls einschließlich der distalen Extremitäten –	2250	131,15
	f. Tumorszintigraphie		
	Tumorszintigraphie mit radioaktiv markierten unspezifischen Tumormarkern (z. B. Radiogallium oder -thallium), metabolischen Substanzen (auch 131J), Rezeptorsubstanzen oder monoklonalen Antikörpern		
5430	eine Region	1200	69,94

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punktzahl	Gebühr in EUR
5431	Ganzkörper (Stamm und/oder Extremitäten)	2250	131,15
	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	163,20
5441	Perfusionsszintigraphie der Nieren – einschließlich semiquantitativer oder quantitativer Auswertung –	1600	93,26
5442	Statische Nierenszintigraphie	600	34,97
	Die Leistungen nach den Nummern 5440 bis 5442 sind je Sitzung nur einmal und nicht nebeneinander berechnungsfähig.		
5443	Zusatzuntersuchung zu den Leistungen nach den Nummern 5440 oder 5441 – mit Angabe der Indikation (z. B. zusätzliches Radionephrogramm als Einzel- oder Wiederholungsuntersuchung, Tiefenkorrektur durch Verwendung des geometrischen Mittels, Refluxprüfung, forcierte Diurese) –	700	40,80
5444	Quantitative Clearanceuntersuchungen der Nieren an Sondenmessplätzen – gegebenenfalls einschließlich Registrierung mehrerer Kurven und Blutaktivitätsbestimmungen – . .	1000	58,29
	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	58,29
	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 Ma-		

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punkt-zahl	Gebühr in EUR
	genentleerung –, Gallenwege – gegebenenfalls einschließlich Gallenreflux –, Blutungsquellensuche, Nachweis eines Meckel'schen Divertikels)	1300	75,77
5456	Szintigraphische Untersuchung von Leber und/oder Milz (z. B. mit Kolloiden, gallengängigen Substanzen, Erythrozyten), in mehreren Ebenen	1300	75,77
	j. Hämatologie, Angiologie		
5460	Szintigraphische Untersuchung von großen Gefäßen und/oder deren Stromgebieten – gegebenenfalls einschließlich der kontralateralen Seite –	900	52,46
	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	128,23
5462	Bestimmung von Lebenszeit und Kinetik zellulärer Blutbestandteile – einschließlich Blutaktivitätsbestimmungen –	2200	128,23
5463	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5462, bei Bestimmung des Abbauorts	500	29,14
	Szintigraphische Suche nach Entzündungsherden oder Thromben mit Radiogallium, markierten Eiweissen, Zellen oder monoklonalen Antikörpern		
5465	eine Region	1260	73,44
5466	Ganzkörper (Stamm und Extremitäten)	2250	131,15
	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	55,37
	l. Sonstige		
5472	Szintigraphische Untersuchungen (z. B. von Hoden, Tränenkanälen, Augen, Tuben) oder Funktionsmessungen (z. B.		

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punkt-zahl	Gebühr in EUR
	Ejektionsfraktion mit Messsonde) ohne Gruppenzuordnung – auch nach Einbringung eines Radiopharmazeutikums in eine Körperhöhle –	950	55,37
5473	Funktionsszintigraphie – einschließlich Sequenzszintigraphie und Erstellung von Zeit-Radioaktivitätskurven aus ROI und quantifizierender Berechnung (z. B. von Transitzeiten, Impulsratenquotienten, Perfusionsindex, Auswurffraktion aus Erster-Radionuklid-Passage) –	900	52,46
	Die Leistung nach Nummer 5473 ist neben den Leistungen nach den Nummern 5460 und 5481 nicht berechnungsfähig.		
5474	Nachweis inkorporierter unbekannter Radionuklide	1350	78,69
	m. Mineralgehalt		
5475	Quantitative Bestimmung des Mineralgehalts im Skelett (Osteodensitometrie) in einzelnen oder mehreren repräsentativen Extremitäten- oder Stammskelettabschnitten mittels Dual-Photonen-Absorptionstechnik	300	17,49
	n. Ergänzungsleistungen		
	Allgemeine Bestimmung		
	Die Ergänzungsleistungen nach den Nummern 5480 bis 5485 sind nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.		
5480	Quantitative Bestimmung von Impulsen/Impulsratendichte (Fläche, Pixel, Voxel) mittels Gammakamera mit Messwertverarbeitung – mindestens zwei ROI –	750	43,72
5481	Sequenzszintigraphie – mindestens sechs Bilder in schneller Folge –	680	39,64
5483	Subtraktionsszintigraphie oder zusätzliche Organ- oder Blutpoolszintigraphie als anatomische Ortsmarkierung	680	39,64
5484	In-vitro-Markierung von Blutzellen (z. B. Erythrozyten, Leukozyten, Thrombozyten) – einschließlich erforderlicher In-vitro-Qualitätskontrollen –	1300	75,77
5485	Messung mit dem Ganzkörperzähler – gegebenenfalls einschließlich quantitativer Analysen von Gammaspektren –	980	57,12
	o. Emissions-Computer-Tomographie		
5486	Single-Photonen-Emissions-Computertomographie (SPECT) mit Darstellung in drei Ebenen	1200	69,94
5487	Singel-Photonen-Emissions-Computertomographie (SPECT) mit Darstellung in drei Ebenen und regionaler Quantifizierung	2000	116,57
5488	Positronen-Emissions-Tomographie (PET) – gegebenenfalls einschließlich Darstellung in mehreren Ebenen –	6000	349,72

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punkt-zahl	Gebühr in EUR
5489	Positronen-Emissions-Tomographie (PET) mit quantifizierender Auswertung – gegebenenfalls einschließlich Darstellung in mehreren Ebenen –	7500	437,15
	2. Therapeutische Leistungen (Anwendung offener Radionuklide)		
5600	Radiojodtherapie von Schilddrüsenerkrankungen	2480	144,55
5602	Radiophosphortherapie bei Erkrankungen der blutbildenden Organe	1350	78,69
5603	Behandlung von Knochenmetastasen mit knochenaffinen Radiopharmazeutika	1080	62,95
5604	Instillation von Radiopharmazeutika in Körperhöhlen, Gelenke oder Hohlorgane	2700	157,38
5605	Tumorbehandlung mit radioaktiv markierten, metabolisch aktiven oder rezeptorgerichteten Substanzen oder Antikörpern	2250	131,15
5606	Quantitative Bestimmung der Therapieradioaktivität zur Anwendung eines individuellen Dosiskonzepts – einschließlich Berechnungen aufgrund von Vormessungen –	900	52,46
	Die Leistung nach Nummer 5606 ist nur bei Zugrundeliegen einer Leistung nach den Nummern 5600, 5603 und/oder 5605 berechnungsfähig.		
5607	Posttherapeutische Bestimmung von Herddosen – einschließlich Berechnungen aufgrund von Messungen der Kinetik der Therapieradioaktivität –	1620	94,43
	Die Leistung nach Nummer 5607 ist nur bei Zugrundeliegen einer Leistung nach den Nummern 5600, 5603 und/oder 5605 berechnungsfähig.		

III. Magnetresonanztomographie

Allgemeine Bestimmungen

Die Leistungen nach den Nummern 5700 bis 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 beachten.

5700	Magnetresonanztomographie im Bereich des Kopfes – gegebenenfalls einschließlich des Halses –, in zwei Projektionen, davon mindestens eine Projektion unter Einschluss T2-gewichteter Aufnahmen	4400	256,46
5705	Magnetresonanztomographie im Bereich der Wirbelsäule, in zwei Projektionen	4200	244,81

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punkt-zahl	Gebühr in EUR
5715	Magnetresonanztomographie im Bereich des Thorax – gegebenenfalls einschließlich des Halses –, der Thoraxorgane und/oder der Aorta in ihrer gesamten Länge	4300	250,64
5720	Magnetresonanztomographie im Bereich des Abdomens und/oder des Beckens	4400	256,46
5721	Magnetresonanztomographie der Mamma(e)	4000	233,15
5729	Magnetresonanztomographie eines oder mehrerer Gelenke oder Abschnitte von Extremitäten	2400	139,89
	Magnetresonanztomographie des Kniegelenkes		
	1. Sitzung vom 4. November 1999		
	Für die MRT-Untersuchung des Kniegelenkes ist – unabhängig vom Gerätetyp – Nr. 5729 GOÄ, nicht Nr. 5730 GOÄ, zutreffend.		
5730	Magnetresonanztomographie einer oder mehrerer Extremität(en) mit Darstellung von mindestens zwei großen Gelenken einer Extremität	4000	233,15
	Neben der Leistung nach Nummer 5730 ist die Leistung nach Nummer 5729 nicht berechnungsfähig.		
5731	Ergänzende Serie(n) zu den Leistungen nach den Nummern 5700 bis 5730 (z. B. nach Kontrastmitteleinbringung, Darstellung von Arterien als MR-Angiographie)	1000	58,29
5732	Zuschlag zu den Leistungen nach den Nummern 5700 bis 5730 für Positionswechsel und/oder Spulenwechsel	1000	58,29
	Der Zuschlag nach Nummer 5732 ist nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.		
5733	Zuschlag für computergesteuerte Analyse (z. B. Kinetik, 3D-Rekonstruktion)	800	46,63
	Der Zuschlag nach Nummer 5733 ist nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.		
5735	Höchstwert für Leistungen nach den Nummern 5700 bis 5730	6000	349,72
	Die im Einzelnen erbrachten Leistungen sind in der Rechnung anzugeben.		

IV. Strahlentherapie

Allgemeine Bestimmungen

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

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

3. Eine mehrfache Berechnung der Leistungen nach den Nummern 5800, 5810, 5831 bis 5833, 5840 und 5841 bei der Behandlung desselben Krankheitsfalls ist nur zulässig, wenn

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punkt-zahl	Gebühr in EUR

wesentliche Änderungen der Behandlung durch Umstellung der Technik (z. B. Umstellung von Stehfeld auf Pendeltechnik, Änderung der Energie und Strahlenart) oder wegen fortschreitender Metastasierung, wegen eines Tumorrezidivs oder wegen zusätzlicher Komplikationen notwendig werden. Die Änderungen sind in der Rechnung zu begründen.

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

1. Strahlenbehandlung dermatologischer Erkrankungen

5800	Erstellung eines Bestrahlungsplans für die Strahlenbehandlung nach den Nummern 5802 bis 5806, je Bestrahlungsserie	250	14,57
	Der Bestrahlungsplan nach Nummer 5800 umfasst Angaben zur Indikation und die Beschreibung des zu bestrahlenden Volumens, der vorgesehenen Dosis, der Fraktionierung und der Strahlenschutzmaßnahmen und gegebenenfalls die Fotodokumentation.		
Orthovoltstrahlenbehandlung (10 bis 100 kV Röntgenstrahlen)			
5802	Bestrahlung von bis zu zwei Bestrahlungsfeldern bzw. Zielvolumina, je Fraktion	200	11,66
5803	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5802 bei Bestrahlung von mehr als zwei Bestrahlungsfeldern bzw. Zielvolumina, je Fraktion	100	5,83
	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	58,29
5806	Strahlenbehandlung der gesamten Haut mit schnellen Elektronen, je Fraktion	2000	116,57

2. Orthovolt- oder Hochvoltstrahlenbehandlung

5810	Erstellung eines Bestrahlungsplans für die Strahlenbehandlung nach den Nummern 5812 und 5813, je Bestrahlungsserie	200	11,66
	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	11,07

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punkt-zahl	Gebühr in EUR
	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	52,46

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	87,43
	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	29,14
	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	116,57
	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	41,97

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punkt-zahl	Gebühr in EUR
5835	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5834 bei Bestrahlung mit Großfeld oder von mehr als zwei Strahleneintrittsfeldern, je Fraktion	120	6,99
5836	Bestrahlung mittels Beschleuniger mit bis zu zwei Strahleneintrittsfeldern – gegebenenfalls unter Anwendung von vorgefertigten, wiederverwendbaren Ausblendungen –, je Fraktion	1000	58,29
5837	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5836 bei Bestrahlung mit Großfeld oder von mehr als zwei Strahleneintrittsfeldern, je Fraktion	120	6,99

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	87,43
	Der Bestrahlungsplan nach Nummer 5840 umfasst Angaben zur Indikation, die Berechnung der Dosis im Zielvolumen, die Lokalisation und Einstellung der Applikatoren und die Dokumentation (Feldkontrollaufnahmen).		
5841	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 5840 bei individueller Berechnung der Dosisverteilung mit Hilfe eines Prozessrechners, je Bestrahlungsserie	2000	116,57
	Der Zuschlag nach Nummer 5841 ist nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.		
5842	Brachytherapie an der Körperoberfläche – einschließlich Bestrahlungsplanung, gegebenenfalls einschließlich Fotodokumentation –, je Fraktion	300	17,49
5844	Intrakavitäre Brachytherapie, je Fraktion	1000	58,29
5846	Interstitielle Brachytherapie, je Fraktion	2100	122,40

5. Besonders aufwändige Bestrahlungstechniken

5851	Ganzkörperstrahlenbehandlung vor Knochenmarktransplantation – einschließlich Bestrahlungsplanung –	6900	402,18
	Die Leistung nach Nummer 5851 ist unabhängig von der Anzahl der Fraktionen insgesamt nur einmal berechnungsfähig.		
5852	Oberflächen-Hyperthermie, je Fraktion	1000	58,29
5853	Halbtiefen-Hyperthermie, je Fraktion	2000	116,57

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punkt-zahl	Gebühr in EUR
5854	Tiefen-Hyperthermie, je Fraktion	2490	145,14
	Die Leistungen nach den Nummern 5852 bis 5854 sind nur in Verbindung mit einer Strahlenbehandlung oder einer regionären intravenösen oder intraarteriellen Chemotherapie und nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig.		
5855	Intraoperative Strahlenbehandlung mit Elektronen	6900	402,18

P. Sektionsleistungen

Nr.	Leistung Empfehlungen der BÄK folgen den einzelnen Nummern	Punkt-zahl	Gebühr in EUR
6000	Vollständige innere Leichenschau – einschließlich Leichenschaubericht und pathologisch-anatomischer Diagnose – ...	1710	99,67
6001	Vollständige innere Leichenschau, die zusätzliche besonders zeitaufwändige oder umfangreiche ärztliche Verrichtungen erforderlich macht (z. B. ausgedehnte Untersuchung des Knochensystems oder des peripheren Gefäßsystems mit Präparierung und/oder Untersuchung von Organen bei fortschreitender Zersetzung mit bereits wesentlichen Fäulniserscheinungen) – einschließlich Leichenschaubericht und pathologisch-anatomischer Diagnose –	2300	134,06
6002	Vollständige innere Leichenschau einer exhumierten Leiche am Ort der Exhumierung – einschließlich Leichenschaubericht und pathologisch-anatomischer Diagnose –	3200	186,52
6003	Innere Leichenschau, die sich auf Teile einer Leiche und/oder auf einzelne Körperhöhlen beschränkt – einschließlich Leichenschaubericht und pathologisch-anatomischer Diagnose –	739	43,07
6010	Makroskopische neuropathologische Untersuchung des Zentralnervensystems (Gehirn, Rückenmark) einer Leiche – einschließlich Organschaubericht und pathologisch-anatomischer Diagnose –	400	23,31
6015	Mikroskopische Untersuchung von Organen (Haut, Muskel, Leber, Niere, Herz, Milz, Lunge) nach innerer Leichenschau – einschließlich Beurteilung des Befundes –, je untersuchtes Organ	242	14,11
6016	Mikroskopische Untersuchung eines Knochens nach innerer Leichenschau – einschließlich Beurteilung des Befundes –, je Knochen	300	17,49
6017	Mikroskopische Untersuchung von vier oder mehr Knochen nach innerer Leichenschau – einschließlich Beurteilung des Befundes –	1045	60,91
6018	Mikroskopische Untersuchung von Nerven oder Rückenmark oder Gehirn nach innerer Leichenschau – einschließlich des Befundes –	300	17,49

III. Tabelle der Einfachgebühren, Schwellenwerte und Höchstgebühren der GOÄ

GOÄ-Nr.	1 fach EUR	1,15 fach EUR	1,16 fach EUR	1,3 fach EUR	1,38 fach EUR	1,8 fach EUR	2,3 fach EUR	2,5 fach EUR	3,5 fach EUR
1	4,66					8,39	10,72		16,31
2	1,75				2,42	3,15		4,38	
3	8,74					15,73	20,10		30,59
4	12,82					23,08	29,49		44,87
5	4,66					8,39	10,72		16,31
6	5,83					10,49	13,41		20,41
7	9,33					16,79	21,46		32,66
8	15,15					27,27	34,85		53,03
11	3,50					6,3	8,05		12,25
15	17,49					31,48	40,23		61,22
Zuschläge zu den Nummern 1, 3, 4, 5, 7 oder 8									
A	4,08	Zuschlag nur 1-fach							
B	10,49	Zuschlag nur 1-fach							
C	18,65	Zuschlag nur 1-fach							
D	12,82	Zuschlag nur 1-fach							
K1	6,99	Zuschlag nur 1-fach							
20	6,99					12,58	16,08		24,47
21	20,98					37,76	48,25		73,43
22	17,49					31,48	40,23		61,22
23	17,49					31,48	40,23		61,22
24	11,66					20,99	26,82		40,81
25	11,66					20,99	26,82		40,81
26	26,23					47,21	60,33		91,81
27	18,65					33,57	42,90		65,28
28	16,32					29,38	37,54		57,12
29	25,65					46,17	59,00		89,78
30	52,46					94,43	120,66		183,61
31	26,23					47,21	60,33		91,81
32	23,31					41,96	53,61		81,59
33	17,49					31,48	40,23		61,22
34	17,49					31,48	40,23		61,22
45	4,08					7,34	9,38		14,28
46	2,91					5,24	6,69		10,19
48	6,99					12,58	16,08		24,47
50	18,65					33,57	42,90		65,28
51	14,57					26,23	33,51		51,00
52	5,83					10,49	13,41		20,41
55	29,14					52,45	67,02		101,99
56	10,49				14,48	18,88		26,23	
60	6,99					12,58	16,08		24,47
61	7,58					13,64	17,43		26,53
62	8,74					15,73	20,10		30,59

GOÄ-Nr.	1 fach EUR	1,15 fach EUR	1,16 fach EUR	1,3 fach EUR	1,38 fach EUR	1,8 fach EUR	2,3 fach EUR	2,5 fach EUR	3,5 fach EUR
Zuschläge zu den Nummern 45 bis 62									
E	9,33	Zuschlag nur 1-fach							
F	15,15	Zuschlag nur 1-fach							
G	26,23	Zuschlag nur 1-fach							
H	19,82	Zuschlag nur 1-fach							
J	4,66	Zuschlag nur 1-fach							
K2	6,99	Zuschlag nur 1-fach							
70	2,33					4,19	5,36		8,16
75	7,58					13,64	17,43		26,53
76	4,08					7,34	9,38		14,28
77	8,74					15,73	20,10		30,59
78	10,49					18,88	24,13		36,72
80	17,49					31,48	40,23		61,22
85	29,14					52,45	67,02		101,99
90	6,99					12,58	16,08		24,47
95	3,50					6,3	8,05		12,25
96	0,17					0,31	0,39		0,60
100	14,57					26,23	33,51		51,00
102	8,74					15,73	20,10		30,59
104	14,57					26,23	33,51		51,00
105	13,41					24,14	30,84		46,94
107	12,82					23,08	29,49		44,87
200	2,62					4,72	6,03		9,17
201	3,79					6,82	8,72		13,27
204	5,54					9,97	12,74		19,39
206	4,08					7,34	9,38		14,28
207	5,83					10,49	13,41		20,41
208	1,75					3,15	4,03		6,13
209	8,74					15,73	20,10		30,59
210	4,37					7,87	10,05		15,30
211	3,50					6,3	8,05		12,25
212	9,33					16,79	21,46		32,66
213	5,83					10,49	13,41		20,41
214	13,99					25,18	32,18		48,97
217	13,41					24,14	30,84		46,94
218	38,47					69,25	88,48		134,65
225	4,08					7,34	9,38		14,28
227	17,49					31,48	40,23		61,22
228	11,07					19,93	25,46		38,75
229	7,58					13,64	17,43		26,53
230	17,49					31,48	40,23		61,22
231	20,98					37,76	48,25		73,43
232	25,06					45,11	57,64		87,71
235	43,72					78,7	100,56		153,02
236	54,79					98,62	126,02		191,77

GOÄ-Nr.	1 fach EUR	1,15 fach EUR	1,16 fach EUR	1,3 fach EUR	1,38 fach EUR	1,8 fach EUR	2,3 fach EUR	2,5 fach EUR	3,5 fach EUR
237	21,57					38,83	49,61		75,50
238	11,66					20,99	26,82		40,81
239	43,72					78,7	100,56		153,02
240	54,79					98,62	126,02		191,77
245	6,41					11,54	14,74		22,44
246	8,74					15,73	20,10		30,59
247	6,41					11,54	14,74		22,44
250	2,33				3,22	4,19		5,83	
250a	2,33				3,22	4,19		5,83	
251	3,50					6,30	8,05		12,25
252	2,33					4,19	5,36		8,16
253	4,08					7,34	9,38		14,28
254	4,66					8,39	10,72		16,31
255	5,54					9,97	12,74		19,39
256	10,78					19,40	24,79		37,73
257	23,31					41,96	53,61		81,59
258	10,49					18,88	24,13		36,72
259	34,97					62,95	80,43		122,40
260	11,66					20,99	26,82		40,81
261	1,75					3,15	4,03		6,13
262	26,23					47,21	60,33		91,81
263	5,25					9,45	12,08		18,38
264	6,99					12,58	16,08		24,47
265	3,50					6,30	8,05		12,25
265a	5,25					9,45	12,08		18,38
266	3,50					6,30	8,05		12,25
267	4,66					8,39	10,72		16,31
268	7,58					13,64	17,43		26,53
269	11,66					20,99	26,82		40,81
269a	20,40					36,72	46,92		71,40
270	4,66					8,39	10,72		16,31
271	6,99					12,58	16,08		24,47
272	10,49					18,88	24,13		36,72
273	10,49					18,88	24,13		36,72
274	18,65					33,57	42,90		65,28
275	20,98					37,76	48,25		73,43
276	31,48					56,66	72,40		110,18
277	10,49					18,88	24,13		36,72
278	13,99					25,18	32,18		48,97
279	10,49					18,88	24,13		36,72
280	19,23					34,61	44,23		67,31
281	26,23					47,21	60,33		91,81
282	8,74					15,73	20,10		30,59
283	29,14					52,45	67,02		101,99
284	5,25					9,45	12,08		18,38

GOÄ-Nr.	1 fach EUR	1,15 fach EUR	1,16 fach EUR	1,3 fach EUR	1,38 fach EUR	1,8 fach EUR	2,3 fach EUR	2,5 fach EUR	3,5 fach EUR
285	6,41					11,54	14,74		22,44
286	12,82					23,08	29,49		44,87
286a	5,83					10,49	13,41		20,41
287	46,63					83,93	107,25		163,21
288	13,41					24,14	30,84		46,94
289	20,40					36,72	46,92		71,40
290	6,99					12,58	16,08		24,47
291	4,08					7,34	9,38		14,28
297	2,62					4,72	6,03		9,17
298	2,33					4,19	5,36		8,16
300	6,99					12,58	16,08		24,47
301	9,33					16,79	21,46		32,66
302	14,57					26,23	33,51		51,00
303	4,66					8,39	10,72		16,31
304	9,33					16,79	21,46		32,66
305	20,40					36,72	46,92		71,40
305a	14,57					26,23	33,51		51,00
306	29,14					52,45	67,02		101,99
307	14,57					26,23	33,51		51,00
308	20,40					36,72	46,92		71,40
310	20,40					36,72	46,92		71,40
311	11,66					20,99	26,82		40,81
312	17,49					31,48	40,23		61,22
314	6,99					12,58	16,08		24,47
315	14,57					26,23	33,51		51,00
316	14,57					26,23	33,51		51,00
317	20,40					36,72	46,92		71,40
318	6,99					12,58	16,08		24,47
319	11,66					20,99	26,82		40,81
321	2,91					5,24	6,69		10,19
340	23,31					41,96	53,61		81,59
344	5,83					10,49	13,41		20,41
345	7,58					13,64	17,43		26,53
346	17,49					31,48	40,23		61,22
347	8,74					15,73	20,10		30,59
350	8,74					15,73	20,10		30,59
351	29,14					52,45	67,02		101,99
355	34,97					62,95	80,43		122,40
356	23,31					41,96	53,61		81,59
357	29,14					52,45	67,02		101,99
360	58,29					104,92	134,07		204,02
361	34,97					62,95	80,43		122,40
365	23,31					41,96	53,61		81,59
368	23,31					41,96	53,61		81,59
370	11,66					20,99	26,82		40,81

GOÄ-Nr.	1 fach EUR	1,15 fach EUR	1,16 fach EUR	1,3 fach EUR	1,38 fach EUR	1,8 fach EUR	2,3 fach EUR	2,5 fach EUR	3,5 fach EUR
372	16,32					29,38	37,54		57,12
373	14,57					26,23	33,51		51,00
374	8,74					15,73	20,10		30,59
375	4,66					8,39	10,72		16,31
376	4,66					8,39	10,72		16,31
377	2,91					5,24	6,69		10,19
378	6,99					12,58	16,08		24,47
380	1,75					3,15	4,03		6,13
381	1,17					2,11	2,69		4,10
382	0,87					1,57	2,00		3,05
383	1,75					3,15	4,03		6,13
384	2,33					4,19	5,36		8,16
385	2,62					4,72	6,03		9,17
386	1,75					3,15	4,03		6,13
387	1,17					2,11	2,69		4,10
388	2,04					3,67	4,69		7,14
389	1,46					2,63	3,36		5,11
390	3,50					6,30	8,05		12,25
391	2,33					4,19	5,36		8,16
393	5,83					10,49	13,41		20,41
394	17,49					31,48	40,23		61,22
395	16,32					29,38	37,54		57,12
396	32,64					58,75	75,07		114,24
397	22,15					39,87	50,95		77,53
398	44,30					79,74	101,89		155,05
399	11,66					20,99	26,82		40,81
401	23,31					41,96	53,61		81,59
402	14,57				20,11	26,23		36,43	
403	8,74				12,06	15,73		21,85	
404	14,57					26,23	33,51		51,00
405	11,66					20,99	26,82		40,81
406	11,66					20,99	26,82		40,81
408	11,66					20,99	26,82		40,81
410	11,66					20,99	26,82		40,81
412	16,32					29,38	37,54		57,12
413	16,32					29,38	37,54		57,12
415	17,49					31,48	40,23		61,22
417	12,24					22,03	28,15		42,84
418	12,24					22,03	28,15		42,84
420	4,66					8,39	10,72		16,31
422	11,66					20,99	26,82		40,81
423	29,14					52,45	67,02		101,99
424	40,80					73,44	93,84		142,80
427	8,74					15,73	20,10		30,59
428	12,82					23,08	29,49		44,87

GOÄ-Nr.	1 fach EUR	1,15 fach EUR	1,16 fach EUR	1,3 fach EUR	1,38 fach EUR	1,8 fach EUR	2,3 fach EUR	2,5 fach EUR	3,5 fach EUR
429	23,31				41,96	53,61			81,59
430	23,31				41,96	53,61			81,59
431	5,83				10,49	13,41			20,41
433	8,16				14,69	18,77			28,56
435	52,46				94,43	120,66			183,61
437	29,14	33,51	33,80	37,88					
Zuschläge zu ambulanten Operations- und Anästhesieleistungen									
440	23,31	Zuschlag nur 1-fach							
441 Zuschlag 100 v.H. der betr. Leistung max. 67,49									
442	23,31	Zuschlag nur 1-fach							
443	43,72	Zuschlag nur 1-fach							
444	75,77	Zuschlag nur 1-fach							
445	128,23	Zuschlag nur 1-fach							
446	17,49	Zuschlag nur 1-fach							
447	37,89	Zuschlag nur 1-fach							
448	34,97	Zuschlag nur 1-fach							
449	52,46	Zuschlag nur 1-fach							
450	4,43					7,97	10,19		15,51
451	7,05					12,69	16,22		24,68
452	11,07					19,93	25,46		38,75
453	12,24					22,03	28,15		42,84
460	23,55					42,39	54,17		82,43
461	11,77					21,19	27,07		41,20
462	29,73					53,51	68,38		104,06
463	20,28					36,5	46,64		70,98
469	14,57					26,23	33,51		51,00
470	23,31					41,96	53,61		81,59
471	34,97					62,95	80,43		122,40
472	46,63					83,93	107,25		163,21
473	34,97					62,95	80,43		122,40
474	52,46					94,43	120,66		183,61
475	26,23					47,21	60,33		91,81
476	22,15					39,87	50,95		77,53
477	11,07					19,93	25,46		38,75
478	13,41					24,14	30,84		46,94
479	6,70					12,06	15,41		23,45
480	12,94					23,29	29,76		45,29
481	27,69					49,84	63,69		96,92
483	2,68					4,82	6,16		9,38
484	2,68					4,82	6,16		9,38
485	2,68					4,82	6,16		9,38
488	2,68					4,82	6,16		9,38
489	8,45					15,21	19,44		29,58
490	3,56					6,41	8,19		12,46
491	7,05					12,69	16,22		24,68

GOÄ-Nr.	1 fach EUR	1,15 fach EUR	1,16 fach EUR	1,3 fach EUR	1,38 fach EUR	1,8 fach EUR	2,3 fach EUR	2,5 fach EUR	3,5 fach EUR
493	3,56					6,41	8,19		12,46
494	7,05					12,69	16,22		24,68
495	7,05					12,69	16,22		24,68
497	12,82					23,08	29,49		44,87
498	17,49					31,48	40,23		61,22
500	2,21				3,05	3,98		5,53	
501	5,01				6,91	9,02		12,53	
505	4,95				6,83	8,91		12,38	
506	6,99				9,65	12,58		17,48	
507	4,66				6,43	8,39		11,65	
508	6,41				8,85	11,54		16,03	
509	2,21				3,05	3,98		5,53	
510	4,08				5,63	7,34		10,20	
514	6,12				8,45	11,02		15,30	
515	2,21				3,05	3,98		5,53	
516	3,79				5,23	6,82		9,48	
518	6,99				9,65	12,58		17,48	
520	2,62				3,62	4,72		6,55	
521	3,79				5,23	6,82		9,48	
523	3,79				5,23	6,82		9,48	
525	2,04				2,82	3,67		5,10	
526	3,21				4,43	5,78		8,03	
527	5,48				7,56	9,86		13,70	
530	2,04				2,82	3,67		5,10	
531	2,68				3,70	4,82		6,70	
532	4,43				6,11	7,97		11,08	
533	8,74				12,06	15,73		21,85	
535	1,92				2,65	3,46		4,80	
536	2,97				4,10	5,35		7,43	
538	2,33				3,22	4,19		5,83	
539	2,56				3,53	4,61		6,40	
548	2,16				2,98	3,89		5,40	
549	3,21				4,43	5,78		8,03	
551	2,80				3,86	5,04		7,00	
552	2,56				3,53	4,61		6,40	
553	2,68				3,70	4,82		6,70	
554	5,30				7,31	9,54		13,25	
555	6,99				9,65	12,58		17,48	
558	6,99				9,65	12,58		17,48	
560	1,81				2,50	3,26		4,53	
561	1,81				2,50	3,26		4,53	
562	2,68				3,70	4,82		6,70	
563	2,68				3,70	4,82		6,70	
564	5,30				7,31	9,54		13,25	
565	6,99				9,65	12,58		17,48	

GOÄ-Nr.	1 fach EUR	1,15 fach EUR	1,16 fach EUR	1,3 fach EUR	1,38 fach EUR	1,8 fach EUR	2,3 fach EUR	2,5 fach EUR	3,5 fach EUR
566	29,14				40,21	52,45		72,85	
567	5,30				7,31	9,54		13,25	
569	1,75				2,42	3,15		4,38	
600	4,25					7,65	9,78		14,88
601	2,56					4,61	5,89		8,96
602	8,86				12,23	15,95		22,15	
603	5,25					9,45	12,08		18,38
604	9,33					16,79	21,46		32,66
605	14,11				19,47	25,40		35,28	
605a	8,16				11,26	14,69		20,40	
606	22,09				30,48	39,76		55,23	
607	14,11				19,47	25,40		35,28	
608	4,43				6,11	7,97		11,08	
609	10,61				14,64	19,10		26,53	
610	35,26				48,66	63,47		88,15	
611	35,26				48,66	63,47		88,15	
612	44,12				60,89	79,42		110,30	
614	8,74				12,06	15,73		21,85	
615	13,23				18,26	23,81		33,08	
616	17,66				24,37	31,79		44,15	
617	19,88				27,43	35,78		49,70	
620	8,86				12,23	15,95		22,15	
621	7,40				10,21	13,32		18,50	
622	10,61				14,64	19,10		26,53	
623	8,16				11,26	14,69		20,40	
624	19,23				26,54	34,61		48,08	
626	58,29					104,92	134,07		204,02
627	87,43					157,37	201,09		306,01
628	46,63					83,93	107,25		163,21
629	116,57					209,83	268,11		408,00
630	52,92					95,26	121,72		185,22
631	64,70					116,46	148,81		226,45
632	70,53					126,95	162,22		246,86
634	6,99					12,58	16,08		24,47
635	13,23				18,26	23,81		33,08	
636	22,09				30,48	39,76		55,23	
637	13,23				18,26	23,81		33,08	
638	7,05				9,73	12,69		17,63	
639	26,46				36,51	47,63		66,15	
640	37,89				52,29	68,20		94,73	
641	24,07				33,22	43,33		60,18	
642	32,29				44,56	58,12		80,73	
643	6,99				9,65	12,58		17,48	
644	10,49				14,48	18,88		26,23	
645	37,89				52,29	68,20		94,73	

GOÄ-Nr.	1 fach EUR	1,15 fach EUR	1,16 fach EUR	1,3 fach EUR	1,38 fach EUR	1,8 fach EUR	2,3 fach EUR	2,5 fach EUR	3,5 fach EUR
646	35,26				48,66	63,47		88,15	
647	12,82				17,69	23,08		32,05	
648	35,26					63,47	81,10		123,41
649	37,89					68,20	87,15		132,62
650	8,86				12,23	15,95		22,15	
651	14,75				20,36	26,55		36,88	
652	25,94					46,69	59,66		90,79
653	14,75				20,36	26,55		36,88	
654	8,74					15,73	20,10		30,59
655	8,86					15,95	20,38		31,01
656	106,08					190,94	243,98		371,28
657	14,75				20,36	26,55		36,88	
659	23,31				32,17	41,96		58,28	
660	17,66				24,37	31,79		44,15	
661	30,89				42,63	55,60		77,23	
665	7,05				9,73	12,69		17,63	
666	13,23				18,26	23,81		33,08	
669	12,36					22,25	28,43		43,26
670	6,99					12,58	16,08		24,47
671	6,99					12,58	16,08		24,47
672	6,99					12,58	16,08		24,47
674	21,57					38,83	49,61		75,50
675	16,03					28,85	36,87		56,11
676	46,63					83,93	107,25		163,21
677	34,97					62,95	80,43		122,40
678	52,46					94,43	120,66		183,61
679	64,12					115,42	147,48		224,42
680	32,06					57,71	73,74		112,21
681	48,09					86,56	110,61		168,32
682	49,54					89,17	113,94		173,39
683	58,29					104,92	134,07		204,02
684	69,94					125,89	160,86		244,79
685	78,69					141,64	180,99		275,42
686	87,43					157,37	201,09		306,01
687	87,43					157,37	201,09		306,01
688	52,46					94,43	120,66		183,61
689	40,80					73,44	93,84		142,80
690	20,40					36,72	46,92		71,40
691	81,60					146,88	187,68		285,60
692	110,75					199,35	254,73		387,63
692a	23,31					41,96	53,61		81,59
693	17,49					31,48	40,23		61,22
694	29,14					52,45	67,02		101,99
695	23,31					41,96	53,61		81,59
696	11,66					20,99	26,82		40,81

GOÄ-Nr.	1 fach EUR	1,15 fach EUR	1,16 fach EUR	1,3 fach EUR	1,38 fach EUR	1,8 fach EUR	2,3 fach EUR	2,5 fach EUR	3,5 fach EUR
697	23,31					41,96	53,61		81,59
698	11,66					20,99	26,82		40,81
699	6,99					12,58	16,08		24,47
700	46,63					83,93	107,25		163,21
701	61,20					110,16	140,76		214,20
703	29,14					52,45	67,02		101,99
705	8,86					15,95	20,38		31,01
706	34,97					62,95	80,43		122,40
714	10,49					18,88	24,13		36,72
715	12,82					23,08	29,49		44,87
716	4,02					7,24	9,25		14,07
717	6,41					11,54	14,74		22,44
718	14,63					26,33	33,65		51,21
719	14,63					26,33	33,65		51,21
725	17,49				24,14	31,48		43,73	
726	17,49				24,14	31,48		43,73	
740	4,14					7,45	9,52		14,49
741	4,43					7,97	10,19		15,51
742	9,62					17,32	22,13		33,67
743	4,37					7,87	10,05		15,30
744	4,66					8,39	10,72		16,31
745	2,68					4,82	6,16		9,38
746	2,68					4,82	6,16		9,38
747	2,56					4,61	5,89		8,96
748	4,43					7,97	10,19		15,51
750	6,99					12,58	16,08		24,47
752	8,74					15,73	20,10		30,59
755	13,99					25,18	32,18		48,97
756	7,05					12,69	16,22		24,68
757	8,74					15,73	20,10		30,59
758	4,37					7,87	10,05		15,30
759	4,43				6,11	7,97		11,08	
760	7,05				9,73	12,69		17,63	
761	4,43				6,11	7,97		11,08	
762	7,58					13,64	17,43		26,53
763	8,63					15,53	19,85		30,21
764	11,07					19,93	25,46		38,75
765	16,32					29,38	37,54		57,12
766	13,11					23,60	30,15		45,89
768	2,91					5,24	6,69		10,19
770	8,16					14,69	18,77		28,56
780	14,11					25,40	32,45		49,39
781	4,43					7,97	10,19		15,51
784	16,03					28,85	36,87		56,11
785	19,23					34,61	44,23		67,31

GOÄ-Nr.	1 fach EUR	1,15 fach EUR	1,16 fach EUR	1,3 fach EUR	1,38 fach EUR	1,8 fach EUR	2,3 fach EUR	2,5 fach EUR	3,5 fach EUR
786	3,21					5,78	7,38		11,24
790	29,14					52,45	67,02		101,99
791	18,65					33,57	42,90		65,28
792	25,65					46,17	59,00		89,78
793	6,70					12,06	15,41		23,45
800	11,37					20,47	26,15		39,80
801	14,57					26,23	33,51		51,00
804	8,74					15,73	20,10		30,59
806	14,57					26,23	33,51		51,00
807	23,31					41,96	53,61		81,59
808	23,31					41,96	53,61		81,59
812	29,14					52,45	67,02		101,99
816	10,49					18,88	24,13		36,72
817	10,49					18,88	24,13		36,72
825	4,84					8,71	11,13		16,94
826	5,77					10,39	13,27		20,20
827	35,26					63,47	81,10		123,41
827a	55,37					99,67	127,35		193,80
828	35,26					63,47	81,10		123,41
829	9,33					16,79	21,46		32,66
830	4,66					8,39	10,72		16,31
831	4,66					8,39	10,72		16,31
832	9,21					16,58	21,18		32,24
833	16,61					29,90	38,20		58,14
835	3,73					6,71	8,58		13,06
836	11,07					19,93	25,46		38,75
837	15,91					28,64	36,59		55,69
838	32,06					57,71	73,74		112,21
839	40,80					73,44	93,84		142,80
840	40,80					73,44	93,84		142,80
842	29,14					52,45	67,02		101,99
845	8,74					15,73	20,10		30,59
846	8,74					15,73	20,10		30,59
847	2,62					4,72	6,03		9,17
849	13,41					24,14	30,84		46,94
855	42,08				58,07	75,74		105,20	
856	21,04				29,04	37,87		52,60	
857	6,76				9,33	12,17		16,90	
860	53,62					96,52	123,33		187,67
861	40,22					72,40	92,51		140,77
862	20,11					36,20	46,25		70,39
863	40,22					72,40	92,51		140,77
864	20,11					36,20	46,25		70,39
865	20,11					36,20	46,25		70,39
870	43,72					78,70	100,56		153,02

GOÄ-Nr.	1 fach EUR	1,15 fach EUR	1,16 fach EUR	1,3 fach EUR	1,38 fach EUR	1,8 fach EUR	2,3 fach EUR	2,5 fach EUR	3,5 fach EUR
871	8,74					15,73	20,10		30,59
885	29,14					52,45	67,02		101,99
886	40,80					73,44	93,84		142,80
887	11,66					20,99	26,82		40,81
1001	6,99				9,65	12,58		17,48	
1002	11,66				16,09	20,99		29,15	
1003	22,09					39,76	50,81		77,32
1010	8,63					15,53	19,85		30,21
1011	15,50					27,90	35,65		54,25
1012	4,31					7,76	9,91		15,09
1013	10,38					18,68	23,87		36,33
1014	17,25					31,05	39,68		60,38
1020	8,63					15,53	19,85		30,21
1021	15,50					27,90	35,65		54,25
1022	75,77					136,39	174,27		265,20
1025	32,29					58,12	74,27		113,02
1026	48,50					87,30	111,55		169,75
1027	48,50					87,30	111,55		169,75
1028	21,57					38,83	49,61		75,50
1029	64,70					116,46	148,81		226,45
1030	21,57					38,83	49,61		75,50
1031	113,66					204,59	261,42		397,81
1032	134,64					242,35	309,67		471,24
1035	118,32					212,98	272,14		414,12
1036	161,46					290,63	371,36		565,11
1040	20,40					36,72	46,92		71,40
1041	48,03					86,45	110,47		168,11
1042	32,29					58,12	74,27		113,02
1043	36,14					65,05	83,12		126,49
1044	24,48					44,06	56,30		85,68
1045	53,86					96,95	123,88		188,51
1048	134,64					242,35	309,67		471,24
1049	17,25					31,05	39,68		60,38
1050	17,25					31,05	39,68		60,38
1051	10,78					19,40	24,79		37,73
1052	43,07					77,53	99,06		150,75
1055	46,63					83,93	107,25		163,21
1056	69,94					125,89	160,86		244,79
1060	53,86					96,95	123,88		188,51
1061	10,78					19,40	24,79		37,73
1062	10,38					18,68	23,87		36,33
1063	13,99					25,18	32,18		48,97
1070	4,25					7,65	9,78		14,88
1075	2,62					4,72	6,03		9,17
1080	6,18					11,12	14,21		21,63

GOÄ-Nr.	1 fach EUR	1,15 fach EUR	1,16 fach EUR	1,3 fach EUR	1,38 fach EUR	1,8 fach EUR	2,3 fach EUR	2,5 fach EUR	3,5 fach EUR
1081	3,44					6,19	7,91		12,04
1082	10,38					18,68	23,87		36,33
1083	4,08					7,34	9,38		14,28
1084	6,88					12,38	15,82		24,08
1085	17,25					31,05	39,68		60,38
1086	17,25					31,05	39,68		60,38
1087	3,21					5,78	7,38		11,24
1088	5,42					9,76	12,47		18,97
1089	26,99					48,58	62,08		94,47
1090	3,03					5,45	6,97		10,61
1091	6,18					11,12	14,21		21,63
1092	3,03					5,45	6,97		10,61
1095	134,64					242,35	309,67		471,24
1096	8,63					15,53	19,85		30,21
1097	17,25					31,05	39,68		60,38
1098	17,25					31,05	39,68		60,38
1099	37,71					67,88	86,73		131,99
1102	8,63					15,53	19,85		30,21
1103	10,78					19,40	24,79		37,73
1104	37,71					67,88	86,73		131,99
1105	10,49					18,88	24,13		36,72
1110	25,88					46,58	59,52		90,58
1111	43,07					77,53	99,06		150,75
1112	17,25					31,05	39,68		60,38
1113	24,48					44,06	56,30		85,68
1114	21,57					38,83	49,61		75,50
1120	37,71					67,88	86,73		131,99
1121	96,76					174,17	222,55		338,66
1122	43,07					77,53	99,06		150,75
1123	161,46					290,63	371,36		565,11
1123a	132,31					238,16	304,31		463,09
1124	215,66					388,19	496,02		754,81
1125	53,86					96,95	123,88		188,51
1126	75,19					135,34	172,94		263,17
1127	96,76					174,17	222,55		338,66
1128	129,40					232,92	297,62		452,90
1129	43,07					77,53	99,06		150,75
1131	22,09					39,76	50,81		77,32
1135	32,29					58,12	74,27		113,02
1136	22,09					39,76	50,81		77,32
1137	75,19					135,34	172,94		263,17
1138	161,46					290,63	371,36		565,11
1139	194,10					349,38	446,43		679,35
1140	19,41					34,94	44,64		67,94
1141	32,29					58,12	74,27		113,02

GOÄ-Nr.	1 fach EUR	1,15 fach EUR	1,16 fach EUR	1,3 fach EUR	1,38 fach EUR	1,8 fach EUR	2,3 fach EUR	2,5 fach EUR	3,5 fach EUR
1145	96,76					174,17	222,55		338,66
1146	129,40					232,92	297,62		452,90
1147	86,27					155,29	198,42		301,95
1148	145,72					262,30	335,16		510,02
1149	204,01					367,22	469,22		714,04
1155	46,63					83,93	107,25		163,21
1156	61,20					110,16	140,76		214,20
1158	43,07					77,53	99,06		150,75
1159	96,76					174,17	222,55		338,66
1160	161,46					290,63	371,36		565,11
1161	86,27					155,29	198,42		301,95
1162	107,83					194,09	248,01		377,41
1163	161,46					290,63	371,36		565,11
1165	183,02					329,44	420,95		640,57
1166	269,29					484,72	619,37		942,52
1167	285,61					514,10	656,90		999,64
1168	343,90					619,02	790,97		1203,65
1200	3,44					6,19	7,91		12,04
1201	5,19					9,34	11,94		18,17
1202	4,31					7,76	9,91		15,09
1203	3,50					6,30	8,05		12,25
1204	2,62					4,72	6,03		9,17
1207	4,08					7,34	9,38		14,28
1209	1,17					2,11	2,69		4,10
1210	13,29					23,92	30,57		46,52
1211	17,49					31,48	40,23		61,22
1212	7,69					13,84	17,69		26,92
1213	11,54					20,77	26,54		40,39
1215	7,05					12,69	16,22		24,68
1216	5,30					9,54	12,19		18,55
1217	14,11					25,40	32,45		49,39
1218	40,80					73,44	93,84		142,80
1225	7,05					12,69	16,22		24,68
1226	10,61					19,10	24,40		37,14
1227	14,46					26,03	33,26		50,61
1228	3,56					6,41	8,19		12,46
1229	10,61					19,10	24,40		37,14
1233	28,21					50,78	64,88		98,74
1234	5,30					9,54	12,19		18,55
1235	5,30					9,54	12,19		18,55
1236	5,30					9,54	12,19		18,55
1237	34,97					62,95	80,43		122,40
1240	4,31					7,76	9,91		15,09
1241	8,86					15,95	20,38		31,01
1242	8,86					15,95	20,38		31,01

GOÄ-Nr.	1 fach EUR	1,15 fach EUR	1,16 fach EUR	1,3 fach EUR	1,38 fach EUR	1,8 fach EUR	2,3 fach EUR	2,5 fach EUR	3,5 fach EUR
1243	3,56					6,41	8,19		12,46
1244	2,91					5,24	6,69		10,19
1248	14,11					25,40	32,45		49,39
1249	28,21					50,78	64,88		98,74
1250	15,91					28,64	36,59		55,69
1251	15,91					28,64	36,59		55,69
1252	5,83					10,49	13,41		20,41
1253	8,74					15,73	20,10		30,59
1255	4,08				5,63	7,34		10,20	
1256	5,83				8,05	10,49		14,58	
1257	14,11				19,47	25,40		35,28	
1259	14,11				19,47	25,40		35,28	
1260	32,64				45,04	58,75		81,60	
1262	14,11				19,47	25,40		35,28	
1263	8,86				12,23	15,95		22,15	
1268	8,86				12,23	15,95		22,15	
1269	8,86				12,23	15,95		22,15	
1270	3,15				4,35	5,67		7,88	
1271	2,68					4,82	6,16		9,38
1275	2,16					3,89	4,97		7,56
1276	4,31					7,76	9,91		15,09
1277	8,86					15,95	20,38		31,01
1278	16,20					29,16	37,26		56,70
1279	5,83					10,49	13,41		20,41
1280	75,19					135,34	172,94		263,17
1281	129,40					232,92	297,62		452,90
1282	8,86					15,95	20,38		31,01
1283	32,29					58,12	74,27		113,02
1284	53,86					96,95	123,88		188,51
1285	86,27					155,29	198,42		301,95
1290	87,43					157,37	201,09		306,01
1291	107,83					194,09	248,01		377,41
1292	16,20					29,16	37,26		56,70
1293	4,31					7,76	9,91		15,09
1294	7,58					13,64	17,43		26,53
1297	8,86					15,95	20,38		31,01
1298	7,69					13,84	17,69		26,92
1299	32,29					58,12	74,27		113,02
1300	71,11					128,00	163,55		248,89
1301	26,99					48,58	62,08		94,47
1302	53,86					96,95	123,88		188,51
1303	13,41					24,14	30,84		46,94
1304	53,86					96,95	123,88		188,51
1305	43,07					77,53	99,06		150,75
1306	64,70					116,46	148,81		226,45

GOÄ-Nr.	1 fach EUR	1,15 fach EUR	1,16 fach EUR	1,3 fach EUR	1,38 fach EUR	1,8 fach EUR	2,3 fach EUR	2,5 fach EUR	3,5 fach EUR
1310	86,27					155,29	198,42		301,95
1311	64,70					116,46	148,81		226,45
1312	107,83					194,09	248,01		377,41
1313	1,75					3,15	4,03		6,13
1318	4,31					7,76	9,91		15,09
1319	107,83					194,09	248,01		377,41
1320	3,03					5,45	6,97		10,61
1321	17,25					31,05	39,68		60,38
1322	96,76					174,17	222,55		338,66
1323	3,91					7,04	8,99		13,69
1325	13,41					24,14	30,84		46,94
1326	64,70					116,46	148,81		226,45
1327	107,83					194,09	248,01		377,41
1328	188,27					338,89	433,02		658,95
1330	43,07					77,53	99,06		150,75
1331	32,29					58,12	74,27		113,02
1332	64,70					116,46	148,81		226,45
1333	43,07					77,53	99,06		150,75
1338	3,26					5,87	7,50		11,41
1339	8,63					15,53	19,85		30,21
1340	10,78					19,40	24,79		37,73
1341	19,41					34,94	44,64		67,94
1345	96,76					174,17	222,55		338,66
1346	161,46					290,63	371,36		565,11
1347	176,61					317,90	406,20		618,14
1348	48,50					87,30	111,55		169,75
1349	107,83					194,09	248,01		377,41
1350	138,14					248,65	317,72		483,49
1351	161,46					290,63	371,36		565,11
1352	104,92					188,86	241,32		367,22
1353	48,50					87,30	111,55		169,75
1354	129,40					232,92	297,62		452,90
1355	64,70					116,46	148,81		226,45
1356	21,57					38,83	49,61		75,50
1357	21,57					38,83	49,61		75,50
1358	58,29					104,92	134,07		204,02
1359	29,14					52,45	67,02		101,99
1360	58,29					104,92	134,07		204,02
1361	107,83					194,09	248,01		377,41
1362	176,61					317,90	406,20		618,14
1365	53,86					96,95	123,88		188,51
1366	64,70					116,46	148,81		226,45
1367	129,40					232,92	297,62		452,90
1368	176,61					317,90	406,20		618,14
1369	107,83					194,09	248,01		377,41

GOÄ-Nr.	1 fach EUR	1,15 fach EUR	1,16 fach EUR	1,3 fach EUR	1,38 fach EUR	1,8 fach EUR	2,3 fach EUR	2,5 fach EUR	3,5 fach EUR
1370	53,86					96,95	123,88		188,51
1371	75,19					135,34	172,94		263,17
1372	107,83					194,09	248,01		377,41
1373	64,70					116,46	148,81		226,45
1374	177,78					320,00	408,89		622,23
1375	204,01					367,22	469,22		714,04
1376	86,27					155,29	198,42		301,95
1377	16,32					29,38	37,54		57,12
1380	116,57					209,83	268,11		408,00
1381	161,46					290,63	371,36		565,11
1382	145,72					262,30	335,16		510,02
1383	145,72					262,30	335,16		510,02
1384	48,38					87,08	111,27		169,33
1386	75,19					135,34	172,94		263,17
1400	4,43					7,97	10,19		15,51
1401	3,50				4,83	6,30		8,75	
1403	9,21				12,71	16,58		23,03	
1404	9,21				12,71	16,58		23,03	
1405	3,67				5,06	6,61		9,18	
1406	10,61				14,64	19,10		26,53	
1407	10,61					19,10	24,40		37,14
1408	51,76					93,17	119,05		181,16
1409	23,31					41,96	53,61		81,59
1412	5,30					9,54	12,19		18,55
1413	15,45					27,81	35,54		54,08
1414	2,45					4,41	5,64		8,58
1415	5,30					9,54	12,19		18,55
1416	7,05					12,69	16,22		24,68
1417	5,83					10,49	13,41		20,41
1418	10,49					18,88	24,13		36,72
1425	2,91					5,24	6,69		10,19
1426	5,83					10,49	13,41		20,41
1427	5,54					9,97	12,74		19,39
1428	21,57					38,83	49,61		75,50
1429	4,43					7,97	10,19		15,51
1430	6,94					12,49	15,96		24,29
1435	5,30					9,54	12,19		18,55
1436	2,10					3,78	4,83		7,35
1438	21,57					38,83	49,61		75,50
1439	21,57					38,83	49,61		75,50
1440	7,58					13,64	17,43		26,53
1441	17,25					31,05	39,68		60,38
1445	26,99					48,58	62,08		94,47
1446	43,07					77,53	99,06		150,75
1447	96,76					174,17	222,55		338,66

GOÄ-Nr.	1 fach EUR	1,15 fach EUR	1,16 fach EUR	1,3 fach EUR	1,38 fach EUR	1,8 fach EUR	2,3 fach EUR	2,5 fach EUR	3,5 fach EUR
1448	138,14					248,65	317,72		483,49
1449	215,66					388,19	496,02		754,81
1450	431,33					776,39	992,06		1509,66
1452	46,63					83,93	107,25		163,21
1453	64,12					115,42	147,48		224,42
1455	32,06					57,71	73,74		112,21
1456	13,52					24,34	31,10		47,32
1457	21,57					38,83	49,61		75,50
1458	75,19					135,34	172,94		263,17
1459	4,31					7,76	9,91		15,09
1465	6,94					12,49	15,96		24,29
1466	10,38					18,68	23,87		36,33
1467	23,72					42,70	54,56		83,02
1468	17,25					31,05	39,68		60,38
1469	32,29					58,12	74,27		113,02
1470	43,07					77,53	99,06		150,75
1471	86,27					155,29	198,42		301,95
1472	12,94					23,29	29,76		45,29
1473	129,40					232,92	297,62		452,90
1478	10,38					18,68	23,87		36,33
1479	3,44					6,19	7,91		12,04
1480	2,62					4,72	6,03		9,17
1485	53,86					96,95	123,88		188,51
1486	64,70					116,46	148,81		226,45
1487	86,27					155,29	198,42		301,95
1488	107,83					194,09	248,01		377,41
1492	75,19					135,34	172,94		263,17
1493	17,25					31,05	39,68		60,38
1495	64,70					116,46	148,81		226,45
1496	129,40					232,92	297,62		452,90
1497	64,70					116,46	148,81		226,45
1498	2,56					4,61	5,89		8,96
1499	26,99					48,58	62,08		94,47
1500	43,07					77,53	99,06		150,75
1501	19,41					34,94	44,64		67,94
1505	8,63					15,53	19,85		30,21
1506	10,78					19,40	24,79		37,73
1507	3,26					5,87	7,50		11,41
1508	5,42					9,76	12,47		18,97
1509	26,99					48,58	62,08		94,47
1510	11,07					19,93	25,46		38,75
1511	10,78					19,40	24,79		37,73
1512	64,70					116,46	148,81		226,45
1513	21,57					38,83	49,61		75,50
1514	129,40					232,92	297,62		452,90

GOÄ-Nr.	1 fach EUR	1,15 fach EUR	1,16 fach EUR	1,3 fach EUR	1,38 fach EUR	1,8 fach EUR	2,3 fach EUR	2,5 fach EUR	3,5 fach EUR
1518	43,07					77,53	99,06		150,75
1519	32,29					58,12	74,27		113,02
1520	52,46					94,43	120,66		183,61
1521	107,83					194,09	248,01		377,41
1522	116,57					209,83	268,11		408,00
1525	2,68					4,82	6,16		9,38
1526	4,43					7,97	10,19		15,51
1527	21,57					38,83	49,61		75,50
1528	32,29					58,12	74,27		113,02
1529	8,86					15,95	20,38		31,01
1530	10,61					19,10	24,40		37,14
1532	10,61					19,10	24,40		37,14
1533	29,14					52,45	67,02		101,99
1534	26,99					48,58	62,08		94,47
1535	37,71					67,88	86,73		131,99
1540	107,83					194,09	248,01		377,41
1541	81,02					145,84	186,35		283,57
1542	107,83					194,09	248,01		377,41
1543	96,17					173,11	221,19		336,60
1544	107,83					194,09	248,01		377,41
1545	129,40					232,92	297,62		452,90
1546	215,66					388,19	496,02		754,81
1547	161,46					290,63	371,36		565,11
1548	120,07					216,13	276,16		420,25
1549	69,94					125,89	160,86		244,79
1550	17,49					31,48	40,23		61,22
1551	174,86					314,75	402,18		612,01
1555	6,94					12,49	15,96		24,29
1556	6,94					12,49	15,96		24,29
1557	6,18					11,12	14,21		21,63
1558	8,63				11,91	15,53		21,58	
1559	12,07				16,66	21,73		30,18	
1560	12,07				16,66	21,73		30,18	
1565	2,62					4,72	6,03		9,17
1566	2,62					4,72	6,03		9,17
1567	4,31					7,76	9,91		15,09
1568	10,78					19,40	24,79		37,73
1569	4,31					7,76	9,91		15,09
1570	8,63					15,53	19,85		30,21
1575	7,58					13,64	17,43		26,53
1576	18,65					33,57	42,90		65,28
1577	2,62					4,72	6,03		9,17
1578	2,33					4,19	5,36		8,16
1579	4,08					7,34	9,38		14,28
1580	5,19					9,34	11,94		18,17

GOÄ-Nr.	1 fach EUR	1,15 fach EUR	1,16 fach EUR	1,3 fach EUR	1,38 fach EUR	1,8 fach EUR	2,3 fach EUR	2,5 fach EUR	3,5 fach EUR
1585	7,58					13,64	17,43		26,53
1586	17,25					31,05	39,68		60,38
1588	32,29					58,12	74,27		113,02
1589	1,75					3,15	4,03		6,13
1590	4,31					7,76	9,91		15,09
1591	2,33					4,19	5,36		8,16
1595	107,83					194,09	248,01		377,41
1596	86,27					155,29	198,42		301,95
1597	64,70					116,46	148,81		226,45
1598	96,76					174,17	222,55		338,66
1600	161,46					290,63	371,36		565,11
1601	96,76					174,17	222,55		338,66
1602	161,46					290,63	371,36		565,11
1610	86,27					155,29	198,42		301,95
1611	86,27					155,29	198,42		301,95
1612	64,70					116,46	148,81		226,45
1613	136,98					246,56	315,05		479,43
1614	183,02					329,44	420,95		640,57
1620	136,98					246,56	315,05		479,43
1621	64,70					116,46	148,81		226,45
1622	40,80					73,44	93,84		142,80
1623	136,98					246,56	315,05		479,43
1624	136,98					246,56	315,05		479,43
1625	129,40					232,92	297,62		452,90
1626	77,52					139,54	178,30		271,32
1628	43,07					77,53	99,06		150,75
1629	215,66					388,19	496,02		754,81
1635	43,07					77,53	99,06		150,75
1636	51,70					93,06	118,91		180,95
1637	81,60					146,88	187,68		285,60
1638	262,29					472,12	603,27		918,02
1639	32,29					58,12	74,27		113,02
1700	2,62					4,72	6,03		9,17
1701	4,31					7,76	9,91		15,09
1702	10,38					18,68	23,87		36,33
1703	8,63					15,53	19,85		30,21
1704	32,29					58,12	74,27		113,02
1708	4,37					7,87	10,05		15,30
1709	3,50					6,30	8,05		12,25
1710	3,44					6,19	7,91		12,04
1711	4,31					7,76	9,91		15,09
1712	6,94					12,49	15,96		24,29
1713	17,25					31,05	39,68		60,38
1714	13,41					24,14	30,84		46,94
1715	17,49					31,48	40,23		61,22

GOÄ-Nr.	1 fach EUR	1,15 fach EUR	1,16 fach EUR	1,3 fach EUR	1,38 fach EUR	1,8 fach EUR	2,3 fach EUR	2,5 fach EUR	3,5 fach EUR
1720	32,29					58,12	74,27		113,02
1721	32,29					58,12	74,27		113,02
1722	64,70					116,46	148,81		226,45
1723	96,76					174,17	222,55		338,66
1724	96,76					174,17	222,55		338,66
1728	3,44					6,19	7,91		12,04
1729	6,06					10,91	13,94		21,21
1730	2,16					3,89	4,97		7,56
1731	4,31					7,76	9,91		15,09
1732	4,31					7,76	9,91		15,09
1733	2,33					4,19	5,36		8,16
1737	4,31					7,76	9,91		15,09
1738	32,29					58,12	74,27		113,02
1739	3,50					6,30	8,05		12,25
1740	17,25					31,05	39,68		60,38
1741	21,57					38,83	49,61		75,50
1742	4,95					8,91	11,39		17,33
1745	32,29					58,12	74,27		113,02
1746	64,70					116,46	148,81		226,45
1747	32,29					58,12	74,27		113,02
1748	129,40					232,92	297,62		452,90
1749	145,72					262,30	335,16		510,02
1750	186,52					335,74	429,00		652,82
1751	53,86					96,95	123,88		188,51
1752	145,72					262,30	335,16		510,02
1753	32,06					57,71	73,74		112,21
1754	10,49					18,88	24,13		36,72
1755	26,99					48,58	62,08		94,47
1756	48,50					87,30	111,55		169,75
1757	32,29					58,12	74,27		113,02
1758	64,70					116,46	148,81		226,45
1759	163,20					293,76	375,36		571,20
1760	86,27					155,29	198,42		301,95
1761	43,07					77,53	99,06		150,75
1762	69,94					125,89	160,86		244,79
1763	43,13					77,63	99,20		150,96
1764	26,81					48,26	61,66		93,84
1765	43,07					77,53	99,06		150,75
1766	69,94					125,89	160,86		244,79
1767	26,99					48,58	62,08		94,47
1768	69,94					125,89	160,86		244,79
1769	86,27					155,29	198,42		301,95
1771	53,86					96,95	123,88		188,51
1772	86,27					155,29	198,42		301,95
1775	2,62					4,72	6,03		9,17

GOÄ-Nr.	1 fach EUR	1,15 fach EUR	1,16 fach EUR	1,3 fach EUR	1,38 fach EUR	1,8 fach EUR	2,3 fach EUR	2,5 fach EUR	3,5 fach EUR
1776	21,57					38,83	49,61		75,50
1777	53,86					96,95	123,88		188,51
1778	107,83					194,09	248,01		377,41
1779	150,96					271,73	347,21		528,36
1780	107,83					194,09	248,01		377,41
1781	161,46					290,63	371,36		565,11
1782	64,70					116,46	148,81		226,45
1783	107,83					194,09	248,01		377,41
1784	204,01					367,22	469,22		714,04
1785	12,07					21,73	27,76		42,25
1786	20,69					37,24	47,59		72,42
1787	14,69					26,44	33,79		51,42
1788	17,25					31,05	39,68		60,38
1789	18,94					34,09	43,56		66,29
1790	21,57					38,83	49,61		75,50
1791	8,63					15,53	19,85		30,21
1792	12,36					22,25	28,43		43,26
1793	23,31					41,96	53,61		81,59
1794	39,64					71,35	91,17		138,74
1795	15,91					28,64	36,59		55,69
1796	43,07					77,53	99,06		150,75
1797	20,69					37,24	47,59		72,42
1798	32,06					57,71	73,74		112,21
1799	8,74					15,73	20,10		30,59
1800	86,27					155,29	198,42		301,95
1801	86,27					155,29	198,42		301,95
1802	43,07					77,53	99,06		150,75
1803	64,70					116,46	148,81		226,45
1804	107,83					194,09	248,01		377,41
1805	107,83					194,09	248,01		377,41
1806	129,40					232,92	297,62		452,90
1807	237,23					427,01	545,63		830,31
1808	279,78					503,60	643,49		979,23
1809	268,70					483,66	618,01		940,45
1812	19,82					35,68	45,59		69,37
1814	52,46					94,43	120,66		183,61
1815	64,70					116,46	148,81		226,45
1816	28,04					50,47	64,49		98,14
1817	129,40					232,92	297,62		452,90
1818	161,46					290,63	371,36		565,11
1819	218,58					393,44	502,73		765,03
1823	150,96					271,73	347,21		528,36
1824	194,10					349,38	446,43		679,35
1825	161,46					290,63	371,36		565,11
1826	26,99					48,58	62,08		94,47

GOÄ-Nr.	1 fach EUR	1,15 fach EUR	1,16 fach EUR	1,3 fach EUR	1,38 fach EUR	1,8 fach EUR	2,3 fach EUR	2,5 fach EUR	3,5 fach EUR
1827	87,43					157,37	201,09		306,01
1828	87,43					157,37	201,09		306,01
1829	150,96					271,73	347,21		528,36
1829a	64,12					115,42	147,48		224,42
1830	64,70					116,46	148,81		226,45
1831	86,27					155,29	198,42		301,95
1832	96,76					174,17	222,55		338,66
1833	13,81					24,86	31,76		48,34
1834	86,27					155,29	198,42		301,95
1835	188,27					338,89	433,02		658,95
1836	161,46					290,63	371,36		565,11
1837	96,76					174,17	222,55		338,66
1838	129,40					232,92	297,62		452,90
1839	161,46					290,63	371,36		565,11
1840	161,46					290,63	371,36		565,11
1841	129,40					232,92	297,62		452,90
1842	188,27					338,89	433,02		658,95
1843	242,48					436,46	557,70		848,68
1845	290,85					523,53	668,96		1017,98
1846	242,48					436,46	557,70		848,68
1847	188,27					338,89	433,02		658,95
1848	129,40					232,92	297,62		452,90
1849	204,01					367,22	469,22		714,04
1850	378,87					681,97	871,40		1326,05
1851	72,86					131,15	167,58		255,01
1852	40,80					73,44	93,84		142,80
1853	69,94					125,89	160,86		244,79
1858	188,27					338,89	433,02		658,95
1859	242,48					436,46	557,70		848,68
1860	349,72					629,50	804,36		1224,02
2000	4,08					7,34	9,38		14,28
2001	7,58					13,64	17,43		26,53
2002	9,33					16,79	21,46		32,66
2003	7,58					13,64	17,43		26,53
2004	13,99					25,18	32,18		48,97
2005	23,31					41,96	53,61		81,59
2006	3,67					6,61	8,44		12,85
2007	2,33					4,19	5,36		8,16
2008	5,25					9,45	12,08		18,38
2009	5,83					10,49	13,41		20,41
2010	22,09					39,76	50,81		77,32
2015	3,50					6,30	8,05		12,25
2029	2,91					5,24	6,69		10,19
2030	7,58					13,64	17,43		26,53
2031	11,02					19,84	25,35		38,57

GOÄ-Nr.	1 fach EUR	1,15 fach EUR	1,16 fach EUR	1,3 fach EUR	1,38 fach EUR	1,8 fach EUR	2,3 fach EUR	2,5 fach EUR	3,5 fach EUR
2032	14,57					26,23	33,51		51,00
2033	3,32					5,98	7,64		11,62
2034	6,64					11,95	15,27		23,24
2035	10,49					18,88	24,13		36,72
2036	2,62					4,72	6,03		9,17
2040	32,29					58,12	74,27		113,02
2041	40,80					73,44	93,84		142,80
2042	64,12					115,42	147,48		224,42
2043	84,52					152,14	194,40		295,82
2044	99,09					178,36	227,91		346,82
2045	34,97					62,95	80,43		122,40
2050	104,92					188,86	241,32		367,22
2051	34,97					62,95	80,43		122,40
2052	32,29					58,12	74,27		113,02
2053	139,89					251,80	321,75		489,62
2054	139,89					251,80	321,75		489,62
2055	408,01					734,42	938,42		1428,04
2056	466,30					839,34	1072,49		1632,05
2060	13,41					24,14	30,84		46,94
2061	4,31					7,76	9,91		15,09
2062	21,57					38,83	49,61		75,50
2063	7,34					13,21	16,88		25,69
2064	53,86					96,95	123,88		188,51
2065	14,57					26,23	33,51		51,00
2066	26,23					47,21	60,33		91,81
2067	96,76					174,17	222,55		338,66
2070	96,76					174,17	222,55		338,66
2071	107,83					194,09	248,01		377,41
2072	26,99					48,58	62,08		94,47
2073	37,89					68,20	87,15		132,62
2074	64,12					115,42	147,48		224,42
2075	53,86					96,95	123,88		188,51
2076	55,37					99,67	127,35		193,80
2080	26,99					48,58	62,08		94,47
2081	53,86					96,95	123,88		188,51
2082	96,17					173,11	221,19		336,60
2083	96,17					173,11	221,19		336,60
2084	23,72					42,70	54,56		83,02
2087	53,86					96,95	123,88		188,51
2088	64,12					115,42	147,48		224,42
2089	104,92					188,86	241,32		367,22
2090	3,67					6,61	8,44		12,85
2091	53,86					96,95	123,88		188,51
2092	43,72					78,70	100,56		153,02
2093	2,91					5,24	6,69		10,19

GOÄ-Nr.	1 fach EUR	1,15 fach EUR	1,16 fach EUR	1,3 fach EUR	1,38 fach EUR	1,8 fach EUR	2,3 fach EUR	2,5 fach EUR	3,5 fach EUR
2100	16,20					29,16	37,26		56,70
2101	32,29					58,12	74,27		113,02
2102	64,70					116,46	148,81		226,45
2103	107,83					194,09	248,01		377,41
2104	134,64					242,35	309,67		471,24
2105	32,06					57,71	73,74		112,21
2106	64,70					116,46	148,81		226,45
2110	43,72					78,70	100,56		153,02
2111	64,70					116,46	148,81		226,45
2112	86,27					155,29	198,42		301,95
2113	107,83					194,09	248,01		377,41
2117	86,27					155,29	198,42		301,95
2118	26,99					48,58	62,08		94,47
2119	92,09					165,76	211,81		322,32
2120	37,89					68,20	87,15		132,62
2121	75,77					136,39	174,27		265,20
2122	23,72					42,70	54,56		83,02
2123	64,70					116,46	148,81		226,45
2124	107,83					194,09	248,01		377,41
2125	129,40					232,92	297,62		452,90
2126	161,46					290,63	371,36		565,11
2130	37,89					68,20	87,15		132,62
2131	75,77					136,39	174,27		265,20
2132	161,46					290,63	371,36		565,11
2133	122,40					220,32	281,52		428,40
2134	53,86					96,95	123,88		188,51
2135	81,60					146,88	187,68		285,60
2136	96,76					174,17	222,55		338,66
2137	122,40					220,32	281,52		428,40
2140	58,29					104,92	134,07		204,02
2141	104,92					188,86	241,32		367,22
2142	157,38					283,28	361,97		550,83
2143	283,28					509,90	651,54		991,48
2144	209,83					377,69	482,61		734,41
2145	377,70					679,86	868,71		1321,95
2146	104,92					188,86	241,32		367,22
2147	188,85					339,93	434,36		660,98
2148	122,40					220,32	281,52		428,40
2149	161,46					290,63	371,36		565,11
2150	290,27					522,49	667,62		1015,95
2151	215,66					388,19	496,02		754,81
2152	388,19					698,74	892,84		1358,67
2153	215,66					388,19	496,02		754,81
2154	388,19					698,74	892,84		1358,67
2155	8,63					15,53	19,85		30,21

GOÄ-Nr.	1 fach EUR	1,15 fach EUR	1,16 fach EUR	1,3 fach EUR	1,38 fach EUR	1,8 fach EUR	2,3 fach EUR	2,5 fach EUR	3,5 fach EUR
2156	26,99					48,58	62,08		94,47
2157	53,86					96,95	123,88		188,51
2158	21,57					38,83	49,61		75,50
2159	53,86					96,95	123,88		188,51
2160	64,70					116,46	148,81		226,45
2161	75,19					135,34	172,94		263,17
2162	86,27					155,29	198,42		301,95
2163	107,83					194,09	248,01		377,41
2164	215,66					388,19	496,02		754,81
2165	349,72					629,50	804,36		1224,02
2167	186,52					335,74	429,00		652,82
2168	186,52					335,74	429,00		652,82
2170	26,99					48,58	62,08		94,47
2171	64,70					116,46	148,81		226,45
2172	53,86					96,95	123,88		188,51
2173	64,70					116,46	148,81		226,45
2174	75,19					135,34	172,94		263,17
2181	13,23					23,81	30,43		46,31
2182	22,09					39,76	50,81		77,32
2183	43,13					77,63	99,20		150,96
2184	58,29					104,92	134,07		204,02
2189	87,43					157,37	201,09		306,01
2190	104,92					188,86	241,32		367,22
2191	116,57					209,83	268,11		408,00
2192	29,14					52,45	67,02		101,99
2193	104,92					188,86	241,32		367,22
2195	17,49					31,48	40,23		61,22
2196	14,57					26,23	33,51		51,00
2203	43,07					77,53	99,06		150,75
2204	64,70					116,46	148,81		226,45
2205	5,42					9,76	12,47		18,97
2206	8,16					14,69	18,77		28,56
2207	8,63					15,53	19,85		30,21
2208	12,82					23,08	29,49		44,87
2209	21,57					38,83	49,61		75,50
2210	23,72					42,70	54,56		83,02
2211	16,20					29,16	37,26		56,70
2212	24,48					44,06	56,30		85,68
2213	64,70					116,46	148,81		226,45
2214	21,57					38,83	49,61		75,50
2215	31,48					56,66	72,40		110,18
2216	107,83					194,09	248,01		377,41
2217	21,57					38,83	49,61		75,50
2218	31,48					56,66	72,40		110,18
2219	86,27					155,29	198,42		301,95

GOÄ-Nr.	1 fach EUR	1,15 fach EUR	1,16 fach EUR	1,3 fach EUR	1,38 fach EUR	1,8 fach EUR	2,3 fach EUR	2,5 fach EUR	3,5 fach EUR
2220	131,15					236,07	301,65		459,03
2221	6,47					11,65	14,88		22,65
2222	9,91					17,84	22,79		34,69
2223	23,31					41,96	53,61		81,59
2224	46,63					83,93	107,25		163,21
2225	58,29					104,92	134,07		204,02
2226	6,99					12,58	16,08		24,47
2230	52,46					94,43	120,66		183,61
2231	43,07					77,53	99,06		150,75
2232	64,70					116,46	148,81		226,45
2233	32,06					57,71	73,74		112,21
2234	27,57					49,63	63,41		96,50
2235	96,76					174,17	222,55		338,66
2236	107,83					194,09	248,01		377,41
2237	161,46					290,63	371,36		565,11
2238	188,27					338,89	433,02		658,95
2239	86,27					155,29	198,42		301,95
2240	161,46					290,63	371,36		565,11
2241	262,29					472,12	603,27		918,02
2250	26,99					48,58	62,08		94,47
2251	75,19					135,34	172,94		263,17
2252	107,83					194,09	248,01		377,41
2253	37,71					67,88	86,73		131,99
2254	43,07					77,53	99,06		150,75
2255	86,27					155,29	198,42		301,95
2256	26,99					48,58	62,08		94,47
2257	46,63					83,93	107,25		163,21
2258	69,94					125,89	160,86		244,79
2259	87,43					157,37	201,09		306,01
2260	107,83					194,09	248,01		377,41
2263	96,76					174,17	222,55		338,66
2265	161,46					290,63	371,36		565,11
2266	107,83					194,09	248,01		377,41
2267	26,99					48,58	62,08		94,47
2268	104,92					188,86	241,32		367,22
2269	104,92					188,86	241,32		367,22
2273	53,86					96,95	123,88		188,51
2274	107,83					194,09	248,01		377,41
2275	134,64					242,35	309,67		471,24
2276	161,46					290,63	371,36		565,11
2277	33,05					59,49	76,02		115,68
2278	204,01					367,22	469,22		714,04
2279	34,97					62,95	80,43		122,40
2280	66,16					119,09	152,17		231,56
2281	81,60					146,88	187,68		285,60

GOÄ-Nr.	1 fach EUR	1,15 fach EUR	1,16 fach EUR	1,3 fach EUR	1,38 fach EUR	1,8 fach EUR	2,3 fach EUR	2,5 fach EUR	3,5 fach EUR
2282	86,27					155,29	198,42		301,95
2283	107,83					194,09	248,01		377,41
2284	32,29					58,12	74,27		113,02
2285	86,27					155,29	198,42		301,95
2286	145,72					262,30	335,16		510,02
2287	215,66					388,19	496,02		754,81
2288	32,06					57,71	73,74		112,21
2289	233,15					419,67	536,25		816,03
2290	161,46					290,63	371,36		565,11
2291	53,62					96,52	123,33		187,67
2292	64,70					116,46	148,81		226,45
2293	21,57					38,83	49,61		75,50
2294	32,29					58,12	74,27		113,02
2295	26,99					48,58	62,08		94,47
2296	53,86					96,95	123,88		188,51
2297	68,78					123,80	158,19		240,73
2320	11,02					19,84	25,35		38,57
2321	13,23					23,81	30,43		46,31
2322	44,12					79,42	101,48		154,42
2323	44,12					79,42	101,48		154,42
2324	8,86					15,95	20,38		31,01
2325	33,05					59,49	76,02		115,68
2326	13,23					23,81	30,43		46,31
2327	27,57					49,63	63,41		96,50
2328	19,88					35,78	45,72		69,58
2329	27,57					49,63	63,41		96,50
2330	44,12					79,42	101,48		154,42
2331	13,23					23,81	30,43		46,31
2332	145,72					262,30	335,16		510,02
2333	215,66					388,19	496,02		754,81
2334	163,20					293,76	375,36		571,20
2335	27,57					49,63	63,41		96,50
2336	37,89					68,20	87,15		132,62
2337	4,43					7,97	10,19		15,51
2338	8,86					15,95	20,38		31,01
2338a	10,78					19,40	24,79		37,73
2339	22,09					39,76	50,81		77,32
2340	32,29					58,12	74,27		113,02
2344	64,70					116,46	148,81		226,45
2345	53,86					96,95	123,88		188,51
2346	16,20					29,16	37,26		56,70
2347	21,57					38,83	49,61		75,50
2348	32,35					58,23	74,41		113,23
2349	64,70					116,46	148,81		226,45
2350	96,76					174,17	222,55		338,66

GOÄ-Nr.	1 fach EUR	1,15 fach EUR	1,16 fach EUR	1,3 fach EUR	1,38 fach EUR	1,8 fach EUR	2,3 fach EUR	2,5 fach EUR	3,5 fach EUR
2351	86,27					155,29	198,42		301,95
2352	129,40					232,92	297,62		452,90
2353	10,78					19,40	24,79		37,73
2354	21,57					38,83	49,61		75,50
2355	64,70					116,46	148,81		226,45
2356	86,27					155,29	198,42		301,95
2357	161,46					290,63	371,36		565,11
2358	122,40					220,32	281,52		428,40
2380	18,07					32,53	41,56		63,25
2381	21,57					38,83	49,61		75,50
2382	43,07					77,53	99,06		150,75
2383	58,29					104,92	134,07		204,02
2384	43,07					77,53	99,06		150,75
2385	69,94					125,89	160,86		244,79
2386	40,10					72,18	92,23		140,35
2390	77,52					139,54	178,30		271,32
2391	87,43					157,37	201,09		306,01
2392	52,46					94,43	120,66		183,61
2392a	58,29					104,92	134,07		204,02
2393	43,07					77,53	99,06		150,75
2394	128,23					230,81	294,93		448,81
2395	145,72					262,30	335,16		510,02
2396	52,46					94,43	120,66		183,61
2397	34,97					62,95	80,43		122,40
2400	6,47					11,65	14,88		22,65
2401	7,75					13,95	17,83		27,13
2402	21,57					38,83	49,61		75,50
2403	7,75					13,95	17,83		27,13
2404	32,29					58,12	74,27		113,02
2405	21,57					38,83	49,61		75,50
2407	134,64					242,35	309,67		471,24
2408	64,12					115,42	147,48		224,42
2410	43,07					77,53	99,06		150,75
2411	53,86					96,95	123,88		188,51
2412	81,60					146,88	187,68		285,60
2413	134,64					242,35	309,67		471,24
2414	163,20					293,76	375,36		571,20
2415	116,57					209,83	268,11		408,00
2416	174,86					314,75	402,18		612,01
2417	46,63					83,93	107,25		163,21
2418	46,63					83,93	107,25		163,21
2419	69,94					125,89	160,86		244,79
2420	64,12					115,42	147,48		224,42
2421	34,97					62,95	80,43		122,40
2427	23,31					41,96	53,61		81,59

GOÄ-Nr.	1 fach EUR	1,15 fach EUR	1,16 fach EUR	1,3 fach EUR	1,38 fach EUR	1,8 fach EUR	2,3 fach EUR	2,5 fach EUR	3,5 fach EUR
2428	4,66					8,39	10,72		16,31
2429	12,82					23,08	29,49		44,87
2430	17,66					31,79	40,62		61,81
2431	22,09					39,76	50,81		77,32
2432	27,57					49,63	63,41		96,50
2440	46,63					83,93	107,25		163,21
2441	23,31					41,96	53,61		81,59
2442	52,46					94,43	120,66		183,61
2443	46,63					83,93	107,25		163,21
2444	17,49					31,48	40,23		61,22
2450	34,97					62,95	80,43		122,40
2451	145,72					262,30	335,16		510,02
2452	81,60					146,88	187,68		285,60
2453	116,57					209,83	268,11		408,00
2454	53,86					96,95	123,88		188,51
2500	107,83					194,09	248,01		377,41
2501	180,69					325,24	415,59		632,42
2502	160,29					288,52	368,67		561,02
2503	306,01					550,82	703,82		1071,04
2504	262,29					472,12	603,27		918,02
2505	174,86					314,75	402,18		612,01
2506	218,58					393,44	502,73		765,03
2507	104,92					188,86	241,32		367,22
2508	262,29					472,12	603,27		918,02
2509	218,58					393,44	502,73		765,03
2510	233,15					419,67	536,25		816,03
2515	58,29					104,92	134,07		204,02
2516	87,43					157,37	201,09		306,01
2517	131,15					236,07	301,65		459,03
2518	157,38					283,28	361,97		550,83
2519	131,15					236,07	301,65		459,03
2525	233,15					419,67	536,25		816,03
2526	218,58					393,44	502,73		765,03
2527	306,01					550,82	703,82		1071,04
2528	437,15					786,87	1005,45		1530,03
2529	466,30					839,34	1072,49		1632,05
2530	437,15					786,87	1005,45		1530,03
2531	437,15					786,87	1005,45		1530,03
2535	349,72					629,50	804,36		1224,02
2536	262,29					472,12	603,27		918,02
2537	364,30					655,74	837,89		1275,05
2538	218,58					393,44	502,73		765,03
2539	364,30					655,74	837,89		1275,05
2540	262,29					472,12	603,27		918,02
2541	262,29					472,12	603,27		918,02

GOÄ-Nr.	1 fach EUR	1,15 fach EUR	1,16 fach EUR	1,3 fach EUR	1,38 fach EUR	1,8 fach EUR	2,3 fach EUR	2,5 fach EUR	3,5 fach EUR
2542	104,92					188,86	241,32		367,22
2550	291,44					524,59	670,31		1020,04
2551	437,15					786,87	1005,45		1530,03
2552	364,30					655,74	837,89		1275,05
2553	349,72					629,50	804,36		1224,02
2554	104,92					188,86	241,32		367,22
2555	86,27					155,29	198,42		301,95
2556	107,83					194,09	248,01		377,41
2557	139,89					251,80	321,75		489,62
2560	218,58					393,44	502,73		765,03
2561	269,29					484,72	619,37		942,52
2562	131,15					236,07	301,65		459,03
2563	134,64					242,35	309,67		471,24
2564	279,78					503,60	643,49		979,23
2565	238,98					430,16	549,65		836,43
2566	174,86					314,75	402,18		612,01
2570	262,29					472,12	603,27		918,02
2571	154,46					278,03	355,26		540,61
2572	188,27					338,89	433,02		658,95
2573	29,14					52,45	67,02		101,99
2574	160,29					288,52	368,67		561,02
2575	204,01					367,22	469,22		714,04
2576	262,29					472,12	603,27		918,02
2577	233,15					419,67	536,25		816,03
2580	32,29					58,12	74,27		113,02
2581	53,86					96,95	123,88		188,51
2582	104,92					188,86	241,32		367,22
2583	53,86					96,95	123,88		188,51
2584	86,27					155,29	198,42		301,95
2585	151,55					272,79	348,57		530,43
2586	78,69					141,64	180,99		275,42
2587	107,83					194,09	248,01		377,41
2588	122,40					220,32	281,52		428,40
2589	139,89					251,80	321,75		489,62
2590	174,86					314,75	402,18		612,01
2591	349,72					629,50	804,36		1224,02
2592	104,92					188,86	241,32		367,22
2593	161,46					290,63	371,36		565,11
2594	174,86					314,75	402,18		612,01
2595	93,26					167,87	214,50		326,41
2596	139,89					251,80	321,75		489,62
2597	40,80					73,44	93,84		142,80
2598	81,60					146,88	187,68		285,60
2599	13,11					23,60	30,15		45,89
2600	87,43					157,37	201,09		306,01

GOÄ-Nr.	1 fach EUR	1,15 fach EUR	1,16 fach EUR	1,3 fach EUR	1,38 fach EUR	1,8 fach EUR	2,3 fach EUR	2,5 fach EUR	3,5 fach EUR
2601	58,29					104,92	134,07		204,02
2602	86,27					155,29	198,42		301,95
2603	174,86					314,75	402,18		612,01
2604	86,27					155,29	198,42		301,95
2620	43,72					78,70	100,56		153,02
2621	87,43					157,37	201,09		306,01
2622	524,59					944,26	1206,56		1836,07
2625	72,86					131,15	167,58		255,01
2626	145,72					262,30	335,16		510,02
2627	116,57					209,83	268,11		408,00
2630	349,72					629,50	804,36		1224,02
2640	69,94					125,89	160,86		244,79
2642	107,83					194,09	248,01		377,41
2650	43,13					77,63	99,20		150,96
2651	32,06					57,71	73,74		112,21
2655	55,37					99,67	127,35		193,80
2656	36,14					65,05	83,12		126,49
2657	44,30					79,74	101,89		155,05
2658	29,14					52,45	67,02		101,99
2660	23,31					41,96	53,61		81,59
2670	29,14					52,45	67,02		101,99
2671	17,49					31,48	40,23		61,22
2675	49,54					89,17	113,94		173,39
2676	128,23					230,81	294,93		448,81
2677	40,80					73,44	93,84		142,80
2680	5,83					10,49	13,41		20,41
2681	23,31					41,96	53,61		81,59
2682	81,60					146,88	187,68		285,60
2685	11,66					20,99	26,82		40,81
2686	17,49					31,48	40,23		61,22
2687	75,77					136,39	174,27		265,20
2688	43,72					78,70	100,56		153,02
2690	58,29					104,92	134,07		204,02
2691	209,83					377,69	482,61		734,41
2692	87,43					157,37	201,09		306,01
2693	69,94					125,89	160,86		244,79
2694	26,23					47,21	60,33		91,81
2695	157,38					283,28	361,97		550,83
2696	29,14					52,45	67,02		101,99
2697	20,40					36,72	46,92		71,40
2698	87,43					157,37	201,09		306,01
2699	128,23					230,81	294,93		448,81
2700	20,40					36,72	46,92		71,40
2701	104,92					188,86	241,32		367,22
2702	17,49					31,48	40,23		61,22

GOÄ-Nr.	1 fach EUR	1,15 fach EUR	1,16 fach EUR	1,3 fach EUR	1,38 fach EUR	1,8 fach EUR	2,3 fach EUR	2,5 fach EUR	3,5 fach EUR
2705	99,09					178,36	227,91		346,82
2706	75,77					136,39	174,27		265,20
2710	64,12					115,42	147,48		224,42
2711	43,72					78,70	100,56		153,02
2712	174,86					314,75	402,18		612,01
2715	116,57					209,83	268,11		408,00
2716	291,44					524,59	670,31		1020,04
2720	46,63					83,93	107,25		163,21
2730	29,14					52,45	67,02		101,99
2732	116,57					209,83	268,11		408,00
2750	64,70					116,46	148,81		226,45
2751	32,29					58,12	74,27		113,02
2752	78,69					141,64	180,99		275,42
2753	96,76					174,17	222,55		338,66
2754	96,76					174,17	222,55		338,66
2755	107,83					194,09	248,01		377,41
2756	128,23					230,81	294,93		448,81
2757	215,66					388,19	496,02		754,81
2760	69,94					125,89	160,86		244,79
2800	16,03					28,85	36,87		56,11
2801	26,99					48,58	62,08		94,47
2802	129,40					232,92	297,62		452,90
2803	86,27					155,29	198,42		301,95
2804	14,75					26,55	33,93		51,63
2805	20,40					36,72	46,92		71,40
2807	43,07					77,53	99,06		150,75
2808	23,31					41,96	53,61		81,59
2809	43,13					77,63	99,20		150,96
2810	291,44					524,59	670,31		1020,04
2820	183,02					329,44	420,95		640,57
2821	244,81					440,66	563,06		856,84
2822	134,06					241,31	308,34		469,21
2823	107,83					194,09	248,01		377,41
2824	174,86					314,75	402,18		612,01
2825	378,87					681,97	871,40		1326,05
2826	378,87					681,97	871,40		1326,05
2827	437,15					786,87	1005,45		1530,03
2828	174,86					314,75	402,18		612,01
2829	303,09					545,56	697,11		1060,82
2834	86,27					155,29	198,42		301,95
2835	262,29					472,12	603,27		918,02
2836	291,44					524,59	670,31		1020,04
2837	291,44					524,59	670,31		1020,04
2838	250,64					451,15	576,47		877,24
2839	174,86					314,75	402,18		612,01

GOÄ-Nr.	1 fach EUR	1,15 fach EUR	1,16 fach EUR	1,3 fach EUR	1,38 fach EUR	1,8 fach EUR	2,3 fach EUR	2,5 fach EUR	3,5 fach EUR
2840	174,86					314,75	402,18		612,01
2841	116,57					209,83	268,11		408,00
2842	215,66					388,19	496,02		754,81
2843	215,66					388,19	496,02		754,81
2844	320,58					577,04	737,33		1122,03
2880	8,63					15,53	19,85		30,21
2881	64,70					116,46	148,81		226,45
2882	107,83					194,09	248,01		377,41
2883	69,94					125,89	160,86		244,79
2885	64,70					116,46	148,81		226,45
2886	161,46					290,63	371,36		565,11
2887	116,57					209,83	268,11		408,00
2888	183,02					329,44	420,95		640,57
2889	215,66					388,19	496,02		754,81
2890	20,40					36,72	46,92		71,40
2891	174,86					314,75	402,18		612,01
2895	86,27					155,29	198,42		301,95
2896	122,40					220,32	281,52		428,40
2897	69,94					125,89	160,86		244,79
2898	87,43					157,37	201,09		306,01
2899	129,40					232,92	297,62		452,90
2900	183,02					329,44	420,95		640,57
2901	215,66					388,19	496,02		754,81
2902	269,29					484,72	619,37		942,52
2920	116,57					209,83	268,11		408,00
2921	86,27					155,29	198,42		301,95
2950	43,07					77,53	99,06		150,75
2951	64,70					116,46	148,81		226,45
2952	64,70					116,46	148,81		226,45
2953	183,02					329,44	420,95		640,57
2954	269,29					484,72	619,37		942,52
2955	291,44					524,59	670,31		1020,04
2956	122,40					220,32	281,52		428,40
2957	174,86					314,75	402,18		612,01
2959	297,27					535,09	683,72		1040,45
2960	174,86					314,75	402,18		612,01
2970	32,29					58,12	74,27		113,02
2971	8,63					15,53	19,85		30,21
2972	38,82					69,88	89,29		135,87
2973	129,40					232,92	297,62		452,90
2974	183,02					329,44	420,95		640,57
2975	279,78					503,60	643,49		979,23
2976	116,57					209,83	268,11		408,00
2977	43,07					77,53	99,06		150,75
2979	64,70					116,46	148,81		226,45

GOÄ-Nr.	1 fach EUR	1,15 fach EUR	1,16 fach EUR	1,3 fach EUR	1,38 fach EUR	1,8 fach EUR	2,3 fach EUR	2,5 fach EUR	3,5 fach EUR
2985	129,40					232,92	297,62		452,90
2990	64,70					116,46	148,81		226,45
2991	86,27					155,29	198,42		301,95
2992	75,19					135,34	172,94		263,17
2993	86,27					155,29	198,42		301,95
2994	161,46					290,63	371,36		565,11
2995	183,02					329,44	420,95		640,57
2996	233,15					419,67	536,25		816,03
2997	297,27					535,09	683,72		1040,45
2998	279,78					503,60	643,49		979,23
2999	326,41					587,54	750,74		1142,44
3000	161,46					290,63	371,36		565,11
3001	338,07					608,53	777,56		1183,25
3002	279,78					503,60	643,49		979,23
3010	64,70					116,46	148,81		226,45
3011	233,15					419,67	536,25		816,03
3012	32,29					58,12	74,27		113,02
3013	233,15					419,67	536,25		816,03
3050	107,83					194,09	248,01		377,41
3051	75,19					135,34	172,94		263,17
3052	64,70					116,46	148,81		226,45
3053	64,70					116,46	148,81		226,45
3054	107,83					194,09	248,01		377,41
3055	32,29					58,12	74,27		113,02
3060	32,29					58,12	74,27		113,02
3065	116,57					209,83	268,11		408,00
3066	183,02					329,44	420,95		640,57
3067	86,27					155,29	198,42		301,95
3068	183,02					329,44	420,95		640,57
3069	174,86					314,75	402,18		612,01
3070	174,86					314,75	402,18		612,01
3071	174,86					314,75	402,18		612,01
3072	174,86					314,75	402,18		612,01
3073	233,15					419,67	536,25		816,03
3074	378,87					681,97	871,40		1326,05
3075	174,86					314,75	402,18		612,01
3076	279,78					503,60	643,49		979,23
3077	174,86					314,75	402,18		612,01
3078	233,15					419,67	536,25		816,03
3079	174,86					314,75	402,18		612,01
3084	192,35					346,23	442,41		673,23
3085	183,02					329,44	420,95		640,57
3086	326,41					587,54	750,74		1142,44
3087	437,15					786,87	1005,45		1530,03
3088	326,41					587,54	750,74		1142,44

GOÄ-Nr.	1 fach EUR	1,15 fach EUR	1,16 fach EUR	1,3 fach EUR	1,38 fach EUR	1,8 fach EUR	2,3 fach EUR	2,5 fach EUR	3,5 fach EUR
3089	437,15					786,87	1005,45		1530,03
3090	233,15					419,67	536,25		816,03
3091	262,29					472,12	603,27		918,02
3095	161,46					290,63	371,36		565,11
3096	64,70					116,46	148,81		226,45
3097	161,46					290,63	371,36		565,11
3120	17,49					31,48	40,23		61,22
3121	29,14					52,45	67,02		101,99
3122	21,86					39,35	50,28		76,51
3125	64,70					116,46	148,81		226,45
3126	233,15					419,67	536,25		816,03
3127	291,44					524,59	670,31		1020,04
3128	174,86					314,75	402,18		612,01
3129	174,86					314,75	402,18		612,01
3130	291,44					524,59	670,31		1020,04
3135	64,70					116,46	148,81		226,45
3136	64,70					116,46	148,81		226,45
3137	64,70					116,46	148,81		226,45
3138	93,26					167,87	214,50		326,41
3139	161,46					290,63	371,36		565,11
3144	110,75					199,35	254,73		387,63
3145	161,46					290,63	371,36		565,11
3146	233,15					419,67	536,25		816,03
3147	279,78					503,60	643,49		979,23
3148	233,15					419,67	536,25		816,03
3149	306,01					550,82	703,82		1071,04
3150	93,26					167,87	214,50		326,41
3151	157,38					283,28	361,97		550,83
3152	110,75					199,35	254,73		387,63
3153	174,86					314,75	402,18		612,01
3154	174,86					314,75	402,18		612,01
3155	262,29					472,12	603,27		918,02
3156	26,23					47,21	60,33		91,81
3157	269,29					484,72	619,37		942,52
3158	129,40					232,92	297,62		452,90
3165	233,15					419,67	536,25		816,03
3166	174,86					314,75	402,18		612,01
3167	129,40					232,92	297,62		452,90
3168	151,55					272,79	348,57		530,43
3169	218,58					393,44	502,73		765,03
3170	306,01					550,82	703,82		1071,04
3171	145,72					262,30	335,16		510,02
3172	93,26					167,87	214,50		326,41
3173	86,27					155,29	198,42		301,95
3174	157,38					283,28	361,97		550,83

GOÄ-Nr.	1 fach EUR	1,15 fach EUR	1,16 fach EUR	1,3 fach EUR	1,38 fach EUR	1,8 fach EUR	2,3 fach EUR	2,5 fach EUR	3,5 fach EUR
3175	157,38					283,28	361,97		550,83
3176	204,01					367,22	469,22		714,04
3177	291,44					524,59	670,31		1020,04
3179	233,15					419,67	536,25		816,03
3181	204,01					367,22	469,22		714,04
3183	378,87					681,97	871,40		1326,05
3184	437,15					786,87	1005,45		1530,03
3185	174,86					314,75	402,18		612,01
3186	145,72					262,30	335,16		510,02
3187	189,43					340,97	435,69		663,01
3188	244,81					440,66	563,06		856,84
3189	233,15					419,67	536,25		816,03
3190	157,38					283,28	361,97		550,83
3192	116,57					209,83	268,11		408,00
3194	215,66					388,19	496,02		754,81
3195	269,29					484,72	619,37		942,52
3196	129,40					232,92	297,62		452,90
3197	269,29					484,72	619,37		942,52
3198	291,44					524,59	670,31		1020,04
3199	129,40					232,92	297,62		452,90
3200	86,27					155,29	198,42		301,95
3202	174,86					314,75	402,18		612,01
3205	131,15					236,07	301,65		459,03
3206	131,15					236,07	301,65		459,03
3207	86,27					155,29	198,42		301,95
3208	72,86					131,15	167,58		255,01
3209	102,00					183,60	234,60		357,00
3210	116,57					209,83	268,11		408,00
3211	6,99					12,58	16,08		24,47
3215	8,74					15,73	20,10		30,59
3216	69,94					125,89	160,86		244,79
3217	218,58					393,44	502,73		765,03
3218	157,38					283,28	361,97		550,83
3219	16,20					29,16	37,26		56,70
3220	17,49					31,48	40,23		61,22
3221	21,57					38,83	49,61		75,50
3222	40,80					73,44	93,84		142,80
3223	49,54					89,17	113,94		173,39
3224	67,03					120,65	154,17		234,61
3226	204,01					367,22	469,22		714,04
3230	6,99					12,58	16,08		24,47
3231	67,03					120,65	154,17		234,61
3232	129,40					232,92	297,62		452,90
3233	163,20					293,76	375,36		571,20
3234	204,01					367,22	469,22		714,04

GOÄ-Nr.	1 fach EUR	1,15 fach EUR	1,16 fach EUR	1,3 fach EUR	1,38 fach EUR	1,8 fach EUR	2,3 fach EUR	2,5 fach EUR	3,5 fach EUR
3235	291,44					524,59	670,31		1020,04
3236	6,47					11,65	14,88		22,65
3237	21,57					38,83	49,61		75,50
3238	10,78					19,40	24,79		37,73
3239	104,92					188,86	241,32		367,22
3240	32,29					58,12	74,27		113,02
3241	53,86					96,95	123,88		188,51
3280	161,46					290,63	371,36		565,11
3281	131,15					236,07	301,65		459,03
3282	12,94					23,29	29,76		45,29
3283	64,70					116,46	148,81		226,45
3284	145,72					262,30	335,16		510,02
3285	75,19					135,34	172,94		263,17
3286	116,57					209,83	268,11		408,00
3287	145,72					262,30	335,16		510,02
3288	131,15					236,07	301,65		459,03
3300	29,14					52,45	67,02		101,99
3301	27,57					49,63	63,41		96,50
3302	13,23					23,81	30,43		46,31
3305	2,16					3,89	4,97		7,56
3306	8,63					15,53	19,85		30,21
3310	4,43					7,97	10,19		15,51
3311	8,86					15,95	20,38		31,01
3312	11,02					19,84	25,35		38,57
3313	17,66					31,79	40,62		61,81
3314	22,09					39,76	50,81		77,32
3315	27,57					49,63	63,41		96,50
3316	44,12					79,42	101,48		154,42
3317	55,14					99,25	126,82		192,99
3320	5,54					9,97	12,74		19,39
3321	8,86					15,95	20,38		31,01
3500	5,25	6,04	6,09	6,83					
3501	3,50	4,03	4,06	4,55					
3502	6,99	8,04	8,11	9,09					
3503	4,08	4,69	4,73	5,30					
3504	3,50	4,03	4,06	4,55					
3505	3,50	4,03	4,06	4,55					
3506	3,50	4,03	4,06	4,55					
3508	4,66	5,36	5,41	6,06					
3509	5,83	6,70	6,76	7,58					
3510	6,99	8,04	8,11	9,09					
3511	2,91	3,35	3,38	3,78					
3512	4,08	4,69	4,73	5,30					
3513	4,08	4,69	4,73	5,30					
3514	4,08	4,69	4,73	5,30					

GOÄ-Nr.	1 fach EUR	1,15 fach EUR	1,16 fach EUR	1,3 fach EUR	1,38 fach EUR	1,8 fach EUR	2,3 fach EUR	2,5 fach EUR	3,5 fach EUR
3515	4,08	4,69	4,73	5,30					
3516	4,08	4,69	4,73	5,30					
3517	4,08	4,69	4,73	5,30					
3518	4,08	4,69	4,73	5,30					
3519	4,08	4,69	4,73	5,30					
3520	4,08	4,69	4,73	5,30					
3521	4,08	4,69	4,73	5,30					
3523	5,83	6,70	6,76	7,58					
3524	5,83	6,70	6,76	7,58					
3525	5,83	6,70	6,76	7,58					
3526	5,83	6,70	6,76	7,58					
3528	7,58	8,72	8,79	9,85					
3529	8,74	10,05	10,14	11,36					
3530	6,99	8,04	8,11	9,09					
3531	4,08	4,69	4,73	5,30					
3532	5,25	6,04	6,09	6,83					
3541.H	27,98	32,18	32,46	36,37					
3550	3,50	4,03	4,06	4,55					
3551	1,17	1,35	1,36	1,52					
3552	4,08	4,69	4,73	5,30					
3555	2,33	2,68	2,70	3,03					
3556	1,75	2,01	2,03	2,28					
3557	1,75	2,01	2,03	2,28					
3558	1,75	2,01	2,03	2,28					
3560	2,33	2,68	2,70	3,03					
3561	11,66	13,41	13,53	15,16					
3562.H1	2,33	2,68	2,70	3,03					
3563.H1	2,33	2,68	2,70	3,03					
3564.H	2,33	2,68	2,70	3,03					
3565.H	2,33	2,68	2,70	3,03					
3570.H1	1,75	2,01	2,03	2,28					
3571	8,74	10,05	10,14	11,36					
3572	14,57	16,76	16,90	18,94					
3573.H1	1,75	2,01	2,03	2,28					
3574	11,66	13,41	13,53	15,16					
3575	5,83	6,70	6,76	7,58					
3580.H1	2,33	2,68	2,70	3,03					
3581.H1	2,33	2,68	2,70	3,03					
3582	4,08	4,69	4,73	5,30					
3583.H1	2,33	2,68	2,70	3,03					
3584.H1	2,33	2,68	2,70	3,03					
3585.H1	2,33	2,68	2,70	3,03					
3587.H1	2,33	2,68	2,70	3,03					
3588.H1	2,91	3,35	3,38	3,78					
3589.H1	2,33	2,68	2,70	3,03					

GOÄ-Nr.	1 fach EUR	1,15 fach EUR	1,16 fach EUR	1,3 fach EUR	1,38 fach EUR	1,8 fach EUR	2,3 fach EUR	2,5 fach EUR	3,5 fach EUR
3590.H1	2,33	2,68	2,70	3,03					
3591.H1	2,91	3,35	3,38	3,78					
3592.H1	2,33	2,68	2,70	3,03					
3593.H1	2,91	3,35	3,38	3,78					
3594.H1	2,33	2,68	2,70	3,03					
3595.H1	2,33	2,68	2,70	3,03					
3596.H1	2,33	2,68	2,70	3,03					
3597.H1	2,33	2,68	2,70	3,03					
3598.H1	2,91	3,35	3,38	3,78					
3599	4,08	4,69	4,73	5,30					
3605	2,91	3,35	3,38	3,78					
3606	4,08	4,69	4,73	5,30					
3607	2,91	3,35	3,38	3,78					
3610	5,83	6,70	6,76	7,58					
3611	9,33	10,73	10,82	12,13					
3612	16,32	18,77	18,93	21,22					
3613	9,33	10,73	10,82	12,13					
3615	3,50	4,03	4,06	4,55					
3620	2,33	2,68	2,70	3,03					
3621	2,33	2,68	2,70	3,03					
3630.H	50,71	58,32	58,82	65,92					
3631.H	81,60	93,84	94,66	106,08					
3633.H	32,06	36,87	37,19	41,68					
3650	3,50	4,03	4,06	4,55					
3651	4,08	4,69	4,73	5,30					
3652	2,04	2,35	2,37	2,65					
3653	2,91	3,35	3,38	3,78					
3654	4,66	5,36	5,41	6,06					
3660	2,33	2,68	2,70	3,03					
3661	2,33	2,68	2,70	3,03					
3662	4,08	4,69	4,73	5,30					
3663	9,33	10,73	10,82	12,13					
3664	6,99	8,04	8,11	9,09					
3665	8,74	10,05	10,14	11,36					
3667	4,08	4,69	4,73	5,30					
3668	23,31	26,81	27,04	30,30					
3669	3,50	4,03	4,06	4,55					
3670	3,50	4,03	4,06	4,55					
3671	9,33	10,73	10,82	12,13					
3672	14,57	16,76	16,90	18,94					
3673	33,22	38,20	38,54	43,19					
3680	5,25	6,04	6,09	6,83					
3681	33,22	38,20	38,54	43,19					
3682	6,99	8,04	8,11	9,09					
3683	14,57	16,76	16,90	18,94					

GOÄ-Nr.	1 fach EUR	1,15 fach EUR	1,16 fach EUR	1,3 fach EUR	1,38 fach EUR	1,8 fach EUR	2,3 fach EUR	2,5 fach EUR	3,5 fach EUR
3686	4,08	4,69	4,73	5,30					
3688	5,25	6,04	6,09	6,83					
3689	9,33	10,73	10,82	12,13					
3690	10,49	12,06	12,17	13,64					
3691	33,22	38,20	38,54	43,19					
3692	3,50	4,03	4,06	4,55					
3693	33,22	38,20	38,54	43,19					
3694	33,22	38,20	38,54	43,19					
3695	6,99	8,04	8,11	9,09					
3696	33,22	38,20	38,54	43,19					
3697	14,57	16,76	16,90	18,94					
3698	26,23	30,16	30,43	34,10					
3699	20,98	24,13	24,34	27,27					
3700	116,57	134,06	135,22	151,54					
3710	5,25	6,04	6,09	6,83					
3711	2,33	2,68	2,70	3,03					
3712	14,57	16,76	16,90	18,94					
3714	2,33	2,68	2,70	3,03					
3715	3,50	4,03	4,06	4,55					
3716	2,91	3,35	3,38	3,78					
3721	14,57	16,76	16,90	18,94					
3722	4,08	4,69	4,73	5,30					
3723	11,66	13,41	13,53	15,16					
3724	11,66	13,41	13,53	15,16					
3725	11,66	13,41	13,53	15,16					
3726	23,90	27,49	27,72	31,07					
3727	39,64	45,59	45,98	51,53					
3728	10,49	12,06	12,17	13,64					
3729	17,49	20,11	20,29	22,74					
3730	17,49	20,11	20,29	22,74					
3735	8,74	10,05	10,14	11,36					
3736	6,99	8,04	8,11	9,09					
3737	33,22	38,20	38,54	43,19					
3738	14,57	16,76	16,90	18,94					
3739	10,49	12,06	12,17	13,64					
3740	10,49	12,06	12,17	13,64					
3741	11,66	13,41	13,53	15,16					
3742	14,57	16,76	16,90	18,94					
3743	14,57	16,76	16,90	18,94					
3744	26,23	30,16	30,43	34,10					
3745	10,49	12,06	12,17	13,64					
3746	10,49	12,06	12,17	13,64					
3747	10,49	12,06	12,17	13,64					
3748	11,66	13,41	13,53	15,16					
3749	11,66	13,41	13,53	15,16					

GOÄ-Nr.	1 fach EUR	1,15 fach EUR	1,16 fach EUR	1,3 fach EUR	1,38 fach EUR	1,8 fach EUR	2,3 fach EUR	2,5 fach EUR	3,5 fach EUR
3750	33,22	38,20	38,54	43,19					
3751	2,33	2,68	2,70	3,03					
3752	6,99	8,04	8,11	9,09					
3753	10,49	12,06	12,17	13,64					
3754	11,66	13,41	13,53	15,16					
3755	3,50	4,03	4,06	4,55					
3756	11,66	13,41	13,53	15,16					
3758	3,50	4,03	4,06	4,55					
3759	10,49	12,06	12,17	13,64					
3760	4,08	4,69	4,73	5,30					
3761	14,57	16,76	16,90	18,94					
3762	2,33	2,68	2,70	3,03					
3763	33,22	38,20	38,54	43,19					
3764	14,57	16,76	16,90	18,94					
3765	26,23	30,16	30,43	34,10					
3766.H4	14,57	16,76	16,90	18,94					
3767	26,23	30,16	30,43	34,10					
3768	20,98	24,13	24,34	27,27					
3774	12,82	14,74	14,87	16,67					
3775	10,49	12,06	12,17	13,64					
3776	17,49	20,11	20,29	22,74					
3777	16,90	19,44	19,60	21,97					
3778	6,99	8,04	8,11	9,09					
3779	2,33	2,68	2,70	3,03					
3780	6,99	8,04	8,11	9,09					
3781	12,82	14,74	14,87	16,67					
3782	11,66	13,41	13,53	15,16					
3783	33,22	38,20	38,54	43,19					
3784	8,74	10,05	10,14	11,36					
3785	17,49	20,11	20,29	22,74					
3786	12,82	14,74	14,87	16,67					
3787	6,99	8,04	8,11	9,09					
3788	11,66	13,41	13,53	15,16					
3789	6,99	8,04	8,11	9,09					
3790	6,99	8,04	8,11	9,09					
3791	16,90	19,44	19,60	21,97					
3792	10,49	12,06	12,17	13,64					
3793	6,99	8,04	8,11	9,09					
3794	11,66	13,41	13,53	15,16					
3795	6,41	7,37	7,44	8,33					
3796	11,66	13,41	13,53	15,16					
3805.H2	16,90	19,44	19,60	21,97					
3806.H2	16,90	19,44	19,60	21,97					
3807.H2	16,90	19,44	19,60	21,97					
3808.H2	16,90	19,44	19,60	21,97					

GOÄ-Nr.	1 fach EUR	1,15 fach EUR	1,16 fach EUR	1,3 fach EUR	1,38 fach EUR	1,8 fach EUR	2,3 fach EUR	2,5 fach EUR	3,5 fach EUR
3809.H2	16,90	19,44	19,60	21,97					
3811.H2	16,90	19,44	19,60	21,97					
3812.H2	16,90	19,44	19,60	21,97					
3813.H2	16,90	19,44	19,60	21,97					
3814.H2	16,90	19,44	19,60	21,97					
3815.H2	16,90	19,44	19,60	21,97					
3816.H2	16,90	19,44	19,60	21,97					
3817.H2	16,90	19,44	19,60	21,97					
3818.H2	16,90	19,44	19,60	21,97					
3819.H2	16,90	19,44	19,60	21,97					
3820.H2	16,90	19,44	19,60	21,97					
3821.H2	16,90	19,44	19,60	21,97					
3822.H2	16,90	19,44	19,60	21,97					
3823.H2	16,90	19,44	19,60	21,97					
3824.H2	16,90	19,44	19,60	21,97					
3825.H2	16,90	19,44	19,60	21,97					
3826.H2	16,90	19,44	19,60	21,97					
3827.H2	16,90	19,44	19,60	21,97					
3832	29,73	34,19	34,49	38,65					
3833	29,73	34,19	34,49	38,65					
3834	29,73	34,19	34,49	38,65					
3835	29,73	34,19	34,49	38,65					
3836	29,73	34,19	34,49	38,65					
3838	29,73	34,19	34,49	38,65					
3839	29,73	34,19	34,49	38,65					
3840	29,73	34,19	34,49	38,65					
3841	29,73	34,19	34,49	38,65					
3842	29,73	34,19	34,49	38,65					
3843	29,73	34,19	34,49	38,65					
3844	29,73	34,19	34,49	38,65					
3845	29,73	34,19	34,49	38,65					
3846	29,73	34,19	34,49	38,65					
3847	29,73	34,19	34,49	38,65					
3848	29,73	34,19	34,49	38,65					
3849	29,73	34,19	34,49	38,65					
3850	29,73	34,19	34,49	38,65					
3852	29,73	34,19	34,49	38,65					
3853	29,73	34,19	34,49	38,65					
3854	29,73	34,19	34,49	38,65					
3857	17,49	20,11	20,29	22,74					
3858	17,49	20,11	20,29	22,74					
3859	17,49	20,11	20,29	22,74					
3860	17,49	20,11	20,29	22,74					
3861	17,49	20,11	20,29	22,74					
3862	17,49	20,11	20,29	22,74					

GOÄ-Nr.	1 fach EUR	1,15 fach EUR	1,16 fach EUR	1,3 fach EUR	1,38 fach EUR	1,8 fach EUR	2,3 fach EUR	2,5 fach EUR	3,5 fach EUR
3863	17,49	20,11	20,29	22,74					
3864	17,49	20,11	20,29	22,74					
3868	26,23	30,16	30,43	34,10					
3869	26,23	30,16	30,43	34,10					
3870	26,23	30,16	30,43	34,10					
3871	26,23	30,16	30,43	34,10					
3872	26,23	30,16	30,43	34,10					
3873	26,23	30,16	30,43	34,10					
3874	26,23	30,16	30,43	34,10					
3875	26,23	30,16	30,43	34,10					
3876	26,23	30,16	30,43	34,10					
3877	26,23	30,16	30,43	34,10					
3879	32,06	36,87	37,19	41,68					
3881	16,90	19,44	19,60	21,97					
3884	5,25	6,04	6,09	6,83					
3885	5,25	6,04	6,09	6,83					
3886	10,49	12,06	12,17	13,64					
3889	11,66	13,41	13,53	15,16					
3890	14,57	16,76	16,90	18,94					
3891	14,57	16,76	16,90	18,94					
3892	11,66	13,41	13,53	15,16					
3893	29,14	33,51	33,80	37,88					
3894	52,46	60,33	60,85	68,20					
3895	64,12	73,74	74,38	83,36					
3896	16,90	19,44	19,60	21,97					
3897	29,73	34,19	34,49	38,65					
3898	26,23	30,16	30,43	34,10					
3900.H3	17,49	20,11	20,29	22,74					
3901.H3	26,23	30,16	30,43	34,10					
3902.H3	17,49	20,11	20,29	22,74					
3903.H3	26,23	30,16	30,43	34,10					
3904.H3	26,23	30,16	30,43	34,10					
3905.H3	14,57	16,76	16,90	18,94					
3906.H3	26,23	30,16	30,43	34,10					
3907.H3	26,23	30,16	30,43	34,10					
3908.H3	17,49	20,11	20,29	22,74					
3909.H3	26,23	30,16	30,43	34,10					
3910.H3	26,23	30,16	30,43	34,10					
3911.H3	26,23	30,16	30,43	34,10					
3920	52,46	60,33	60,85	68,20					
3921	8,74	10,05	10,14	11,36					
3922	29,14	33,51	33,80	37,88					
3923	58,29	67,03	67,62	75,78					
3924	17,49	20,11	20,29	22,74					
3925	34,97	40,22	40,57	45,46					

GOÄ-Nr.	1 fach EUR	1,15 fach EUR	1,16 fach EUR	1,3 fach EUR	1,38 fach EUR	1,8 fach EUR	2,3 fach EUR	2,5 fach EUR	3,5 fach EUR
3926	116,57	134,06	135,22	151,54					
3930	6,41	7,37	7,44	8,33					
3931	10,49	12,06	12,17	13,64					
3932	3,50	4,03	4,06	4,55					
3933	5,83	6,70	6,76	7,58					
3934	10,49	12,06	12,17	13,64					
3935	6,99	8,04	8,11	9,09					
3936	14,57	16,76	16,90	18,94					
3937	10,49	12,06	12,17	13,64					
3938	20,98	24,13	24,34	27,27					
3939	26,81	30,83	31,10	34,85					
3940	41,97	48,27	48,69	54,56					
3941	14,57	16,76	16,90	18,94					
3942	10,49	12,06	12,17	13,64					
3943	14,57	16,76	16,90	18,94					
3944	17,49	20,11	20,29	22,74					
3945	8,16	9,38	9,47	10,61					
3946	4,08	4,69	4,73	5,30					
3947	26,81	30,83	31,10	34,85					
3948	8,16	9,38	9,47	10,61					
3949	23,90	27,49	27,72	31,07					
3950	27,98	32,18	32,46	36,37					
3951	26,23	30,16	30,43	34,10					
3952	26,23	30,16	30,43	34,10					
3953	26,23	30,16	30,43	34,10					
3954	26,23	30,16	30,43	34,10					
3955	5,83	6,70	6,76	7,58					
3956	11,66	13,41	13,53	15,16					
3957	10,49	12,06	12,17	13,64					
3958	27,98	32,18	32,46	36,37					
3959	5,83	6,70	6,76	7,58					
3960	4,08	4,69	4,73	5,30					
3961	52,46	60,33	60,85	68,20					
3962	3,50	4,03	4,06	4,55					
3963	27,98	32,18	32,46	36,37					
3964	20,98	24,13	24,34	27,27					
3965	15,15	17,42	17,57	19,70					
3966	34,97	40,22	40,57	45,46					
3967	29,14	33,51	33,80	37,88					
3968	14,57	16,76	16,90	18,94					
3969	14,57	16,76	16,90	18,94					
3970	14,57	16,76	16,90	18,94					
3971	14,57	16,76	16,90	18,94					
3980	5,83	6,70	6,76	7,58					
3981	10,49	12,06	12,17	13,64					

GOÄ-Nr.	1 fach EUR	1,15 fach EUR	1,16 fach EUR	1,3 fach EUR	1,38 fach EUR	1,8 fach EUR	2,3 fach EUR	2,5 fach EUR	3,5 fach EUR
3982	17,49	20,11	20,29	22,74					
3983	29,14	33,51	33,80	37,88					
3984	6,99	8,04	8,11	9,09					
3985	11,66	13,41	13,53	15,16					
3986	20,98	24,13	24,34	27,27					
3987	8,16	9,38	9,47	10,61					
3988	11,66	13,41	13,53	15,16					
3989	3,50	4,03	4,06	4,55					
3990	4,08	4,69	4,73	5,30					
3991	5,83	6,70	6,76	7,58					
3992	1,75	2,01	2,03	2,28					
3993	23,31	26,81	27,04	30,30					
3994	8,16	9,38	9,47	10,61					
3995	20,40	23,46	23,66	26,52					
3996	34,97	40,22	40,57	45,46					
3997	6,99	8,04	8,11	9,09					
3998	5,25	6,04	6,09	6,83					
3999	20,98	24,13	24,34	27,27					
4000	11,66	13,41	13,53	15,16					
4001	17,49	20,11	20,29	22,74					
4002	5,83	6,70	6,76	7,58					
4003	23,31	26,81	27,04	30,30					
4004	43,72	50,28	50,72	56,84					
4005	174,86	201,09	202,84	227,32					
4006	1,75	2,01	2,03	2,28					
4007	209,83	241,30	243,40	272,78					
4008	145,72	167,58	169,04	189,44					
4009	157,38	180,99	182,56	204,59					
4010	46,63	53,62	54,09	60,62					
4011	93,26	107,25	108,18	121,24					
4012	43,72	50,28	50,72	56,84					
4013	268,12	308,34	311,02	348,56					
4014	134,06	154,17	155,51	174,28					
4020	14,57	16,76	16,90	18,94					
4021	14,57	16,76	16,90	18,94					
4022.H4	14,57	16,76	16,90	18,94					
4023.H4	14,57	16,76	16,90	18,94					
4024	14,57	16,76	16,90	18,94					
4025	14,57	16,76	16,90	18,94					
4026	14,57	16,76	16,90	18,94					
4027	14,57	16,76	16,90	18,94					
4028	14,57	16,76	16,90	18,94					
4029.H4	14,57	16,76	16,90	18,94					
4030	14,57	16,76	16,90	18,94					
4031.H4	14,57	16,76	16,90	18,94					

GOÄ-Nr.	1 fach EUR	1,15 fach EUR	1,16 fach EUR	1,3 fach EUR	1,38 fach EUR	1,8 fach EUR	2,3 fach EUR	2,5 fach EUR	3,5 fach EUR
4032.H4	14,57	16,76	16,90	18,94					
4033	14,57	16,76	16,90	18,94					
4035	20,40	23,46	23,66	26,52					
4036	20,40	23,46	23,66	26,52					
4037	20,40	23,46	23,66	26,52					
4038	20,40	23,46	23,66	26,52					
4039	20,40	23,46	23,66	26,52					
4040	20,40	23,46	23,66	26,52					
4041	20,40	23,46	23,66	26,52					
4042	20,40	23,46	23,66	26,52					
4043	20,40	23,46	23,66	26,52					
4044	20,40	23,46	23,66	26,52					
4045	27,98	32,18	32,46	36,37					
4046	27,98	32,18	32,46	36,37					
4047	27,98	32,18	32,46	36,37					
4048	27,98	32,18	32,46	36,37					
4049	27,98	32,18	32,46	36,37					
4050	27,98	32,18	32,46	36,37					
4051	27,98	32,18	32,46	36,37					
4052	27,98	32,18	32,46	36,37					
4053	27,98	32,18	32,46	36,37					
4054	27,98	32,18	32,46	36,37					
4055	27,98	32,18	32,46	36,37					
4056	27,98	32,18	32,46	36,37					
4057	27,98	32,18	32,46	36,37					
4058	27,98	32,18	32,46	36,37					
4060	27,98	32,18	32,46	36,37					
4061	27,98	32,18	32,46	36,37					
4062	27,98	32,18	32,46	36,37					
4064	43,72	50,28	50,72	56,84					
4065	43,72	50,28	50,72	56,84					
4066	43,72	50,28	50,72	56,84					
4067	43,72	50,28	50,72	56,84					
4068	43,72	50,28	50,72	56,84					
4069	43,72	50,28	50,72	56,84					
4070	52,46	60,33	60,85	68,20					
4071	33,22	38,20	38,54	43,19					
4072	33,22	38,20	38,54	43,19					
4073	33,22	38,20	38,54	43,19					
4074	33,22	38,20	38,54	43,19					
4075	33,22	38,20	38,54	43,19					
4076	33,22	38,20	38,54	43,19					
4077	33,22	38,20	38,54	43,19					
4078	33,22	38,20	38,54	43,19					
4079	20,40	23,46	23,66	26,52					

GOÄ-Nr.	1 fach EUR	1,15 fach EUR	1,16 fach EUR	1,3 fach EUR	1,38 fach EUR	1,8 fach EUR	2,3 fach EUR	2,5 fach EUR	3,5 fach EUR
4080	6,99	8,04	8,11	9,09					
4081	6,99	8,04	8,11	9,09					
4082	8,16	9,38	9,47	10,61					
4083	33,22	38,20	38,54	43,19					
4084	33,22	38,20	38,54	43,19					
4085	14,57	16,76	16,90	18,94					
4086	69,94	80,43	81,13	90,92					
4087	69,94	80,43	81,13	90,92					
4088	69,94	80,43	81,13	90,92					
4089	26,23	30,16	30,43	34,10					
4090	29,14	33,51	33,80	37,88					
4091	29,14	33,51	33,80	37,88					
4092	66,45	76,42	77,08	86,39					
4093	58,29	67,03	67,62	75,78					
4094	127,65	146,80	148,07	165,95					
4095	11,66	13,41	13,53	15,16					
4096	6,99	8,04	8,11	9,09					
4097	29,14	33,51	33,80	37,88					
4098	29,14	33,51	33,80	37,88					
4099	29,14	33,51	33,80	37,88					
4100	16,32	18,77	18,93	21,22					
4101	223,82	257,39	259,63	290,97					
4102	122,40	140,76	141,98	159,12					
4103	40,80	46,92	47,33	53,04					
4104	55,96	64,35	64,91	72,75					
4105	29,14	33,51	33,80	37,88					
4106	223,82	257,39	259,63	290,97					
4107	52,46	60,33	60,85	68,20					
4108	11,66	13,41	13,53	15,16					
4109	58,29	67,03	67,62	75,78					
4110	29,14	33,51	33,80	37,88					
4111	40,80	46,92	47,33	53,04					
4112	167,87	193,05	194,73	218,23					
4113	111,91	128,70	129,82	145,48					
4114	111,91	128,70	129,82	145,48					
4115	111,91	128,70	129,82	145,48					
4116	62,95	72,39	73,02	81,84					
4117	29,14	33,51	33,80	37,88					
4118	41,97	48,27	48,69	54,56					
4120	33,22	38,20	38,54	43,19					
4121	14,57	16,76	16,90	18,94					
4122	6,99	8,04	8,11	9,09					
4123	3,50	4,03	4,06	4,55					
4124	33,22	38,20	38,54	43,19					
4125	33,22	38,20	38,54	43,19					

GOÄ-Nr.	1 fach EUR	1,15 fach EUR	1,16 fach EUR	1,3 fach EUR	1,38 fach EUR	1,8 fach EUR	2,3 fach EUR	2,5 fach EUR	3,5 fach EUR
4126	26,81	30,83	31,10	34,85					
4130	6,99	8,04	8,11	9,09					
4131	2,33	2,68	2,70	3,03					
4132	23,90	27,49	27,72	31,07					
4133	23,90	27,49	27,72	31,07					
4134	23,90	27,49	27,72	31,07					
4135	5,25	6,04	6,09	6,83					
4138	27,98	32,18	32,46	36,37					
4139	43,72	50,28	50,72	56,84					
4140	14,57	16,76	16,90	18,94					
4141	20,98	24,13	24,34	27,27					
4142	20,98	24,13	24,34	27,27					
4144	33,22	38,20	38,54	43,19					
4145	33,22	38,20	38,54	43,19					
4146	33,22	38,20	38,54	43,19					
4147	33,22	38,20	38,54	43,19					
4150	14,57	16,76	16,90	18,94					
4151	14,57	16,76	16,90	18,94					
4152	14,57	16,76	16,90	18,94					
4153	14,57	16,76	16,90	18,94					
4154	14,57	16,76	16,90	18,94					
4155	14,57	16,76	16,90	18,94					
4156	14,57	16,76	16,90	18,94					
4157	14,57	16,76	16,90	18,94					
4158	14,57	16,76	16,90	18,94					
4160	14,57	16,76	16,90	18,94					
4161	14,57	16,76	16,90	18,94					
4162	14,57	16,76	16,90	18,94					
4163	14,57	16,76	16,90	18,94					
4164	14,57	16,76	16,90	18,94					
4165	14,57	16,76	16,90	18,94					
4166	14,57	16,76	16,90	18,94					
4167	14,57	16,76	16,90	18,94					
4168	14,57	16,76	16,90	18,94					
4169	14,57	16,76	16,90	18,94					
4170	14,57	16,76	16,90	18,94					
4171	14,57	16,76	16,90	18,94					
4172	14,57	16,76	16,90	18,94					
4173	14,57	16,76	16,90	18,94					
4174	14,57	16,76	16,90	18,94					
4175	14,57	16,76	16,90	18,94					
4176	14,57	16,76	16,90	18,94					
4177	14,57	16,76	16,90	18,94					
4178	14,57	16,76	16,90	18,94					
4179	14,57	16,76	16,90	18,94					

GOÄ-Nr.	1 fach EUR	1,15 fach EUR	1,16 fach EUR	1,3 fach EUR	1,38 fach EUR	1,8 fach EUR	2,3 fach EUR	2,5 fach EUR	3,5 fach EUR
4180	14,57	16,76	16,90	18,94					
4181	14,57	16,76	16,90	18,94					
4182	14,57	16,76	16,90	18,94					
4185	17,49	20,11	20,29	22,74					
4186	40,80	46,92	47,33	53,04					
4187	40,80	46,92	47,33	53,04					
4188	40,80	46,92	47,33	53,04					
4190	23,90	27,49	27,72	31,07					
4191	23,90	27,49	27,72	31,07					
4192	23,90	27,49	27,72	31,07					
4193	23,90	27,49	27,72	31,07					
4194	23,90	27,49	27,72	31,07					
4195	23,90	27,49	27,72	31,07					
4196	23,90	27,49	27,72	31,07					
4197	23,90	27,49	27,72	31,07					
4198	23,90	27,49	27,72	31,07					
4199	20,98	24,13	24,34	27,27					
4200	20,98	24,13	24,34	27,27					
4201	20,98	24,13	24,34	27,27					
4202	20,98	24,13	24,34	27,27					
4203	26,23	30,16	30,43	34,10					
4204	26,23	30,16	30,43	34,10					
4206	23,90	27,49	27,72	31,07					
4207	23,90	27,49	27,72	31,07					
4208	23,90	27,49	27,72	31,07					
4209	27,98	32,18	32,46	36,37					
4210	52,46	60,33	60,85	68,20					
4211	8,74	10,05	10,14	11,36					
4212	14,57	16,76	16,90	18,94					
4213	20,98	24,13	24,34	27,27					
4214	3,50	4,03	4,06	4,55					
4220	5,25	6,04	6,09	6,83					
4221	5,25	6,04	6,09	6,83					
4222	5,25	6,04	6,09	6,83					
4223	5,25	6,04	6,09	6,83					
4224	5,25	6,04	6,09	6,83					
4225	5,25	6,04	6,09	6,83					
4226	5,25	6,04	6,09	6,83					
4227	5,25	6,04	6,09	6,83					
4228	5,25	6,04	6,09	6,83					
4229	5,25	6,04	6,09	6,83					
4230	5,25	6,04	6,09	6,83					
4231	5,25	6,04	6,09	6,83					
4232	5,25	6,04	6,09	6,83					
4233	5,25	6,04	6,09	6,83					

GOÄ-Nr.	1 fach EUR	1,15 fach EUR	1,16 fach EUR	1,3 fach EUR	1,38 fach EUR	1,8 fach EUR	2,3 fach EUR	2,5 fach EUR	3,5 fach EUR
4234	5,25	6,04	6,09	6,83					
4235	13,41	15,42	15,56	17,43					
4236	13,41	15,42	15,56	17,43					
4237	13,41	15,42	15,56	17,43					
4238	13,41	15,42	15,56	17,43					
4239	13,41	15,42	15,56	17,43					
4240	13,41	15,42	15,56	17,43					
4241	13,41	15,42	15,56	17,43					
4242	13,41	15,42	15,56	17,43					
4243	13,41	15,42	15,56	17,43					
4244	13,41	15,42	15,56	17,43					
4245	13,41	15,42	15,56	17,43					
4246	13,41	15,42	15,56	17,43					
4247	13,41	15,42	15,56	17,43					
4248	13,41	15,42	15,56	17,43					
4249	13,41	15,42	15,56	17,43					
4250	13,41	15,42	15,56	17,43					
4251	16,90	19,44	19,60	21,97					
4252	16,90	19,44	19,60	21,97					
4253	16,90	19,44	19,60	21,97					
4254	16,90	19,44	19,60	21,97					
4255	16,90	19,44	19,60	21,97					
4256	16,90	19,44	19,60	21,97					
4257	16,90	19,44	19,60	21,97					
4258	16,90	19,44	19,60	21,97					
4259	16,90	19,44	19,60	21,97					
4260	16,90	19,44	19,60	21,97					
4261	16,90	19,44	19,60	21,97					
4263	29,73	34,19	34,49	38,65					
4264	29,73	34,19	34,49	38,65					
4265	29,73	34,19	34,49	38,65					
4266	29,73	34,19	34,49	38,65					
4267	29,73	34,19	34,49	38,65					
4268	29,73	34,19	34,49	38,65					
4269	29,73	34,19	34,49	38,65					
4270	29,73	34,19	34,49	38,65					
4271	29,73	34,19	34,49	38,65					
4272	29,73	34,19	34,49	38,65					
4273	46,63	53,62	54,09	60,62					
4275	14,57	16,76	16,90	18,94					
4276	14,57	16,76	16,90	18,94					
4277	14,57	16,76	16,90	18,94					
4278	14,57	16,76	16,90	18,94					
4279	14,57	16,76	16,90	18,94					
4280	14,57	16,76	16,90	18,94					

GOÄ-Nr.	1 fach EUR	1,15 fach EUR	1,16 fach EUR	1,3 fach EUR	1,38 fach EUR	1,8 fach EUR	2,3 fach EUR	2,5 fach EUR	3,5 fach EUR
4281	14,57	16,76	16,90	18,94					
4282	14,57	16,76	16,90	18,94					
4283	14,57	16,76	16,90	18,94					
4284	14,57	16,76	16,90	18,94					
4285	14,57	16,76	16,90	18,94					
4286	20,40	23,46	23,66	26,52					
4287	20,40	23,46	23,66	26,52					
4288	20,40	23,46	23,66	26,52					
4289	20,40	23,46	23,66	26,52					
4290	20,40	23,46	23,66	26,52					
4291	20,40	23,46	23,66	26,52					
4293	10,49	12,06	12,17	13,64					
4294	13,41	15,42	15,56	17,43					
4295	10,49	12,06	12,17	13,64					
4296	6,99	8,04	8,11	9,09					
4297	6,99	8,04	8,11	9,09					
4300	5,25	6,04	6,09	6,83					
4301	5,25	6,04	6,09	6,83					
4302	5,25	6,04	6,09	6,83					
4305	13,99	16,09	16,23	18,19					
4306	13,99	16,09	16,23	18,19					
4307	13,99	16,09	16,23	18,19					
4310	16,90	19,44	19,60	21,97					
4311	16,90	19,44	19,60	21,97					
4312	16,90	19,44	19,60	21,97					
4313	16,90	19,44	19,60	21,97					
4314	16,90	19,44	19,60	21,97					
4315	16,90	19,44	19,60	21,97					
4316	16,90	19,44	19,60	21,97					
4317	16,90	19,44	19,60	21,97					
4318	16,90	19,44	19,60	21,97					
4319	16,90	19,44	19,60	21,97					
4320	16,90	19,44	19,60	21,97					
4321	16,90	19,44	19,60	21,97					
4322	16,90	19,44	19,60	21,97					
4323	16,90	19,44	19,60	21,97					
4324	16,90	19,44	19,60	21,97					
4325	16,90	19,44	19,60	21,97					
4326	16,90	19,44	19,60	21,97					
4327	16,90	19,44	19,60	21,97					
4328	16,90	19,44	19,60	21,97					
4329	16,90	19,44	19,60	21,97					
4330	16,90	19,44	19,60	21,97					
4331	16,90	19,44	19,60	21,97					
4332	16,90	19,44	19,60	21,97					

GOÄ-Nr.	1 fach EUR	1,15 fach EUR	1,16 fach EUR	1,3 fach EUR	1,38 fach EUR	1,8 fach EUR	2,3 fach EUR	2,5 fach EUR	3,5 fach EUR
4333	16,90	19,44	19,60	21,97					
4334	16,90	19,44	19,60	21,97					
4335	16,90	19,44	19,60	21,97					
4337	29,73	34,19	34,49	38,65					
4338	29,73	34,19	34,49	38,65					
4339	29,73	34,19	34,49	38,65					
4340	29,73	34,19	34,49	38,65					
4341	29,73	34,19	34,49	38,65					
4342	29,73	34,19	34,49	38,65					
4343	29,73	34,19	34,49	38,65					
4344	29,73	34,19	34,49	38,65					
4345	29,73	34,19	34,49	38,65					
4346	29,73	34,19	34,49	38,65					
4347	29,73	34,19	34,49	38,65					
4348	29,73	34,19	34,49	38,65					
4349	29,73	34,19	34,49	38,65					
4350	29,73	34,19	34,49	38,65					
4351	29,73	34,19	34,49	38,65					
4352	29,73	34,19	34,49	38,65					
4353	29,73	34,19	34,49	38,65					
4354	29,73	34,19	34,49	38,65					
4355	29,73	34,19	34,49	38,65					
4356	29,73	34,19	34,49	38,65					
4357	29,73	34,19	34,49	38,65					
4358	29,73	34,19	34,49	38,65					
4359	29,73	34,19	34,49	38,65					
4360	29,73	34,19	34,49	38,65					
4361	29,73	34,19	34,49	38,65					
4362	29,73	34,19	34,49	38,65					
4363	29,73	34,19	34,49	38,65					
4365	14,57	16,76	16,90	18,94					
4366	14,57	16,76	16,90	18,94					
4367	14,57	16,76	16,90	18,94					
4368	14,57	16,76	16,90	18,94					
4369	14,57	16,76	16,90	18,94					
4370	14,57	16,76	16,90	18,94					
4371	14,57	16,76	16,90	18,94					
4371a	14,57	16,76	16,90	18,94					
4372	14,57	16,76	16,90	18,94					
4373	14,57	16,76	16,90	18,94					
4374	14,57	16,76	16,90	18,94					
4375	14,57	16,76	16,90	18,94					
4376	14,57	16,76	16,90	18,94					
4378	13,99	16,09	16,23	18,19					
4379	13,99	16,09	16,23	18,19					

GOÄ-Nr.	1 fach EUR	1,15 fach EUR	1,16 fach EUR	1,3 fach EUR	1,38 fach EUR	1,8 fach EUR	2,3 fach EUR	2,5 fach EUR	3,5 fach EUR
4380	13,99	16,09	16,23	18,19					
4381	13,99	16,09	16,23	18,19					
4382	13,99	16,09	16,23	18,19					
4383	13,99	16,09	16,23	18,19					
4384	13,99	16,09	16,23	18,19					
4385	13,99	16,09	16,23	18,19					
4386	13,99	16,09	16,23	18,19					
4387	13,99	16,09	16,23	18,19					
4388	13,99	16,09	16,23	18,19					
4389	13,99	16,09	16,23	18,19					
4390	17,49	20,11	20,29	22,74					
4391	17,49	20,11	20,29	22,74					
4392	17,49	20,11	20,29	22,74					
4393	17,49	20,11	20,29	22,74					
4394	17,49	20,11	20,29	22,74					
4395	17,49	20,11	20,29	22,74					
4396	17,49	20,11	20,29	22,74					
4397	17,49	20,11	20,29	22,74					
4398	17,49	20,11	20,29	22,74					
4399	17,49	20,11	20,29	22,74					
4400	17,49	20,11	20,29	22,74					
4402	20,40	23,46	23,66	26,52					
4403	20,40	23,46	23,66	26,52					
4404	20,40	23,46	23,66	26,52					
4405	46,63	53,62	54,09	60,62					
4406	23,31	26,81	27,04	30,30					
4408	46,63	53,62	54,09	60,62					
4409	46,63	53,62	54,09	60,62					
4415	16,90	19,44	19,60	21,97					
4416	16,90	19,44	19,60	21,97					
4418	29,73	34,19	34,49	38,65					
4419	29,73	34,19	34,49	38,65					
4421	5,25	6,04	6,09	6,83					
4422	5,25	6,04	6,09	6,83					
4423	5,25	6,04	6,09	6,83					
4425	13,99	16,09	16,23	18,19					
4426	13,99	16,09	16,23	18,19					
4427	13,99	16,09	16,23	18,19					
4430	5,25	6,04	6,09	6,83					
4431	5,25	6,04	6,09	6,83					
4432	5,25	6,04	6,09	6,83					
4435	13,99	16,09	16,23	18,19					
4436	13,99	16,09	16,23	18,19					
4437	13,99	16,09	16,23	18,19					
4440	16,90	19,44	19,60	21,97					

GOÄ-Nr.	1 fach EUR	1,15 fach EUR	1,16 fach EUR	1,3 fach EUR	1,38 fach EUR	1,8 fach EUR	2,3 fach EUR	2,5 fach EUR	3,5 fach EUR
4441	16,90	19,44	19,60	21,97					
4442	16,90	19,44	19,60	21,97					
4443	16,90	19,44	19,60	21,97					
4444	16,90	19,44	19,60	21,97					
4445	16,90	19,44	19,60	21,97					
4446	16,90	19,44	19,60	21,97					
4447	16,90	19,44	19,60	21,97					
4448	29,73	34,19	34,49	38,65					
4449	29,73	34,19	34,49	38,65					
4450	29,73	34,19	34,49	38,65					
4451	29,73	34,19	34,49	38,65					
4452	29,73	34,19	34,49	38,65					
4453	29,73	34,19	34,49	38,65					
4454	29,73	34,19	34,49	38,65					
4455	29,73	34,19	34,49	38,65					
4456	14,57	16,76	16,90	18,94					
4457	14,57	16,76	16,90	18,94					
4458	14,57	16,76	16,90	18,94					
4459	14,57	16,76	16,90	18,94					
4460	14,57	16,76	16,90	18,94					
4461	13,41	15,42	15,56	17,43					
4462	13,41	15,42	15,56	17,43					
4465	20,40	23,46	23,66	26,52					
4466	20,40	23,46	23,66	26,52					
4467	20,40	23,46	23,66	26,52					
4468	20,40	23,46	23,66	26,52					
4469	20,40	23,46	23,66	26,52					
4500	7,58	8,72	8,79	9,85					
4501	7,58	8,72	8,79	9,85					
4502	7,58	8,72	8,79	9,85					
4503	7,58	8,72	8,79	9,85					
4504	7,58	8,72	8,79	9,85					
4506	5,25	6,04	6,09	6,83					
4508	5,25	6,04	6,09	6,83					
4510	6,41	7,37	7,44	8,33					
4511	6,41	7,37	7,44	8,33					
4512	6,41	7,37	7,44	8,33					
4513	6,41	7,37	7,44	8,33					
4515	9,33	10,73	10,82	12,13					
4515	9,33	10,73	10,82	12,13					
4518	14,57	16,76	16,90	18,94					
4520	14,57	16,76	16,90	18,94					
4521	14,57	16,76	16,90	18,94					
4522	14,57	16,76	16,90	18,94					
4523	14,57	16,76	16,90	18,94					

GOÄ-Nr.	1 fach EUR	1,15 fach EUR	1,16 fach EUR	1,3 fach EUR	1,38 fach EUR	1,8 fach EUR	2,3 fach EUR	2,5 fach EUR	3,5 fach EUR
4524	14,57	16,76	16,90	18,94					
4525	14,57	16,76	16,90	18,94					
4530	4,66	5,36	5,41	6,06					
4531	5,83	6,70	6,76	7,58					
4532	5,83	6,70	6,76	7,58					
4533	14,57	16,76	16,90	18,94					
4538	6,99	8,04	8,11	9,09					
4539	14,57	16,76	16,90	18,94					
4540	23,31	26,81	27,04	30,30					
4541	20,40	23,46	23,66	26,52					
4542	14,57	16,76	16,90	18,94					
4543	29,14	33,51	33,80	37,88					
4545	3,50	4,03	4,06	4,55					
4546	6,99	8,04	8,11	9,09					
4547	6,99	8,04	8,11	9,09					
4548	9,33	10,73	10,82	12,13					
4549	13,99	16,09	16,23	18,19					
4550	19,23	22,11	22,31	25,00					
4551	17,49	20,11	20,29	22,74					
4553	3,50	4,03	4,06	4,55					
4554	3,50	4,03	4,06	4,55					
4555	3,50	4,03	4,06	4,55					
4556	3,50	4,03	4,06	4,55					
4560	16,90	19,44	19,60	21,97					
4561	14,57	16,76	16,90	18,94					
4562	14,57	16,76	16,90	18,94					
4563	14,57	16,76	16,90	18,94					
4564	14,57	16,76	16,90	18,94					
4565	14,57	16,76	16,90	18,94					
4567	23,90	27,49	27,72	31,07					
4568	23,90	27,49	27,72	31,07					
4570	33,22	38,20	38,54	43,19					
4571	33,22	38,20	38,54	43,19					
4572	6,99	8,04	8,11	9,09					
4573	6,99	8,04	8,11	9,09					
4574	6,99	8,04	8,11	9,09					
4575	6,99	8,04	8,11	9,09					
4576	6,99	8,04	8,11	9,09					
4578	14,57	16,76	16,90	18,94					
4579	14,57	16,76	16,90	18,94					
4580	14,57	16,76	16,90	18,94					
4581	14,57	16,76	16,90	18,94					
4582	14,57	16,76	16,90	18,94					
4584	14,57	16,76	16,90	18,94					
4585	20,40	23,46	23,66	26,52					

GOÄ-Nr.	1 fach EUR	1,15 fach EUR	1,16 fach EUR	1,3 fach EUR	1,38 fach EUR	1,8 fach EUR	2,3 fach EUR	2,5 fach EUR	3,5 fach EUR
4590	14,57	16,76	16,90	18,94					
4591	14,57	16,76	16,90	18,94					
4592	14,57	16,76	16,90	18,94					
4593	14,57	16,76	16,90	18,94					
4594	14,57	16,76	16,90	18,94					
4596	14,57	16,76	16,90	18,94					
4597	14,57	16,76	16,90	18,94					
4598	14,57	16,76	16,90	18,94					
4599	14,57	16,76	16,90	18,94					
4601	29,14	33,51	33,80	37,88					
4605	3,50	4,03	4,06	4,55					
4606	14,57	16,76	16,90	18,94					
4607	3,50	4,03	4,06	4,55					
4610	1,17	1,35	1,36	1,52					
4611	1,75	2,01	2,03	2,28					
4612	2,91	3,35	3,38	3,78					
4613	4,37	5,03	5,07	5,68					
4614	14,57	16,76	16,90	18,94					
4630	3,50	4,03	4,06	4,55					
4631	3,50	4,03	4,06	4,55					
4633	4,66	5,36	5,41	6,06					
4634	4,66	5,36	5,41	6,06					
4636	16,90	19,44	19,60	21,97					
4637	185,35	213,15	215,01	240,96					
4640	14,57	16,76	16,90	18,94					
4641	14,57	16,76	16,90	18,94					
4642	14,57	16,76	16,90	18,94					
4643	14,57	16,76	16,90	18,94					
4644	14,57	16,76	16,90	18,94					
4645	14,57	16,76	16,90	18,94					
4646	14,57	16,76	16,90	18,94					
4647	14,57	16,76	16,90	18,94					
4648	14,57	16,76	16,90	18,94					
4655	26,23	30,16	30,43	34,10					
4665	14,57	16,76	16,90	18,94					
4666	14,57	16,76	16,90	18,94					
4667	14,57	16,76	16,90	18,94					
4668	19,23	22,11	22,31	25,00					
4670	16,90	19,44	19,60	21,97					
4671	185,35	213,15	215,01	240,96					
4675	14,57	16,76	16,90	18,94					
4676	14,57	16,76	16,90	18,94					
4677	14,57	16,76	16,90	18,94					
4678	14,57	16,76	16,90	18,94					
4679	14,57	16,76	16,90	18,94					

GOÄ-Nr.	1 fach EUR	1,15 fach EUR	1,16 fach EUR	1,3 fach EUR	1,38 fach EUR	1,8 fach EUR	2,3 fach EUR	2,5 fach EUR	3,5 fach EUR
4680	14,57	16,76	16,90	18,94					
4705	6,99	8,04	8,11	9,09					
4706	6,99	8,04	8,11	9,09					
4707	6,99	8,04	8,11	9,09					
4708	6,99	8,04	8,11	9,09					
4710	4,66	5,36	5,41	6,06					
4711	6,99	8,04	8,11	9,09					
4712	16,90	19,44	19,60	21,97					
4713	14,57	16,76	16,90	18,94					
4715	5,83	6,70	6,76	7,58					
4716	6,99	8,04	8,11	9,09					
4717	6,99	8,04	8,11	9,09					
4720	6,99	8,04	8,11	9,09					
4721	14,57	16,76	16,90	18,94					
4722	6,99	8,04	8,11	9,09					
4723	16,90	19,44	19,60	21,97					
4724	14,57	16,76	16,90	18,94					
4727	6,99	8,04	8,11	9,09					
4728	14,57	16,76	16,90	18,94					
4740	6,99	8,04	8,11	9,09					
4741	6,99	8,04	8,11	9,09					
4742	6,99	8,04	8,11	9,09					
4743	6,99	8,04	8,11	9,09					
4744	6,99	8,04	8,11	9,09					
4745	6,99	8,04	8,11	9,09					
4747	9,33	10,73	10,82	12,13					
4748	9,33	10,73	10,82	12,13					
4749	9,33	10,73	10,82	12,13					
4750	9,33	10,73	10,82	12,13					
4751	9,33	10,73	10,82	12,13					
4753	14,57	16,76	16,90	18,94					
4754	14,57	16,76	16,90	18,94					
4756	11,66	13,41	13,53	15,16					
4757	14,57	16,76	16,90	18,94					
4758	16,90	19,44	19,60	21,97					
4759	14,57	16,76	16,90	18,94					
4760	14,57	16,76	16,90	18,94					
4761	14,57	16,76	16,90	18,94					
4762	14,57	16,76	16,90	18,94					
4763	14,57	16,76	16,90	18,94					
4765	6,99	8,04	8,11	9,09					
4766	6,99	8,04	8,11	9,09					
4768	14,57	16,76	16,90	18,94					
4770	14,57	16,76	16,90	18,94					
4771	14,57	16,76	16,90	18,94					

GOÄ-Nr.	1 fach EUR	1,15 fach EUR	1,16 fach EUR	1,3 fach EUR	1,38 fach EUR	1,8 fach EUR	2,3 fach EUR	2,5 fach EUR	3,5 fach EUR
4780	52,46	60,33	60,85	68,20					
4781	8,74	10,05	10,14	11,36					
4782	29,14	33,51	33,80	37,88					
4783	29,14	33,51	33,80	37,88					
4784	58,29	67,03	67,62	75,78					
4785	17,49	20,11	20,29	22,74					
4786	34,97	40,22	40,57	45,46					
4787	116,57	134,06	135,22	151,54					
4800	12,65					22,77	29,10		44,28
4801	16,85					30,33	38,76		58,98
4802	16,85					30,33	38,76		58,98
4810	16,85					30,33	38,76		58,98
4811	16,85					30,33	38,76		58,98
4815	20,40					36,72	46,92		71,40
4816	14,57					26,23	33,51		51,00
4850	5,07				7,00	9,13		12,68	
4851	7,58				10,46	13,64		18,95	
4852	10,14				13,99	18,25		25,35	
4860	9,33				12,88	16,79		23,33	
4870	15,91				21,96	28,64		39,78	
4871	16,85				23,25	30,33		42,13	
4872	113,66				156,85	204,59		284,15	
4873	176,61				243,72	317,90		441,53	
5000	2,91				4,02	5,24		7,28	
5002	14,57				20,11	26,23		36,43	
5004	23,31				32,17	41,96		58,28	
5010	10,49				14,48	18,88		26,23	
5011	3,50				4,83	6,30		8,75	
5020	12,82				17,69	23,08		32,05	
5021	4,66				6,43	8,39		11,65	
5030	20,98				28,95	37,76		52,45	
5031	5,83				8,05	10,49		14,58	
5035	9,33				12,88	16,79		23,33	
5037	17,49				24,14	31,48		43,73	
5040	17,49				24,14	31,48		43,73	
5041	11,66				16,09	20,99		29,15	
5050	55,37				76,41	99,67		138,43	
5060	29,14				40,21	52,45		72,85	
5070	23,31				32,17	41,96		58,28	
5090	23,31				32,17	41,96		58,28	
5095	11,66				16,09	20,99		29,15	
5098	15,15				20,91	27,27		37,88	
5100	17,49				24,14	31,48		43,73	
5101	9,33				12,88	16,79		23,33	
5105	23,31				32,17	41,96		58,28	

GOÄ-Nr.	1 fach EUR	1,15 fach EUR	1,16 fach EUR	1,3 fach EUR	1,38 fach EUR	1,8 fach EUR	2,3 fach EUR	2,5 fach EUR	3,5 fach EUR
5016	10,49				14,48	18,88		26,23	
5110	29,14				40,21	52,45		72,85	
5111	11,66				16,09	20,99		29,15	
5115	23,31				32,17	41,96		58,28	
5120	15,15				20,91	27,27		37,88	
5121	8,16				11,26	14,69		20,40	
5130	16,32				22,52	29,38		40,80	
5135	16,32				22,52	29,38		40,80	
5137	26,23				36,20	47,21		65,58	
5139	10,49				14,48	18,88		26,23	
5140	5,83				8,05	10,49		14,58	
5150	32,06				44,24	57,71		80,15	
5157	40,80				56,30	73,44		102,00	
5158	69,94				96,52	125,89		174,85	
5159	17,49				24,14	31,48		43,73	
5163	75,77				104,56	136,39		189,43	
5165	40,80				56,30	73,44		102,00	
5166	81,60				112,61	146,88		204,00	
5167	58,29				80,44	104,92		145,73	
5168	46,63				64,35	83,93		116,58	
5169	64,12				88,49	115,42		160,30	
5170	23,31				32,17	41,96		58,28	
5190	17,49				24,14	31,48		43,73	
5191	29,14				40,21	52,45		72,85	
5192	11,66				16,09	20,99		29,15	
5200	34,97				48,26	62,95		87,43	
5201	11,66				16,09	20,99		29,15	
5220	17,49				24,14	31,48		43,73	
5230	17,49				24,14	31,48		43,73	
5235	29,14				40,21	52,45		72,85	
5250	23,31				32,17	41,96		58,28	
5260	23,31				32,17	41,96		58,28	
5265	17,49				24,14	31,48		43,73	
5266	26,23				36,20	47,21		65,58	
5267	8,74				12,06	15,73		21,85	
5280	43,72				60,33	78,70		109,30	
5285	26,23				36,20	47,21		65,58	
5290	37,89				52,29	68,20		94,73	
5295	13,99				19,31	25,18		34,98	
5298	Zuschlag: 25 v.H. des Einfachsatzes der betr. Leistung								
5300	116,57				160,87	209,83		291,43	
5301	23,31				32,17	41,96		58,28	
5302	34,97				48,26	62,95		87,43	
5303	58,29				80,44	104,92		145,73	
5304	11,66				16,09	20,99		29,15	

GOÄ-Nr.	1 fach EUR	1,15 fach EUR	1,16 fach EUR	1,3 fach EUR	1,38 fach EUR	1,8 fach EUR	2,3 fach EUR	2,5 fach EUR	3,5 fach EUR
5305	17,49				24,14	31,48		43,73	
5306	116,57				160,87	209,83		291,43	
5307	34,97				48,26	62,95		87,43	
5308	46,63				64,35	83,93		116,58	
5309	104,92				144,79	188,86		262,30	
5310	34,97				48,26	62,95		87,43	
5311	58,29				80,44	104,92		145,73	
5312	34,97				48,26	62,95		87,43	
5313	46,63				64,35	83,93		116,58	
5315	128,23				176,96	230,81		320,58	
5316	174,86				241,31	314,75		437,15	
5317	23,31				32,17	41,96		58,28	
5318	34,97				48,26	62,95		87,43	
5324	139,89				193,05	251,80		349,73	
5325	174,86				241,31	314,75		437,15	
5326	23,31				32,17	41,96		58,28	
5327	58,29				80,44	104,92		145,73	
5328	69,94				96,52	125,89		174,85	
5329	93,26				128,70	167,87		233,15	
5330	43,72				60,33	78,70		109,30	
5331	11,66				16,09	20,99		29,15	
5335	46,63				64,35	83,93		116,58	
5338	58,29				80,44	104,92		145,73	
5339	14,57				20,11	26,23		36,43	
5345	163,20				225,22	293,76		408,00	
5346	34,97				48,26	62,95		87,43	
5348	221,49				305,66	398,68		553,73	
5349	58,29				80,44	104,92		145,73	
5351	29,14				40,21	52,45		72,85	
5352	58,29				80,44	104,92		145,73	
5353	116,57				160,87	209,83		291,43	
5354	11,66				16,09	20,99		29,15	
5355	116,57				160,87	209,83		291,43	
5356	145,72				201,09	262,30		364,30	
5357	204,01				281,53	367,22		510,03	
5358	262,29				361,96	472,12		655,73	
5359	145,72				201,09	262,30		364,30	
5360	116,57				160,87	209,83		291,43	
5361	151,55				209,14	272,79		378,88	
5369	174,86				241,31	314,75		437,15	
5370	116,57				160,87	209,83		291,43	
5371	134,06				185,00	241,31		335,15	
5372	151,55				209,14	272,79		378,88	
5373	110,75				152,84	199,35		276,88	
5374	110,75				152,84	199,35		276,88	

GOÄ-Nr.	1 fach EUR	1,15 fach EUR	1,16 fach EUR	1,3 fach EUR	1,38 fach EUR	1,8 fach EUR	2,3 fach EUR	2,5 fach EUR	3,5 fach EUR
5375	116,57				160,87	209,83		291,43	
5376	29,14				40,21	52,45		72,85	
5377	46,63	Zuschlag nur 1-fach							
5378	58,29				80,44	104,92		145,73	
5380	17,49				24,14	31,48		43,73	
5400	20,40				28,15	36,72		51,00	
5401	75,77				104,56	136,39		189,43	
5402	58,29				80,44	104,92		145,73	
5403	69,94				96,52	125,89		174,85	
5410	69,94				96,52	125,89		174,85	
5411	52,46				72,39	94,43		131,15	
5415	75,77				104,56	136,39		189,43	
5416	75,77				104,56	136,39		189,43	
5420	69,94				96,52	125,89		174,85	
5421	221,49				305,66	398,68		553,73	
5422	58,29				80,44	104,92		145,73	
5423	116,57				160,87	209,83		291,43	
5424	163,20				225,22	293,76		408,00	
5425	131,15				180,99	236,07		327,88	
5426	73,44				101,35	132,19		183,60	
5427	23,31				32,17	41,96		58,28	
5428	131,15				180,99	236,07		327,88	
5430	69,94				96,52	125,89		174,85	
5431	131,15				180,99	236,07		327,88	
5440	163,20				225,22	293,76		408,00	
5441	93,26				128,70	167,87		233,15	
5442	34,97				48,26	62,95		87,43	
5443	40,80				56,30	73,44		102,00	
5444	58,29				80,44	104,92		145,73	
5450	58,29				80,44	104,92		145,73	
5455	75,77				104,56	136,39		189,43	
5456	75,77				104,56	136,39		189,43	
5460	52,46				72,39	94,43		131,15	
5461	128,23				176,96	230,81		320,58	
5462	128,23				176,96	230,81		320,58	
5463	29,14				40,21	52,45		72,85	
5465	73,44				101,35	132,19		183,60	
5466	131,15				180,99	236,07		327,88	
5470	55,37				76,41	99,67		138,43	
5472	55,37				76,41	99,67		138,43	
5473	52,46				72,39	94,43		131,15	
5474	78,69				108,59	141,64		196,73	
5475	17,49				24,14	31,48		43,73	
5480	43,72	max. 1-fach							
5481	39,64	max. 1-fach							

GOÄ-Nr.	1 fach EUR	1,15 fach EUR	1,16 fach EUR	1,3 fach EUR	1,38 fach EUR	1,8 fach EUR	2,3 fach EUR	2,5 fach EUR	3,5 fach EUR
5483	39,64	max. 1-fach							
5484	75,77	max. 1-fach							
5485	57,12	max. 1-fach							
5486	69,94				96,52	125,89		174,85	
5487	116,57				160,87	209,83		291,43	
5488	349,72				482,61	629,50		874,30	
5489	437,15				603,27	786,87		1092,88	
5600	144,55				199,48	260,19		361,38	
5602	78,69				108,59	141,64		196,73	
5603	62,95				86,87	113,31		157,38	
5604	157,38				217,18	283,28		393,45	
5605	131,15				180,99	236,07		327,88	
5606	52,46				72,39	94,43		131,15	
5607	94,43				130,31	169,97		236,08	
5700	256,46				353,91	461,63		641,15	
5705	244,81				337,84	440,66		612,03	
5715	250,64				345,88	451,15		626,60	
5720	256,46				353,91	461,63		641,15	
5721	233,15				321,75	419,67		582,88	
5729	139,89				193,05	251,80		349,73	
5730	233,15				321,75	419,67		582,88	
5731	58,29				80,44	104,92		145,73	
5732	58,29	Zuschlag nur 1-fach							
5733	46,63	Zuschlag nur 1-fach							
5735	349,72				482,61	629,50		874,30	
5800	14,57				20,11	26,23		36,43	
5802	11,66				16,09	20,99		29,15	
5803	5,83	Zuschlag nur 1-fach							
5805	58,29				80,44	104,92		145,73	
5806	116,57				160,87	209,83		291,43	
5810	11,66				16,09	20,99		29,15	
5812	11,07				15,28	19,93		27,68	
5813	52,46				72,39	94,43		131,15	
5831	87,43				120,65	157,37		218,58	
5832	29,14	Zuschlag nur 1-fach							
5833	116,57	Zuschlag nur 1-fach							
5834	41,97				57,92	75,55		104,93	
5835	6,99				9,65	12,58		17,48	
5836	58,29				80,44	104,92		145,73	
5837	6,99				9,65	12,58		17,48	
5840	87,43				120,65	157,37		218,58	
5841	116,57	Zuschlag nur 1-fach							
5842	17,49				24,14	31,48		43,73	
5844	58,29				80,44	104,92		145,73	
5846	122,40				168,91	220,32		306,00	

GOÄ-Nr.	1 fach EUR	1,15 fach EUR	1,16 fach EUR	1,3 fach EUR	1,38 fach EUR	1,8 fach EUR	2,3 fach EUR	2,5 fach EUR	3,5 fach EUR
5851	402,18				555,01	723,92		1005,45	
5852	58,29	max. 1-fach							
5853	116,57	max. 1-fach							
5854	145,14	max. 1-fach							
5855	402,18				555,01	723,92		1005,45	
6000	99,67					179,41	229,24		348,85
6001	134,06					241,31	308,34		469,21
6002	186,52					335,74	429,00		652,82
6003	43,07					77,53	99,06		150,75
6010	23,31					41,96	53,61		81,59
6015	14,11					25,40	32,45		49,39
6016	17,49					31,48	40,23		61,22
6017	60,91					109,64	140,09		213,19
6018	17,49					31,48	40,23		61,22

Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ)

I. Wissenswertes zur GOZ – Erläuterungen

1. Allgemeines

Die am 1. Januar 1988 in Kraft getretene neue Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) wurde weitgehend der am 1. Januar 1983 in Kraft getretenen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) nachgebildet. Sie ist an die Stelle der seit dem 1. April 1965 unveränderten GOZ getreten, die mehr und mehr – verstärkt nach Inkrafttreten der neuen GOÄ – berechtigter Kritik ausgesetzt war.

Mit der neuen GOZ wurde dieser Kritik Rechnung getragen. Das Bewertungsverhältnis der zahnärztlichen Leistungen wurde neu gewichtet; vor allem bisher unterbewertete vorbeugende und zahnerhaltende Leistungen wurden aufgewertet und bisher überbewertete Zahnersatzleistungen abgesenkt. Insgesamt wurde das Gebührenvolumen kostenneutral auf die neue Verordnung umgestellt.

Die zahnärztlichen Leistungen wurden unter Einbeziehung neuer Leistungsgebiete in einem neuen Gebührenverzeichnis nach dem aktuellen Stand der Zahnmedizin umfassend beschrieben und der wirtschaftlichen Entwicklung angepasst. Die allgemeinen Vorschriften über die Abrechnung der zahnärztlichen Vergütungen wurden an die entsprechenden Regelungen für Ärzte nach der GOÄ angeglichen. Der Schutz des Patienten wurde – ebenfalls entsprechend den Regelungen der GOÄ – verbessert, etwa durch die Einführung der Schriftform für abweichende Honorarvereinbarungen und durch Vorschriften über Inhalt und Ausgestaltung der zahnärztlichen Rechnung. In einigen Punkten sind die allgemeinen Vorschriften der neuen GOZ abweichend von der geltenden GOÄ gefasst.

Das Gebührenverzeichnis der GOZ wurde durch Leistungen aus der GOÄ ergänzt. Mehrere Leistungen, die sowohl Ärzte als auch Zahnärzte erbringen, wurden nicht in die GOZ aufgenommen und müssen nach der GOÄ abgerechnet werden (z. B. Beratungen, Röntgendiagnostik und Leistungen der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie). Abweichend von den Regelungen der GOÄ sieht die GOZ nur einen Gebührenrahmen zwischen dem 1-fachen und dem 3,5-fachen Gebührensatz vor. In den Gebühren des GOZ-Leistungsverzeichnisses sind, von Ausnahmen abgesehen (siehe Abschnitt 2), hohe Sachkostenanteile in der Art der ärztlichen Labor- und Röntgenuntersuchungen nicht enthalten, da zahntechnische Material- und Laborkosten

grundsätzlich als Auslagen neben den Gebühren abgerechnet werden. Erbringt der Zahnarzt allerdings Leistungen nach den Abschnitten der GOÄ, gilt für diese Leistungen der nach § 5 GOÄ vorgegebene Gebührenrahmen (siehe GOÄ Abschnitt I. Nr. 3 Gebührenstruktur).

Die GOZ bietet – wie die GOÄ – ein ausgewogenes, überschaubares Vergütungssystem, Transparenz der Zahnarztrechnungen und die Basis für eine Stärkung des Vertrauensverhältnisses zwischen Zahnarzt und Privatpatient. Sie führt zur Anerkennung des Patienten als mitverantwortlichen Partner auch für die Kosten und stärkt dadurch den Gedanken einer angemessenen, bezahlbaren Selbstvorsorge. Dies alles liegt gleichermaßen im wohlverstandenen Interesse der Zahnärzte und der Privatpatienten.

Die GOZ findet nicht nur für die zahnärztlichen Leistungen bei Privatpatienten (ca. zehn Prozent der Bevölkerung sind privat krankenversichert) Anwendung, sondern für bestimmte Leistungen auch bei gesetzlich versicherten Patienten. Dabei handelt es sich um Leistungen, die über den Leistungsrahmen und die Richtlinien der vertragszahnärztlichen Versorgung („Kassenzahnheilkunde“) hinausgehen.

§ 12 Abs. 1 SGB V besagt: „Die Leistungen (für gesetzlich Versicherte) müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.“ Für diese „Kassen“-Leistungen gilt der sogenannte Bundeseinheitliche Bewertungsmaßstab, BEMA 2004. In der Realität wünschen aber viele Patienten aus unterschiedlichen Gründen – gerade bei Füllungen und in der Zahnersatzversorgung – Leistungen, die über die genannten Bestimmungen hinausgehen. In Zusammenhang mit dem seit 2005 geltenden Festzuschusssystem für Zahnersatz ist es möglich, dass ein Patient diese Leistungen erhält, ohne den Zuschuss seiner Krankenkasse für die eigentliche Kassenleistung (Regelversorgung) zu verlieren.

2. Behandlungsvertrag

Dem Anspruch des Zahnarztes auf eine Vergütung liegt in der Regel ein Dienstvertrag (§ 611 ff. BGB) oder ein Werkvertrag (§ 631 BGB) zugrunde. Mit dem Dienstvertrag wird der Zahnarzt verpflichtet, bestimmte Dienste zu leisten. Beim Werkvertrag hat der Zahnarzt einen bestimmten Erfolg herbeizuführen.

Der Vertrag zwischen Zahnarzt und Privatpatient bedarf keiner besonderen Form. Im Allgemeinen wird der Vertrag stillschweigend geschlossen, wenn der Patient den Zahnarzt aufsucht und der Zahnarzt mit der Behandlung beginnt.

Art und Umfang der Behandlung ergeben sich in der Regel aus den Besonderheiten des Einzelfalles. Der Zahnarzt ist zu einer sachgemäßen, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Behandlung unter Wahrung der erforderlichen Sorgfalt und unter Ausnutzung aller Erkenntnismöglichkeiten verpflichtet. Eine Vernachlässigung der Sorgfaltspflicht (z. B. Unterlassung einer notwendigen Röntgenuntersuchung mit nachteiligen Folgen für den Patienten) kann einen Anspruch des Patienten auf Schadenersatz und (oder) Schmerzensgeld zur Folge haben. Andererseits hat der Patient keinen Anspruch auf eine erfolgreiche Diagnose. Der Zahnarzt hat aber die Pflicht, den Patienten in verständlicher Form über seine Krankheit, die Behandlungsmöglichkeiten sowie das Für und Wider der Therapie aufzuklären und zu beraten, und zwar umso umfassender und detaillierter:

- je aufwendiger die zahnärztliche Versorgung ist
- je höher die finanzielle Belastung ist
- je weitreichender die mögliche Schädigung ist
- je weniger notwendig und dringlich die Behandlung ist

Besteht ein Verdacht auf Behandlungsfehler, hat der Patient das Recht, die vom Zahnarzt geführten Krankenunterlagen einzusehen und davon Kopien zu verlangen.

Vergütungen nach der GOZ stehen dem Zahnarzt gem. § 1 Abs. 2 nur für Leistungen zu, die nach den Regeln der zahnärztlichen Kunst für eine zahnmedizinisch notwendige zahnärztliche Versorgung erforderlich sind. Leistungen, die über das Maß einer medizinisch notwendigen zahnärztlichen Versorgung hinausgehen (z. B. Leistungen, die ausschließlich aus ästhetischen Gründen veranlasst sind), darf er nur berechnen, wenn sie auf Verlangen des Zahlungspflichtigen erbracht worden sind (§ 1 Abs. 2).

Als Vergütungen stehen dem Zahnarzt Gebühren und Ersatz der Auslagen, gegebenenfalls auch Wegegeld, zu (§ 3). Zwischen Zahnarzt und Patient kann eine von der GOZ abweichende Höhe der Vergütung vereinbart werden (§ 2 Abs. 1). Die übrigen Vorschriften der GOZ sind unabdingbar. (Näheres über Gebührenvereinbarungen siehe nachfolgend 6. Abschnitt.)

Der Zahnarzt darf Gebühren nur für selbstständige zahnärztliche Leistungen berechnen, die er selbst erbracht hat oder die unter seiner Aufsicht nach fachlicher Weisung erbracht wurden (§ 4 Abs. 2 Satz 1). Für eine Leistung, die Bestandteil oder eine besondere Ausführung einer anderen Leistung nach dem Gebührenverzeichnis ist, kann der Zahnarzt eine Gebühr nicht berechnen, wenn er für die andere Leistung eine Gebühr berechnet. Damit soll die Berechnung solcher Leistungen ausgeschlossen werden, die sich als Bestandteil einer im Gebührenverzeichnis enthaltenen umfassenden Leistungsposition darstellen.

Das Gebührenverzeichnis der GOZ wird durch Leistungen nach der GOÄ ergänzt. Eine größere Zahl von Leistungen, die sowohl Ärzte als auch Zahnärzte erbringen, sind nicht in die GOZ aufgenommen worden. Erbringt der Zahnarzt solche Leistungen, so sind die Vergütungen dafür nach der GOÄ zu berechnen (§ 6 Abs. 1). Es handelt sich im Einzelnen um die folgenden Leistungen:

- die ärztlichen Grundleistungen
- die allgemeinen Leistungen
- nicht gebietsbezogene Sonderleistungen
- Anästhesieleistungen
- Wärmebehandlung
- Elektrotherapie
- Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde
- Chirurgie einschl. des Abschnitts über Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
- Leistungen aus dem Bereich der Laboratoriumsuntersuchungen
- Histologie, Zytologie und Zytogenetik
- Strahlendiagnostik, Anwendung radioaktiver Stoffe (Radionuklide) und Strahlentherapie

Für die Abrechnung der vorgenannten Leistungen gelten die Vorschriften der GOÄ. Es sind die entsprechenden allgemeinen Vorschriften (wie z. B. zum kleineren Gebührenrahmen der GOÄ-Abschnitte A und O) ebenso zu beachten wie die Abrechnungsbestimmungen zu den einzelnen Leistungspositionen. Für Auslagen (z. B. für Medikamente bei Heilbehandlungsinjektionen und radioaktive Stoffe bei Röntgenleistungen) gilt § 10 GOÄ, das heißt, es dürfen

neben den für die einzelnen zahnärztlichen Leistungen vorgesehenen Gebühren nur die Kosten für diejenigen Arznei- und Verbandmittel sowie sonstigen Materialien berechnet werden, die der Patient zur weiteren Verwendung behält oder die mit einer einmaligen Anwendung verbraucht sind.

Die im GOZ-Gebührenverzeichnis enthaltenen Leistungen decken das Spektrum der wissenschaftlich allgemein anerkannten zahnärztlichen Leistungen zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der GOZ vollständig ab. Selbstständige zahnärztliche Leistungen, die erst nach dem Inkrafttreten der neuen GOZ aufgrund wissenschaftlicher Erkenntnisse entwickelt wurden bzw. werden, können gem. § 6 Abs. 2 entsprechend einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung des GOZ-Gebührenverzeichnisses berechnet werden (analoge Bewertung). Die Vorschrift stellt nicht darauf ab, dass eine neue Leistung bereits wissenschaftlich allgemein anerkannt ist.

Damit wird sie in besonderer Weise der Forderung gerecht, den Fortschritt der zahnmedizinischen Entwicklung auch in der zahnärztlichen Praxis umsetzen zu können. Gleichwertigkeit setzt voraus, dass es sich um Leistungen handelt, die nach Art, Kosten- und Zeitaufwand vergleichbar sind. Leistungen, die nicht als wissenschaftlich allgemein anerkannt gelten, werden bei den Erstattungen der Krankenversicherungen sowie bei der Gewährung von Beihilfen im öffentlichen Dienst in der Regel nicht berücksichtigt. Eine Leistung, die Bestandteil oder eine besondere Ausführung einer anderen Leistung nach der GOZ ist, darf nicht im Wege einer analogen Bewertung berechnet werden. Dies gilt auch für neue Verfahren, Methoden, Modalitäten, wenn diese lediglich eine Fortentwicklung bereits bekannter zahnärztlicher Verfahren darstellen und einer in der GOZ enthaltenen Leistung zugeordnet werden können.

Im Übrigen darf der Zahnarzt Vergütungen nur für Leistungen berechnen, die nach den Regeln der zahnärztlichen Kunst für eine zweckmäßige und wirtschaftliche zahnärztliche Versorgung erforderlich sind. Leistungen, die über dieses Maß hinausgehen, darf er nur berechnen, wenn sie auf Verlangen erbracht werden (§ 1 Abs. 2).

Mit den Gebühren sind die Praxiskosten (einschl. der Kosten für Füllungsmaterial, für den Sprechstundenbedarf sowie für die Anwendung von Instrumenten und Apparaten) abgegolten, soweit nicht im Gebührenverzeichnis etwas anderes bestimmt ist. Die Gebührenordnung geht also vom Regel-/Ausnahmeprinzip aus, d. h. die Berech-

nung von Kosten ist grundsätzlich abgegolten. Nur in Fällen, in denen das Gebührenverzeichnis ausdrücklich die Berechnung zulässt (z. B. GOZ Nr. 219), darf der Zahnarzt neben der Gebühr die angefallenen Kosten berechnen. Dieses Regel-/Ausnahmeprinzip wurde inzwischen mit Urteil des Bundesgerichtshofes vom 27. Mai 2004 (III ZR 264/03) bestätigt. Mit diesem Urteil hat das Gericht außerdem festgelegt, dass dieses Prinzip nicht greifen kann, wenn, wie im Falle von Implantatbohrersätzen, die „Praxiskosten" einen hohen Prozentanteil der zahnärztlichen Gebühr ausmachen. Hinsichtlich der Kosten, die durch eine Bevorratung von Implantaten entstehen, hat das Gericht allerdings entschieden, dass diese Kosten als Praxiskosten mit den Gebühren abgegolten sind.

Hat der Zahnarzt Leistungen unter Inanspruchnahme Dritter, die nach der GOZ nicht selbst liquidationsberechtigt sind, erbracht, so sind die hierdurch entstandenen Kosten ebenfalls mit der Gebühr abgegolten (§ 4 Abs. 3). Diese Kosten dürfen nicht gesondert berechnet werden. Eine Abtretung des Vergütungsanspruchs in Höhe solcher Kosten ist gegenüber dem Zahlungspflichtigen unwirksam (§ 4 Abs. 4). Sollen Leistungen durch Dritte erbracht werden, die diese dem Zahlungspflichtigen unmittelbar berechnen, so hat der Zahnarzt ihn darüber zu unterrichten (§ 4 Abs. 5). Die Unterrichtung dient dem Schutz des Patienten vor überraschenden Honorarforderungen Dritter (z. B. bei Versendung von Untersuchungsmaterial an einen Arzt oder ein Krankenhaus). Diese Vorschrift betrifft allerdings nicht die zahntechnischen Leistungen, da Zahntechniker ihre Leistungen aufgrund fehlender vertraglicher Beziehungen gegenüber dem Patienten nicht selbst abrechnen können.

Das Wichtigste in Kürze

1. Zahnärztliche Leistungen werden nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) in Rechnung gestellt. Maßgebliche Bemessungskriterien sind:
   - die Schwierigkeit der Leistung
   - der für die Leistung erforderliche Zeitaufwand
   - die Umstände bei der Ausführung der Leistung

   Für Leistungen, die sowohl Ärzte als auch Zahnärzte erbringen, wird die GOZ durch die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) ergänzt.

2. Die GOZ sieht einen Gebührenrahmen vom Ein- bis zum Dreieinhalbfachen der einfachen Gebührensätze vor, bei stationären privatärztlichen Leistungen der liquidationsberechtigten Krankenhausärzte abzüglich 25 Prozent und bei stationären privatärztlichen Leistungen von Belegärzten und anderen niedergelassenen Zahnärzten abzüglich 15 Prozent der berechneten Gebühren. Innerhalb dieser Gebührenspanne ist die Überschreitung des mittleren Gebührensatzes, d. h. des 2,3-fachen Einfachsatzes (der sog. Regelspanne), nur zulässig, wenn die Besonderheiten des Einzelfalles dies rechtfertigen. Neben den Gebühren dürfen nur Wegegeld und Auslagen in Rechnung gestellt werden.

   Für die Behandlung von Versicherten des brancheneinheitlichen Standardtarifs und des Basistarifs der privaten Krankenversicherung gilt eine besondere Gebührenstruktur.

3. Eine von der GOZ abweichende Höhe der Vergütung kann zwischen Zahnarzt und Zahlungspflichtigem vereinbart werden. Solche „Abdingungen" müssen vor der Inanspruchnahme des Zahnarztes in einem besonderen Schriftstück geregelt werden. Das Schriftstück muss die Feststellung enthalten, dass eine Erstattung der Vergütung durch Erstattungsstellen möglicherweise nicht in vollem Umfange gewährleistet ist. Weitere Erklärungen darf die Vereinbarung, von der dem Zahlungspflichtigen ein Abdruck auszuhändigen ist, nicht enthalten.

4. Jede Zahnarztrechnung muss mindestens enthalten:

   - das Datum der Leistungserbringung
   - die Nummer und Bezeichnung der einzelnen berechneten Leistung (einschl. einer verständlichen Bezeichnung des behandelten Zahnes) sowie den jeweiligen Betrag und den Steigerungssatz
   - bei Gebühren für stationäre privatärztliche Behandlung den 25-prozentigen bzw. 15-prozentigen Minderungsbetrag
   - bei Wegegeld den Betrag und die Berechnung

- bei Ersatz von Auslagen den Betrag und die Art der einzelnen Auslagen sowie Bezeichnung, Gewicht und Tagespreis verwendeter Legierungen
- bei gesondert berechnungsfähigen Kosten Art, Menge und Preis verwendeter Materialien
- bei Überschreitung der Regelspanne Angabe der konkreten Gründe für das Überschreiten

3. Gebührenstruktur

Die GOZ gilt für die Vergütung zahnärztlicher Leistungen, die für Privatpatienten oder Selbstzahler erbracht werden. Das der Verordnung beigegebene Gebührenverzeichnis ist Bestandteil der GOZ. Es enthält:

a) 197 Positionen mit den dazugehörigen Vergütungssätzen

b) zu einzelnen Positionen Abrechnungsbestimmungen, die bei der Bemessung der Gebühren und der Anwendung des Leistungsverzeichnisses zu berücksichtigen sind

Neben dem Gebührenverzeichnis der GOZ ist ergänzend das Gebührenverzeichnis der GOÄ anwendbar, in dem sich unter anderem Beratungen, Röntgen der Zähne und kieferchirurgische Leistungen finden, sodass den Positionen der GOZ noch eine größere Zahl von GOÄ-Positionen hinzugerechnet werden muss.

Wie bei der GOÄ beruht die Bemessung der Gebühren auch bei der GOZ auf einem System von Punktzahlen und Punktwerten. Der GOZ-Einfachsatz ergibt sich aus der Punktzahl, die mit dem Punktwert vervielfacht wird (§ 5 Abs. 2 Satz 2).

Das GOZ-Gebührenverzeichnis ist im Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung erstellt worden. Dabei wurden die Ergebnisse aus Besprechungen mit dem Bundesverband Deutscher Zahnärzte sowie Erkenntnisse verwertet, die aus zahlreichen Kontakten mit zahnärztlichen Beratern aus dem niedergelassenen Bereich und aus Hochschulkliniken gewonnen wurden. Außerdem wurden Erfahrungen mit der Abrechnung von privat- und kassenärztlichen Leistungen ausgewertet. Das Gebührenverzeichnis gibt deshalb den zum Zeitpunkt des Inkrafttretens – 1. Januar 1988 – aktuellen Stand der zahnmedizinischen Entwicklung wieder.

Zu jeder der 197 Gebührenpositionen gehört eine Punktzahl, wobei jeder Punkt einer Vergütung von 0,0562421 Euro entspricht. Eine Punktzahl von 80 ergibt zum Beispiel eine Vergütung von 4,50 Euro.

Kernstück der GOZ ist – wie bei der GOÄ – ein Bemessungssystem mit einem Gebührenrahmen, der vom Einfach- bis zum Höchstsatz reicht, der das Dreieinhalbfache des Einfachsatzes ausmacht. Innerhalb des Gebührenrahmens können und sollen Zwischenwerte berechnet werden; der Ausschöpfung der Gebührenspanne sind bestimmte Grenzen gesetzt.

Für die Behandlung von Versicherten des Standardtarifs bzw. des Basistarifs der privaten Krankenversicherung gilt eine besondere Gebührenstruktur (siehe nachfolgend 4. und 5. Abschnitt).

Als Bemessungskriterien werden in § 5 Abs. 2 genannt:

- die Schwierigkeit der Leistung
- der für die Leistung erforderliche Zeitaufwand
- die Umstände bei der Ausführung der Leistung

Diese Aufzählung ist abschließend, sodass weitere Kriterien nicht berücksichtigt werden dürfen. Im Gegensatz zur alten GOZ gibt es nicht mehr das Kriterium „Vermögens- und Einkommensverhältnisse des Zahlungspflichtigen", das – abgesehen von der Fragwürdigkeit eines solchen Maßstabes – mit dem Grundsatz einer leistungsgerechten Vergütung nicht vereinbar ist. Soweit der Zahnarzt bei einkommensstarken und vermögenden Patienten dennoch die Einkommens- und Vermögensverhältnisse berücksichtigen möchte, besteht die Möglichkeit einer Sondervereinbarung („Abdingung") nach § 2. Nicht mehr aufgenommen wurde ferner das Kriterium der örtlichen Verhältnisse, da es nicht leistungsbezogen und gegenüber den anderen Kriterien von untergeordneter Bedeutung ist.

Innerhalb des vom Ein- bis zum Dreieinhalbfachen reichenden Gebührenrahmens sind die Gebühren nach billigem Ermessen zu bestimmen (§ 5 Abs. 2 Satz 1). Die Anwendung der Bemessungskriterien erfordert eine individuelle Beurteilung der einzelnen Leistung. Eine schematische Betrachtungsweise, bei der die Höhe des Steigerungssatzes ohne Rücksicht auf die besonderen Umstände bei der Erbringung der Einzelleistungen einheitlich für sämtliche Leistungen oder sogar für sämtliche Praxisleistungen festgesetzt wird, wäre mit der geforderten Ermessensausübung nicht zu vereinbaren. Bei der

Gebührenbemessung für die einzelne Leistung kann die Schwierigkeit des Krankheitsfalles berücksichtigt werden, soweit diese sich in der Schwierigkeit der einzelnen Leistung niederschlägt. Das kann z. B. bei einer zeitraubenden Untersuchung oder Behandlung eines Behinderten der Fall sein. Kriterien, die bereits in einer Leistungsbeschreibung des Gebührenverzeichnisses berücksichtigt sind, bleiben bei der Anwendung der Bemessungskriterien außer Betracht. Kriterien, die für die Höhe des Honorars maßgeblich sind, sollen nicht doppelt in Ansatz gebracht werden.

Für Leistungen mit mittlerer Schwierigkeit und durchschnittlichem Zeitaufwand gibt es eine dem mittleren Gebührensatz entsprechende Gebührenspanne, die vom einfachen bis zum 2,3-fachen Gebührensatz reicht (§ 5 Abs. 2 Satz 4). Die Entscheidung des Bundesgerichtshofs (BGH – Az.: III ZR 54/07) vom 8. November 2007 ist auf das zahnärztliche Gebührenrecht übertragbar (siehe Abschnitt 3. Gebührenstruktur zur GOÄ, S. 25). Danach dürfte es kaum zu beanstanden sein, wenn die Zahnärzte „regelmäßig" zum 2,3-fachen Gebührensatz liquidieren.

Eine Überschreitung des 2,3-fachen Gebührensatzes (der Regelspanne) ist nur zulässig, wenn die Besonderheiten der Bemessungskriterien sich im Einzelfall von den üblicherweise vorliegenden Umständen deutlich unterscheiden und ihnen nicht bereits in der Leistungsbeschreibung des Gebührenverzeichnisses Rechnung getragen worden ist (§ 5 Abs. 2 Satz 4 2. Halbsatz). Auch dann ist nur eine abgestufte Überschreitung der Regelspanne, nicht aber die generelle Anwendung des 3,5-fachen Gebührensatzes gerechtfertigt. Übersteigt die in Rechnung gestellte Gebühr den Schwellenwert, ist der höhere Steigerungssatz unter Angabe des konkreten Grundes zu begründen (§ 10 Abs. 3 Satz 1), so zum Beispiel mit besonderen Schwierigkeiten und dem Zeitaufwand oder der von der Norm abweichenden Art und Weise der einzelnen Leistung. In der Regel sind stichwortartige Kurzbegründungen, nicht aber abstrakte Standardbegründungen (z. B. „schwieriger Behandlungsfall") ausreichend. Das nach Maßgabe der vorgeschriebenen Bemessungskriterien berechnete, zu Recht beanspruchte und vorschriftsmäßig begründete Zahnarzthonorar ist bis zu den GOZ-Höchstsätzen bei den Krankenversicherungen (und den Beihilfefestsetzungsstellen des öffentlichen Dienstes) in der Regel berücksichtigungs- bzw. erstattungsfähig. Der Versicherte (bzw. der Beihilfeberechtigte)

kann sich einer solchen über der Regelspanne liegenden Vergütung nicht entziehen. Der Erstattung durch die Krankenversicherung (bzw. der Beihilfe im öffentlichen Dienst) kann deshalb auch nicht nur die Regelgebühr zugrunde gelegt werden.

Die bei stationären privatärztlichen Leistungen bestehende Minderungspflicht kann nicht durch eine Gebührenvereinbarung (siehe nachf. 6. Abschnitt) ausgeschlossen werden. Eine solche Vereinbarung kann nicht wirksam getroffen werden, da sie gegen die Bestimmungen der GOZ verstößt. Auch wenn ein Patient eine Gebührenvereinbarung mit entsprechendem Inhalt unterzeichnet hat, ist eine Abdingung nicht wirksam zustande gekommen. Selbst eine entsprechende Zahlung an den Arzt kann zurückgefordert werden, es sei denn, ein juristisch versierter Patient hat gezahlt, obwohl er weiß, dass er nicht zu zahlen brauchte (§ 814 BGB „positive Kenntnis"). Die Krankenversicherungen (und die Beihilfefestsetzungsstellen des öffentlichen Dienstes) berücksichtigen bei ihren Erstattungen nur rechtlich begründete Forderungen. Der Zahlungspflichtige erfährt deshalb spätestens nach Stellung seines Erstattungs- bzw. Beihilfeantrages die Rechtslage. Er kann sich dann an seinen Zahnarzt wenden und um Berichtigung der Rechnung bzw. Rückerstattung des zu viel gezahlten Betrages bitten.

Bei stationären privatärztlichen Leistungen dürfen die im Allgemeinen Pflegesatz enthaltenen zahnärztlichen Leistungen dem Zahlungspflichtigen nicht doppelt in Rechnung gestellt werden. Bei solchen Leistungen sind deshalb die Gebühren von den liquidationsberechtigten Krankenhausärzten um 25 Prozent und von Belegärzten bzw. sonstigen niedergelassenen Ärzten um 15 Prozent zu mindern (§ 7). Damit wird hinsichtlich eines Teils der in den Zahnarztgebühren wie im Pflegesatz des Krankenhauses enthaltenen Kosten der Tatsache Rechnung getragen, dass diese Kosten nicht dem Zahnarzt, sondern dem Krankenhaus entstehen. Die Minderung erfasst also nur einen Teil der in der Gebühr enthaltenen Personal- und Sachkosten; ein Teil der Kosten wird auch künftig noch mit der Gebühr erfasst. Dementsprechend beschränkt Satz 2 des § 7 den Grundsatz der Kostenabgeltung mit den Gebühren auf die von der Gebührenminderung nicht erfassten Kostenteile. Der Minderungsbetrag kann durch Vereinbarung nicht ausgeschlossen werden und ist in der Rechnung auszuweisen. Bei Überschreitung der Regelspanne ist für die Begründungspflicht der Gebührensatz vor Abzug des 25- bzw.

15-prozentigen Minderungsbetrages maßgebend und nicht etwa ein aus dem geminderten Honorar errechneter Steigerungssatz. (Weitere Ausführungen zu den Kosten stationärer Krankenhausbehandlung siehe ab S. 523).

Für ambulant durchgeführte Operationen sieht die GOZ im Gegensatz zur GOÄ weder spezielle Gebührenpositionen noch besondere Gebührenbemessungskriterien vor. Infolgedessen bemisst sich die Höhe der Vergütung für ambulant durchgeführte Operationen nach den allgemeinen Bemessungskriterien des § 5. Auch bei diesen Leistungen ist ein Überschreiten des Regelsatzes (2,3-facher Gebührensatz) nur zulässig, wenn Besonderheiten der Bemessungskriterien dies rechtfertigen und in der Rechnung eine entsprechende Begründung gegeben wird. Die Tatsache, dass eine Operation ambulant durchgeführt wird, reicht als Begründung für ein Überschreiten der Regelsätze nicht aus; allerdings können bei ambulant durchgeführten Operationen – wie bei anderen Leistungen auch – Bemessungskriterien wie Schwierigkeit oder Zeitaufwand der einzelnen Leistung oder Umstände bei der Ausführung in Ausnahmefällen ein Überschreiten der Regelsätze rechtfertigen. Das wäre im Einzelfall zu begründen. Ein genereller Verzicht auf eine besondere Begründung bei einer die Schwellenwerte übersteigenden Gebührenbemessung für ambulant durchgeführte Operationen würde die Bemessungskriterien der GOZ außer Kraft setzen und im Ergebnis dazu führen, dass in den angesprochenen Fällen die Höchstsätze ohne Berücksichtigung der besonderen Umstände des Einzelfalls angesetzt werden könnten.

Die Gebühren sind in dem auf den Seiten 388 bis 405 abgedruckten Gebührenverzeichnis sowie in der auf den Seiten 406 bis 410 wiedergegebenen Tabelle der Einfachgebühren, Regelspannen und Höchstgebühren nachzulesen.

4. Besondere Gebührenstruktur für Versicherte des Standardtarifs der privaten Krankenversicherung

Der Standardtarif ist ein brancheneinheitlicher Tarif in der privaten Krankenversicherung (PKV) mit einem gesetzlich begrenzten Höchstbeitrag, dessen Versicherungsschutz vergleichbar ist mit demjenigen der gesetzlichen Krankenkassen (GKV). Dieser Tarif erfüllt in der PKV vor allem eine soziale Schutzfunktion. Er richtet sich insbesondere an Versicherte, die aus finanziellen Gründen einen preiswerten Tarif

benötigen. Deshalb ist der Standardtarif nur für bestimmte, vom Gesetzgeber definierte Personengruppen (vgl. Regelungen des § 257 SGB V) geöffnet. Der Standardtarif wird auch beihilfekonform, d. h. abgestellt auf den jeweiligen Beihilfebemessungssatz des Beihilfeberechtigten bzw. berücksichtigungsfähigen Angehörigen, angeboten. § 257 Abs. 2a SGB V legt fest, dass der Standardtarif Leistungen enthält, die mit denjenigen der GKV vergleichbar sind. Das bedeutet nicht, dass die Leistungen vollkommen identisch sein müssen. Sie müssen aber weitgehend übereinstimmen. Zusatzversicherungen zum Standardtarif sind nicht möglich.

Die kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung bzw. die kassenzahnärztlichen Vereinigungen und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung haben seit dem 1. Juli 2007 die ärztliche und zahnärztliche Versorgung der im Standardtarif Versicherten mit den dort versicherten Leistungen sicherzustellen.

Für die in dem Standardtarif der privaten Krankenkassen versicherten Personen gilt der im 3. Abschnitt beschriebene Gebührenrahmen grundsätzlich nicht (Ausnahme siehe unten). Die Vergütung für Leistungen, die vom Standardtarif erfasst sind, kann im Einvernehmen mit den Beihilfeträgern in Verträgen zwischen dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. mit den Kassenärztlichen Vereinigungen oder der Kassenärztlichen Bundesvereinigung geregelt werden. Wenn es im Rahmen der Vertragsverhandlungen zu keiner Einigung kommt, kann eine Schiedsstelle angerufen werden. Wird zwischen den Vertragspartnern keine Regelung zur Vergütung getroffen, was derzeit der Fall ist, sieht § 75 Abs. 3a SGB V eine gesetzliche Festlegung vor. Danach dürfen bei Standardversicherten die Gebühren für zahnärztliche Leistungen nur bis zum 2,0-Fachen des Gebührensatzes berechnet werden. Erbringt der Zahnarzt bei der Behandlung auch Leistungen, die nach der Gebührenordnung für Ärzte zu berechnen sind, gelten die Ausführungen zu Abschnitt 4 GOÄ entsprechend.

Regelspannen und die Pflicht zur Begründung ab/bei einer bestimmten Gebührenhöhe sind insoweit weder in der GOÄ noch in der GOZ vorgesehen. Die zahnärztlichen Leistungserbringer haben deshalb die Gebührenhöhe für ihre Leistungen innerhalb des vorgegebenen Rahmens nach billigem Ermessen festzulegen. Die 1- und 2,0-fachen GOZ-Sätze sind in der in Abschnitt III. abgedruckten Tabelle (siehe S. 406 ff.) und die 1-, 1,16-, 1,38- und 1,7-fachen GOÄ-Sätze sind in der in Abschnitt III. abgedruckten Tabelle (S. 293 ff.) ausgewiesen.

Die vorgenannten Regelungen gelten nur für Leistungen, die innerhalb des Standardtarifs erbracht werden. Dies hat zur Folge, dass für außerhalb des Erstattungsbereichs des Standardtarifs erbrachte zahnärztliche Leistungen die „normale" im 3. Abschnitt beschriebene Gebührenstruktur maßgebend ist.

5. Besondere Gebührenstruktur für Versicherte des Basistarifs der privaten Krankenversicherung

Die Private Krankenversicherung (PKV) ist vom Gesetzgeber verpflichtet worden, ab dem 1. Januar 2009 den Basistarif anzubieten. Der Basistarif bietet Versicherungsschutz, der in Art, Umfang und Höhe der gesetzlichen Krankenversicherung vergleichbar ist. Künftige Leistungsausschlüsse und -reduktionen in der gesetzlichen Krankenversicherung werden auch im Basistarif entsprechend übernommen. Den Versicherten steht die Wahl unter den Ärzten frei, die zur vertragsärztlichen Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassen sind. Der Basistarif wird auch beihilfekonform, d. h. abgestellt auf den jeweiligen Beihilfebemessungssatz der beihilfeberechtigten Person bzw. des oder der berücksichtigungsfähigen Angehörigen angeboten.

Für den Basistarif gilt wie für den in Abschnitt 4 genannten Standardtarif, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung bzw. die kassenzahnärztlichen Vereinigungen und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung die ärztliche und zahnärztliche Versorgung der im Basistarif Versicherten im Umfang der im Basistarif versicherten Leistungen sicherzustellen haben (§ 75 Abs. 3a SGB V).

Für die in dem Standardtarif der privaten Krankenkassen versicherten Personen gilt der in Abschnitt „3. Gebührenstruktur" beschriebene Gebührenrahmen grundsätzlich nicht. Es gelten vielmehr die gleichen Bestimmungen hinsichtlich einer vertraglichen Festlegung der Gebührenhöhe und der ersatzweise gesetzlichen Regelung (§ 75 Abs. 3a SGB V). Deshalb wird auf die Ausführungen im vorstehenden Abschnitt 4 verwiesen.

6. Gebührenvereinbarung

Durch eine Vereinbarung zwischen Zahnarzt und Patient (Zahlungspflichtigem) kann eine von der GOZ abweichende Höhe der Vergütung vereinbart werden (§ 2 Abs. 1). Eine solche „Abdingung" ist nur zulässig hinsichtlich der Höhe des Zahnarzthonorars. Zur Wirksam-

keit einer abweichenden Honorarvereinbarung bedarf es einer vorausgehenden persönlichen Absprache im Einzelfall zwischen dem Arzt und dem Patienten bzw. Zahlungspflichtigen. Diese Konkretisierung in § 2 Abs. 1 verdeutlicht, dass abweichende Vereinbarungen zur Gebührenhöhe nur individuell unter Beachtung der Umstände des Einzelfalles getroffen werden dürfen. Dies setzt die persönliche Absprache der Vertragspartner voraus. Von den übrigen Vorschriften der Verordnung darf nur abgewichen werden, sofern die Verordnung es ausdrücklich zulässt. Nicht abdingbar sind insbesondere die Vorschriften über die Abrechnung der Vergütung und die Geltung des Gebührenverzeichnisses. Es kann auch nicht auf Leistungspositionen des Bema (d. h. des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche und zahnärztliche Leistungen) oder auf die bisher gebräuchlichen Analogie-Listen zurückgegriffen werden. Der Zahnarzt muss bei einer abweichenden Vergütungsvereinbarung seiner Liquidation das GOZ-Gebührenverzeichnis zugrunde legen und die Rechnung so ausstellen, dass sie für den Patienten nachprüfbar ist. Nicht abdingbar sind auch die Begründungspflicht im Falle der Überschreitung der Regelspanne oder gar die Anwendung der GOZ insgesamt.

Die Abdingung muss im Interesse eines wirksamen Schutzes des Zahlungspflichtigen erkennen lassen, in welchem Umfang die vereinbarte Vergütung von der Vergütung nach der GOZ abweichen soll, sodass der Zahlungspflichtige die Mehrbelastung erkennen kann. Diesem Erfordernis wird der pauschale Verweis auf andere Vergütungsordnungen nicht gerecht. Die Vereinbarung eines Pauschalhonorars ohne Bezugnahme auf die GOZ ist unzulässig.

Aus Gründen der Rechtssicherheit und Rechtsklarheit muss die Vereinbarung getroffen werden (§ 2 Abs. 2 Satz 1):

a) vor der Erbringung der Leistung des Zahnarztes (spätestens nach der Erstuntersuchung)

b) in einem besonderen Schriftstück

Das Schriftstück muss die Feststellung enthalten, dass eine Erstattung der Vergütung durch Erstattungsstellen (z. B. private Krankenversicherung, Beihilfestelle) möglicherweise nicht in vollem Umfang gewährleistet ist (Satz 2 a. a. O.). Weitere Erklärungen darf die Vereinbarung nicht enthalten (Satz 3 a. a. O.). Der Zahnarzt muss dem Zahlungspflichtigen einen Abdruck der Vereinbarung aushändi-

gen (Satz 4 a. a. O.). Von diesen Vorschriften abweichende Vereinbarungen sind unwirksam, sodass in solchen Fällen die der GOZ entsprechende Vergütung zu berechnen ist (bestätigt durch Urteil des BGH vom 19. Februar 1998 – III ZR 106/97). Während der Behandlung darf die Vereinbarung nur für zukünftige Leistungen getroffen werden.

Auf Verlangen des Zahlungspflichtigen können Leistungen, die über das Maß einer zahnmedizinisch notwendigen zahnärztlichen Versorgung hinausgehen und nicht in den Gebührenordnungen der GOZ und GOÄ enthalten sind, und die Vergütung solcher Leistungen abweichend von der GOZ in einem Heil- und Kostenplan schriftlich vereinbart werden (§ 2 Abs. 3). Dadurch verursachte Mehraufwendungen werden in aller Regel weder von den Krankenversicherungen noch von anderen Kostenträgern (z. B. den Beihilfestellen des öffentlichen Dienstes) erstattet.

Besondere Bedeutung kommt der Regelung zu, dass auf eine möglicherweise nicht volle Erstattung durch die Erstattungsstellen hinzuweisen ist. Durch diesen Hinweis sollen die Zahlungspflichtigen vor bösen Überraschungen geschützt werden.

Eine Abdingung per Vordruck ist nach dem zur GOÄ ergangenen Urteil des LG Hamburg (Az.: 313 S 87/98), dessen Grundsätze jedoch auf die GOZ übertragen werden können, ungültig. Begründet wird dies damit, dass eine Individualvereinbarung ein Aushandeln der Honorarregelung voraussetze. Dafür müsse der Arzt/Zahnarzt den Inhalt einer Vereinbarung ernsthaft zur Disposition stellen. Bei der Nutzung eines Vordruckes ist diese Voraussetzung nach Auffassung des Gerichts nicht gegeben.

Die durch Gebührenvereinbarungen verursachten Mehrkosten werden in der Regel von den Versicherungsgesellschaften und anderen Leistungsträgern nicht erstattet. Sie gehen deshalb voll zu Lasten der Versicherten. Erstattet werden im Allgemeinen nur die mittleren Gebührensätze (bis zur sog. Regelspanne), in Ausnahmefällen – wenn die Zahnarztrechnung die vorgeschriebene Begründung für die Überschreitung der Regelspanne enthält – der GOZ-Höchstsatz, in keinem Fall aber der den Höchstsatz überschreitende Teil der Gebühren.

Die Abdingung der in der GOZ vorgesehenen Gebührenhöhe ist als Ausnahme vom Regelfall anzusehen. Sie kann nicht ohne vorherige Kenntnis der Besonderheiten des Einzelfalles vorgenommen und

deshalb nur vom Zahnarzt selbst getroffen werden. Eine Vertretung durch die Sprechstundenhilfe scheidet aus.

Auch für Gebührenvereinbarungen gilt der Grundsatz der Angemessenheit jeglicher Honorarforderung. Insbesondere sind deshalb die besonderen Umstände des Einzelfalles nach billigem Ermessen zu berücksichtigen. Damit ist die Verwendung vorgedruckter Vereinbarungstexte mit bereits eingedrucktem Gebührensatz ebenso unzulässig wie die Vereinbarung ein und desselben Satzes in allen oder nahezu allen Fällen einer Vereinbarung. Aus dem Gebot der angemessenen Honorargestaltung ergibt sich, dass die Vergütungshöhe sich auch bei einer abweichenden Honorarvereinbarung an dem Verhältnis von Leistung und Gegenleistung orientieren muss. Eine sachlich nicht begründbare, willkürliche Honorarfestlegung wäre mit dem Gebot der angemessenen Honorargestaltung nicht vereinbar. Gemessen an der Gesamtzahl der Behandlungsfälle aller Zahnärzte sollten abweichende Vereinbarungen nach ihrem Zweck insgesamt nur einen geringen Prozentsatz ausmachen. Im ärztlichen Bereich betrug der Anteil der Abdingungen nach der GOÄ oberhalb des 3,5-fachen Satzes im Jahr 1986 weniger als ein Prozent der abgerechneten Leistungen.

In Einzelfällen können abweichende Honorarvereinbarungen eine berechtigte Funktion haben, wenn bei besonders schwierigem Krankheitsbild (z. B. nach vorausgegangenen unzulänglichen Behandlungen) eine in üblicher Zeit und mit normalen Mitteln nicht zu erbringende Leistung notwendig ist. Auch sind Fälle denkbar, in denen der Patient über das notwendige Maß hinaus eine besonders anspruchsvolle Leistung verlangt und dafür eine Vergütung oberhalb des Gebührenrahmens zu zahlen bereit ist. In solchen Fällen gewinnt die in § 2 Abs. 2 getroffene Regelung besondere Bedeutung, dass der Zahnarzt in der Vereinbarung darauf hinweisen muss, dass eine Erstattung der Vergütung durch Erstattungsstellen möglicherweise nicht in vollem Umfang gewährleistet ist.

Nicht abdingbar ist, wie bereits erwähnt, die Pflicht des Zahnarztes zur Begründung eines über die Regelspanne hinausgehenden Honorars. Die GOZ lässt eine Vereinbarung ausdrücklich nur für die Höhe der Vergütung, nicht aber auch für die Begründungspflicht zu. Auch der Patient, der mit dem Arzt eine über die Regelspanne hinausgehende Vergütung vereinbart hat, hat das Recht, vom Arzt eine schriftliche Begründung für ein die Regelspanne übersteigen-

des Honorar und die Angabe des Steigerungssatzes (Multiplikators) zu fordern. Aus der Zahnarztrechnung muss ersichtlich sein, welcher Steigerungssatz und welche Gebühr ohne Honorarvereinbarung berechnet worden wären. Diese Auslegung, die in einem Aufsatz in der Neuen Juristischen Wochenschrift (Heft 24/1983, S. 1366) von dem Vorsitzenden Richter am Oberlandesgericht Hamburg, Horst-Dieter Hensen, geteilt wird, ergibt sich aus § 10 Abs. 3 GOZ, der für den Fall der Überschreitung der Regelspanne eine Begründungspflicht ohne Ausnahme festlegt.

Einsichtige Zahnärzte werden sich der Begründungspflicht ohnehin nicht entziehen, auch dann nicht, wenn sie aufgrund einer Gebührenvereinbarung befugt sind, ein höheres Honorar zu fordern. Mit der Begründung werden dem Patienten schließlich die Argumente geliefert, die eine über die Regelspanne hinausgehende Erstattung durch die private Krankenversicherung und ggf. (bei Angehörigen des öffentlichen Dienstes) die Festsetzung der Beihilfe ermöglichen können. Wird die Überschreitung der Regelspanne z. B. mit der Schwierigkeit der Leistung begründet, ist das für den Patienten günstig, wenn es um die Erstattung der Krankenversicherung und (bei Angehörigen des öffentlichen Dienstes) um die Gewährung einer Beihilfe geht. Solange der Zahnarzt – ungeachtet der Anmahnung durch den Patienten – eine ausreichende Begründung für eine die Regelspanne übersteigende Vergütung verweigert, wird der Vergütungsanspruch hinsichtlich des die Regelspanne übersteigenden Teils der Gebühr nicht fällig. Dies gilt jedoch nur in den Fällen, in denen Bemessungskriterien vorliegen, die einen höheren Steigerungssatz rechtfertigen; im Übrigen reicht der Hinweis des Zahnarztes auf die abgeschlossene Abdingung aus.

Für den Abschluss von Gebührenvereinbarungen gibt es Grenzen der Zulässigkeit. Berufsrechtlich gebieten die zahnärztlichen Berufsordnungen der Länder, dass die Honorarforderung angemessen sein muss und die besonderen Umstände des einzelnen Falles zu berücksichtigen sind. Eine generelle Abdingung ohne vorherige Prüfung des Einzelfalles würde dieser Regelung nicht gerecht werden. Zulässig dürfte deshalb eine Abdingung im Einzelfall nur sein, wenn dessen Besonderheiten dies rechtfertigen. Zuständig für die Überwachung der ärztlichen Berufspflichten sind die Ärztekammern, die der Aufsicht der Länder unterstehen.

Unzulässig sind auch sog. kartellmäßige Empfehlungen und Absprachen der Zahnärzte, die darauf abzielen, dass alle Zahnärzte einheit-

lich abdingen. In solchen Fällen kann ein Verstoß gegen kartellrechtliche Vorschriften vorliegen. Im Einzelfall dürfte es allerdings schwierig sein, Kartell-Absprachen nachzuweisen.

Strafbar sind Abdingungen in den Fällen, in denen der Patient genötigt wird, eine Abdingungserklärung zu unterschreiben, obwohl er nicht mehr die Möglichkeit hat, einen anderen Zahnarzt zu wählen (z. B. Abdingung in Notfällen). Im Einzelfall könnte der Tatbestand der Nötigung, unter Umständen sogar der Körperverletzung durch Unterlassen erfüllt sein.

Unzulässige Abdingungen können zivilrechtlich nach den Vorschriften des Bürgerlichen Rechts angefochten werden. Eine gegen die Vorschriften der GOZ verstoßende Sondervereinbarung, mit der ein Privatpatient unangemessen benachteiligt wird, ist nach § 9 des Gesetzes zur Regelung des Rechts der Allgemeinen Geschäftsbedingungen (AGB-Gesetz) unwirksam. Eine unangemessene Benachteiligung ist im Zweifel anzunehmen:

- wenn eine Bestimmung nicht zu vereinbaren ist mit wesentlichen Grundgedanken der gesetzlichen Regelung, von der abgewichen wird
- wenn wesentliche Rechte oder Pflichten, die sich aus der Natur des Vertrages ergeben, so eingeschränkt werden, dass die Erreichung des Vertragswerks gefährdet ist

Verstoßen Gebührenvereinbarungen gegen die GOZ, folgt daraus zwangsläufig, dass sie ebenfalls unwirksam sind.

Zu den behandelten Rechtsfragen vertreten Zahnärzteverbände zum Teil andere Auffassungen. Es ist damit zu rechnen, dass insoweit durch die Rechtsprechung Klarheit geschaffen wird.

Die dem Privatpatienten zur Verfügung stehenden Möglichkeiten, sich vor finanziellem Schaden zu sichern, sind in folgenden Ratschlägen zusammengefasst:

Wenn der Zahnarzt keine Gebührenvereinbarung vorlegt, kann davon ausgegangen werden, dass er sich an die GOZ hält und die in Rechnung gestellten Beträge erstattungs- bzw. beihilfefähig sind. Wird ohne Abdingung die Regelspanne überschritten, liefert die vorgeschriebene Begründung auch die Argumente für Anerkennung der Erstattungs- bzw. Beihilfefähigkeit des höheren Honorars, und zwar bis zur GOZ-Höchstgebühr.

Wird eine Gebührenvereinbarung vorgelegt, sollte verhandelt und darauf hingewiesen werden, dass:

- der Zahnarzt auch ohne Abdingung ungefähr das 2,3-Fache, bei besonders schwierigen Leistungen mit entsprechender Begründung sogar das 3,5-Fache dessen berechnen kann, was er für die gleiche Leistung bei einem „Kassenpatienten" erhält
- die auf einer Gebührenvereinbarung beruhende Differenz zwischen Regelspanne und Honorar vom Patient u. U. voll aus der eigenen Tasche bezahlt werden muss

Bleibt die Verhandlung ohne Ergebnis, sollte – insbesondere bei ambulanter Behandlung – überlegt werden, ob nicht ein anderer Arzt aufgesucht wird.

Wer eine Honorarvereinbarung unterschrieben hat, kann später dennoch eine unangemessen hohe Zahnarztrechnung beanstanden. Zudem kann eine Abdingung nach dem Gesetz über die Allgemeinen Geschäftsbedingungen sowie nach dem Grundsatz von Treu und Glauben nichtig sein, wenn sie unangemessen, ungewöhnlich, überraschend und unverständlich ist. In einem solchen Fall sollte das Honorar bis zur Regelspanne sofort gezahlt und hinsichtlich des Restbetrages die Landeszahnärztekammer angerufen werden. Da die Zahnärztekammern auf Antrag zur Abgabe gutachterlicher Stellungnahmen über die Angemessenheit von Honorarforderungen bereit sind, wird auch bei Meinungsverschiedenheiten über die Honorarhöhe in der Regel eine gütliche Einigung möglich sein. Im äußersten Fall steht der Rechtsweg zur Verfügung.

7. Wegegeld und Auslagen

Als Entschädigung für Besuche erhält der Zahnarzt Wegegeld. Ein Besuch liegt vor, wenn ein Zahnarzt zur Ausübung seiner zahnärztlichen Tätigkeit einen Patienten an einem Ort aufsucht, an dem er üblicherweise seiner zahnärztlichen Tätigkeit nicht nachgeht. Mit dem Wegegeld sind Zeitversäumnisse und die durch den Besuch bedingten Mehrkosten (einschl. der Fahrtkosten) abgegolten (§ 8 Abs. 1 Satz 1). Dementsprechend kann der Zahnarzt bei Besuchen neben der Besuchsgebühr und den Gebühren für erbrachte zahnärztliche Leistungen nur Wegegeld berechnen.

Das Wegegeld umfasst:

- Wegstreckenentschädigung
- Aufwandsentschädigung (Satz 2 a. a. O.).

Die Wegstreckenentschädigung ist die Entschädigung für die Fahrtkosten. Sie beträgt:

- bei Benutzung eines eigenen Kraftfahrzeuges 0,26 Euro für jeden zurückgelegten Kilometer
- bei Benutzung anderer Verkehrsmittel die unter Berücksichtigung der Umstände angemessenen Fahrtkosten (§ 8 Abs. 2)

Die Aufwandsentschädigung ist die Entschädigung für den zusätzlich zu den Fahrtkosten entstehenden besuchsbedingten Aufwand des Zahnarztes. Sie beträgt für jeden zurückgelegten Kilometer

- bei Tag 1,02 Euro
- bei Nacht (20 bis 8 Uhr) 1,53 Euro

Besucht der Zahnarzt auf einem Wege mehrere Patienten (z. B. in einem Altenheim), darf er das Wegegeld insgesamt nur einmal berechnen (§ 8 Abs. 4).

Neben den für die einzelnen zahnärztlichen Leistungen vorgesehenen Gebühren können die dem Zahnarzt tatsächlich entstandenen angemessenen Kosten für zahntechnische Leistungen als Auslagen berechnet werden, soweit diese Kosten nicht bereits nach den Bestimmungen des Gebührenverzeichnisses (vgl. z. B. GOZ-Nr. 616 beim Einsetzen von festsitzenden Geräten im Rahmen kieferorthopädischer Maßnahmen) mit den Gebühren abgegolten sind (§ 9). Auch für zahntechnische Leistungen, die im eigenen Praxislabor erbracht werden, darf der Zahnarzt nur die tatsächlich entstandenen Kosten unter Einschluss eines angemessenen kalkulatorischen Gewinnanteils als Auslagen abrechnen. Eine Steigerung der Vergütung für zahntechnische Leistungen ist generell – also auch für vom Zahnarzt selbst erbrachte Leistungen dieser Art – ausgeschlossen. Auslagen dürfen nur in Rechnung gestellt werden, wenn sie dem Zahnarzt tatsächlich entstanden sind. So müssen z. B. Rabatte, die der Zahnarzt für zahntechnische Leistungen durch gewerbliche Zahnlabors erhält, an die Patienten weitergegeben werden.

8. Zahnarztrechnungen

Mit der am 1. Januar 1988 in Kraft getretenen GOZ wird eine größere Transparenz der zahnärztlichen Rechnungen erreicht und damit ein Beitrag zum Verbraucherschutz und zum Kostenbewusstsein der Patienten geleistet. Insbesondere werden die Mindestanforderungen an die zahnärztlichen Rechnungen festgelegt.

Die Rechnung muss – einer selbstverständlichen Regel im Geschäftsleben entsprechend – so ausgestaltet sein, dass der Name des Zahnarztes, der die Leistung erbracht hat, klar hervorgeht, die Rechnung also eindeutig identifizierbar ist. Darauf muss insbesondere bei Computer-Rechnungsausdrucken geachtet werden.

Nicht erforderlich ist die Angabe der Diagnose, weil sich eine ausreichende Transparenz in der Regel bereits aus den Leistungsbeschreibungen ergibt. Der Zahnarzt wird dem Verlangen des Patienten nach Angabe der Diagnose jedoch entsprechen müssen, wenn dieser die Angabe bei der Erstattung seiner Aufwendungen durch Erstattungsstellen (private Krankenversicherung oder Beihilfestelle) benötigt. Das kann zum Beispiel der Fall sein, wenn aus den Leistungsbeschreibungen nicht ohne weiteres festgestellt werden kann, ob es sich um einen Krankheitsfall handelt oder um einen nicht durch Erkrankung bedingten Eingriff (Schönheitsoperationen). Die privaten Krankenversicherer erstatten in vielen Fällen nur, wenn aus der Rechnung die Diagnose klar erkennbar ist, und holen oft – gestützt auf entsprechende Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes – Auskünfte bei den Zahnärzten ein. Die Angabe der Diagnose durch den Arzt ist nicht berechnungsfähig; die GOZ sieht dafür keine Gebührenposition vor.

Gegenüber dem Inhalt ärztlicher Rechnungen sind bei zahnärztlichen Rechnungen bei der Abrechnung zahntechnischer Leistungen Besonderheiten zu beachten: Sowohl die im eigenen Praxislabor gefertigten als auch in Auftrag gegebenen zahntechnischen Leistungen müssen im Einzelnen durch einen Kostennachweis belegt werden. Bei Auftragsleistungen muss die Rechnung des gewerblichen Labors beigefügt werden, aus der sich die Spezifizierung der Auslagen (aufgeschlüsselt nach Betrag, Art der Auslagen, Bezeichnung, Gewicht und Tagespreis verwendeter Legierungen) ergeben muss. Als Tagespreis gilt der Preis der Verarbeitung im Labor. Da die Laborrechnung auf diese Weise alle erforderlichen Angaben enthält,

bedarf es in der Rechnung des Zahnarztes nur der Angabe des Gesamtbetrages der Labor-Rechnung.

Die Rechnung muss mindestens folgende Angaben enthalten, die auch durch eine Gebührenvereinbarung nicht ausgeschlossen werden dürfen (§ 10 Abs. 2 und 3):

- Datum der Leistungserbringung
- bei Gebühren Nummer und Bezeichnung der einzelnen berechneten Leistung (einschl. einer verständlichen Bezeichnung des behandelten Zahnes) sowie den Betrag und den Steigerungssatz
- bei Gebühren für stationäre privatärztliche Leistungen den fünfundzwanzig- bzw. fünfzehnprozentigen Minderungsbetrag
- bei Wegegeld den Betrag und die Berechnung
- bei Ersatz von Auslagen den Betrag und die Art der einzelnen Auslagen sowie Bezeichnung, Gewicht und Tagespreis verwendeter Legierungen
- bei nach dem Gebührenverzeichnis gesondert berechnungsfähigen Kosten: Art, Menge und Preis verwendeter Materialien
- bei Überschreitung der Regelspanne, also des 2,3-Fachen des einfachen Gebührensatzes: Angabe der konkreten Gründe für das Überschreiten

Um ersehen zu können, welche Leistungen erbracht und welche Gebühren berechnet worden sind, ist, neben dem Datum und der Bezeichnung der einzelnen Leistungen die Angabe des berechneten Betrages und des Steigerungssatzes (z. B. 2-fach) erforderlich. Bei kieferorthopädischen Leistungen ist z. B. das Datum der Kontrollsitzungen anzugeben. Statt der vollen Leistungsbezeichnungen können auch Kurzbeschreibungen verwendet werden, wenn diese aus sich heraus verständlich sind und den Leistungsinhalt umfassend beschreiben. Eine Besonderheit der zahnärztlichen Rechnung ist die Anforderung, den behandelten Zahn, für den eine Leistung berechnet wird, verständlich zu bezeichnen. Die Art dieser Bezeichnung ist nicht vorgeschrieben; es kann z. B. das nachfolgende Zahnschema (S. 383) verwendet werden, mit dessen Hilfe eine numerische Bezeichnung der Zähne erläutert wird.

Die Bezeichnung der Leistung kann entfallen, wenn der Rechnung eine Zusammenstellung beigefügt ist, der die Bezeichnung für die abgerechnete Leistungsnummer entnommen werden kann (§ 10

Abs. 3 Satz 3). Bei Auslagen ist der einschlägige Beleg oder ein sonstiger Nachweis beizufügen (Satz 3 a. a. O.). Wurden zahntechnische Leistungen in Auftrag gegeben, ist eine Rechnung des Dentallabors beizufügen, aus der der berechnete Betrag, die Art der Leistungen sowie Bezeichnung, Gewicht und Tagespreis verwendeter Legierungen zu entnehmen ist; insoweit genügt es, in der Rechnung des Zahnarztes den Gesamtbetrag für die Leistungen anzugeben (Satz 5 a. a. O.). Leistungen, die auf Verlangen erbracht worden sind, sind als solche zu bezeichnen (Satz 6 a. a. O.).

Bei Überschreitung der Regelspanne (d. h. des 2,3-Fachen oder bei GOÄ-Leistungen ggf. auch des 1,8-Fachen des einfachen Gebührensatzes) muss neben dem berechneten Steigerungssatz auch der konkrete Grund für die Steigerung angegeben werden (§ 10 Abs. 3 Satz 1). Dabei reicht es nicht aus, die in § 5 Abs. 2 genannten Bemessungskriterien (wie z. B. „hoher Zeitaufwand" oder „Schwierigkeit der Leistung") in der Rechnung zu benennen. Es muss vielmehr auf den Einzelfall bezogen begründet werden, welche Besonderheiten zu der Steigerung geführt haben. Das kann beim Kriterium des Zeitaufwandes z. B. die genaue Angabe der Zeit sein oder beim Kriterium der Schwierigkeit der Leistung die besondere Art der eingetretenen Komplikation. In der Regel wird eine stichwortartige Kurzbegründung ausreichen. Auf Verlangen ist die Begründung näher zu erläutern (§ 10 Abs. 3 Satz 2).

Wird eine selbstständige zahnärztliche Leistung erbracht, die erst nach Inkrafttreten der GOZ aufgrund wissenschaftlicher Erkenntnisse entwickelt worden ist, ist die nach § 6 Abs. 2 entsprechend (analog) bewertete Leistung für den Zahlungspflichtigen verständlich zu beschreiben und mit dem Hinweis „entsprechend" sowie der Nummer und der Bezeichnung der als gleichwertig erachteten Leistung zu versehen (§ 10 Abs. 4).

Alles in allem wird mit der GOZ den Zahlungspflichtigen die Möglichkeit gegeben, Zahnarztrechnungen in gleicher Weise zu verstehen und zu kontrollieren, wie das der kostenbewusste Verbraucher bei anderen Dienstleistungen längst tut. Insbesondere sollten die Privatpatienten:

- ihre Erfahrungen darüber austauschen, welcher durchschnittliche Steigerungssatz (Multiplikator) ihren Zahnarztrechnungen im Allgemeinen zugrunde gelegt wird

- darauf achten, dass jede Überschreitung des sogenannten Schwellenwertes (also des 2,3- bzw. 1,8-fachen Satzes) vom Zahnarzt in der Rechnung begründet wird
- mit sogenannten Abdingungsvereinbarungen zurückhaltend sein und darauf achten, dass möglichst keine Vergütungen vereinbart werden, die im Rahmen der privaten Krankenversicherung (bei Beamten, Richtern, Berufssoldaten und Versorgungsempfängern aus diesem Personenkreis auch bei der Beihilfengewährung) bei der Erstattung nicht voll berücksichtigt werden (siehe auch vorstehenden Abschnitt „Gebührenvereinbarung")

Im Übrigen empfiehlt es sich, bei überhöhten Zahnarztrechnungen zunächst den Zahnarzt um Überprüfung bzw. um Angabe der Gründe für die relativ hohe Honorarrechnung zu bitten. Führt eine solche Aussprache zu keinem zufriedenstellenden Ergebnis, bleibt die Möglichkeit, an die Zahnärztekammer bzw. deren Aufsichtsbehörde (oberste Landesgesundheitsbehörde) heranzutreten und um Klärung und Vermittlung zu bitten.

9. Fälligkeit, Verjährung, Rechtsweg

Das Zahnarzthonorar wird fällig, wenn der Zahnarzt dem Zahlungspflichtigen eine nachprüfbare, detaillierte Rechnung erteilt hat, die den Vorschriften der GOZ entspricht (§ 10 Abs. 1). Der Zahnarzt kann – insbesondere bei lang andauernden Behandlungen – auch Zwischenrechnungen erteilen.

Die Verjährung der Zahnarztrechnungen tritt nach § 195 BGB in drei Jahren ein. Die Verjährung beginnt mit dem Schluss des Jahres, in dem der für die Verjährung maßgebende Zeitpunkt, d. h. die Fälligkeit des Anspruchs, eintritt (§ 199 Abs. 1 Nr. 1 BGB).

Bei Streitigkeiten über die Vergütung des Zahnarztes ist in der Regel der Rechtsweg zu den Gerichten der ordentlichen Gerichtsbarkeit gegeben. Im Streitfall ist der Zahnarzt hinsichtlich der besonderen Umstände, die zu einer relativ hohen Honorarforderung geführt haben, beweispflichtig. Das Amtsgericht Kempten hat schon vor Inkrafttreten der neuen GOÄ und GOZ in einer Entscheidung (Az.: 11 C 620/80) festgestellt, dass der Mittelwert des Gebührenverzeichnisses nur mit Begründung überschritten werden darf.

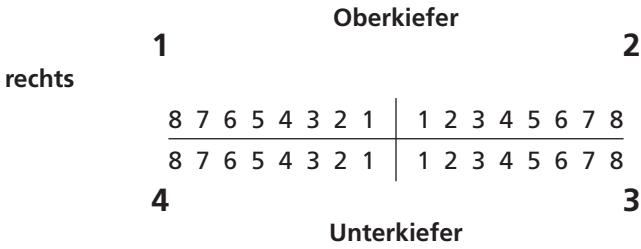
Andererseits gibt es eine Entscheidung, die den Medizinern Ausfallhonorare zugesteht, wenn der Patient einen oder mehrere Arzttermine unentschuldigt nicht wahrgenommen hat (LG Hannover Az.: 19 S 34/97). So sollen die Ärzte/Zahnärzte vor finanziellen Verlusten geschützt werden. Voraussetzung für ein solches Ausfallhonorar ist, dass der Patient den Ausfall der Behandlung verschuldet hat und der Arzt in der Ausfallzeit keinen anderen Patienten behandeln konnte. Bei einer rechtzeitigen Absage von Behandlungsterminen dürfen dem Patienten – so die Richter – keine Kosten in Rechnung gestellt werden.

Um gerichtliche Auseinandersetzungen und die damit verbundenen Kosten zu vermeiden, empfiehlt es sich, bei zu hoch empfundenen Honoraren zunächst die Stellungnahme (bzw. eine gutachtliche Äußerung) der örtlich zuständigen Zahnärztekammer einzuholen, der nach den Kammergesetzen der Länder die Überwachung der Erfüllung der zahnärztlichen Berufspflichten obliegt. Berufsvertretungen sind „bereit und verpflichtet, Arztrechnungen, welche für unangemessen gehalten werden, sowohl im Interesse des Patienten als auch der Ärzte zu überprüfen und gegebenenfalls Änderungen zu bewirken" (so in einer Erklärung des Präsidenten der Bayerischen Ärztekammer).

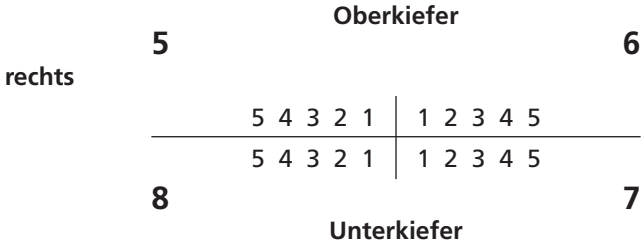
Die Erfahrung zeigt, dass auch die Zahnärztekammern in vielen Fällen bei Beanstandungen von Privatpatienten und Erstattungsstellen Reduzierungen und Richtigstellungen zahnärztlicher Rechnungen oder eine Einigung erreicht haben. In manchen Fällen konnte Beanstandungen im Wege der aufsichtsrechtlichen Prüfung durch die obersten Landesgesundheitsbehörden abgeholfen werden.

Im Übrigen sollte bei Meinungsverschiedenheiten und Zweifeln über Zahnarztrechnungen im Interesse des Vertrauensverhältnisses zwischen Zahnarzt und Patient in der Regel zunächst ein Gespräch mit dem Zahnarzt selbst gesucht werden. Bei solchen Unterredungen wird es in den meisten Fällen gelingen, entweder den Zahlungspflichtigen von der Ordnungsmäßigkeit der Zahnarztrechnung zu überzeugen oder den Zahnarzt zur Änderung seiner Rechnung zu veranlassen.

Erwachsenengebiss



Milchgebiss



II. Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ)

Vom 22. Oktober 1987 (BGBl. I S. 2316)

zuletzt geändert durch

Artikel 18 des Gesetzes
vom 4. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3320)

Inhaltsübersicht

§ 1 Anwendungsbereich
§ 2 Abweichende Vereinbarung
§ 3 Vergütungen
§ 4 Gebühren
§ 5 Bemessung der Gebühren für Leistungen des Gebührenverzeichnisses
§ 5a Bemessung der Gebühren bei Versicherten des Standardtarifs der privaten Krankenversicherung
§ 6 Gebühren für andere Leistungen
§ 7 Gebührenordnung für Zahnärzte
§ 8 Wegegeld
§ 9 Ersatz von Auslagen für zahntechnische Leistungen
§ 10 Fälligkeit und Abrechnung der Vergütung; Rechnung
§ 11 (aufgehoben)
§ 12 Inkrafttreten und Übergangsvorschrift
Gebührenverzeichnis für zahnärztliche Leistungen (Anlage)

Aufgrund des § 15 des Gesetzes über die Ausübung der Zahnheilkunde in der durch Artikel 5 des Gesetzes vom 22. Dezember 1981 (BGBl. I S. 1568) geänderten Fassung verordnet die Bundesregierung mit Zustimmung des Bundesrates:

§ 1 Anwendungsbereich

(1) Die Vergütungen für die beruflichen Leistungen der Zahnärzte bestimmen sich nach dieser Verordnung, soweit nicht durch Bundesgesetz etwas anderes bestimmt ist.

(2) Vergütungen darf der Zahnarzt nur für Leistungen berechnen, die nach den Regeln der zahnärztlichen Kunst für eine zahnmedizinisch notwendige zahnärztliche Versorgung erforderlich sind. Leistungen, die über das Maß einer zahnmedizinisch notwendigen zahnärztlichen Versorgung hinausgehen, darf er nur berechnen, wenn sie auf Verlangen des Zahlungspflichtigen erbracht worden sind.

§ 2 Abweichende Vereinbarung

(1) Durch Vereinbarung kann eine von dieser Verordnung abweichende Höhe der Vergütung festgelegt werden.

(2) Eine Vereinbarung nach Absatz 1 zwischen Zahnarzt und Zahlungspflichtigem ist vor Erbringung der Leistung des Zahnarztes in einem Schriftstück zu treffen. Dieses muss die Feststellung enthalten, dass eine Erstattung der Vergütung durch Erstattungsstellen

möglicherweise nicht in vollem Umfang gewährleistet ist. Weitere Erklärungen darf die Vereinbarung nicht enthalten. Der Zahnarzt hat dem Zahlungspflichtigen einen Abdruck der Vereinbarung auszuhändigen.

(3) Auf Verlangen des Zahlungspflichtigen können Leistungen im Sinne des § 1 Abs. 2 Satz 2, die weder im Gebührenverzeichnis (Anlage) noch im Gebührenverzeichnis der Gebührenordnung für Ärzte enthalten sind, und ihre Vergütung abweichend von dieser Verordnung in einem Heil- und Kostenplan schriftlich vereinbart werden. Der Heil- und Kostenplan muss vor Erbringung der Leistung erstellt werden; er muss die einzelnen Leistungen und Vergütungen sowie die Feststellung enthalten, dass es sich um Leistungen auf Verlangen handelt und eine Erstattung möglicherweise nicht gewährleistet ist. § 6 Abs. 2 bleibt unberührt.

§ 3 Vergütungen

Als Vergütungen stehen dem Zahnarzt Gebühren, Wegegeld und Ersatz von Auslagen zu.

§ 4 Gebühren

(1) Gebühren sind Vergütungen für die im Gebührenverzeichnis (Anlage) genannten zahnärztlichen Leistungen.

(2) Der Zahnarzt kann Gebühren nur für selbstständige zahnärztliche Leistungen berechnen, die er selbst erbracht hat oder die unter seiner Aufsicht nach fachlicher Weisung erbracht wurden (eigene Leistungen). Für eine Leistung, die Bestandteil oder eine besondere Ausführung einer anderen Leistung nach dem Gebührenverzeichnis ist, kann der Zahnarzt eine Gebühr nicht berechnen, wenn er für die andere Leistung eine Gebühr berechnet.

(3) Mit den Gebühren sind die Praxiskosten einschließlich der Kosten für Füllungsmaterial, für den Sprechstundenbedarf sowie für die Anwendung von Instrumenten und Apparaten abgegolten, soweit nicht im Gebührenverzeichnis etwas anderes bestimmt ist. Hat der Zahnarzt zahnärztliche Leistungen unter Inanspruchnahme Dritter, die nach dieser Verordnung selbst nicht liquidationsberechtigt sind, erbracht, so sind die hierdurch entstandenen Kosten ebenfalls mit der Gebühr abgegolten.

(4) Kosten, die nach Absatz 3 mit den Gebühren abgegolten sind, dürfen nicht gesondert berechnet werden. Eine Abtretung des Vergütungsanspruchs in Höhe solcher Kosten ist gegenüber dem Zahlungspflichtigen unwirksam.

(5) Sollen Leistungen durch Dritte erbracht werden, die diese dem Zahlungspflichtigen unmittelbar berechnen, so hat der Zahnarzt ihn darüber zu unterrichten.

§ 5 Bemessung der Gebühren für Leistungen des Gebührenverzeichnisses

(1) Die Höhe der einzelnen Gebühr bemisst sich nach dem Einfachen bis Dreieinhalbfachen des Gebührensatzes. Gebührensatz ist der Betrag, der sich ergibt, wenn die Punktzahl der einzelnen Leistung des Gebührenverzeichnisses mit dem Punktwert vervielfacht wird. Der Punktwert beträgt 5,62421 Cent. Bei der Bemessung von Gebühren sind Bruchteile von Pfennigen auf volle Pfennigbeträge abzurunden.

(2) Innerhalb des Gebührenrahmens sind die Gebühren unter Berücksichtigung der Schwierigkeit und des Zeitaufwandes der einzelnen Leistung sowie der Umstände bei der Ausführung nach billigem Ermessen zu bestimmen. Die Schwierigkeit der einzelnen Leistung kann auch durch die Schwierigkeit des Krankheitsfalles begründet sein. Bemes-

sungskriterien, die bereits in der Leistungsbeschreibung berücksichtigt worden sind, haben hierbei außer Betracht zu bleiben. In der Regel darf eine Gebühr nur zwischen dem Einfachen und dem 2,3fachen des Gebührensatzes bemessen werden; ein Überschreiten des 2,3fachen des Gebührensatzes ist nur zulässig, wenn Besonderheiten der in Satz 1 genannten Bemessungskriterien dies rechtfertigen.

§ 5a Bemessung der Gebühren bei Versicherten des Standardtarifs der privaten Krankenversicherung

Für Leistungen, die in einem brancheneinheitlichen Standardtarif nach § 257 Abs. 2a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch versichert sind, dürfen Gebühren nur bis zum 1,7fachen des Gebührensatzes nach § 5 Abs. 1 Satz 2 berechnet werden.

§ 6 Gebühren für andere Leistungen

(1) Erbringt der Zahnarzt Leistungen, die in den Abschnitten B I und II, C, D, E V und VI, J, L, M unter den Nummern 4113 und 4700, N sowie O des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen – Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte vom 12. November 1982 (BGBl. I S. 1522) – aufgeführt sind, sind die Vergütungen für diese Leistungen nach den Vorschriften der Gebührenordnung für Ärzte in der jeweils geltenden Fassung zu berechnen.

(2) Selbstständige zahnärztliche Leistungen, die erst nach Inkrafttreten dieser Gebührenordnung aufgrund wissenschaftlicher Erkenntnisse entwickelt werden, können entsprechend einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung des Gebührenverzeichnisses für zahnärztliche Leistungen berechnet werden.

§ 7 Gebührenordnung für Zahnärzte

Bei vollstationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären privatzahnärztlichen Leistungen sind die nach dieser Verordnung berechneten Gebühren um 25 vom Hundert zu mindern. Abweichend davon beträgt die Minderung für Leistungen nach Satz 1 von Belegzahnärzten oder niedergelassenen anderen Zahnärzten 15 vom Hundert.

§ 8 Wegegeld

(1) Als Entschädigung für Besuche erhält der Zahnarzt Wegegeld; hierdurch sind Zeitversäumnisse und die durch den Besuch bedingten Mehrkosten abgegolten. Das Wegegeld umfasst Wegstreckenentschädigung und Aufwandsentschädigung.

(2) Die Wegstreckenentschädigung beträgt

1. bei Benutzung eines eigenen Kraftfahrzeuges 50 Deutsche Pfennige (0,26 Euro) für jeden zurückgelegten Kilometer,
2. bei Benutzung anderer Verkehrsmittel die unter Berücksichtigung der Umstände angemessenen Fahrtkosten.

(3) Die Aufwandsentschädigung beträgt für jeden zurückgelegten Kilometer 2,– Deutsche Mark (1,02 Euro), bei Nacht (zwischen 20 und 8 Uhr) 3,– Deutsche Mark (1,53 Euro).

(4) Besucht der Zahnarzt auf einem Wege mehrere Patienten, darf er das Wegegeld insgesamt nur einmal und nur anteilig berechnen.

§ 9 Ersatz von Auslagen für zahntechnische Leistungen

Neben den für die einzelnen zahnärztlichen Leistungen vorgesehenen Gebühren können als Auslagen die dem Zahnarzt tatsächlich entstandenen angemessenen Kosten für

zahntechnische Leistungen berechnet werden, soweit diese Kosten nicht nach den Bestimmungen des Gebührenverzeichnisses mit den Gebühren abgegolten sind.

§ 10 Fälligkeit und Abrechnung der Vergütung; Rechnung

(1) Die Vergütung wird fällig, wenn dem Zahlungspflichtigen eine dieser Verordnung entsprechende Rechnung erteilt worden ist.

(2) Die Rechnung muss insbesondere enthalten:

1. das Datum der Erbringung der Leistung,
2. bei Gebühren die Nummer und die Bezeichnung der einzelnen berechneten Leistung einschließlich einer verständlichen Bezeichnung des behandelten Zahnes sowie den jeweiligen Betrag und den Steigerungssatz,
3. bei Gebühren für stationäre privatzahnärztliche Leistungen zusätzlich den Minderungsbetrag nach § 7,
4. bei Wegegeld nach § 8 den Betrag und die Berechnung,
5. bei Ersatz von Auslagen nach § 9 den Betrag und die Art der einzelnen Auslage sowie Bezeichnung, Gewicht und Tagespreis verwendeter Legierungen,
6. bei nach dem Gebührenverzeichnis gesondert berechnungsfähigen Kosten Art, Menge und Preis verwendeter Materialien.

(3) Überschreitet die berechnete Gebühr nach Absatz 2 Nr. 2 das 2,3fache des Gebührensatzes, ist dies schriftlich zu begründen. Auf Verlangen ist die Begründung näher zu erläutern. Die Bezeichnung der Leistung nach Absatz 2 Nr. 2 kann entfallen, wenn der Rechnung eine Zusammenstellung beigefügt ist, der die Bezeichnung für die abgerechnete Leistungsnummer entnommen werden kann. Bei Auslagen nach Absatz 2 Nr. 5 ist der Beleg oder ein sonstiger Nachweis beizufügen. Wurden zahntechnische Leistungen in Auftrag gegeben, ist eine den Erfordernissen des Absatzes 2 Nr. 5 entsprechende Rechnung des Dentallabors beizufügen; insoweit genügt es, in der Rechnung des Zahnarztes den Gesamtbetrag für diese Leistungen anzugeben. Leistungen, die auf Verlangen erbracht worden sind (§ 1 Abs. 2 Satz 2 und § 2 Abs. 3), sind als solche zu bezeichnen.

(4) Wird eine Leistung nach § 6 Abs. 2 berechnet, ist die entsprechend bewertete Leistung für den Zahlungspflichtigen verständlich zu beschreiben und mit dem Hinweis „entsprechend" sowie der Nummer und der Bezeichnung der als gleichwertig erachteten Leistung zu versehen.

(5) Durch Vereinbarung mit öffentlich-rechtlichen Kostenträgern kann eine von den Vorschriften der Absätze 1 bis 4 abweichende Regelung getroffen werden.

§ 11 (aufgehoben)

§ 12 Inkrafttreten und Übergangsvorschrift

(1) Diese Verordnung tritt am 1. Januar 1988 in Kraft.

(2) Die Gebührenordnung für Zahnärzte vom 18. März 1965 (BGBl. I S. 123) gilt weiter

1. für Leistungen, die vor Inkrafttreten dieser Verordnung erbracht worden sind,
2. für vor Inkrafttreten dieser Verordnung begonnene Leistungen nach den Nummern 15, 18, 20, 91 bis 93, 96 bis 98, 101 bis 104, 119 und 120 des Gebührenverzeichnisses – Anlage zur Gebührenordnung für Zahnärzte vom 18. März 1965 –, die erst nach Inkrafttreten dieser Verordnung beendet werden.

Anlage zur GOZ

Gebührenverzeichnis für zahnärztliche Leistungen

Anlage zur Gebührenordnung für Zahnärzte vom 22. Oktober 1987

Nummer	Übersicht	Seite
001 bis 011	A. Allgemeine zahnärztliche Leistungen	389
100 bis 102	B. Prophylaktische Leistungen	389
200 bis 244	C. Konservierende Leistungen	391
300 bis 331	D. Chirurgische Leistungen	393
400 bis 415	E. Leistungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums	395
500 bis 534	F. Prothetische Leistungen	397
600 bis 626	G. Kieferorthopädische Leistungen	400
700 bis 710	H. Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen	402
800 bis 810	J. Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen	403
900 bis 909	K. Implantologische Leistungen	405

A. Allgemeine zahnärztliche Leistungen

Allgemeine Bestimmungen

1. Eine Beratungsgebühr nach Nummer 1 des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen – Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte vom 12. November 1982 (BGBl. I S. 1522) – darf im Behandlungsfall nur einmal zusammen mit einer Gebühr für eine Leistung nach diesem Gebührenverzeichnis und für eine Leistung aus den Abschnitten C bis O des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen berechnet werden.
2. Das bei Leistungen nach diesem Gebührenverzeichnis verwendete Abformungsmaterial ist gesondert berechnungsfähig.
3. Material- und Laborkosten im Sinne dieses Gebührenverzeichnisses umfassen Praxiskosten nach § 4 Abs. 3 und Auslagen für zahntechnische Leistungen nach § 9 dieser Gebührenordnung.

Nr.	Leistung	Punktzahl	Gebühr in EUR
001	Eingehende Untersuchung zur Feststellung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen einschließlich Erhebung des Parodontalbefundes sowie Aufzeichnung des Befundes.	100	5,62
002	Aufstellung eines schriftlichen Heil- und Kostenplans auf Anforderung	90	5,06
003	Aufstellung eines schriftlichen Heil- und Kostenplans zur prothetischen Versorgung nach Befundaufnahme und gegebenenfalls Auswertung von Modellen	220	12,37
004	Aufstellung eines schriftlichen Heil- und Kostenplans bei kieferorthopädischer Behandlung nach Befundaufnahme und Ausarbeitung einer Behandlungsplanung.	250	14,06
005	Abformung eines Kiefers für ein Situationsmodell, auch Teilabformung, einschließlich Auswertung zur Diagnose oder Planung	120	6,74
006	Abformung beider Kiefer für Situationsmodelle und einfache Bissfixierung einschließlich Auswertung zur Diagnose oder Planung	260	14,62
007	Vitalitätsprüfung eines Zahnes oder mehrerer Zähne einschließlich Vergleichstest.	50	2,81
008	Intraorale Oberflächenanästhesie, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	30	1,68
009	Intraorale Infiltrationsanästhesie	60	3,37
010	Intraorale Leitungsanästhesie	70	3,93
011	Extraorale Leitungsanästhesie	120	6,74

B. Prophylaktische Leistungen

Allgemeine Bestimmungen

Prophylaktische Leistungen nach Abschnitt B sind nur bei Einzelunterweisung (Individualprophylaxe) berechnungsfähig; bei Gruppenunterweisung (Gruppenprophylaxe) sind sie nicht berechnungsfähig.

Nr.	Leistung	Punktzahl	Gebühr in EUR
100	Erstellen eines Mundhygienestatus und eingehende Unterweisung zur Vorbeugung gegen Karies und parodontale Erkrankungen, Dauer mindestens 25 Minuten.	200	11,24
101	Kontrolle des Übungserfolges einschließlich weiterer Unterweisung, Dauer mindestens 15 Minuten	100	5,62

Nr.	Leistung	Punktzahl	Gebühr in EUR
102	Lokale Fluoridierung mit Lack oder Gel als Maßnahme zur Verbesserung der Zahnhartsubstanz, je Sitzung	50	2,81
	Die Leistung nach der Nummer 100 ist innerhalb eines Jahres einmal, die Leistung nach der Nummer 101 innerhalb eines Jahres dreimal berechnungsfähig. Die Leistungen umfassen die Erhebung von Mundhygieneindizes, das Anfärben der Zähne, die praktische Unterweisung mit individuellen Übungen und die Motivierung des Patienten. Im Zusammenhang mit Leistungen nach den Nummern 100 und 101 sind eine Leistung nach der Nummer 001 und Beratungen nach der Gebührenordnung für Ärzte nicht berechnungsfähig. Die Leistung nach der Nummer 102 ist innerhalb eines Jahres höchstens dreimal berechnungsfähig.		

C. Konservierende Leistungen

Nr.	Leistung	Punktzahl	Gebühr in EUR
200	Versiegelung von kariesfreien Zahnfissuren mit aushärtenden Kunststoffen, je Zahn	90	5,06
201	Behandlung überempfindlicher Zahnflächen, je Kiefer	50	2,81
202	Exkavieren und temporärer Verschluss einer Kavität, als selbstständige Leistung.	100	5,62
203	Besondere Maßnahmen beim Präparieren oder Füllen von Kavitäten (z. B. Separieren, Beseitigen störenden Zahnfleisches, Stillung einer übermäßigen Papillenblutung), je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	65	3,65
204	Anlegen von Spanngummi, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich.	65	3,65
205	Präparieren einer Kavität, Füllen mit plastischem Füllmaterial einschließlich Unterfüllung, Anlegen einer Matrize oder Benutzen anderer Hilfsmittel zur Formung der Füllung, einflächig	150	8,43
206	Polieren einer einflächigen Amalgamfüllung in einer folgenden Sitzung	30	1,68
207	Präparieren einer Kavität, Füllen mit plastischem Füllmaterial einschließlich Unterfüllung, Anlegen einer Matrize oder Benutzen anderer Hilfsmittel zur Formung der Füllung, zweiflächig	210	11,81
208	Polieren einer zweiflächigen Amalgamfüllung in einer folgenden Sitzung	40	2,24
209	Präparieren einer Kavität, Füllen mit plastischem Füllmaterial einschließlich Unterfüllung, Anlegen einer Matrize oder		

Nr.	Leistung	Punkt-zahl	Gebühr in EUR
	Benutzen anderer Hilfsmittel zur Formung der Füllung, dreiflächig	300	16,87
210	Polieren einer dreiflächigen Amalgamfüllung in einer folgenden Sitzung	50	2,81
211	Präparieren einer Kavität, Füllen mit plastischem Füllmaterial einschließlich Unterfüllung, Anlegen einer Matrize oder Benutzen anderer Hilfsmittel zur Formung der Füllung, mehr als dreiflächig oder Eckenaufbau	380	21,37
212	Polieren einer mehr als dreiflächigen Amalgamfüllung in einer folgenden Sitzung	60	3,37
213	Parapulpäre oder intrakanaläre Stiftverankerung einer Füllung oder eines Aufbaus, je Stiftverankerung	110	6,18
	Die Leistung nach der Nummer 213 ist je Zahn höchstens dreimal berechnungsfähig. Die Kosten für die Verankerungselemente sind gesondert berechnungsfähig.		
214	Präparieren einer Kavität und Füllen mit Metallfolie (gehämmerte Füllung) einschließlich Unterfüllung, Polieren und Materialkosten	950	53,42
	Die Kosten für die Metallfolie sind gesondert berechnungsfähig.		
215	Einlagefüllung, einflächig	550	30,93
216	Einlagefüllung, zweiflächig.	820	46,11
217	Einlagefüllung, mehr als zweiflächig	1200	67,49
218	Vorbereitung eines zerstörten Zahnes mit plastischem Aufbaumaterial zur Aufnahme einer Krone.	150	8,43
219	Vorbereitung eines zerstörten Zahnes durch gegossenen Aufbau mit Stiftverankerung oder Schraubenaufbau zur Aufnahme einer Krone	450	25,30
	Die Kosten für die Verankerungselemente sind gesondert berechnungsfähig.		
220	Versorgung eines Zahnes oder Implantats durch eine Vollkrone (Tangentialpräparation)	900	50,61
221	Versorgung eines Zahnes durch eine Vollkrone (Hohlkehl- oder Stufenpräparation)	1300	73,11
222	Versorgung eines Zahnes durch eine Teilkrone mit Retentionsrillen oder -kasten oder mit Pinledges einschließlich Rekonstruktion der gesamten Kaufläche	1550	87,17
	Neben den Leistungen nach den Nummern 220 bis 222 sind Leistungen nach den Nummern 205 bis 212 nicht berechnungsfähig.		

Nr.	Leistung	Punktzahl	Gebühr in EUR
	Durch die Leistungen nach den Nummern 215 bis 217 und 220 bis 222 sind folgende zahnärztliche Leistungen abgegolten: Präparieren des Zahnes oder Implantats, Relationsbestimmung, Abformungen, Einproben, provisorisches Eingliedern, festes Einfügen der Einlagefüllung oder Krone, Nachkontrolle und Korrekturen.		
	Teilleistungen nach den Nummern 220 bis 222:		
223	Enden die Leistungen mit der Präparation eines Zahnes, so ist die Hälfte der jeweiligen Gebühr berechnungsfähig.		
224	Sind darüber hinaus weitere Maßnahmen erfolgt, so sind drei Viertel der jeweiligen Gebühr berechnungsfähig.		
225	Eingliederung einer konfektionierten Krone in der pädiatrischen Zahnheilkunde	210	11,81
	Die Kosten für die konfektionierte Krone sind gesondert berechnungsfähig.		
226	Schutz eines präparierten oder frakturierten Zahnes durch eine abnehmbare konfektionierte Hülse	100	5,62
	Die Kosten für die konfektionierte Hülse sind gesondert berechnungsfähig.		
227	Eingliederung einer provisorischen Krone zum Schutz eines präparierten oder frakturierten Zahnes und zur Sicherung der Kaufunktion, einschließlich Entfernung	270	15,18
228	Eingliederung einer provisorischen Krone mit Stiftverankerung zum Schutz eines präparierten oder frakturierten Zahnes und zur Sicherung der Kaufunktion, einschließlich Entfernung.	320	17,99
	Das Wiedereingliedern derselben provisorischen Krone, gegebenenfalls auch mehrmals, einschließlich Entfernung, ist mit den Gebühren nach den Nummern 227 und 228 abgegolten.		
229	Entfernung einer Einlagefüllung, einer Krone, eines Brückenankers, Abtrennen eines Brückengliedes oder Steges	180	10,12
230	Entfernung eines Wurzelstiftes	270	15,18
231	Wiedereingliederung einer Einlagefüllung oder Krone oder Wiederherstellung einer Verblendschale an herausnehmbarem Zahnersatz.	145	8,15
232	Wiederherstellung einer Krone, eines Brückenankers, einer Verblendschale oder Verblendung an festsitzendem Zahnersatz, gegebenenfalls einschließlich Wiedereingliederung und Abformung.	350	19,68

Nr.	Leistung	Punktzahl	Gebühr in EUR
233	Maßnahmen zur Erhaltung der vitalen Pulpa bei Caries profunda (Exkavieren, indirekte Überkappung, gegebenenfalls temporärer Verschluss)	110	6,18
234	Maßnahmen zur Erhaltung der freiliegenden vitalen Pulpa (Exkavieren, direkte Überkappung, gegebenenfalls temporärer Verschluss).	200	11,24
235	Amputation und Versorgung der vitalen Pulpa einschließlich Exkavieren und gegebenenfalls temporärem Verschluss.	290	16,31
236	Exstirpation der vitalen Pulpa einschließlich Exkavieren und temporärem Verschluss, je Kanal	110	6,18
237	Devitalisieren der Pulpa einschließlich Exkavieren, gegebenenfalls temporärer Verschluss	50	2,81
238	Amputation und endgültige Versorgung der devitalisierten Milchzahnpulpa	160	8,99
239	Trepanation eines Zahnes.	65	3,65
240	Elektrometrische Längenbestimmung eines Wurzelkanals	70	3,93
241	Aufbereitung eines Wurzelkanals	280	15,74
242	Zusätzliche Anwendung elektrophysikalisch-chemischer Methoden, je Kanal	70	3,93
243	Medikamentöse Einlage in Verbindung mit Maßnahmen nach den Nummern 236 bis 238 und 241 einschließlich temporärem Verschluss, je Zahn und Sitzung	130	7,31
244	Füllung eines Wurzelkanals einschließlich temporärem Verschluss	200	11,24

D. Chirurgische Leistungen

Allgemeine Bestimmungen

1. Die primäre Wundversorgung ist Bestandteil der Leistungen nach Abschnitt D und nicht gesondert berechnungsfähig.
2. Alloplastische Materialien sowie Materialien zur Förderung der Blutgerinnung oder zum Verschluss von oberflächlichen Blutungen bei hämorrhagischen Diathesen sind gesondert berechnungsfähig.

Nr.	Leistung	Punktzahl	Gebühr in EUR
300	Entfernung eines einwurzeligen Zahnes oder eines enossalen Implantats.	70	3,93

Nr.	Leistung	Punkt-zahl	Gebühr in EUR
301	Entfernung eines mehrwurzeligen Zahnes	110	6,18
302	Entfernung eines tief frakturierten oder tief zerstörten Zahnes	270	15,18
303	Entfernung eines Zahnes oder eines enossalen Implantats durch Osteotomie	350	19,68
304	Entfernung eines retinierten, impaktierten oder tief verlagerten Zahnes durch Osteotomie.	540	30,37
305	Stillung einer übermäßigen Blutung im Mund- und/ oder Kieferbereich, als selbstständige Leistung	110	6,18
306	Stillung einer Blutung durch Abbinden oder Umstechen des Gefäßes oder durch Knochenbolzung	140	7,87
307	Exzision von Schleimhaut oder Granulationsgewebe, als selbstständige Leistung	45	2,53
308	Exzision einer Schleimhautwucherung größeren Umfangs (z. B. lappiges Fibrom, Epulis)	150	8,43
309	Plastischer Verschluss einer eröffneten Kieferhöhle	370	20,80
310	Trepanation des Kieferknochens, als selbstständige Leistung	140	7,87
311	Resektion einer Wurzelspitze an einem Frontzahn	460	25,87
312	Resektion einer Wurzelspitze an einem Seitenzahn.	580	32,62
	Neben den Leistungen nach den Nummern 311 und 312 ist eine Leistung nach der Nummer 310 nicht berechnungsfähig. Die Kosten für konfektionierte apikale Stiftsysteme sind gesondert berechnungsfähig.		
313	Hemisektion und Teilextraktion eines mehrwurzeligen Zahnes	280	15,74
314	Reimplantation eines Zahnes einschließlich einfacher Fixation.	550	30,93
315	Endodontische Stabilisierung eines Zahnes im Knochen	270	15,18
	Die Kosten für das Verankerungselement sind gesondert berechnungsfähig.		
316	Transplantation eines Zahnes einschließlich operativer Schaffung des Knochenbettes	650	36,55
317	Operation einer Zyste durch Zystostomie in Verbindung mit einer Osteotomie oder Wurzelspitzenresektion	230	12,93
318	Operation einer Zyste durch Zystostomie, als selbstständige Leistung	400	22,49
319	Operation einer Zyste durch Zystektomie in Verbindung mit einer Osteotomie oder Wurzelspitzenresektion	270	15,18
320	Operation einer Zyste durch Zystektomie, als selbstständige Leistung	500	28,12

Nr.	Leistung	Punkt-zahl	Gebühr in EUR
	Das Auskratzen von Granulationsgewebe oder kleinen Zysten in Verbindung mit Extraktionen, Osteotomien oder Wurzelspitzenresektionen kann nicht nach den Nummern 317 bis 320 berechnet werden.		
321	Beseitigung störender Schleimhautbänder, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich.	140	7,87
322	Knochenresektion am Alveolarfortsatz zur Formung des Prothesenlagers in Verbindung mit Extraktionen von mehr als vier nebeneinander stehenden Zähnen, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	280	15,74
323	Knochenresektion am Alveolarfortsatz zur Formung des Prothesenlagers als selbstständige Leistung, je Kiefer	440	24,74
324	Vestibulumplastik oder Mundbodenplastik kleineren Umfangs, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	550	30,93
325	Tuberplastik, einseitig	270	15,18
326	Freilegen eines retinierten oder verlagerten Zahnes zur orthopädischen Einstellung	550	30,93
327	Germektomie	590	33,18
328	Lösen, Verlegen und Fixieren des Lippenbändchens und Durchtrennen des Septums bei echtem Diastema	270	15,18
329	Kontrolle nach chirurgischem Eingriff, als selbstständige Leistung	55	3,09
330	Nachbehandlung nach chirurgischem Eingriff (z. B. Tamponieren), als selbstständige Leistung.	65	3,65
331	ChirurgischeWundrevision (z. B. Glätten des Knochens, Auskratzen, Naht), als selbstständige Leistung.	100	5,62

E. Leistungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums

Allgemeine Bestimmung

Die primäre Wundversorgung ist Bestandteil der Leistungen nach Abschnitt E und nicht gesondert berechnungsfähig.

Nr.	Leistung	Punkt-	Gebühr
400	Erstellen eines Parodontalstatus nach vorgeschriebenem Formblatt	160	8,99
	Die Leistung nach Nummer 400 ist innerhalb eines Jahres höchstens zweimal berechnungsfähig.		

Nr.	Leistung	Punktzahl	Gebühr in EUR
401	Anwendung elektromechanischer Verfahren zur Parodontaldiagnostik (z. B. Periotest), je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	50	2,81
402	Lokalbehandlung von Mundschleimhauterkrankungen, je Sitzung	45	2,53
403	Beseitigung von scharfen Zahnkanten, störenden Prothesenrändern und Fremdreizen am Parodontium, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	35	1,96
404	Beseitigung grober Vorkontakte der Okklusion und Artikulation durch Einschleifen des natürlichen Gebisses oder bereits vorhandenen Zahnersatzes, je Sitzung	45	2,53
405	Entfernung harter und weicher Zahnbeläge einschließlich Polieren, je Zahn	10,9	0,61
406	Kontrolle nach Entfernung harter und weicher Zahnbeläge mit Nachreinigung einschließlich Polieren, je Zahn	6,4	0,35
407	Subgingivale Konkremententfernung, Wurzelglättung und Gingivakürettage als parodontalchirurgische Maßnahme, je Zahn	110	6,18
408	Gingivektomie, Gingivoplastik, je Parodontium	45	2,53
409	Lappenoperation, offene Kürettage, einschließlich Osteoplastik an einem Frontzahn, je Parodontium.	180	10,12
410	Lappenoperation, offene Kürettage, einschließlich Osteoplastik an einem Seitenzahn, je Parodontium.	275	15,46
	Neben den Leistungen nach den Nummern 409 und 410 sind Leistungen nach den Nummern 405 bis 408 in der gleichen Sitzung nicht berechnungsfähig.		
411	Auffüllen parodontaler Knochendefekte mit autologem oder alloplastischem Material, je Zahn	180	10,12
	Bei der Leistung nach Nummer 411 sind Kosten für alloplastisches Material gesondert berechnungsfähig.		
412	Verlegen eines gestielten Schleimhautlappens, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	275	15,46
413	Chirurgische Maßnahmen zur Verbreitung der unverschieblichen Gingiva und/oder zur Vertiefung des Mundvorhofes, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich.	450	25,30
414	Entnahme eines freien Schleimhauttransplantats	90	5,06
415	Nachbehandlung nach parodontalchirurgischen Maßnahmen nach den Nummern 407 bis 414, je Zahn	6,4	0,35

F. Prothetische Leistungen

Nr.	Leistung	Punkt-zahl	Gebühr in EUR
500	Versorgung eines Lückengebisses durch eine Brücke oder Prothese: je Pfeilerzahn oder Implantat als Brücken- oder Prothesenanker mit einer Vollkrone (Tangentialpräparation)	820	46,11
501	Versorgung eines Lückengebisses durch eine Brücke oder Prothese: je Pfeilerzahn als Brückenoder Prothesenanker mit einer Vollkrone (Hohlkehl- oder Stufenpräparation) oder Einlagefüllung	1100	61,86
502	Versorgung eines Lückengebisses durch eine Brücke oder Prothese: je Pfeilerzahn als Brücken oder Prothesenanker mit einer Teilkrone mit Retentionsrillen oder -kasten oder mit Pinledges einschließlich Rekonstruktion der Kaufläche	1300	73,11
503	Versorgung eines Lückengebisses durch eine Brücke oder Prothese: mit Pfeilerzahn als Brückenoder Prothesenanker mit einer Wurzelkappe mit Stift, gegebenenfalls zur Aufnahme einer Verbindungsvorrichtung.	1100	61,86
504	Versorgung eines Lückengebisses durch eine Brücke oder Prothese: je Pfeilerzahn als Brückenoder Prothesenanker mit einer Teleskopkrone, auch Konuskrone.	1400	78,73
	Durch die Leistungen nach den Nummern 500 bis 504 sind folgende zahnärztliche Leistungen abgegolten: Präparieren der Zähne oder Implantate, Bestimmung der Kieferrelation, Abformungen, Einproben, provisorisches Eingliedern, festes Einfügen der Kronen oder Einlagefüllungen, Nachkontrolle und Korrekturen.		
	Teilleistungen nach den Nummern 500 bis 504:		
505	Enden die Leistungen mit der Präparation der Brückenpfeiler, so ist die Hälfte der jeweiligen Gebühr berechnungsfähig.		
506	Sind darüber hinaus weitere Maßnahmen erfolgt, so sind drei Viertel der jeweiligen Gebühr berechnungsfähig.		
507	Versorgung eines Lückengebisses durch eine Brücke oder Prothese: Verbindung von Kronen oder Einlagefüllungen durch Brückenglieder oder Stege, je zu überbrückende Spanne oder Freiendsattel	400	22,49
508	Versorgung eines Lückengebisses durch eine zusammengesetzte Brücke oder Prothese, je Verbindungselement	230	12,93
	Matrize und Patrize gelten als ein Verbindungselement.		
509	Wiederherstellung der Funktion eines Verbindungselements nach Nummer 508	110	6,18
510	Erneuern des Sekundärteils einer Teleskopkrone einschließlich Abformung	450	25,30

Nr.	Leistung	Punkt-zahl	Gebühr in EUR
511	Wiedereingliederung einer endgültigen Brücke nach Wiederherstellung der Funktion	360	20,24
512	Eingliederung einer provisorischen Brücke einschließlich Entfernung, je provisorische Krone	180	10,12
513	Eingliederung einer provisorischen Brücke einschließlich Entfernung, je provisorische Krone mit Stiftverankerung	290	16,31
514	Eingliederung einer provisorischen Brücke einschließlich Entfernung, je zu überbrückende Spanne oder Freiendsattel	160	8,99
	Das Wiedereingliedern derselben provisorischen Brücke, gegebenenfalls auch mehrmals, einschließlich Entfernung ist mit den Gebühren nach den Nummern 512 bis 514 abgegolten.		
515	Versorgung eines Lückengebisses mit Hilfe einer durch Adhäsivtechnik befestigten Brücke, für die erste zu überbrückende Spanne	730	41,05
516	Versorgung eines Lückengebisses nach Nummer 515, für jede weitere zu überbrückende Spanne.	360	20,24
517	Anatomische Abformung des Kiefers mit individuellem Löffel bei ungünstigen Zahnbogen- und Kieferformen und/oder tief ansetzenden Bändern oder spezielle Abformung zur Remontage, je Kiefer	250	14,06
518	Funktionelle Abformung des Oberkiefers mit individuellem Löffel	450	25,30
519	Funktionelle Abformung des Unterkiefers mit individuellem Löffel	540	30,37
520	Versorgung eines teilbezahnten Kiefers durch eine Teilprothese mit einfachen, gebogenen Halteelementen einschließlich Einschleifen der Auflagen	700	39,36
521	Versorgung eines teilbezahnten Kiefers durch eine Modellgussprothese mit gegossenen Halte- und Stützelementen einschließlich Einschleifen der Auflagen	1400	78,73
522	Versorgung eines zahnlosen Kiefers durch eine totale Prothese bei Verwendung einer Kunststoffoder Metallbasis, im Oberkiefer.	1850	104,04
523	Versorgung eines zahnlosen Kiefers durch eine totale Prothese bei Verwendung einer Kunststoffoder Metallbasis, im Unterkiefer	2200	123,73
	Durch die Leistungen nach den Nummern 520 bis 523 sind folgende Leistungen abgegolten: Anatomische Abformungen (auch des Gegenkiefers), Bestimmung der Kieferrelation, Einproben, Einpassen bzw. Einfügen, Nachkontrolle und Korrekturen.		

Nr.	Leistung	Punktzahl	Gebühr in EUR
524	Teilleistungen nach den Nummern 520 bis 523: Für Maßnahmen bis einschließlich Bestimmung der Kieferrelation ist die Hälfte der jeweiligen Gebühr berechnungsfähig; bei weitergehenden Maßnahmen sind drei Viertel der jeweiligen Gebühr berechnungsfähig.		
525	Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktion oder zur Erweiterung einer abnehmbaren Prothese (ohne Abformung)	140	7,87
526	Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktion oder zur Erweiterung einer abnehmbaren Prothese (mit Abformung) einschließlich Halte- und Stützvorrichtungen	270	15,18
527	Teilunterfütterung einer Prothese.	180	10,12
528	Vollständige Unterfütterung einer Prothese	270	15,18
529	Vollständige Unterfütterung einer Prothese einschließlich funktioneller Randgestaltung, im Oberkiefer	450	25,30
530	Vollständige Unterfütterung einer Prothese einschließlich funktioneller Randgestaltung, im Unterkiefer	540	30,37
531	Vollständige Unterfütterung bei einer Defektprothese einschließlich funktioneller Randgestaltung.	730	41,05
	Im Zusammenhang mit Leistungen nach den Nummern 527 bis 531 dürfen Leistungen nach den Nummern 525 und 526 nur berechnet werden, wenn es sich um zeitlich getrennte Verrichtungen handelt.		
	Leistungen nach den Nummern 527 bis 531 sind nur als Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktion einer abnehmbaren Prothese berechnungsfähig.		
532	Eingliederung eines Obturators zum Verschluss von Defekten des Gaumens	2200	123,73
533	Eingliederung einer Resektionsprothese zum Verschluss und zum Ausgleich von Defekten der Kiefer	2800	157,47
534	Eingliederung einer Prothese oder Epithese zum Verschluss extraoraler Weichteildefekte oder zum Ersatz fehlender Gesichtsteile einschließlich Stütz-, Halte- oder Hilfsvorrichtungen	7300	410,56
	Maßnahmen zur Weichteilstützung sind mit den Leistungen nach den Nummern 520 bis 534 abgegolten.		

G. Kieferorthopädische Leistungen

Nr.	Leistung	Punktzahl	Gebühr in EUR
600	Profil- oder Enfacefotografie einschließlich kieferorthopädischer Auswertung	80	4,49
601	Anwendung von Methoden zur Analyse von Kiefermodellen (dreidimensionale, graphische oder metrische Analysen, Diagramme).	180	10,12
602	Anwendung von Methoden zur Untersuchung des Gesichtsschädels (zeichnerische Auswertung von Röntgenaufnahmen des Schädels, Wachstumsanalysen).	360	20,24
603	Maßnahmen zur Umformung eines Kiefers einschließlich Retention, geringer Umfang	1350	75,92
604	Maßnahmen zur Umformung eines Kiefers einschließlich Retention, mittlerer Umfang	2100	118,10
605	Maßnahmen zur Umformung eines Kiefers einschließlich Retention, hoher Umfang	3600	202,47
	Bei Maßnahmen von mittlerem Umfang nach der Nummer 604 müssen mindestens drei, bei Maßnahmen von hohem Umfang mindestens vier der Kriterien nach den Buchstaben a bis e erfüllt sein:		
	a) Zahl der bewegten Zahngruppen: zwei und mehr Zahngruppen,		
	b) Ausmaß der Zahnbewegung: mehr als 2 Millimeter,		
	c) Art der Zahnbewegung: körperlich mehr als 2 Millimeter, kontrollierte Wurzelbewegung, direkte Veränderung der Bisshöhe, Zahndrehung mehr als 30 Grad,		
	d) Richtung der Zahnbewegung: entgegen Wanderungstendenz,		
	e) Verankerung: mit zusätzlichen intra- oder extraoralen Maßnahmen.		
606	Maßnahmen zur Einstellung der Kiefer in den Regelbiss während der Wachstumsphase einschließlich Retention, geringer Umfang	1800	101,23
607	Maßnahmen zur Einstellung der Kiefer in den Regelbiss während der Wachstumsphase einschließlich Retention, mittlerer Umfang	2600	146,22
608	Maßnahmen zur Einstellung der Kiefer in den Regelbiss während der Wachstumsphase einschließlich Retention, hoher Umfang.	3600	202,47
	Bei Maßnahmen von mittlerem Umfang muss mindestens ein Kriterium nach den Buchstaben a bis c, bei Maßnahmen von		

Nr.	Leistung	Punkt-zahl	Gebühr in EUR
	hohem Umfang müssen mindestens zwei der Kriterien erfüllt sein:		
	a) Ausmaß der Bissverschiebung: mehr als 4 Millimeter,		
	b) Richtung der durchzuführenden Bissverschiebung, Unterkiefer relativ zum Oberkiefer: dorsal,		
	c) Skelettale Bedingungen: ungünstige Wachstumsvoraussetzungen.		
	Die Leistungen nach den Nummern 603 bis 608 umfassen alle im Behandlungsplan festgelegten Maßnahmen innerhalb eines Zeitraumes von bis zu vier Jahren.		
	Neben den Leistungen nach den Nummern 603 bis 608 sind Leistungen nach den Nummern 619 bis 626 nicht berechnungsfähig.		
609	Maßnahmen zur Einstellung der Okklusion durch alveolären Ausgleich bei abgeschlossener Wachstumsphase einschließlich Retention	700	39,36
610	Eingliederung eines Klebebrackets zur Aufnahme orthodontischer Hilfsmittel	165	9,27
611	Entfernung eines Klebebrackets einschließlich Polieren und gegebenenfalls Versiegelung des Zahnes	70	3,93
612	Eingliederung eines Bandes zur Aufnahme orthodontischer Hilfsmittel	230	12,93
613	Entfernung eines Bandes einschließlich Polieren und gegebenenfalls Versiegelung des Zahnes.	20	1,12
614	Eingliederung eines Teilbogens	210	11,81
615	Eingliederung eines ungeteilten Bogens, alle Zahngruppen umfassend.	500	28,12
616	Eingliederung einer intra-extraoralen Verankerung (z. B. Headgear).	370	20,80
617	Eingliederung einer Kopf-Kinn-Klappe.	500	28,12
	In den Leistungen nach den Nummern 610 bis 615 sind die Material- und Laborkosten enthalten. Die Kosten für die eingegliederten Hilfsmittel nach den Nummern 616 und 617 sind gesondert berechnungsfähig.		
618	Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktionsfähigkeit und/oder Erweiterung von herausnehmbaren Behandlungsgeräten einschließlich Abformung und Wiedereinfügen, je Kiefer und je Sitzung einmal berechnungsfähig	270	15,18

Nr.	Leistung	Punktzahl	Gebühr in EUR
619	Beratendes und belehrendes Gespräch mit Anweisungen zur Beseitigung von schädlichen Gewohnheiten und Dysfunktionen	140	7,87
	Neben der Leistung nach der Nummer 619 ist eine Leistung nach der Nummer 001 in derselben Sitzung nicht berechnungsfähig.		
620	Eingliedern von Hilfsmitteln zur Beseitigung von Funktionsstörungen (z. B. Mundvorhofplatte) einschließlich Anweisung zum Gebrauch und Kontrollen	450	25,30
621	Kontrolle des Behandlungsverlaufs oder Weiterführung der Retention einschließlich kleiner Änderungen der Behandlungs- oder Retentionsgeräte, Therapiekontrolle der gesteuerten Extraktion, je Sitzung	90	5,06
622	Vorbereitende Maßnahmen zur Herstellung von kieferorthopädischen Behandlungsmitteln (z. B. Abformung, Bissnahme), je Kiefer	180	10,12
623	Eingliederung von kieferorthopädischen Behandlungsmitteln, je Kiefer.	180	10,12
624	Maßnahmen zur Verhütung von Folgen vorzeitigen Zahnverlustes (Offenhalten einer Lücke)	270	15,18
625	Beseitigung des Diastemas, als selbstständige Leistung.	450	25,30
626	Maßnahmen zur Einordnung eines verlagerten Zahnes in den Zahnbogen, als selbstständige Leistung.	1100	61,86

H. Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen

Allgemeine Bestimmung

Endgültige Kronen, Brücken und Prothesen dürfen nicht als Aufbissbehelfe oder Schienen nach Abschnitt H berechnet werden.

Nr.	Leistung	Punktzahl	Gebühr in EUR
700	Eingliederung eines Aufbissbehelfs ohne adjustierte Oberfläche	270	15,18
701	Eingliederung eines Aufbissbehelfs mit adjustierter Oberfläche	800	44,99
702	Umarbeitung einer vorhandenen Prothese zum Aufbissbehelf.	450	25,30
703	Wiederherstellung der Funktion eines Aufbissbehelfs, z. B. durch Unterfütterung	370	20,80
704	Kontrolle eines Aufbissbehelfs.	65	3,65

Nr.	Leistung	Punkt-zahl	Gebühr in EUR
705	Kontrolle eines Aufbissbehelfs mit adjustierter Oberfläche: subtraktive Maßnahmen, je Sitzung	180	10,12
706	Kontrolle eines Aufbissbehelfs mit adjustierter Oberfläche: additive Maßnahmen, je Sitzung	410	23,05
707	Semipermanente Schiene unter Anwendung der Ätztechnik, je Interdentalraum	90	5,06
708	Versorgung eines Kiefers mit einem Interimszahnersatz als Langzeitprovisorium, je Krone	450	25,30
709	Versorgung eines Kiefers mit einem Interimszahnersatz als Langzeitprovisorium, je zu überbrückende Spanne oder Freiendsattel	270	15,18
	Die Leistungen nach den Nummern 708 und 709 sind nicht in zeitlichem Zusammenhang mit der Herstellung von endgültigem Zahnersatz berechnungsfähig.		
710	Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktion eines Interimszahnersatzes, je Krone, Spanne oder Freiendsattel	200	11,24
	Die Wiedereingliederung desselben Interimszahnersatzes, gegebenenfalls auch mehrmals, einschließlich Entfernung ist mit den Gebühren nach den Nummern 708 bis 710 abgegolten.		

J. Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen

Nr.	Leistung	Punkt-	Gebühr
800	Befunderhebung des stomatognathen Systems nach vorgeschriebenem Formblatt.	500	28,12
	Die Leistung nach der Nummer 800 umfasst folgende zahnärztliche Leistungen: prophylaktische, prothetische, parodontologische und okklusale Befunderhebung, funktionsdiagnostische Auswertung von Röntgenaufnahmen des Schädels und der Halswirbelsäule, klinische Reaktionstests (z. B. Resilienztest, Provokationstest).		
	Neben der Leistung nach der Nummer 800 ist eine Leistung nach der Nummer 001 in derselben Sitzung nicht berechnungsfähig.		
801	Registrieren der gelenkbezüglichen Zentrallage des Unterkiefers, je Registrat	180	10,12
	Die Leistung nach Nummer 801 ist höchstens zweimal berechnungsfähig.		

Nr.	Leistung	Punktzahl	Gebühr in EUR
802	Modellmontage nach arbiträrer Scharnierachsenbestimmung (eingeschlossen sind die arbiträre Scharnierachsenbestimmung, Anlegen eines Übertragungsbogens, Koordinieren eines Übertragungsbogens mit einem Artikulator und Modellmontage) einschließlich Material- und Laborkosten	400	22,49
803	Modellmontage nach kinematischer Scharnierachsenbestimmung (eingeschlossen sind die kinematische Scharnierachsenbestimmung, definitives Markieren der Referenzpunkte, Anlegen eines Übertragungsbogens, Koordinieren eines Übertragungsbogens mit einem Artikulator und Modellmontage) einschließlich Material- und Laborkosten	550	30,93
804	Montage des Gegenkiefermodells mit Hilfe von Registraten oder ähnlichen Verfahren einschließlich Fixieren und Überprüfen der gefundenen Position einschließlich Material- und Laborkosten	200	11,24
805	Registrieren von Unterkieferbewegungen zur Einstellung halbindividueller Artikulatoren und Einstellung nach den gemessenen Werten	350	16,68
806	Registrieren von Unterkieferbewegungen zur Einstellung voll adjustierbarer Artikulatoren und Einstellung nach den gemessenen Werten	500	28,12
	Wird bei unterbrochener Zahnreihe oder Freiendsattel zur Bestimmung der Vertikaldimension eine Bissschablone im Labor angefertigt, so sind die Kosten für die Bissschablone neben den Gebühren nach den Nummern 802 bis 806 gesondert berechnungsfähig.		
807	Aufbau einer individuellen Frontzahnführung im Artikulator einschließlich Material- und Laborkosten.	150	8,43
808	Diagnostische Maßnahmen an Modellen im Artikulator einschließlich subtraktiver oder additiver Korrekturen, Befundauswertung und Behandlungsplanung.	200	11,24
809	Diagnostischer Aufbau von Funktionsflächen am natürlichen Gebiss, am festsitzenden und/oder herausnehmbaren Zahnersatz	200	11,24
810	Systematische subtraktive Maßnahmen am natürlichen Gebiss, am festsitzenden und/oder herausnehmbaren Zahnersatz, je Zahnpaar	15	0,84
	Die Leistung nach der Nummer 810 ist je Sitzung höchstens fünfmal berechnungsfähig.		

K. Implantologische Leistungen

Allgemeine Bestimmungen

1. Die primäre Wundversorgung ist Bestandteil der Leistungen nach Abschnitt K und nicht gesondert berechnungsfähig.
2. Die bei den Leistungen nach Abschnitt K verwendeten Implantate und Implantatteile sind gesondert berechnungsfähig.

Nr.	Leistung	Punktzahl	Gebühr in EUR
900	Implantatbezogene Analyse und Vermessung des Alveolarfortsatzes des Kieferkörpers und der Schleimhaut einschließlich metrischer Auswertung von Röntgenaufnahmen zur Festlegung der Implantatposition mit Hilfe einer individuellen Schablone, je Kiefer	540	30,37
901	Präparieren einer Knochenkavität für ein enossales Implantat	480	26,99
902	Einsetzen einer Implantatschablone zur Überprüfung der Knochenkavität	90	5,06
903	Einbringen eines enossalen Implantats	480	26,99
904	Freilegen eines Implantats und Einfügen von Sekundärteilen bei einem zweiphasigen Implantationssystem	320	17,99
905	Auswechseln eines Sekundärteils bei einem zusammengesetzten Implantat.	320	17,99
906	Präparieren eines Kiefers für subperiostale Gerüstimplantate einschließlich Abformung und Analyse des gewonnenen Modells, je Kiefer	640	35,99
907	Einsetzen eines subperiostalen Gerüstimplantats einschließlich Fixation.	320	17,99
908	Entfernung eines subperiostalen Gerüstimplantats	1100	61,86
909	Einbringen eines Nadelimplantats	90	5,06

III. Tabelle der Einfachgebühren, Regelspannen und Höchstgebühren der GOZ

GOZ-Nr.	1,0 fach EUR	2 fach EUR	2,30 fach EUR	3,5 fach EUR
1	5,62	11,25	12,93	19,68
2	5,06	10,12	11,64	17,71
3	12,37	24,75	28,45	43,3
4	14,06	28,12	32,33	49,21
5	6,74	13,50	15,52	23,62
6	14,62	29,25	33,63	51,18
7	2,81	5,62	6,46	9,84
8	1,68	3,37	3,88	5,9
9	3,37	6,75	7,76	11,81
10	3,93	7,87	9,05	13,77
11	6,74	13,50	15,52	23,62
100	11,24	22,50	25,87	39,36
101	5,62	11,25	12,93	19,68
102	2,81	5,62	6,46	9,84
200	5,06	10,12	11,64	17,71
201	2,81	5,62	6,46	9,84
202	5,62	11,25	12,93	19,68
203	3,65	7,31	8,40	12,79
204	3,65	7,31	8,40	12,79
205	8,43	16,87	19,40	29,52
206	1,68	3,37	3,88	5,9
207	11,81	23,62	27,16	41,33
208	2,24	4,50	5,17	7,87
209	16,87	33,75	38,80	59,05
210	2,81	5,62	6,46	9,84
211	21,37	42,74	49,15	74,8
212	3,37	6,75	7,76	11,81
213	6,18	12,37	14,22	21,65
214	53,42	106,86	122,88	187
215	30,93	61,87	71,14	108,26
216	46,11	92,24	106,07	161,41
217	67,49	134,98	155,22	236,21
218	8,43	16,87	19,40	29,52
219	25,30	50,62	58,21	88,58
220	50,61	101,24	116,42	177,16
221	73,11	146,23	168,16	255,9
222	87,17	174,35	200,50	305,11
223 [1)]				
224 [2)]				
225	11,81	23,62	27,16	41,33
226	5,62	11,25	12,93	19,68

GOZ-Nr.	1,0 fach EUR	2 fach EUR	2,30 fach EUR	3,5 fach EUR
227	15,18	30,37	34,92	53,14
228	17,99	35,99	41,39	62,99
229	10,12	20,25	23,28	35,43
230	15,18	30,37	34,92	53,14
231	8,15	16,31	18,75	28,54
232	19,68	39,37	45,27	68,89
233	6,18	12,37	14,22	21,65
234	11,24	22,50	25,87	39,36
235	16,31	32,62	37,51	57,08
236	6,18	12,37	14,22	21,65
237	2,81	5,62	6,46	9,84
238	8,99	18,00	20,69	31,49
239	3,65	7,31	8,40	12,79
240	3,93	7,87	9,05	13,77
241	15,74	31,50	36,21	55,11
242	3,93	7,87	9,05	13,77
243	7,31	14,62	16,81	25,59
244	11,24	22,50	25,87	39,36
300	3,93	7,87	9,05	13,77
301	6,18	12,37	14,22	21,65
302	15,18	30,37	34,92	53,14
303	19,68	39,37	45,27	68,89
304	30,37	60,74	69,85	106,29
305	6,18	12,37	14,22	21,65
306	7,87	15,75	18,10	27,55
307	2,53	5,06	5,82	8,85
308	8,43	16,87	19,40	29,52
309	20,80	41,62	47,86	72,83
310	7,87	15,75	18,10	27,55
311	25,87	51,74	59,50	90,54
312	32,62	65,24	75,02	114,17
313	15,74	31,50	36,21	55,11
314	30,93	61,87	71,14	108,26
315	15,18	30,37	34,92	53,14
316	36,55	73,11	84,08	127,95
317	12,93	25,87	29,75	45,27
318	22,49	44,99	51,74	78,73
319	15,18	30,37	34,92	53,14
320	28,12	56,24	64,67	98,42
321	7,87	15,75	18,10	27,55
322	15,74	31,50	36,21	55,11
323	24,74	49,49	56,91	86,61
324	30,93	61,87	71,14	108,26
325	15,18	30,37	34,92	53,14

GOZ-Nr.	1,0 fach EUR	2 fach EUR	2,30 fach EUR	3,5 fach EUR
326	30,93	61,87	71,14	108,26
327	33,18	66,37	76,32	116,13
328	15,18	30,37	34,92	53,14
329	3,09	6,19	7,11	10,82
330	3,65	7,31	8,40	12,79
331	5,62	11,25	12,93	19,68
400	8,99	18,00	20,69	31,49
401	2,81	5,62	6,46	9,84
402	2,53	5,06	5,82	8,85
403	1,96	3,94	4,52	6,88
404	2,53	5,06	5,82	8,85
405	0,61	1,23	1,40	2,14
406	0,35	0,72	0,82	1,25
407	6,18	12,37	14,22	21,65
408	2,53	5,06	5,82	8,85
409	10,12	20,25	23,28	35,43
410	15,46	30,93	35,57	54,13
411	10,12	20,25	23,28	35,43
412	15,46	30,93	35,57	54,13
413	25,30	50,62	58,21	88,58
414	5,06	10,12	11,64	17,71
415	0,35	0,72	0,82	1,25
500	46,11	92,24	106,07	161,41
501	61,86	123,73	142,29	216,53
502	73,11	146,23	168,16	255,9
503	61,86	123,73	142,29	216,53
504	78,73	157,48	181,09	275,58
505 [3)]				
506 [4)]				
507	22,49	44,99	51,74	78,73
508	12,93	25,87	29,75	45,27
509	6,18	12,37	14,22	21,65
510	25,30	50,62	58,21	88,58
511	20,24	40,49	46,56	70,86
512	10,12	20,25	23,28	35,43
513	16,31	32,62	37,51	57,08
514	8,99	18,00	20,69	31,49
515	41,05	82,11	94,43	143,69
516	20,24	40,49	46,56	70,86
517	14,06	28,12	32,33	49,21
518	25,30	50,62	58,21	88,58
519	30,37	60,74	69,85	106,29
520	39,36	78,74	90,54	137,79
521	78,73	157,48	181,09	275,58

GOZ-Nr.	1,0 fach EUR	2 fach EUR	2,30 fach EUR	3,5 fach EUR
522	104,04	208,10	239,31	364,16
523	123,73	247,47	284,58	433,06
524 [5)]				
525	7,87	15,75	18,10	27,55
526	15,18	30,37	34,92	53,14
527	10,12	20,25	23,28	35,43
528	15,18	30,37	34,92	53,14
529	25,30	50,62	58,21	88,58
530	30,37	60,74	69,85	106,29
531	41,05	82,11	94,43	143,69
532	123,73	247,47	284,58	433,06
533	157,47	314,96	362,19	551,17
534	410,56	821,13	944,30	1436,98
600	4,49	9,00	10,34	15,74
601	10,12	20,25	23,28	35,43
602	20,24	40,49	46,56	70,86
603	75,92	151,85	174,63	265,74
604	118,10	236,22	271,64	413,37
605	202,47	404,94	465,68	708,65
606	101,23	202,47	232,84	354,32
607	146,22	292,46	336,32	511,8
608	202,47	404,94	465,68	708,65
609	39,36	78,74	90,54	137,79
610	9,27	18,56	21,34	32,47
611	3,93	7,87	9,05	13,77
612	12,93	25,87	29,75	45,27
613	1,12	2,25	2,58	3,93
614	11,81	23,62	27,16	41,33
615	28,12	56,24	64,67	98,42
616	20,80	41,62	47,86	72,83
617	28,12	56,24	64,67	98,42
618	15,18	30,37	34,92	53,14
619	7,87	15,75	18,10	27,55
620	25,30	50,62	58,21	88,58
621	5,06	10,12	11,64	17,71
622	10,12	20,25	23,28	35,43
623	10,12	20,25	23,28	35,43
624	15,18	30,37	34,92	53,14
625	25,30	50,62	58,21	88,58
626	61,86	123,73	142,29	216,53
700	15,18	30,37	34,92	53,14
701	44,99	89,99	103,48	157,47
702	25,30	50,62	58,21	88,58
703	20,80	41,62	47,86	72,83

GOZ-Nr.	1,0 fach EUR	2 fach EUR	2,30 fach EUR	3,5 fach EUR
704	3,65	7,31	8,40	12,79
705	10,12	20,25	23,28	35,43
706	23,05	46,12	53,03	80,7
707	5,06	10,12	11,64	17,71
708	25,30	50,62	58,21	88,58
709	15,18	30,37	34,92	53,14
710	11,24	22,50	25,87	39,36
800	28,12	56,24	64,67	98,42
801	10,12	20,25	23,28	35,43
802	22,49	44,99	51,74	78,73
803	30,93	61,87	71,14	108,26
804	11,24	22,50	25,87	39,36
805	19,68	39,37	45,27	68,89
806	28,12	56,24	64,67	98,42
807	8,43	16,87	19,40	29,52
808	11,24	22,50	25,87	39,36
809	11,24	22,50	25,87	39,36
810	0,84	1,69	1,94	2,95
900	30,37	60,74	69,85	106,29
901	26,99	53,99	62,09	94,48
902	5,06	10,12	11,64	17,71
903	26,99	53,99	62,09	94,48
904	17,99	35,99	41,39	62,99
905	17,99	35,99	41,39	62,99
906	35,99	71,99	82,78	125,98
907	17,99	35,99	41,39	62,99
908	61,86	123,73	142,29	216,53
909	5,06	10,12	11,64	17,71

1) Teilleistungen nach Nummern 220 bis 222: Enden die Leistungen mit der Präparation eines Zahnes, so ist die Hälfte der jeweiligen Gebühr berechnungsfähig.

2) Teilleistungen nach Nummern 220 bis 222: Enden die Leistungen mit der Präparation eines Zahnes und sind darüber hinaus weitere Maßnahmen erfolgt, so sind drei Viertel der jeweiligen Gebühr berechnungsfähig.

3) Teilleistungen nach Nummern 500 bis 504: Enden die Leistungen mit der Präparation der Brückenpfeiler, so ist die Hälfte der jeweiligen Gebühr berechnungsfähig.

4) Teilleistungen nach Nummern 500 bis 504: Enden die Leistungen mit der Präparation der Brückenpfeiler und sind darüber hinaus weitere Maßnahmen erfolgt, so sind drei Viertel der jeweiligen Gebühr berechnungsfähig.

5) Teilleistungen nach Nummern 520 bis 523: Für Maßnahmen bis einschließlich Bestimmung der Kieferrelation ist die Hälfte der jeweiligen Gebühr berechnungsfähig; bei weitergehenden Maßnahmen sind drei Viertel der jeweiligen Gebühr berechnungsfähig.

Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP)

I. Wissenswertes zur GOP – Erläuterungen

Das am 1. Januar 1999 in Kraft getretene Psychotherapeutengesetz (PsychThG) vom 16. Juni 1998 (BGBl. I S. 1311) hat die Berufe der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in das Gesundheitswesen Deutschlands eingeführt. Für die Festlegung der Honorare in den Fällen einer Privatbehandlung ermächtigt § 9 PsychThG das Bundesministerium für Gesundheit, eine Rechtsverordnung über die Entgelte der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP) mit Zustimmung des Bundesrates zu erlassen. Mit der GOP vom 8. Juni 2000 wird der berufsrechtlichen Gleichstellung dieser Berufsgruppen mit den ärztlichen Psychotherapeuten Rechnung getragen. Die GOP ist anzuwenden bei Selbstzahlern, bei Privatversicherten und Patienten mit Anspruch auf staatliche Fürsorgeleistungen (z. B. Beihilfe). Privatbehandlung bei Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung ist nur möglich, wenn der Patient Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gewählt hat. Ansonsten ist eine Privatbehandlung der GKV-Versicherten im Rahmen der Psychotherapierichtlinien ausgeschlossen.

Zur Regelung der Entgelte für die Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten verweist die GOP auf die entsprechenden Vorschriften der Gebührenordnung für Ärzte. Welche Leistungen von diesen Berufsgruppen im Rahmen psychotherapeutischer Tätigkeit im Einzelnen erbracht werden dürfen, richtet sich nach den allgemeinen, dem Gebührenrecht vorgelagerten Vorgaben des PsychThG. Für die Abrechnung der psychotherapeutischen Leistungen kommen die in den Abschnitten B (Grundleistungen und allgemeine Leistungen) sowie G (Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie) des Gebührenverzeichnisses der GOÄ enthaltenen Leistungen infrage, soweit sie psychothera-

peutische Tätigkeiten im Sinne des § 1 Abs. 3 PsychThG sind. Mit der Verweisung auf die entsprechende Anwendung der GOÄ stellt der Verordnungsgeber klar, dass die Vergütungen für psychotherapeutische Leistungen von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bei Privatbehandlung ausschließlich nach den für die psychotherapeutisch tätigen Ärzte geltenden einschlägigen Vorschriften der GOÄ zu berechnen sind. Die Beschränkung auf die Abschnitte B und G der GOÄ trägt dem Umstand Rechnung, dass die übrigen Abschnitte der GOÄ keine psychotherapeutischen Leistungen im Sinne des PsychThG enthalten. Vor diesem Hintergrund beschränkt auch § 1 Satz 2 die sog. analoge Bewertung nach § 6 Abs. 2 GOÄ (vergl. GOÄ – 6. Abschnitt Analoge Bewertung S. 33) für psychotherapeutische Leistungen, die nicht im Gebührenverzeichnis der GOÄ enthalten sind, auf die Leistungen der Abschnitte B und G des Gebührenverzeichnisses. Für eine Analogabrechnung nicht im Gebührenverzeichnis enthaltener selbstständiger psychotherapeutischer Leistungen können deshalb nur die in den beiden genannten Abschnitten enthaltenen Leistungen herangezogen werden.

Zur weiteren Erläuterung der GOP kann wegen des Verweises auf die GOÄ auf die Ausführungen in Abschnitt I. „Wissenswertes zur GOÄ-Erläuterungen“ verwiesen werden.

II. Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP)

Vom 8. Juni 2000 (BGBl. I S. 818)

zuletzt geändert durch

Sechste Gebührenanpassungsverordnung
vom 18. Oktober 2001 (BGBl. I S. 2721)

Aufgrund des § 9 des Psychotherapeutengesetzes vom 16. Juni 1998 (BGBl. I S. 1311) verordnet das Bundesministerium für Gesundheit:

§ 1

(1) Die Vergütungen für die beruflichen Leistungen der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Sinne von § 1 Abs. 3 des Psychotherapeutengesetzes richten sich nach der Gebührenordnung für Ärzte in der Fassung der Bekanntmachung vom 9. Februar 1996 (BGBl. I S. 210), geändert durch Artikel 17 des Gesetzes vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2626), soweit nicht durch Bundesgesetz etwas anderes bestimmt ist.

(2) Vergütungen nach Absatz 1 sind nur für Leistungen berechnungsfähig, die in den Abschnitten B und G des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte aufgeführt sind. § 6 Abs. 2 der Gebührenordnung für Ärzte gilt mit der Maßgabe, dass psychotherapeutische Leistungen, die nicht im Gebührenverzeichnis der Gebührenordnung für Ärzte enthalten sind, entsprechend einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung der Abschnitte B und G des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte berechnet werden können.

§ 2

(weggefallen)

§ 3

Diese Verordnung tritt am Tage nach der Verkündung in Kraft.

Gebühren der Hebammen

I. Wissenswertes zur HebGV – Erläuterungen

Die Berufsverhältnisse der Hebammen sind im Hebammengesetz (HebG) vom 4. Juni 1985 (BGBl. I S. 902), zuletzt geändert durch Artikel 2 des Gesetzes vom 30. September 2008 (BGBl. I S. 1910) geregelt; den Hebammen gleichgestellt sind die Entbindungspfleger. Nach § 4 Abs. 1 HebG sind außer Ärztinnen und Ärzten nur Frauen und Männer zur Leistung von Geburtshilfe befugt, die die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung „Hebamme" oder „Entbindungspfleger" haben. Die Erlaubnis wird erteilt, wenn die vorgeschriebene Ausbildungszeit abgeleistet ist und die staatliche Prüfung bestanden ist. Die Tätigkeiten der Hebammen und Entbindungspfleger umfassen neben der Geburtshilfe, also der Überwachung der Geburt vom Beginn der Wehen an, die Geburtsvorbereitung, die Hilfe bei der Geburt und die Überwachung des Wochenbettverlaufs, die Beratung der Schwangeren und Mutter sowie die Versorgung des Neugeborenen.

Nach § 134a SGB V werden die Vergütungen der Leistungen freiberuflicher Hebammen und Entbindungspfleger im Rahmen der Hebammenhilfe in der gesetzlichen Krankenversicherung auf Bundesebene durch Verträge zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und den Berufsverbänden der Hebammen und Entbindungspfleger festgelegt. So soll eine bundesweit einheitliche, qualitativ hochwertige und wirtschaftliche Versorgung mit Leistungen der Hebammenhilfe gewährleistet werden. Derzeit ist der Vertrag vom 1. August 2007 gültig (siehe nachf. Abschnitt III).

Er regelt:

- die Einzelheiten der Versorgung der Versicherten mit abrechnungsfähigen Leistungen der Hebammenhilfe
- die Vergütung der Hebammenleistungen
- die Abrechnung von Hebammenleistungen
- eine Vereinbarung über den Einsatz und die Vergütung von Materialien und Arzneimitteln
- die Teilnahme der Hebammen an diesem Vertrag

Er gilt für alle Hebammen, die Mitglied in einem der beiden Verbände sind, sowie für Nichtmitglieder, wenn sie eine Beitrittserklärung zum Vertrag abgegeben haben. Die vertraglichen Regelungen ersetzen die staatlichen Vorgaben der Hebammenhilfe-Gebührenverordnung in der vom 24. Juli 2004 bis 31. Juli 2007 gültigen Fassung. Diese ist aber weiter bedeutsam für die Vergütung der Leistungen bei Selbstzahlern.

Für die Selbstzahler, somit die nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Personen, richten sich die Gebühren, die die Leistungserbringer erheben können, nach den Vorschriften des betreffenden Bundeslandes.

Die Rechtsverordnungen der Länder Bayern, Brandenburg, Bremen, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Sachsen und Schleswig-Holstein verweisen auf die Hebammenhilfe-Gebührenverordnung. Die Gebühren der dort im Gebührenverzeichnis aufgeführten Leistungen können max. um einen länderspezifischen Faktor verfielfacht werden (siehe nachf. Tabelle). Sie sind nach den Umständen des Einzelfalles, insbesondere nach der Schwierigkeit und der Zeitdauer der Leistung zu bemessen.

In Sachsen-Anhalt orientiert sich die Gebührenstruktur am Vertrag vom 1. August 2007. In Hamburg bezieht sich der x-fache Faktor für Leistungen seit dem 22. Dezember 2007 auf den Vertrag über die Versorgung mit Hebammenhilfe vom 1. September 2007. Im Saarland gilt seit dem 12. Dezember 2008 ein eigener Vertrag.

Übersicht der bei den Ländern geltenden Faktoren und Regelungen:

Land	max. Faktor Gebühren	max. Faktor Wegegeld	Verweis/Bezug
Baden-Württemberg	1,8-fach	1-fach	eigene umfassende Gebührenverordnung
Bayern	2-fach	1-fach	HebGV 24. Juli 2004
Berlin	2-fach	2-fach	eigene umfassende Gebührenverordnung
Brandenburg	2-fach	1-fach	eigene umfassende Gebührenverordnung
Bremen	2-fach	1-fach	HebGV 24. Juli 2004
Hamburg	2-fach	2-fach	Vertrag vom 1. August 2007
Hessen	2-fach	2-fach	HebGV 24. Juli 2004
Mecklenburg-Vorpommern	2-fach	1-fach	HebGV 24. Juli 2004

noch: Übersicht der bei den Ländern geltenden Faktoren und Regelungen

Land	max. Faktor Gebühren	max. Faktor Wegegeld	Verweis/Bezug
Niedersachsen	2-fach	2-fach	HebGV 24. Juli 2004
Nordhein-Westfalen	1,8-fach	1-fach	HebGV 24. Juli 2004
Rheinland-Pfalz	2-fach	1-fach	HebGV 24. Juli 2004
Saarland	2-fach	2-fach	aktueller Vertrag
Sachsen	1,8-/2,0-fach	1-fach	HebGV 24. Juli 2004
Sachsen-Anhalt	2-fach	2-fach	Vertrag vom 1. August 2007
Schleswig-Holstein	2-fach	1-fach	HebGV 24. Juli 2004
Thüringen	1,85-fach	1-fach	eigene umfassende Gebührenverordnung

Im Land Baden-Württemberg gilt für die Selbstzahler die Verordnung des Sozialministeriums über die Gebühren für die Leistungen der Hebammen und Entbindungspfleger außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung (Hebammengebührenordnung – HebGebO) vom 3. Dezember 1996 (siehe nachf. Abschnitt IV.). Eine Änderung der Verordnung aufgrund der Euro-Einführung ist bisher nicht erfolgt. Deshalb enthält das Leistungsverzeichnis noch DM-Beträge, die zusätzlich auch als Euro-Beträge ausgewiesen werden.

In Thüringen findet wie in Baden-Württemberg weder ein Verweis auf den Vertrag vom 1. August 2007 noch auf die Hebammenhilfe-Gebührenverordnung statt. Die Gebühren sind mit der Thüringer Verordnung über die Vergütung für Hebammen- und Entbindungspflegerhilfe außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung vom 14. Mai 1999 (GVBl. S. 372), zuletzt geändert durch die Verordnung vom 2. Juni 2009 (GVBl. S. 531), geregelt (siehe nachf. Abschnitt IV). Auch in Berlin ist die Vergütung der Leistung der Hebammen und Entbindungspfleger durch Rechtsverordnung geregelt (Berliner Entbindungshilfegebührenverordnung vom 31. März 2009 – GVBl. S. 158 – siehe nachf. Abschnitt IV). Brandenburg hat zum 22. September 2009 ebenfalls eine Gebührenverordnung für die Selbstzahlerinnen erlassen.

II. Hebammenhilfe-Gebührenverordnung (HebGV)

Vom 28. Oktober 1986 (BGBl. I S. 1662)

zuletzt geändert durch
Art. 7 Abs. 5 Satz 2 des Gesetzes
vom 15. Dezember 2004 (BGBl. I S. 3429)

§ 1 Anwendungsbereich

(1) Die Vergütungen für die Leistungen der freiberuflichen Hebammen im Rahmen der Hebammenhilfe in der gesetzlichen Krankenversicherung bestimmen sich nach dieser Verordnung.

(2) Als Hebammen im Sinne dieser Verordnung gelten auch Entbindungspfleger.

§ 2 Vergütungen

(1) Als Vergütungen zahlen die Krankenkassen nach Maßgabe der Bestimmungen dieser Verordnung Gebühren für die in der für den jeweiligen Abrechnungszeitraum bestimmten Fassung des Gebührenverzeichnisses (Anlage) genannten Leistungen, Ersatz von Auslagen und Wegegeld.

(2) Als Nacht gilt die Zeit von 20 bis 8 Uhr.

§ 3 Auslagen

(1) Als Auslagen kann die Hebamme neben den für die einzelnen Leistungen vorgesehenen Gebühren nach Maßgabe der Absätze 2 bis 6 die ihr entstandenen Kosten der für die Vorsorgeuntersuchung der Schwangeren, für die Hilfe bei Schwangerschaftsbeschwerden oder Wehen, für die Hilfe bei einer Geburt, für die Überwachung des Wochenbettverlaufs sowie für die zur Unterstützung bei Stillschwierigkeiten notwendigen Materialien und apothekenpflichtigen Arzneimittel berechnen, die mit ihrer Anwendung verbraucht sind oder zur weiteren Verwendung überlassen werden. Dabei ist auf wirtschaftliche Beschaffung zu achten. Lebensmittel sowie Diätetika nach § 1 des Lebensmittel- und Bedarfsgegenständegesetzes sowie Kosmetika und Körperpflegeprodukte können nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abgerechnet werden.

(2) Auslagen für mit der Anwendung verbrauchte oder zur weiteren Verwendung überlassene Materialien sind ausschließlich als Pauschalen ohne Einzelnachweis abzurechnen. Die Pauschalen betragen:

a) für jede einzelne Vorsorgeuntersuchung 2,50 Euro,

b) für die Hilfe bei einer Geburt 31 Euro sowie für die Versorgung einer Naht bei Geburtsverletzungen zusätzlich 27,50 Euro ,

c) für die gesamte Zeit der Wochenbettbetreuung 24,50 Euro,wenn diese nicht mehr als vier Tage nach der Geburt übernommen wird; bei späterer Übernahme der Betreuung beträgt die Pauschale für die gesamte Zeit der Wochenbettbetreuung 13,30 Euro.

(3) Zusätzlich zu den Pauschalen für Materialienbedarf nach Absatz 2 können die entstandenen Kosten für im Zusammenhang mit den in Absatz 1 genannten Leistungen notwendige apothekenpflichtige Arzneimittel nach Maßgabe der Absätze 4 bis 6 berechnet werden, sofern diese Arzneimittel verbraucht oder zur weiteren Verwendung überlassen wurden. Für diese Arzneimittel trägt die Krankenkasse die Kosten höchstens bis zur Höhe des Betrages, der sich nach der Arzneimittel-Preisverordnung in der bis zum 31. Dezember 2003 geltenden Fassung ergibt. Die Arzneimittel sind in der Abrechnung einzeln aufzulisten.

(4) Aus den Wirkstoffgruppen der

a) Antidiarrhoika,

b) Antiemetika,

c) Antihypotonika,

d) Dermatika – mit Ausnahme der zur Wundversorgung oder zur Entzündungsbehandlung zugelassenen und bei der Mutter und/oder bei dem Neugeborenen anwendbaren Dermatika –,

e) Ophthalmika,

f) Vitamin D – auch in Kombination mit Fluorsalzen sowie

g) Vitamin K

darf jeweils nur ein Arzneimittel der kleinsten Packungsgröße berechnet werden.

Aus den Wirkstoffgruppen der

a) Antimykotika,

b) Carminativa und

c) Galle- und Lebertherapeutika

darf jeweils nur ein Arzneimittel der kleinsten Packungsgröße berechnet werden, wenn zuvor allgemeine nicht medikamentöse Maßnahmen wie zum Beispiel diätetischer und physikalischer Art ohne ausreichenden Erfolg angewandt wurden.

(5) Kosten für Arzneimittel, die

a) nicht der Apothekenpflicht unterliegen,

b) nach der Verordnung über verschreibungspflichtige Arzneimittel nicht an Hebammen abgegeben werden dürfen,

c) nach § 34 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in der bis zum 31. Dezember 2003 geltenden Fassung ausgeschlossen sind,

d) nach § 34 Abs. 1 Satz 7 und Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ausgeschlossen sind oder

e) im Rahmen nicht allgemein anerkannter Therapieverfahren eingesetzt werden,

können nicht berechnet werden.

(6) Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen der Phytotherapie, der Homöopathie sowie der anthroposophischen Medizin gelten die Absätze 3 bis 5 entsprechend. Arzneimittel, die der homöopathischen oder anthroposophischen Therapierichtung zugeordnet werden, können berechnet werden, wenn aus dem jeweiligen Arzneimittelbild Wirkungen und Anwendungen ableitbar sind, die in den Tätigkeitsbereich der Hebammenhilfe fallen.

(7) Die Spitzenverbände der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisatonen der Hebammen regeln das Nähere über die Abrechnung nach den Absätzen 2 bis 6 in einer Vereinbarung.

§ 4 Wegegeld

(1) Die Hebamme erhält für jeden Besuch aus Anlass einer abrechnungsfähigen Leistung Wegegeld; hierdurch sind auch Zeitversäumnisse abgegolten. Wege zwischen der Wohnung oder Praxis der Hebamme und einem Krankenhaus zur Ableistung eines Schichtdienstes sind nicht berechnungsfähig.

(2) Bei Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel werden als Wegegeld die Fahrtkosten erstattet. In den übrigen Fällen beträgt das Wegegeld

a) bei einer Entfernung von nicht mehr als zwei Kilometern zwischen der Wohnung oder Praxis der Hebamme und der Stelle der Leistung 1,55 Euro, bei Nacht 2,20 Euro,

b) bei einer Entfernung von mehr als zwei Kilometern zwischen der Wohnung oder Praxis der Hebamme und der Stelle der Leistung für jeden zurückgelegten Kilometer 0,55 Euro, bei Nacht 0,75 Euro.

(3) Hat eine andere als die nächstwohnende Hebamme Hilfe geleistet, so kann die Krankenkasse die Zahlung des dadurch entstehenden Mehrbetrages an Wegegeld ablehnen, wenn der Weg von der Stelle der Leistung zur Wohnung oder Praxis der anderen Hebamme mehr als 20 Kilometer länger ist als zur Wohnung oder Praxis der nächstwohnenden Hebamme. Dies gilt nicht, wenn das Wegegeld anfällt, weil mehrere Hebammen die Dienstleistungen in einem Krankenhaus nach einem vereinbarten Einsatzplan ausführen oder wenn die Zuziehung der anderen Hebamme nach der besonderen Lage des Falles aus anderen Gründen gerechtfertigt war.

(4) Besucht die Hebamme mehrere Frauen auf einem Weg, ist das Wegegeld insgesamt nur einmal und nur anteilig nach dem Verhältnis der zurückgelegten Gesamtstrecke zu der Zahl der besuchten Frauen zu berechnen.

§ 5 Abrechnung mit den Krankenkassen

(1) Die Hebamme soll ihre Rechnung innerhalb eines Monats nach der Entbindung bei der zuständigen Krankenkasse einreichen. Die Rechnung muss alle zur Prüfung des Anspruchs notwendigen Angaben, insbesondere die Angaben nach § 291 Abs. 2 Nr. 1 bis 3, 5 bis 7 sowie 9 und 10 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch enthalten.

(2) In der Rechnung sind die berechneten Leistungen mit ihrem jeweiligen Datum und, soweit dies für die Höhe der Vergütung von Bedeutung ist, auch Zeit und Dauer der abgerechneten Leistungen anzugeben. Ist im Gebührenverzeichnis eine ärztliche Anordnung vorgeschrieben, so ist diese der Rechnung beizufügen.

(3) Bei der Abrechnung sind die von den Spitzenverbänden der Krankenkassen gemeinsam erstellten Richtlinien nach § 302 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens zu beachten.

(4) Die Krankenkasse hat die Rechnung innerhalb von drei Wochen nach Rechnungseingang zu begleichen, soweit eine Leistungspflicht besteht. Wird die Rechnung beanstandet, hat die Krankenkasse der Hebamme innerhalb derselben Frist den Grund der Beanstandung mitzuteilen und, sofern sich die Beanstandung nur auf einen Teil der Rechnung erstreckt, den unstreitigen Rechnungsbetrag zu zahlen.

(5) Jede Hebamme verwendet bei der Abrechnung mit den Krankenkassen das Kennzeichen nach § 293 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Rechnet eine Hebamme ihre Leistungen über eine zentrale Stelle ab, so ist in der Abrechnung neben dem Kennzeichen der abrechnenden Stelle das Kennzeichen der Hebamme anzugeben. Die unter dem Kennzeichen gespeicherten Angaben sind verbindlich für das Abrechnungsverfahren. Änderungen der unter dem Kennzeichen gespeicherten Daten sind der mit der Vergabe und Pflege des Kennzeichens beauftragten Stelle unverzüglich mitzuteilen.

§ 6 Übergangsvorschrift

Diese Verordnung in der Fassung der Verordnung vom 21. Juli 2004 (BGBl. I S. 1731) findet bei Geburten und Fehlgeburten vom Inkrafttreten dieser Verordnung an mit der Maßgabe Anwendung, dass für die Vergütung sämtlicher Hilfeleistungen die Gebühren

nach der vom Inkrafttreten dieser Verordnung an geltenden Fassung des Gebührenverzeichnisses dieser Verordnung zu berechnen sind.

§ 7 Inkrafttreten

Diese Verordnung tritt am 1. Januar 1987 in Kraft.

Anlage (zu § 2 Abs. 1)

Gebührenverzeichnis

Anlage zur Hebammenhilfe-Gebührenverordnung vom 24. Juli 2004

A. Leistungen der Mutterschaftsvorsorge und Schwangerenbetreuung

Nr.	Leistung	Gebühr in EUR
1	Beratung der Schwangeren, auch fernmündlich	5,45
	Die Gebühr nach Nummer 1 ist während der Schwangerschaft insgesamt höchstens zwölfmal berechnungsfähig. Sie ist an demselben Tag neben Leistungen nach den Nummern 2, 4, 5 und 8 nicht berechnungsfähig.	
2	Vorsorgeuntersuchung der Schwangeren nach Maßgabe der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung in der jeweils geltenden Fassung	21,80
	Die Vorsorgeuntersuchung umfasst folgende Leistungen: Gewichtskontrolle, Blutdruckmessung, Urinuntersuchung auf Eiweiß und Zucker, Kontrolle des Standes der Gebärmutter, Feststellung der Lage, Stellung und Haltung des Kindes, Kontrolle der kindlichen Herztöne, allgemeine Beratung der Schwangeren, Dokumentation im Mutterpass des Gemeinsamen Bundesausschusses in der jeweils geltenden Fassung.	
	Die Gebühr nach Nummer 2 ist berechnungsfähig	
	a) bei normalem Schwangerschaftsverlauf,	
	b) bei pathologischem Schwangerschaftsverlauf, wenn die Hebamme die Vorsorgeuntersuchung auf ärztliche Anordnung vornimmt oder wenn die Schwangere wegen des pathologischen Schwangerschaftsverlaufes ärztliche Betreuung trotz Empfehlung der Hebamme nicht in Anspruch nehmen möchte.	
	Die Vorsorgeuntersuchungen sollen im Abstand von vier Wochen stattfinden; in den letzten zwei Schwangerschaftsmonaten sind je zwei Vorsorgeuntersuchungen angezeigt.	
3	Entnahme von Körpermaterial zur Durchführung notwendiger Laboruntersuchungen im Rahmen der Richtlinien des Germeinsamen Bundesausschusses über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (Mutterschafts-Richtlinien) in der jeweils geltenden Fassung, je Entnahme, einschließlich	

Nr.	Leistung	Gebühr in EUR
	Veranlassung der Laboruntersuchung(en), Versand- und Portokosten, Dokumentation im Mutterpass nach den Mutterschafts-Richtlinien und Befundübermittlung	5,45
	Die Leistungen nach den Nummern 2 und 3 sind nur berechnungsfähig, soweit sie nicht bereits im Mutterpass dokumentiert sind.	
4	Hilfe bei Schwangerschaftsbeschwerden oder bei Wehen, für jede angefangene halbe Stunde	13,60
5	Hilfe bei Schwangerschaftsbeschwerden oder bei Wehen bei Nacht, an Samstagen ab 12 Uhr sowie an Sonn- und Feiertagen, für jede angefangene halbe Stunde	16,90
	Dauert die Leistung nach den Nummern 4 und 5 länger als drei Stunden, so ist die Notwendigkeit der über drei Stunden hinausgehenden Hilfe in der Rechnung zu begründen.	
6	Kardiotokographische Überwachung bei Indikationen nach Maßgabe der Anlage 2 zu den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (Mutterschafts-Richtlinien) in der jeweils geltenden Fassung einschließlich Dokumentation im Mutterpass nach den Mutterschafts-Richtlinien in der jeweils geltenden Fassung	6,00
	Die Gebühr für die Leistung nach Nummer 6 ist je Tag höchstens zweimal berechnungsfähig, es sei denn, dass weitere Überwachungen an einem Tag ärztlich angeordnet werden.	
7	Geburtsvorbereitung bei Unterweisung in der Gruppe, bis zu zehn Schwangere je Gruppe und höchstens 14 Stunden, für jede Schwangere je Unterrichtsstunde (60 Minuten)	5,45
8	Geburtsvorbereitung bei Einzelunterweisung auf ärztliche Anordnung, höchstens 14 Stunden, je Unterrichtsstunde (60 Minuten)	13,60
	Die Gebühren für die Leistungen nach den Nummern 7 und 8 umfassen insbesondere die Unterrichtung über den Schwangerschaftsverlauf, die psychische Vorbereitung auf Geburt und Wochenbett, gymnastische Übungen, Entspannungsübungen und Übungen der Atemtechnik.	

B. Geburtshilfe

Nr.	Leistung	Gebühr in EUR
9	Hilfe bei der Geburt eines Kindes in einem Krankenhaus	190,60
10	Hilfe bei einer außerklinischen Geburt in einer Einrichtung unter ärztlicher Leitung	190,60
11	Hilfe bei einer außerklinischen Geburt in einer von Hebammen geleiteten Einrichtung	340,30

Nr.	Leistung	Gebühr in EUR
12	Hilfe bei einer Hausgeburt	408,40
13	Hilfe bei einer Fehlgeburt	89,80
	Die Gebühren für die Leistungen nach den Nummern 9 bis 13 umfassen mit Ausnahme der gegebenenfalls gesondert berechnungsfähigen Leistung nach Nummer 14 die Hilfe für die Dauer von bis zu acht Stunden vor der Geburt des Kindes oder einer Fehlgeburt und die Hilfe für die Dauer von bis zu drei Stunden danach einschließlich aller damit verbundenen Leistungen und Dokumentationen. Die jeweilige Gebühr steht der Hebamme auch dann zu, wenn sie erst nach der Geburt, jedoch vor Vollendung der Versorgung der Mutter und des Kindes Hilfe leisten konnte.	
14	Versorgung eines Dammschnitts oder eines Dammrisses I. oder II. Grades	24,00
15	Zuschlag für Hilfe bei der Geburt von Zwillingen und mehr Kindern, für das zweite und jedes weitere Kind, je Kind	54,50
16	Hilfe bei einer nicht vollendeten Geburt in einem Krankenhaus oder in einer außerklinischen Einrichtung unter ärztlicher Leitung	98,00
	Die Gebühr für die Leistung nach Nummer 16 umfasst die Hilfe für die Dauer von bis zu fünf Stunden vor Beendigung der Geburtshilfe einschließlich aller damit verbundenen Leistungen. Sie ist nur berechnungsfähig, wenn die Schwangere in ein anderes Krankenhaus verlegt wird und die Hebamme dort keine weitere Hilfe leistet.	
17	Hilfe bei einer nicht vollendeten Hausgeburt oder einer nicht vollendeten außerklinischen Geburt in einer von Hebammen geleiteten Einrichtung	136,10
	Die Gebühr für die Leistung nach Nummer 17 umfasst die Hilfe für die Dauer von bis zu fünf Stunden vor Beendigung der Geburtshilfe einschließlich aller damit verbundenen Leistungen. Sie ist nur in unmittelbarem Zusammenhang mit einer Hausgeburt oder einer außerklinischen Geburt in einer von Hebammen geleiteten Einrichtung berechnungsfähig, wenn die Hebamme die vorher geplante und bereits begonnene Hausgeburt oder außerklinische Geburt aufgrund unvorhergesehener Umstände abbrechen muss und die Hebamme die Schwangere in ein Krankenhaus überweist oder begleitet und dort keine weitere Hilfe leistet.	
18	Zuschlag zu den Leistungen nach den Nummern 9 bis 13, 16 und 17 bei Hilfe bei Nacht, an Samstagen ab 12 Uhr sowie an Sonn- und Feiertagen	
	Der Zuschlag beträgt 25 vom Hundert der jeweiligen Gebühr.	
	Maßgebend für die Berechnungsfähigkeit des Zuschlages ist bei den Leistungen nach den Nummern 9 bis 12 der Zeitpunkt der Geburt, bei der Leistung nach Nummer 13 der Zeitpunkt der Fehlgeburt und bei den Leistungen nach den Nummern 16 und 17 der Zeitpunkt der Beendigung der Hilfe.	

Nr.	Leistung	Gebühr in EUR
19	Hilfe bei einer außerklinischen Geburt oder Fehlgeburt durch eine zweite Hebamme, für jede angefangene halbe Stunde	13,60
20	Hilfe bei einer außerklinischen Geburt oder Fehlgeburt durch eine zweite Hebamme bei Nacht, an Samstagen ab 12 Uhr sowie an Sonn- und Feiertagen, für jede angefangene halbe Stunde	16,90
	Gebühren für Leistungen nach den Nummern 19 und 20 sind für eine Hilfeleistung der zweiten Hebamme von bis zu vier Stunden berechnungsfähig. Dies gilt entsprechend, wenn die Geburt oder Fehlgeburt nicht außerklinisch vollendet wird.	
21	Perinatalerhebung bei einer außerklinischen Geburt nach vorgeschriebenem Formblatt einschließlich Versand- und Portokosten . . .	5,45
	Mit der Gebühr sind auch die Kosten für die Auswertung des Formblatts abgegolten.	

C. Leistungen während des Wochenbetts

Allgemeine Bestimmungen

a) Die Leistungen nach den Nummern 22 bis 35 dienen der Überwachung des Wochenbettverlaufs und umfassen insbesondere die Beratung, Betreuung und/oder Versorgung von Mutter und Kind einschließlich aller damit verbundenen Leistungen mit Ausnahme der Leistungen nach den Nummern 36 und 37. Die Leistungen nach den Nummern 22 bis 33, 35 und 37 sind auch nach einer Fehlgeburt berechnungsfähig.

b) In den ersten zehn Tagen nach der Geburt ist an demselben Tag jeweils ein Besuch nach Nummer 22, 23, 27, 28, 30 oder 31 berechnungsfähig. Wird der erste Besuch bereits am Tage der Geburt ausgeführt, können weitere Besuche nach Nummer 22, 23, 27, 28, 30 oder 31 nur für die folgenden neun Tage berechnet werden. Wird die Wochenbettbetreuung erst im Laufe der ersten zehn Tage nach der Geburt von einer anderen Hebamme übernommen, werden die Besuche bis zum zehnten Tag nach der Geburt vergütet. Bei fernmündlicher Beratung, die in den ersten zehn Tagen nach der Geburt einen Besuch nach Nummer 22, 23, 27, 28, 30 oder 31 ersetzt, ist eine Gebühr analog Nummer 35 berechnungsfähig.

c) In dem Zeitraum zwischen dem elften Tag nach der Geburt bis zum Ablauf von acht Wochen nach der Geburt sind insgesamt bis

zu 16 Leistungen nach Nummer 22, 23, 25 bis 33 oder 35 berechnungsfähig, weitere Besuche nach Nummer 25, 26, 29, 32 oder 33 dabei jedoch nur nach Maßgabe der Allgemeinen Bestimmung nach Buchstabe d. Mehr als 16 Leistungen nach Nummer 22, 23, 25 bis 35 sind in diesem Zeitraum nur berechnungsfähig, soweit sie ärztlich angeordnet sind.

d) Ein weiterer Besuch an demselben Tag ist berechnungsfähig

aa) nach ambulanter Entbindung in den ersten zehn Tagen nach der Geburt nach Nummer 25 oder 26 sowie

bb) unabhängig von der Art der Entbindung nach Nummer 25, 26, 29, 32 oder 33 während des gesamten Zeitraums bis zum Ablauf von acht Wochen nach der Geburt bei Vorliegen insbesondere folgender Besuchsgründe: schwere Stillstörungen, verzögerte Rückbildung, nach Sekundärnaht oder Dammriss III. Grades, bei Beratung und Anleitung der Mutter zur Versorgung und Ernährung des Säuglings im Anschluss an dessen stationäre Behandlung oder nach ärztlicher Anordnung. Der Grund ist in der Rechnung anzugeben. Mehr als zwei Besuche an demselben Tag sind nur berechnungsfähig, wenn sie ärztlich angeordnet worden sind.

e) Nach Ablauf von acht Wochen nach der Geburt sind Besuche nur auf ärztliche Anordnung bei pathologischem Wochenbettverlauf berechnungsfähig.

Nr.	Leistung	Gebühr in EUR
22	Hausbesuch nach der Geburt	24,50
23	Hausbesuch nach der Geburt an Sonn- und Feiertagen	30,50
24	Zuschlag zu der Gebühr nach Nummer 22 oder 23 für den ersten Hausbesuch nach der Geburt	5,45
25	Weiterer Hausbesuch an demselben Tag	24,50
26	Weiterer Hausbesuch an demselben Sonn- oder Feiertage	30,50
27	Besuch im Krankenhaus oder in einer außerklinischen Einrichtung unter ärztlicher Leitung nach der Geburt	9,30
28	Besuch im Krankenhaus oder in einer außerklinischen Einrichtung unter ärztlicher Leitung nach der Geburt an Sonn- und Feiertagen	11,40
29	Weiterer Besuch im Krankenhaus oder in einer außerklinischen Einrichtung unter ärztlicher Leitung an demselben Tag	9,30

Nr.	Leistung	Gebühr in EUR
30	Besuch in einer von Hebammen geleiteten Einrichtung nach der Geburt	19,10
31	Besuch in einer von Hebammen geleiteten Einrichtung nach der Geburt an einem Sonn- oder Feiertag	24,00
32	Weiterer Besuch in einer von Hebammen geleiteten Einrichtung an demselben Tag	19,10
33	Weiterer Besuch in einer von Hebammen geleiteten Einrichtung an demselben Sonn- oder Feiertag	24,00
34	Zuschlag für einen Besuch nach der Geburt von Zwillingen und mehr Kindern zu den Gebühren nach den Nummern 22, 23 und 25 bis 33, für das zweite und jedes weitere Kind, je Kind	8,20
35	Fernmündliche Beratung der Wöchnerin	4,90
36	Erstuntersuchung des Kindes einschließlich Eintragung der Befunde in das Untersuchungsheft für Kinder (U 1) nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres (Kinder-Richtlinien) in der jeweils geltenden Fassung	7,10
37	Entnahme von Körpermaterial zur Durchführung notwendiger Laboruntersuchungen im Rahmen der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (Mutterschafts-Richtlinien) oder im Rahmen der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres (Kinder-Richtlinien) in der jeweils geltenden Fassung, je Entnahme, einschließlich Veranlassung der Laboruntersuchung(en), Versand- und Portokosten, Dokumentation nach den vorgenannten Richtlinien und Befundübermittlung	5,45
	Leistungen nach Nummer 37 sind nur berechnungsfähig, soweit sie nicht bereits im Mutterpass oder im Untersuchungsheft für Kinder dokumentiert sind.	

D. Sonstige Leistungen

38	Wache auf ärztliche Anordnung, je angefangene Stunde	16,30
39	Wache auf ärztliche Anordnung bei Nacht, an Samstagen ab 12 Uhr sowie an Sonn- und Feiertagen, je angefangene Stunde	20,70
40	Rückbildungsgymnastik bei Unterweisung in der Gruppe, bis zu zehn Teilnehmerinnen je Gruppe und höchstens zehn Stunden, für jede Teilnehmerin je Unterrichtsstunde (60 Minuten)	5,45
	Die Leistung nach Nummer 40 ist nur berechnungsfähig, wenn die Rückbildungsgymnastik in den ersten vier Monaten nach der Geburt begonnen und bis zum Ende des neunten Monats nach der Geburt abgeschlossen wird.	

Nr.	Leistung	Gebühr in EUR
41	Beratung der Mutter bei Stillschwierigkeiten	24,50
42	Fernmündliche Beratung der Mutter bei Stillschwierigkeiten	4,90
	Die Gebühren nach den Nummern 41 und/oder 42 sind frühestens nach Ablauf von acht Wochen nach der Geburt bis zum Ende der Abstillphase berechnungsfähig. Sie sind jeweils höchstens zweimal in diesem Zeitraum berechnungsfähig.	

III. Vertrag über die Versorgung mit Hebammenhilfe nach § 134a SGB V

Vom 1. August 2008

zwischen

den Berufsverbänden der Hebammen:

Bund Deutscher Hebammen e.V. (BDH), Karlsruhe
Bund freiberuflicher Hebammen Deutschlands e.V. (BfHD), Frankfurt

– einerseits –

und

den Spitzenverbänden der Krankenkassen:

AOK-Bundesverband, Bonn-Bad Godesberg
IKK-Bundesverband, Bergisch Gladbach
Bundesverband der Betriebskrankenkassen, Essen
Knappschaft, Bochum
See-Krankenkasse, Hamburg
Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, Kassel
Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. (VdAK), Siegburg
AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V., Siegburg

– andererseits –

Präambel

Die Spitzenverbände der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten, maßgeblichen Berufsverbände der Hebammen schließen einen Vertrag auf der Grundlage des § 134a SGB V. Ziel ist es, bundesweit eine einheitliche, qualitativ hochwertige und wirtschaftliche Versorgung mit Leistungen der Hebammenhilfe zu gewährleisten.

§ 1 Gegenstand des Vertrages

Der Vertrag regelt insbesondere:

a) die Einzelheiten der Versorgung der Versicherten mit abrechnungsfähigen Leistungen der Hebammenhilfe durch freiberuflich tätige Hebammen gemäß § 134a Abs. 1 SGB V,

b) die Vergütung der Hebammenleistungen (Hebammen-Vergütungsvereinbarung, Anlage 1),

c) die Abrechnung von Hebammenleistungen (Anlage 2),

d) Vereinbarung über den Einsatz und die Vergütung von Materialien und Arzneimitteln (Anlage 3),
e) die Teilnahme der Hebammen an diesem Vertrag (Anlage 4).

§ 2 Grundlagen

Neben § 134a SGB V sind bei der Umsetzung dieses Vertrages und der Leistungserbringung die rechtlichen Grundlagen in der jeweils gültigen Fassung zu beachten. Dies sind insbesondere:

– §§ 195–196 RVO (§§ 22, 23 KVLG),
– §§ 12, 70 SGB V, § 301a i. V. m. § 302 SGB V,
– Hebammengesetz,
– Berufsordnungen der Länder,
– die Mutterschafts-Richtlinien des Bundesausschusses nach § 92 SGB V.

§ 3 Ziele der Hebammenhilfe

(1) Ziel der Hebammenhilfe ist die Förderung des regelrechten Verlaufs von Schwangerschaft, Geburt und Mutterschaft durch

– Beratung und Hilfe bei Schwangerschaft und deren Beschwerden,
– Vorbereitung auf Geburt und Mutterschaft einschließlich der Aufklärung über mögliche Abweichungen vom normalen Verlauf,
– Hilfe bei Wehen und der Geburt,
– Beratung, Hilfe und Untersuchung bei Überwachung des Wochenbettverlaufs und der Entwicklung des Säuglings,
– Stillförderung und Unterstützung bei Stillschwierigkeiten und Ernährungsproblemen des Säuglings.

(2) Hebammen und Krankenkassen wirken darauf hin, dass die Versicherten eigenverantwortlich und durch gesundheitsbewusste Lebensführung und aktive Mitwirkung dazu beitragen, den Verlauf der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes optimal zu unterstützen.

§ 4 Geltungsbereich des Vertrages

(1) Dieser Vertrag entfaltet Rechtswirkung für freiberuflich tätige Hebammen, soweit sie einem der oben genannten Berufsverbände angehören und die Satzung der Berufsverbände (BDH/BfHD) der Hebammen eine Rechtswirkung dieses Vertrages für die angehörenden Hebammen vorsieht. Dieser Vertrag gilt auch für diejenigen Hebammen, die diesem Vertrag beigetreten sind.

(2) Als Hebammen im Sinne dieses Vertrages gelten auch Entbindungspfleger.

(3) Hebammen sind dann freiberuflich tätig, wenn sie insbesondere frei über ihre Arbeitskraft verfügen können, Tätigkeitszeit und -ort bestimmen und das unternehmerische Risiko tragen.

(4) Die Berufsverbände stellen dem federführenden Spitzenverband VdAK monatlich eine Liste der Vertragshebammen zur Verfügung. Diese enthält mindestens Namen und Anschrift der Hebammen, die IK der Hebamme zuzüglich IK, Name und Anschrift der Hebammeninstitutionen. Das Nähere regelt Anlage 4.

(5) Der Beitritt der nicht in den vertragsschließenden Berufsverbänden organisierten Hebammen zu diesem Vertrag ist dem VdAK mittels Beitrittserklärung gemäß Anlage 4 schriftlich mitzuteilen.

§ 5 Information und Werbung

(1) Die Vertragspartner können Informationen nach § 4 Abs. 4 über die nächsterreichbaren Hebammen bekannt geben, die an der Versorgung mit Hebammenhilfe auf der Basis dieses Vertrages mitwirken.

(2) Die Vertragspartner verpflichten sich im Hinblick auf die in diesem Rahmen zu erbringenden Leistungen zur Einhaltung der Vorschriften zur Werbung, die sich aus dem Wettbewerbsrecht oder dem Heilmittelwerbegesetz ergeben.

§ 6 Leistungserbringung

(1) Die Hebamme meldet sich vor der erstmaligen Leistungserbringung nach diesem Vertrag bei dem für sie zuständigen Gesundheitsamt gemäß der jeweiligen Landesberufsordnung an und führt die vorgeschriebenen Dokumentationen.

(2) Die Hebamme erbringt Leistungen persönlich. Die persönliche Leistungserbringung kann auch in einer Hebammengemeinschaft freiberuflicher Hebammen erfolgen. Als persönliche Leistungen gelten auch Leistungen von Hebammen, die in der Gemeinschaft bzw. bei einer einzelnen Hebamme angestellt sind.

(3) Die Haftung für die Tätigkeit sämtlicher Angestellter erfolgt nach den gesetzlichen Vorschriften.

(4) Die Hebamme schließt eine ausreichende leistungsbezogene Haftpflichtversicherung ab, die in begründeten Einzelfällen auf Verlangen der leistungspflichtigen Krankenkasse nachzuweisen ist.

(5) Die Quittierung der von der Hebamme erbrachten Leistungen sowie der Auslagen durch die Versicherte wird in Anlage 1 geregelt.

(6) Die Hebamme erbringt im Rahmen ihrer gegenüber dem Gesundheitsamt gemeldeten Tätigkeitsfelder sowie unter Berücksichtigung der vorhandenen Infrastruktur qualitativ hochwertige Leistungen im Rahmen des Leistungskataloges der GKV. Zu dessen Bestimmung und Ausfüllung dient das Leistungsverzeichnis der Hebammen-Vergütungsvereinbarung. Bei der Versorgung mit Hebammenhilfe orientiert sich die Hebamme am aktuellen Stand des Hebammenwissens. Sie stellt sicher, dass die für die Leistungserbringung nötigen organisatorischen, räumlichen und sächlichen Voraussetzungen erfüllt sind.

(7) Das Behandeln pathologischer Vorgänge bei Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen sowie Neugeborenen ist Ärzten vorbehalten. Daneben besteht Anspruch auf die vertraglich vereinbarten Hebammenleistungen, um die Ziele der Hebammenhilfe i.S.d. § 3 dieses Vertrages zu erreichen. Die Hebamme hat die Versicherte bei pathologischem Verlauf auf die Notwendigkeit der Weiterbehandlung durch einen Arzt hinzuweisen und dies zu dokumentieren. Dies gilt insbesondere, wenn die Versicherte der Empfehlung der Hebamme nicht folgt.

(8) Die Hebammen gewährleisten, dass die Versicherten der Krankenkassen bei der Versorgung mit Hebammenhilfe nach gleichen Grundsätzen behandelt werden.

(9) Die Abgabe von Hilfsmitteln ist nicht Gegenstand dieses Vertrages.

§ 7 Maßnahmen zur Qualitätssicherung

(1) Die Hebamme ist gemäß der jeweiligen Berufsordnung der Hebammen verpflichtet, an Qualitätssicherungsmaßnahmen und an Fortbildungsmaßnahmen teilzunehmen.

(2) Die Landesverbände der Krankenkassen bzw. die Verbände der Ersatzkassen sind berechtigt, im Rahmen der Qualitätssicherung die Erfüllung der sich aus diesem Vertrag ergebenden Pflichten zu überprüfen.

§ 8 Strukturqualität

(1) Die Vorschriften des Medizinproduktegesetzes (MPG) sowie der nach dem MPG relevanten Verordnungen (z. B. Betreiberverordnung und Medizingeräteverordnung) und der Hygiene- sowie Unfallverhütungsvorschriften sind von den Hebammen im Zusammenhang mit der Versorgung der Versicherten mit Hebammenhilfe zu beachten.

(2) Materialien und Arzneimittel sind vor dem Zugriff von Unbefugten geschützt zu lagern. Die Qualität der Materialien und Arzneimittel darf durch die Art und Weise der Lagerung nicht nachhaltig beeinflusst werden. Materialien und Arzneimittel sind so zu lagern, dass insbesondere Verwechslungen ausgeschlossen werden. Die Vorschriften der Gefahrstoffverordnungen über die Lagerung von Stoffen oder Zubereitungen sind zu beachten.

§ 9 Prozessqualität

(1) Die Prozessqualität beschreibt die Güte der ablaufenden Prozesse im Zusammenhang mit der Versorgung der Versicherten mit Hebammenhilfe. Die Hebamme klärt die Versicherte über die ihr zustehenden Leistungen nach diesem Vertrag auf. Dies gilt insbesondere vor dem Abschluss von Verträgen über private Zusatzleistungen.

(2) Zur Sicherung der Prozessqualität bei der Versorgung der Versicherten mit Hebammenhilfe haben die Hebammen insbesondere folgendes zu gewährleisten:

– Hinzuziehung von Kinderärzten, Gynäkologen, Krankenhäusern und Krankenkassen im Bedarfsfall,
– Dokumentation des Versorgungsverlaufs,
– Erreichbarkeit.

(3) Die Hebamme ist darüber hinaus verpflichtet, zur Sicherstellung einer ggf. erforderlichen Mit- oder Weiterversorgung durch andere Leistungserbringer (z. B. andere Hebammen, Kliniken, Gynäkologen, Kinderärzte) die zur Weiterversorgung notwendigen Angaben des Versorgungsverlaufes zu dokumentieren und der Versicherten zuzuleiten.

§ 10 Ergebnisqualität

Die Ergebnisqualität zeichnet sich in erster Linie durch die Erreichung der unter § 3 genannten Ziele aus.

§ 11 Wirtschaftlichkeit

Hinsichtlich der Wirtschaftlichkeit, Qualität, Humanität gelten §§ 12 Abs. 1, 70 SGB V entsprechend.

§ 12 Vergütung

Die Vergütung der nach diesem Vertrag abrechnungsfähigen Leistungen der Hebammenhilfe erfolgt gemäß der Vergütungsvereinbarung (Anlage 1) in der jeweils geltenden Fassung.

§ 13 Abrechnungsmodalitäten

Die Verwendung des Institutionskennzeichens sowie das Abrechnungsverfahren sind in Anlage 2 geregelt.

§ 14 Datenschutz

(1) Die Hebamme verpflichtet sich, die Bestimmungen über den Schutz der Sozialdaten (§§ 35, 37 SGB I, § 284 SGB V sowie §§ 67 bis 85 SGB X) zu beachten, personenbezogene Daten nur zur Erfüllung der sich aus dem Vertrag ergebenden Aufgaben zu erheben, verarbeiten, bekannt zu geben, zugänglich zu machen oder sonst zu nutzen.

(2) Die Hebamme unterliegt hinsichtlich der Person und dem Zustand der Versicherten der Schweigepflicht. Ausgenommen hiervon sind Angaben gegenüber der leistungspflichtigen Krankenkasse zur Geltendmachung und Durchsetzung der Ansprüche sowie – mit Zustimmung der Versicherten – gegenüber den behandelnden Ärzten und Kliniken.

(3) Die Hebamme und Hebammengemeinschaften verpflichten ihre Mitarbeiterinnen zur Beachtung der Schweigepflicht sowie der Datenschutzbestimmungen.

(4) Die gem. § 4 Abs. 4 dieses Vertrages zur Verfügung gestellten Daten der Hebammen dürfen nur zu vertraglichen Zwecken verwendet werden.

§ 15 Vertragspartnerschaft

(1) Die Vertragspartner gehen vom Grundsatz vertrauensvoller Zusammenarbeit aus.

(2) Die Vertragspartner verpflichten sich, mit allen ihnen zur Verfügung stehenden Mitteln für eine gewissenhafte Durchführung dieses Vertrages Sorge zu tragen. Zweifelsfragen, die sich aus diesem Vertrag ergeben, werden von den Vertragspartnern einvernehmlich geklärt.

§ 16 Vertragsausschuss

Zur Klärung von nicht nach § 15 Abs. 2 einvernehmlich geklärten Meinungsverschiedenheiten zwischen den Vertragspartnern sowie zur Klärung von Vertragsverstößen im Sinne des § 17 kann auf Antrag eines Vertragspartners ein Vertragsausschuss gebildet werden. Dieser setzt sich aus jeweils drei Vertretern der Spitzenverbände einerseits und Vertretern der Berufsverbände andererseits paritätisch zusammen.

§ 17 Vertragsverstöße/Regressverfahren

(1) Die Krankenkassen sind berechtigt, bei Erbringung von Hebammenleistungen, insbesondere zur Prüfung von Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistung, sowie bei Auffälligkeiten zur Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung, eine gutachtliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (Medizinischer Dienst) oder einer durch die Kassen autorisierten Person einzuholen.

(2) Erfüllt eine Hebamme die ihr obliegenden Pflichten nicht vertragsgemäß, so kann sie durch die Spitzenverbände der Krankenkassen schriftlich verwarnt werden; die Spitzenverbände setzen eine angemessene Frist für die Beseitigung des Vertragsverstoßes durch die Hebamme fest.

(3) Bei schwer wiegenden oder wiederholten Vertragsverstößen erfolgt eine Anhörung der Hebamme im Vertragsausschuss. Im Einvernehmen mit dem Vertragsausschuss kön-

nen die Spitzenverbände der Krankenkassen sodann eine angemessene Vertragsstrafe bis zu 10.000 Euro festsetzen. Der Vertragsausschuss kann auf Antrag die Vertragsstrafe analog § 76 Abs. 2 Nr. 1 SGB IV stunden.

(4) Schwer wiegende oder wiederholte Vertragsverstöße rechtfertigen den sofortigen Vertragsausschluss durch die Spitzenverbände der Krankenkassen. Unabhängig davon ist der entstandene Schaden zu ersetzen.

(5) Bestehen Zweifel an der freiberuflichen Tätigkeit, so kann die leistungspflichtige Kasse entsprechende Nachweise fordern.

§ 18 Inkrafttreten

(1) Dieser Vertrag tritt am 01.08.2007 in Kraft. Er wird auf unbestimmte Zeit geschlossen und kann unter Einhaltung einer Frist von 6 Monaten zum Jahresende, erstmals zum 31.12.2009 schriftlich gekündigt werden.

(2) Die Hebammen-Vergütungsvereinbarung (Anlage 1) wird angewendet auf alle Abrechnungen, die ab dem 15.09.2007 bei den Krankenkassen eingehen für Leistungen, die ab dem 01.08.2007 erbracht wurden. § 4 der Anlage 1 tritt am 15.09.2007 in Kraft. Bis zu diesem Zeitpunkt wird das Nähere über die Form der Versichertenbestätigung und das Verfahren einer ggf. elektronischen Übermittlung der Versichertenbestätigung an die Krankenkasse vereinbart.

(3) Für die Kündigung der Hebammen-Vergütungsvereinbarung (Anlage 1) gelten die Fristen aus Absatz 1 ebenso. Zum 01.01.2008 wird § 2 der Hebammen-Vergütungsvereinbarung in Anlage 3 (Vereinbarung über Materialien und Arzneimittel) überführt; die hieraus resultierenden Anpassungen der Anlage 1 bedürfen keiner separaten Kündigung.

(4) Der Vertrag bzw. seine Anlagen gelten bis zum Inkrafttreten eines neuen Vertrages bzw. seiner Anlagen weiter.

§ 19 Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages nichtig sein oder durch gesetzliche Neuregelungen ganz oder teilweise unwirksam werden bzw. neue hinzukommen, so wird hierdurch die Wirksamkeit dieses Vertrages im Übrigen nicht berührt. Tritt ein solcher Fall ein, verständigen sich die Vertragspartner unverzüglich über notwendige Neuregelungen.

Anlagen:

Anlage 1: Hebammen-Vergütungsvereinbarung

Anlage 2: Abrechnung von Hebammenleistungen

Anlage 3: noch offen

Anlage 4.1: Beitrittserklärung

Anlage 4.2: Abfrageformular für die Vertragspartnerliste Hebammen

Hebammen-Vergütungsvereinbarung[1)]

(Anlage 1 zum Vertrag nach § 134a SGB V)

§ 1 Anwendungsbereich

(1) Die Vergütungen für die Leistungen der freiberuflichen Hebammen im Rahmen der Hebammenhilfe in der gesetzlichen Krankenversicherung bestimmen sich gemäß § 1 des Vertrages nach § 134a SGB V nach dieser Vergütungsvereinbarung.

(2) Als Hebamme im Sinne dieser Vereinbarung gelten auch Entbindungspfleger.

§ 2 Auslagen

(1) Als Auslagen kann die Hebamme neben den für die einzelnen Leistungen vorgesehenen Gebühren nach Maßgabe der Absätze 2 bis 6 die ihr entstandenen Kosten der für die Vorsorgeuntersuchung der Schwangeren, für die Hilfe bei Schwangerschaftsbeschwerden oder Wehen, für die Hilfe bei einer Geburt, für die Überwachung des Wochenbettverlaufs sowie für die zur Unterstützung bei Stillschwierigkeiten notwendigen Materialien und apothekenpflichtigen Arzneimittel berechnen, die mit ihrer Anwendung verbraucht sind oder zur weiteren Verwendung überlassen werden. Dabei ist auf wirtschaftliche Beschaffung zu achten. Lebensmittel sowie Diätetika nach § 1 des Lebensmittel- und Bedarfsgegenständegesetzes sowie Kosmetika und Körperpflegeprodukte können nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abgerechnet werden.

(2) Auslagen für mit der Anwendung verbrauchte oder zur weiteren Verwendung überlassene Materialien sind ausschließlich als Pauschalen ohne Einzelnachweis abzurechnen, wenn im zeitlichen Zusammenhang mit der Inanspruchnahme der Hebamme Material verbraucht wurde.

Die Pauschalen richten sich:

a) für jede einzelne Vorsorgeuntersuchung nach der Nr. 340

b) für die Hilfe bei Schwangerschaftsbeschwerden oder bei Wehen nach den Nummern 050 oder 051 des Leistungsverzeichnisses nach der Nr. 350 je Inanspruchnahme der Hebamme

c) für die Hilfe bei einer Geburt nach der Nr. 360 sowie für die Versorgung einer Naht bei Geburtsverletzungen zusätzlich nach der Nr. 370 sowie

d) für die gesamte Zeit der Wochenbettbetreuung nach der Nr. 380, wenn diese nicht mehr als vier Tage nach der Geburt übernommen wird; bei späterer Übernahme der Betreuung für die gesamte Zeit der Wochenbettbetreuung nach der Nr. 390.

(3) Zusätzlich zu den Pauschalen für Materialienbedarf nach Absatz 2 können die entstandenen Kosten für im Zusammenhang mit den in Absatz 1 genannten Leistungen notwendige, apothekenpflichtige Arzneimittel nach Maßgabe der Absätze 4 bis 6 berechnet werden, sofern diese Arzneimittel verbraucht oder zur weiteren Verwendung überlassen wurden. Für diese Arzneimittel trägt die Krankenkasse die der Hebamme tatsächlich entstandenen Kosten, höchstens bis zur Höhe des Betrages, der sich nach der Arzneimittel-Preisverordnung in der bis zum 31. Dezember 2003 geltenden Fassung ergibt. Die Arzneimittel sind in der Abrechnung einzeln aufzulisten.

[1)] Version ab 1. Juli 2008 inkl. Änderungen/Kommentierungen, die sich durch die Protokollnotiz zum Vertrag über die Versorgung mit Hebammenhilfe nach § 134a SGB V zum 1. Juni 2008 ergeben haben.

(4) Aus den Wirkstoffgruppen der

a) Antidiarrhoika,

b) Antiemetika,

c) Antihypotonika,

d) Dermatika – mit Ausnahme der zur Wundversorgung oder zur Entzündungsbehandlung zugelassenen und bei der Mutter und/oder bei dem Neugeborenen anwendbaren Dermatika,

e) Ophtalmika,

f) Vitamin D – auch in Kombination mit Fluorsalzen –, sowie

g) Vitamin K

darf jeweils nur ein Arzneimittel der kleinsten Packungsgröße berechnet werden.

Aus den Wirkstoffgruppen der

a) Antimykotika,

b) Carminativa und

c) Galle- und Lebertherapeutika

darf jeweils nur ein Arzneimittel der kleinsten Packungsgröße berechnet werden, wenn zuvor allgemeine nicht medikamentöse Maßnahmen wie zum Beispiel diätetischer und physikalischer Art ohne ausreichenden Erfolg angewandt wurden.

(5) Kosten für Arzneimittel, die

a) nicht der Apothekenpflicht unterliegen,

b) nach der Verordnung über verschreibungspflichtige Arzneimittel nicht an Hebammen abgegeben werden dürfen,

c) nach § 34 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in der bis zum 31. Dezember 2003 geltenden Fassung ausgeschlossen sind,

d) nach § 34 Abs. 1 Satz 7 und Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ausgeschlossen sind oder

e) im Rahmen nicht allgemein anerkannter Therapieverfahren eingesetzt werden,

können nicht berechnet werden.

(6) Für Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen der Phytotherapie, der Homöopathie sowie der anthroposophischen Medizin gelten die Absätze 3 bis 5 entsprechend. Arzneimittel, die der homöopathischen oder anthroposophischen Therapierichtung zugeordnet werden, können berechnet werden, wenn aus dem jeweiligen Arzneimittelbild Wirkungen und Anwendungen ableitbar sind, die in den Tätigkeitsbereich der Hebammenhilfe fallen.

§ 3 Wegegeld

(1) Die Hebamme erhält für jeden Besuch aus Anlass einer abrechnungsfähigen Leistung Wegegeld; hierdurch sind auch Zeitversäumnisse abgegolten. Wege zwischen der Wohnung oder Praxis der Hebamme, der Weg zum Krankenhaus zur Ableistung eines Schichtdienstes mit Anwesenheitspflicht, Wege zu Kursstätten sowie zu durchgeführten Sprechstunden in Einrichtungen sind nicht berechnungsfähig.

(2) Bei Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel werden als Wegegeld die Fahrkosten erstattet. In den übrigen Fällen richtet sich das Wegegeld

a) bei einer Entfernung von nicht mehr als zwei Kilometern zwischen der Wohnung oder Praxis der Hebamme und der Stelle der Leistung nach der Nr. 300, bei Nacht nach der Nr. 310,

b) bei einer Entfernung von mehr als zwei Kilometern zwischen der Wohnung oder Praxis der Hebamme und der Stelle der Leistung für jeden zurückgelegten Kilometer nach der Nr. 320, bei Nacht nach der Nr. 330.

(3) Hat eine andere als die nächstwohnende Hebamme Hilfe geleistet, so kann die Krankenkasse die Zahlung des dadurch entstehenden Mehrbetrages an Wegegeld ablehnen, wenn der Weg von der Stelle der Leistung zur Wohnung oder Praxis der anderen Hebamme mehr als 20 Kilometer länger ist als zur Wohnung oder Praxis der nächstwohnenden Hebamme. Dies gilt nicht, wenn das Wegegeld anfällt, weil mehrere Hebammen die Dienstleistungen in einem Krankenhaus nach einem vereinbarten Einsatzplan ausführen oder wenn die Zuziehung der anderen Hebamme nach der besonderen Lage des Falles aus anderen Gründen gerechtfertigt war.

(4) Besucht die Hebamme mehrere Frauen auf einem Weg, ist das Wegegeld insgesamt nur einmal und nur anteilig nach dem Verhältnis der zurückgelegten Gesamtstrecke zu der Zahl der besuchten Frauen zu berechnen. Die Gebühren richten sich dabei nach den Nummern 301, 311, 321 und 331.

§ 4 Nachweis über erbrachte Leistungen und Auslagen

(1) Die auf der Grundlage dieser Vergütungsregelung erbrachten Leistungen sind spätestens am Tage nach der Leistungserbringung von der Versicherten unter Angabe der Art der Leistung, des Datums sowie der Uhrzeit der Leistungserbringung und, soweit dies für die Höhe der Vergütung der Leistung von Bedeutung ist, die Dauer der Leistung durch Unterschrift zu bestätigen (Versichertenbestätigung). Bei stationärem Aufenthalt der Versicherten ist eine einmalige Unterschrift zur Bestätigung der an einem Tag empfangenen Leistungen ausreichend.

(2) Die Modalitäten zur Versichertenbestätigung sind in Anhang A der Anlage 1 des Vertrages geregelt. Die Muster der Versichertenbestätigungen sind in Anhang B der Anlage 1 des Vertrages enthalten.

(3) Der Nachweis für empfangene Materialien und Arzneimittel wird in Anlage 3 zum Rahmenvertrag geregelt.

(4) Die Hebamme hat die Versichertenbestätigung bei der Abrechnung mit der Krankenkasse (ggf. in elektronischer Form) beizufügen.

§ 5 Zuschläge

(1) Erfolgen die Leistungen der Hebamme zur Nachtzeit, an Samstagen ab 12 Uhr sowie an Sonn- und Feiertagen, erhöht sich die Gebühr um einen Zuschlag von 20 %. Als Nacht im Sinne dieses Vertrages gilt die Zeit von 20:00 bis 8:00.

(2) Der maßgebliche Zeitpunkt für die Berücksichtigung des Zuschlags ist im Leistungsverzeichnis angegeben. Bezüge und Erläuterungen innerhalb des Leistungsverzeichnisses gelten immer auch für die entsprechende Position mit Zuschlag.

A. Leistungen der Mutterschaftsvorsorge und Schwangerenbetreuung

Nr.	Leistung	Gebühr in EUR
010	Beratung der Schwangeren, auch mittels Kommunikationsmedium . .	5,81
	Die Gebühr nach Nr. 010 ist während der Schwangerschaft insgesamt höchstens 12 x berechnungsfähig.	
	Die Gebühr nach Nr. 010 ist an demselben Tag neben Leistungen nach den Nrn. 020, 030, 040, 050, 060 und 080 nicht berechnungsfähig.	
	Die Gebühr nach Nr. 010 kann an demselben Tag nur dann mehr als 1 x berechnet werden, wenn die mehrmalige Erbringung der Leistung an demselben Tag durch die Beschaffenheit des Falles geboten war. Eine mehrmalige Berechnung an demselben Tag ist in der Rechnung unter Angabe der jeweiligen Uhrzeit der Leistungserbringung näher zu begründen.	
020	Vorgespräch über Fragen der Schwangerschaft und Geburt, mindestens 30 Minuten, je angefangene 15 Minuten	7,34
	Die Gebühr nach der Nr. 020 ist bei jeder Schwangeren einmal im Umfang von bis höchstens 60 Minuten, bei geplanter Geburt zu Hause oder in einer von Hebammen geleiteten Einrichtung ein weiteres Mal im Umfang von bis zu 90 Minuten abrechnungsfähig.	
	Die Absicht der Versicherten, zu Hause bzw. in einer von Hebammen geleiteten Einrichtung zu gebären, ist nach § 4 zu dokumentieren.	
	Die Gebühr nach Nummer 020 ist an demselben Tag neben Leistungen nach den Nummern 010, 030, 040, 050, 060 und 080 nicht berechnungsfähig.	
030	Vorsorgeuntersuchung der Schwangeren nach Maßgabe der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (Mutterschafts-Richtlinien) in der jeweils geltenden Fassung	22,44
	Die Vorsorgeuntersuchung umfasst folgende Leistungen:	
	Gewichtskontrolle, Blutdruckmessung, Urinuntersuchung auf Eiweiß und Zucker, Kontrolle des Standes der Gebärmutter, Feststellung der Lage, Stellung und Haltung des Kindes, Kontrolle der kindlichen Herztöne, allgemeine Beratung der Schwangeren, Dokumentation im Mutterpass des Gemeinsamen Bundesausschusses in der jeweils geltenden Fassung.	
	Die Gebühr nach Nummer 030 ist berechnungsfähig	
	a) bei normalem Schwangerschaftsverlauf,	
	b) bei pathologischem Schwangerschaftsverlauf, wenn die Hebamme die Vorsorgeuntersuchung auf ärztliche Anordnung vornimmt oder wenn die Schwangere wegen des pathologischen Schwangerschaftsverlaufs ärztliche Betreuung trotz Empfehlung der Hebamme nicht in Anspruch nehmen möchte.	

Nr.	Leistung	Gebühr in EUR
040	Entnahme von Körpermaterial zur Durchführung notwendiger Laboruntersuchungen im Rahmen der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (Mutterschafts-Richtlinien) in der jeweils geltenden Fassung, je Entnahme, einschließlich Veranlassung der Laboruntersuchung(en), Versand- und Portokosten, Dokumentation im Mutterpass nach den Mutterschafts-Richtlinien und Befundübermittlung	5,71
	Die Gebühr nach Nr. 040 ist auch abrechnungsfähig, wenn die Entnahme von Körpermaterial zur Risikoabklärung notwendig ist oder die Schwangere sich nach Nr. 030 b) in Hebammenbetreuung befindet oder die Entnahme ärztlich angeordnet ist.	
	Die Leistungen nach den Nummern 030 und 040 sind nur berechnungsfähig, soweit sie nicht bereits durch einen anderen Leistungserbringer durchgeführt wurden.	
050	Hilfe bei Schwangerschaftsbeschwerden oder bei Wehen, für jede angefangenen 30 Minuten	14,69
	Dauert die Leistung nach Nummer 050 länger als drei Stunden, so ist die Notwendigkeit der über drei Stunden hinausgehenden Hilfe in der Rechnung zu begründen.	
051	Nr. 050 mit Zuschlag gemäß § 5 Abs. 1	17,63
	Maßgeblich für die Berücksichtigung des Zuschlags ist bei dem in der Übergangszeit liegenden Leistungsanteil der Zeitpunkt der Beendigung dieses Anteils.	
060	Cardiotokografische Überwachung bei Indikationen nach Maßgabe der Anlage 2 zu den Richtlinien des gemeinsamen Bundesausschusses über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (Mutterschafts-Richtlinien) in der jeweils geltenden Fassung einschl. Dokumentation im Mutterpass nach den Mutterschafts-Richtlinien in der jeweils geltenden Fassung.	6,43
	Die Gebühr für die Leistungen nach Nr. 060 ist je Tag höchstens 2x berechnungsfähig, es sei denn, dass weitere Überwachungen ärztlich angeordnet werden.	
070	Geburtsvorbereitung bei Unterweisung in der Gruppe, bis zu zehn Schwangere je Gruppe und höchstens 14 Stunden, für jede Schwangere je Unterrichtsstunde (60 Minuten)	5,71
080	Geburtsvorbereitung bei Einzelunterweisung auf ärztliche Anordnung höchstens 14 Unterrichtseinheiten á 30 Minuten, für jede angefangenen 30 Minuten	14,69
	Die Gebühren für die Leistungen nach den Nummern 070 und 080 umfassen insbesondere die Unterrichtung über den Schwangerschaftsverlauf, die physische und psychische Vorbereitung auf Geburt und Wochenbett, gymnastische Übungen, Entspannungsübungen und Übungen der Atemtechnik.	

B. Geburtshilfe

Nr.	Leistung	Gebühr in EUR
	Allgemeine Bestimmungen	
	a) Die Gebühren für die Leistungen nach den Nummern 090 bis 130 umfassen die Hilfe für die Dauer von bis zu 8 Stunden vor der Geburt des Kindes oder einer Fehlgeburt und die Hilfe für die Dauer von bis zu 3 Stunden danach einschl. aller damit verbundenen Leistungen und Dokumentationen mit Ausnahme der ggf. gesondert berechnungsfähigen Leistungen nach Nr. 140 und 150, 240 und 250.	
	b) Die jeweilige Gebühr steht der Hebamme auch dann zu, wenn sie erst nach der Geburt, jedoch vor Vollendung der Versorgung der Mutter und des Kindes Hilfe leisten konnte.	
	c) Die Gebühren für Leistungen nach den Nummern 090 und 130 können auch dann berechnet werden, wenn die Geburt oder Fehlgeburt ärztlicherseits künstlich eingeleitet wurde.	
	d) Die Gebühr für Leistungen nach den Nummern 160 bis 167 umfasst die Hilfe für die Dauer von bis zu fünf Stunden vor Beendigung der Geburtshilfe einschließlich aller damit verbundenen Leistungen.	
	Die Gebühr für Leistungen nach den Nummern 160 bis 167 ist nicht neben den Gebühren nach den Nummern 090 bis 130 abrechnungsfähig.	
090	Hilfe bei der Geburt eines Kindes in einem Krankenhaus	224,40
091	Nr. 090 mit Zuschlag gemäß § 5 Abs. 1	269,28
	Maßgeblich für die Berücksichtigung des Zuschlags ist der Zeitpunkt der Geburt.	
100	Hilfe bei einer außerklinischen Geburt in einer Einrichtung unter ärztlicher Leitung	224,40
101	Nr. 100 mit Zuschlag gemäß § 5 Abs. 1	269,28
	Maßgeblich für die Berücksichtigung des Zuschlags ist der Zeitpunkt der Geburt.	
110	Hilfe bei einer außerklinischen Geburt in einer von Hebammen geleiteten Einrichtung	367,20
111	Nr. 110 mit Zuschlag gemäß § 5 Abs. 1	440,64
	Maßgeblich für die Berücksichtigung des Zuschlags ist der Zeitpunkt der Geburt.	
120	Hilfe bei einer Hausgeburt	448,80
121	Nr. 120 mit Zuschlag gemäß § 5 Abs. 1	538,56
	Maßgeblich für die Berücksichtigung des Zuschlags ist der Zeitpunkt der Geburt.	
130	Hilfe bei einer Fehlgeburt	142,80

Nr.	Leistung	Gebühr in EUR
131	Nr. 130 mit Zuschlag gemäß § 5 Abs. 1	171,36
	Maßgeblich für die Berücksichtigung des Zuschlags ist der Zeitpunkt der Fehlgeburt	
140	Versorgung einer geburtshilflichen Schnitt- oder Rissverletzung mit Ausnahme DR 111 oder IV	25,50
150	Zuschlag für die Hilfe bei der Geburt von Zwillingen und mehr Kindern, für das zweite und jedes weitere Kind, je Kind	58,65
160	Hilfe hei einer nicht vollendeten Geburt im Krankenhaus	142,80
	Die Gebühr nach Nr. 160 ist nur berechnungsfähig, wenn die Schwangere vom Krankenhaus aus in ein anderes Krankenhaus verlegt wird und die Hebamme dort keine weitere Hilfe leistet.	
161	Nr. 160 mit Zuschlag gemäß § 5 Abs. 1	171,36
	Maßgeblich für die Berücksichtigung des Zuschlags ist der Zeitpunkt der Beendigung der Hilfeleistung.	
162	Hilfe bei einer nicht vollendeten Geburt zu Hause	142,80
	Die Gebühr nach Nr. 162 ist nur in unmittelbarem Zusammenhang mit einer Hausgeburt berechnungsfähig, wenn die Hebamme die vorher geplante und bereits begonnene Hausgeburt aufgrund unvorhergesehener Umstände abbrechen muss und die Hebamme die Schwangere in ein Krankenhaus überweist oder begleitet.	
163	Nr. 162 mit Zuschlag gemäß § 5 Abs. 1	171,36
	Maßgeblich für die Berücksichtigung des Zuschlags ist der Zeitpunkt der Beendigung der Hilfeleistung.	
164	Hilfe bei einer nicht vollendeten Geburt in einer außerklinischen Einrichtung unter Leitung einer Hebamme	142,80
	Die Gebühr nach Nr. 164 ist nur in unmittelbarem Zusammenhang mit einer Geburt in einer außerklinischen Einrichtung berechnungsfähig, wenn die Hebamme die vorher geplante und bereits begonnene außerklinische Geburt aufgrund unvorhergesehener Umstände abbrechen muss und die Hebamme die Schwangere in ein Krankenhaus überweist oder begleitet.	
165	Nr. 164 mit Zuschlag gemäß § 5 Abs. 1	171,36
	Maßgeblich für die Berücksichtigung des Zusch/ags ist der Zeitpunkt der Beendigung der Hilfeleistung.	
166	*Hilfe bei einer nicht vollendeten Geburt in einer außerklinischen Einrichtung unter ärztlicher Leitung*	142,80
	Die Gebühr nach Nr. 166 ist nur in unmittelbarem Zusammenhang mit einer Geburt in einer außerklinischen Einrichtung berechnungsfähig, wenn die Hebamme die vorher geplante und bereits begonnene außerklinische Geburt aufgrund unvorhergesehener Umstände abbrechen muss und die Hebamme die Schwangere in ein Krankenhaus überweist oder begleitet.	

Nr.	Leistung	Gebühr in EUR
167	Nr. 166 mit Zuschlag gemäß § 5 Abs. 1	171,36
	Maßgeblich für die Berücksichtigung des Zuschlags ist der Zeitpunkt der Beendigung der Hilfeleistung.	
170	Hilfe bei einer außerklinischen Geburt oder Fehlgeburt durch eine zweite Hebamme, für jede angefangene halbe Stunde	14,69
	Die Gebühr nach Nr. 170 ist bis zu einer Dauer von 4 Stunden berechnungsfähig. Dies gilt entsprechend, wenn die Geburt oder Fehlgeburt nicht außerklinisch vollendet wird.	
	Die Gebühr nach Nr. 170 ist auch bei einer Geburt in der Klinik abrechnungsfähig, wenn es sich um eine Geburt von Mehrlingen handelt, wenn die Geburt ohne Arzt durchgeführt wird oder wenn es zu lebensbedrohlichen Blutungen nach der Geburt kommt.	
171	Nr. 170 mit Zuschlag gemäß § 5 Abs. 1	17,63
	Maßgeblich für die Berücksichtigung des Zuschlags ist bei in der Übergangszeit liegendem Leistungsanteil der Zeitpunkt der Beendigung dieses Anteils.	

C. Leistungen während des Wochenbetts

Nr.	Leistung	Gebühr in EUR

Allgemeine Bestimmungen

a) *Die Leistungen nach den Nummern 180 bis 230 dienen der Überwachung des Wochenbettverlaufs und umfassen insbesondere die Beratung, Betreuung und/oder Versorgung von Mutter und Kind einschließlich aller damit verbundenen Leistungen mit Ausnahme der Leistungen nach den Nummern 240 und 250. Die Leistungen und Zuschläge nach den Nummern 180 bis 210, 230 und 250 sind auch nach einer Fehlgeburt bzw. einer medizinisch induzierten Geburt oder Fehlgeburt berechnungsfähig. Die Leistungen stehen der Mutter auch dann zu, wenn sich das Kind in Adoptionspflege befinde.*

b) *In den ersten zehn Tagen nach der Geburt ist an demselben Tag jeweils ein Besuch nach Nummer 180, 200 oder 210 berechnungsfähig. Wird der erste Besuch bereits am Tage der Geburt ausgeführt, können weitere Besuche nach Nummer 180, 200 oder 210 nur für die folgenden neun Tage berechnet werden. Wird die Wochenbettbetreuung erst im Laufe der ersten zehn Tage nach der Geburt von einer anderen Hebamme übernommen, werden die Besuche bis zum zehnten Tag nach der Geburt vergütet.*

c) *In dem Zeitraum zwischen dem elften Tag nach der Geburt bis zum Ablauf von acht Wochen nach der Geburt sind insgesamt bis zu 16 Leistungen nach Nummer 180, 200, 210 oder 230 berechnungsfähig, weitere Leistungen nach Nummer 180, 200, 210 oder*

Nr.	Leistung	Gebühr in EUR
	230 dabei jedoch nur nach Maßgabe der Allgemeinen Bestimmung nach Buchstabe d. Der in Satz 1 genannte Zeitraum beginnt bereits am 10. Tag nach der Geburt, wenn der erste Besuch bereits am Tage der Geburt ausgeführt wird. Mehr als 16 Leistungen nach Nummer 180, 200, 210 oder 230 sind in diesem Zeitraum nur berechnungsfähig, soweit sie ärztlich angeordnet sind.	
	d) Ein weiterer Besuch nach Nummer 180 bis 210 an demselben Tag ist berechnungsfähig	
	aa) nach ambulanter Entbindung in den ersten zehn Tagen nach der Geburt sowie	
	bb) u*nabhängig von der Art der Entbindung während des gesamten Zeitraums bis zum Ablauf von acht Wochen nach der Geburt bei Vorliegen insbesondere folgender Besuchsgründe: schwere Stillstörungen, verzögerte Rückbildung, nach Sekundärnaht oder Dammriss III. Grades, bei Beratung und Anleitung der Mutter zur Versorgung und Ernährung des Säuglings im Anschluss an dessen stationäre Behandlung oder nach ärztlicher Anordnung. Der Grund ist in der Rechnung anzugeben. Mehr als zwei Besuche an demselben Tag sind nur berechnungsfähig, wenn sie ärztlich angeordnet worden sind.*	
	e) Nach Ablauf von acht Wochen nach der Geburt sind Besuche nur auf ärztliche Anordnung unter Angabe der Indikation berechnungsfähig.	
180	Hausbesuch nach der Geburt	26,52
181	Nr. 180 mit Zuschlag gemäß § 5 Abs. 1	31,82
	Maßgeblich für die Berücksichtigung des Zuschlags ist der Zeitpunkt des Beginns der Leistung.	
190	Zuschlag zu der Gebühr nach Nr. 180 für den ersten Hausbesuch nach der Geburt	5,71
200	Besuch in einem Krankenhaus oder in einer außerklinischen Einrichtung unter ärztlicher Leitung	13,16
201	Nr. 200 mit Zuschlag gemäß § 5 Abs. 1	15,79
	Maßgeblich für die Berücksichtigung des Zuschlags ist der Zeitpunkt des Beginns der Leistung.	
210	Besuch in einer von Hebammen geleiteten Einrichtung nach der Geburt	21,42
211	Nr. 210 mit Zuschlag gemäß § 5 Abs. 1	25,70
	Maßgeblich für die Berücksichtigung des Zuschlags ist der Zeitpunkt des Beginns der Leistung.	

Nr.	Leistung	Gebühr in EUR
220	Zuschlag für einen Besuch nach der Geburt von Zwillingen und mehr Kindern zu den Gebühren nach den Nummern 180 bis 210, für das zweite und jedes weitere Kind, je Kind	8,87
230	Beratung der Wöchnerin mittels Kommunikationsmedium	5,10
240	Erstuntersuchung des Kindes einschließlich Eintragung der Befunde in das Untersuchungsheft für Kinder (U 1) nach den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres (Kinder-Richtlinien) in der jeweils geltenden Fassung	7,65
250	Entnahme von Körpermaterial zur Durchführung notwendiger Laboruntersuchungen im Rahmen der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (Mutterschafts-Richtlinien) oder im Rahmen der Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres (Kinder-Richtlinien) in der jeweils geltenden Fassung, je Entnahme, einschließlich Veranlassung der Laboruntersuchung(en), Versand- und Portokosten, Dokumentation nach den vorgenannten Richtlinien und Befundübermittlung	5,71
	Die Leistung nach Nr. 250 ist auch berechnungsfähig, wenn die Entnahme von Körpermaterial wegen Auffälligkeiten in der Neugeborenenperiode notwendig ist (z. B. Bilirubin-, Blutzucker-, ph-Kontrolle, Entzündungsparameter) sowie auf ärztliche Anordnung.	
	Leistungen nach Nr. 240 und 250 sind nur berechnungsfähig, soweit sie nicht bereits im Mutterpass oder im Untersuchungsheft für Kinder dokumentiert sind.	

D. Sonstige Leistungen

Nr.	Leistung	Gebühr in EUR
260	Überwachung, je angefangene halbe Stunde	14,69
	Die Gebühr nach Nr. 260 ist bei der Überwachung der Mutter und/oder des Kindes auf ärztliche Anordnung berechnungsfähig.	
	Die Leistung nach der Nr. 260 beginnt nach Ablauf der 3-stündigen Überwachungsfrist, die mit der Geburtsgebühr abgegolten ist.	
261	Nr. 260 mit Zuschlag gemäß § 5 Abs. 1	17,63
	Maßgeblich für die Berücksichtigung des Zuschlags ist bei dem in der Übergangszeit liegenden Leistungsanteil der Zeitpunkt der Beendigung dieses Anteils,	

Nr.	Leistung	Gebühr in EUR
270	Rückbildungsgymnastik bei Unterweisung in der Gruppe, bis zu zehn Teilnehmerinnen je Gruppe und höchstens zehn Stunden, für jede Teilnehmerin je Unterrichtsstunde (60 Minuten)	5,71
	Die Leistung nach Nummer 270 ist nur berechnungsfähig, wenn die Rückbildungsgymnastik in den ersten vier Monaten nach der Geburt begonnen und bis zum Ende des neunten Monats nach der Geburt abgeschlossen wird.	
280	Beratung der Mutter bei Stillschwierigkeiten oder Ernährungsproblemen des Säuglings	26,52
281	Nr. 280 mit Zuschlag gemäß § 5 Abs. 1	31,82
	Maßgeblich für die Berücksichtigung des Zuschlags ist der Zeitpunkt der Beendigung der Leistung.	
290	Beratung der Mutter bei Stillschwierigkeiten oder Ernährungsproblemen des Säuglings mittels Kommunikationsmedium	5,10
	Die Gebühren nach den Nr. 280 und/oder 290 sind frühestens nach Ablauf von 8 Wochen nach der Geburt bis zum Ende der Abstillphase, bei Ernährungsproblemen des Säuglings bis zum Ende des 9. Monats nach der Geburt berechnungsfähig.	
	Die Leistungen nach den Nrn. 280 und 290 sind jeweils höchstens 4 x in diesem Zeitraum berechnungsfähig.	

E. Auslagenersatz/Wegegeld

Nr.	Leistung	Gebühr in EUR
300	Wegegeld bei einer Entfernung von nicht mehr als zwei Kilometern zwischen der Wohnung oder Praxis der Hebamme und der Stelle der Leistung bei Tag	1,68
301	Anteiliges Wegegeld bei einer Entfernung von nicht mehr als zwei Kilometern zwischen der Wohnung oder Praxis der Hebamme und der Stelle der Leistung bei Tag	1,68
310	Wegegeld bei einer Entfernung von nicht mehr als zwei Kilometern zwischen der Wohnung oder Praxis der Hebamme und der Stelle der Leistung bei Nacht	2,38
	Maßgeblich für die Berücksichtigung der Nr. 310 ist das Ende des Weges.	
311	Anteiliges Wegegeld, bei einer Entfernung von nicht mehr als zwei Kilometern zwischen der Wohnung oder Praxis der Hebamme und der Stelle der Leistung bei Nacht	2,38
320	Wegegeld bei einer Entfernung von mehr als zwei Kilometern zwischen der Wohnung oder Praxis der Hebamme und der Stelle der Leistung bei Tag, je zurückgelegten Kilometer	0,59

Nr.	Leistung -	Gebühr in EUR
321	Anteiliges Wegegeld bei einer Entfernung von mehr als zwei Kilometern zwischen der Wohnung oder Praxis der Hebamme und der Stelle der Leistung bei Tag, je zurückgelegten Kilometer	0,59
330	Wegegeld bei einer Entfernung von mehr als zwei Kilometern zwischen der Wohnung oder Praxis der Hebamme und der Stelle der Leistung bei Nacht, je zurückgelegten Kilometer	0,81
331	Anteiliges Wegegeld bei einer Entfernung von mehr als zwei Kilometern zwischen der Wohnung oder Praxis der Hebamme und der Stelle der Leistung bei Nacht, je zurückgelegten Kilometer	0,81
335	Pauschale für die Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel	2,10
	Zur Erstattung der tatsächlich entstandenen Kosten sind die entsprechenden Belege einzureichen.	
340	Materialpauschale Vorsorgeuntersuchung	2,58
	Die Pauschale nach Nr. 340 kann nicht neben der Nr. 350 abgerechnet werden.	
350	Materialpauschale bei Schwangerschaftsbeschwerden oder bei Wehen	2,58
	Die Pauschale nach Nr. 350 kann nicht neben den Nrn. 340 und 360 abgerechnet werden.	
360	Materialpauschale Geburtshilfe	35,02
	Die Pauschale nach Nr. 360 kann nur im Zusammenhang mit einer vollendeten oder nicht vollendeten außerklinischen Geburt geltend gemacht werden. Bei Leistungen, die in der Klinik erbracht werden. sind Materialien und Arzneimittel in der DRG enthalten, die die Klinik gegenüber der Krankenkasse geltend macht. Eine Abrechnung durch die Beleghebamme gegenüber der Krankenkasse ist nicht möglich.	
370	Materialpauschale, zusätzlich zu Nr. 360, bei Versorgung einer Naht bei Geburtsverletzungen	28,33
380	Materialpauschale Wochenbettbetreuung	25,24
390	Materialpauschale bei Beginn der Betreuung später als vier Tage nach der Geburt	13,70
400	Perinatalerhebung bei einer vollendeten oder nicht vollendeten außerklinischen Geburt nach vorgeschriebenem Formblatt einschließlich Versand- und Portokosten	7,50
	Mit der Gebühr sind auch die Kosten für die Auswertung des Formblatts abgegolten.	

IV. Gebührenordnungen der Länder Baden-Württemberg, Berlin und Thüringen

1. Verordnung des Sozialministeriums von Baden-Württemberg über die Gebühren für die Leistungen der Hebammen und Entbindungspfleger außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung (Hebammengebührenordnung – HebGebO)

Vom 3. Dezember 1996

zuletzt geändert durch
Verordnung vom 26. August 1999 (GBl. 1999 S. 393, 450)

Aufgrund von Artikel 24 Nr. 2 des Dritten Rechtsbereinigungsgesetzes vom 18. Dezember 1995 (GBl. 1996 S. 29) wird verordnet:

§ 1

Den freiberuflich tätigen Hebammen und Entbindungspflegern stehen für ihre berufsmäßigen Leistungen gegenüber Selbstzahlerinnen Gebühren nach dem anliegenden Gebührenverzeichnis zu, sofern es sich nicht um Krankenhausleistungen (§ 2 Abs. 1 der Bundespflegesatzverordnung) handelt.

§ 2

Die Höhe der Gebühr ist innerhalb der festgesetzten Grenzen nach den besonderen Umständen des einzelnen Falles, insbesondere nach der Schwierigkeit und dem Zeitaufwand der Leistung zu bemessen.

§ 3

Die Rechnung über Gebühren nach dieser Verordnung muss mindestens enthalten das Datum der Erbringung der jeweiligen Leistung, die Nummer des Gebührenverzeichnisses mit Bezeichnung und Betrag der jeweiligen Leistung, bei Fahrtkosten deren Berechnung und bei Auslagen deren Art. Soweit dies für die Höhe der Gebühr von Bedeutung ist, sind Zeit und Dauer der abgerechneten Leistungen anzugeben. Ist im Gebührenverzeichnis eine ärztliche Anordnung vorgeschrieben, so ist auf diese in der Rechnung hinzuweisen.

§ 4

Diese Verordnung tritt am 1. Januar 1997 in Kraft. Gleichzeitig tritt die Verordnung des Sozialministeriums über die Gebühren für die Leistungen der Hebammen und Entbindungspfleger gegenüber Selbstzahlern (Hebammengebührenordnung – HebGebO) vom 7. Dezember 1990 (GBL. S. 412) außer Kraft.

I. Leistungsgebühren

A. Leistungen der Mutterschaftsvorsorge und Schwangerenbetreuung

1. a) Hilfeleistungen bei Schwangerschaftsbeschwerden oder bei Wehen, die vor der eigentlichen Geburt oder Fehlgeburt und zeitlich nicht zusammenhängend mit ihr auftreten, in oder außerhalb der Wohnung der Hebamme oder des Entbindungspflegers
für jede angefangene
halbe Stunde 25 bis 50 DM (12,78 bis 26,56 EUR).

   b) Für eine Raterteilung
durch Fernsprecher 7 bis 15 DM (3,58 bis 7,67 EUR),

   in der Wohnung der Hebamme
oder des Entbindungspflegers
10 bis 20 DM (5,11 bis 10,23 EUR).

2. a) Vorsorgeuntersuchung der
Schwangeren 40 bis 70 DM (20,45 bis 35,79 EUR).

   Die Vorsorgeuntersuchung umfasst folgende Leistungen:

   Gewichtskontrolle, Blutdruckmessung, Urinuntersuchung auf Eiweiß und Zucker, Kontrolle des Standes der Gebärmutter, Feststellung der Lage, Stellung und Haltung des Kindes, Kontrolle der kindlichen Herztöne, allgemeine Beratung der Schwangeren, Dokumentation im Mutterpass.

   Die Gebühr ist berechnungsfähig

   – bei normalem Schwangerschaftsverlauf,

   – bei pathologischem Schwangerschaftsverlauf, wenn die Hebamme oder der Entbindungspfleger die Vorsorgeuntersuchung auf ärztliche Anordnung vornimmt oder wenn die Schwangere bei pathologischem Schwangerschaftsverlauf ärztliche Betreuung trotz Empfehlung der Hebamme oder des Entbindungspflegers nicht in Anspruch nehmen möchte.

   Die Vorsorgeuntersuchungen sollen im Abstand von vier Wochen stattfinden; in den letzten zwei Schwangerschaftsmonaten sind je zwei Vorsorgeuntersuchungen angezeigt.

   Daneben ist eine Gebühr nach Nummer 1 nicht berechnungsfähig.

b) Entnahme von Körpermaterial zur Durchführung notwendiger Laboruntersuchungen, je Entnahme, einschließlich Veranlassung der Laboruntersuchungen, Dokumentation und Befundübermittlung sowie Versandkosten und Portokosten
8 bis 19 DM (4,09 bis 9,71 EUR).

3. a) Für die mit Schwangeren durchgeführte Geburtsvorbereitung durch eine Hebamme oder einen Entbindungspfleger, die oder der in einer Hebammenlehranstalt oder einer Krankenanstalt für Geburtshilfe entsprechend ausgebildet oder fortgebildet wurde, für jede Schwangere je Unterrichtsstunde (60 Minuten)

bei Geburtsvorbereitung in Gruppen
bis zu zehn Schwangeren 10 bis 16 DM (5,11 bis 8,18 EUR),

bei Einzelgeburtsvorbereitung
auf ärztliche Anordnung 23 bis 46 DM (11,76 bis 23,52 EUR).

b) Für jeden sonstigen Besuch, insbesondere Schwangerenberatung über Lebensweise und Ernährungsweise sowie die Zweckmäßigkeit der Inanspruchnahme ärztlicher Betreuung
30 bis 55 DM (15,34 bis 28,12 EUR).

4. Für die Mitwirkung bei der Rhesus-Antikörper-Prophylaxe (gegebenenfalls einschließlich der Beschaffung des entsprechenden Medikaments) 16 bis 20 DM (8,18 bis 10,23 EUR).

5. Für die kardiotokographische Überwachung 18 bis 22 DM (9,20 bis 11,25 EUR).

Die Gebühr ist je Tag höchstens zweimal berechnungsfähig, es sei denn, dass weitere Überwachungen an einem Tag ärztlich angeordnet werden.

B. Geburtshilfe

6. a) Für den Beistand bei einer regelmäßigen oder einer frühzeitigen Hausgeburt
bis zu elf Stunden 750 bis 1300 DM (373,24 bis 664,68 EUR),
über elf Stunden 750 bis 1500 DM (373,24 bis 766,94 EUR).

b) Hilfe bei der Geburt eines Kindes im Krankenhaus
350 bis 700 DM (178,95 bis 357,90 EUR).

c) Hilfe bei einer außerklinischen Geburt in einer Einrichtung unter ärztlicher Leitung
350 bis 700 DM (178,95 bis 357,90 EUR).

d) Hilfe bei einer außerklinischen Geburt in einer von Hebammen geleiteten Einrichtung
bis zu elf Stunden 625 bis 1100 DM (319,56 bis 562,42 EUR),
über elf Stunden 625 bis 1250 DM (319,56 bis 562,42 EUR).

7. Zuschlag für Hilfe bei der Geburt von Zwillingen und mehr Kindern, für das zweite und jedes weitere Kind
100 bis 200 DM (51,13 bis 102,26 EUR).

Die Gebühren nach den Nummern 6 und 7 sowie 9 umfassen die Hilfe vor der Geburt des Kindes oder der Ausstoßung der Fehlgeburt oder Blasenmole und die Hilfe danach einschließlich aller damit verbundenen Leistungen und Dokumentation. Die jeweilige Gebühr steht der Hebamme oder dem Entbindungspfleger auch dann zu, wenn sie oder er erst nach der Geburt, jedoch zur Vollendung der Versorgung der Mutter und des Kindes Hilfe leisten konnte.

8. a) Nähen eines kleinen Dammschnitts oder eines Dammrisses (I. oder II. Grad) 40 bis 85 DM (20,45 bis 43,46 EUR).

b) Hilfe bei einer außerklinischen Geburt oder Fehlgeburt durch eine zweite Hebamme oder eines zweiten Entbindungspflegers, für jede angefangene halbe Stunde
23 bis 46 DM (11,76 bis 23,52 EUR).

c) Hilfe bei einer außerklinischen Geburt oder Fehlgeburt durch eine zweite Hebamme oder einen zweiten Entbindungspfleger bei Nacht, an Samstagen ab 12 Uhr sowie an Sonntagen und Feiertagen, für jede angefangene halbe Stunde
29 bis 58 DM (14,83 bis 29,65 EUR).

Gebühren für Leistungen nach Buchstaben b und c sind für eine Hilfeleistung der zweiten Hebamme oder des zweiten Entbindungspflegers von bis zu vier Stunden berechnungsfähig. Dies gilt entsprechend, wenn die Geburt oder Fehlgeburt nicht außerklinisch vollendet wird.

9. Für den Beistand bei Fehlgeburt oder bei Abnahme einer Mole
160 bis 320 DM (81,81 bis 163,61 EUR).

10. Für den Beistand bei einer nicht vollendeten Hausgeburt oder einer nicht vollendeten außerklinischen Geburt in einer von Hebammen oder Entbindungspflegern geleiteten Einrichtung, wenn die Kreißende vor Beendigung der Geburt oder Fehlgeburt in ein Krankenhaus aufgenommen wird und die Hebamme oder der Entbindungspfleger dort keinen weiteren Beistand leistet, für die Dauer bis zu sechs Stunden
250 bis 500 DM (127,82 bis 255,65 EUR).

11. Für den Beistand bei einer nicht vollendeten Geburt in einem Krankenhaus oder in einer außerklinischen Einrichtung unter ärztlicher Leitung, wenn die Kreißende in ein anderes Krankenhaus verlegt wird und die Hebamme oder der Entbindungspfleger dort keine weitere Hilfe leistet, für die Dauer bis zu sechs Stunden einschließlich aller damit verbundenen Leistungen
165 bis 330 DM (84,36 bis 168,73 EUR).

12. a) Für jede weitere angefangene halbe Stunde in den Fällen der Nummern 9, 10 und 11
18 bis 36 DM (9,20 bis 18,41 EUR).

    b) Standardisierte Perinatalerhebung bei einer außerklinischen Geburt einschließlich Versandkosten und Portokosten
10 DM (5,11 EUR).

C. Leistungen nach der Geburt

13. a) Für jeden Wochenbesuch in den ersten zehn Tagen nach der Geburt; eingeschlossen sind Beratung, Betreuung und Versorgung von Mutter und Kind einschließlich aller damit verbundenen Verrichtungen.
    Hausbesuch täglich einmal
    40 bis 80 DM (20,45 bis 40,90 EUR),

    Besuch im Krankenhaus oder in einer außerklinischen Einrichtung unter ärztlicher Leitung,
    täglich einmal 16 bis 32 DM (8,18 bis 16,36 EUR),

    Besuch in einer von Hebammen oder Entbindungspflegern geleiteten Einrichtung,
    täglich einmal 32 bis 64 DM (16,36 bis 32,72 EUR).

b) Nach Ablauf von zehn Tagen nach der Geburt sind Wochenbesuche bei Vorliegen folgender Erschwernisse berechnungsfähig: Verzögerte Abheilung des Nabels, schwere Stillstörungen, verzögerte Rückbildung Sekundärnaht oder Dammriss III. Grades, Beratung und Anleitung der Mutter zur Versorgung und Ernährung des Säuglings nach der stationären Behandlung des kranken Säuglings oder in anderen Fällen auf ärztliche Anordnung. Es sind bis zu acht Besuche und bis zu acht fernmündliche Beratungen berechnungsfähig, jedoch höchstens bis zur Dauer von acht Wochen nach der Geburt. Für Besuche auf ärztliche Anordnung gelten diese Einschränkungen nicht. Der Erschwernisgrund ist in der Rechnung anzugeben

Hausbesuch, täglich einmal
40 bis 80 DM (20,45 bis 40,90 EUR),

fernmündliche Beratung 7 bis 15 DM (3,58 bis 7,67 EUR),

Besuch im Krankenhaus oder in einer außerklinischen Einrichtung unter ärztlicher Leitung,
täglich einmal 16 bis 32 DM (8,18 bis 16,36 EUR),

Besuch in einer von Hebammen oder Entbindungspflegern geleiteten Einrichtung,
täglich einmal 32 bis 64 DM (16,36 bis 32,72 EUR).

c) Bei Vorliegen der in Buchstabe b genannten Erschwernisse oder in anderen Fällen auf ärztliche Anordnung ist innerhalb der ersten zehn Tage nach der Geburt ein weiterer Besuch an einem Tag berechnungsfähig; der Erschwernisgrund ist in der Rechnung anzugeben.
Hausbesuch 40 bis 80 DM (20,45 bis 40,90 EUR),

Besuch im Krankenhaus oder in einer außerklinischen Einrichtung unter ärztlicher Leitung
16 bis 32 DM (8,18 bis 16,36 EUR),

Besuch in einer von Hebammen oder Entbindungspflegern geleiteten Einrichtung 32 bis 64 DM (16,36 bis 32,72 EUR).

d) Zuschlag zu der Gebühr nach Buchstabe a für den ersten Wochenbesuch nach der Geburt 12 bis 18 DM (6,14 bis 9,20 EUR).

14. Zuschlag für einen Besuch nach der Geburt von Zwillingen und mehr Kindern nach Nummer 13
14 bis 28 DM (7,16 bis 14,32 EUR).

15. Für eine ärztlich angeforderte Tageswache außerhalb der Zeit der Geburt
für jede angefangene Stunde 30 bis 60 DM (15,34 bis 30,68 EUR).

16. Die Gebühren nach den Nummern 1, 13 sowie 15 erhöhen sich um 30 vom Hundert bei Leistungen an Sonntagen und Feiertagen; Gleiches gilt für die Gebühren nach Nummer 1 sowie Nummer 15 bei Leistungen während der Nacht.

    Als Nacht gilt die Zeit von 20.00 Uhr bis 8.00 Uhr.

17. Rückbildungsgymnastik bei Unterweisungen in der Gruppe, bis zu zehn Wöchnerinnen je Gruppe und höchstens zehn Stunden, für jede Wöchnerin je Unterrichtsstunde (60 Minuten)
10 bis 16 DM (5,11 bis 8,18 EUR).

    Die Leistung ist nur berechnungsfähig, wenn die Rückbildungsgymnastik in den ersten vier Monaten nach der Geburt begonnen und bis Ende des neunten Monats nach der Geburt abgeschlossen wird.

18. Für eine Neugeborenen-Erstuntersuchung
12 bis 26 DM (6,14 bis 13,29 EUR).

19. Für die Entnahme von Körpermaterial beim Kind zur Durchführung notwendiger Laboruntersuchungen, einschließlich Veranlassung der Laboruntersuchungen, Versandkosten und Portokosten sowie Dokumentation
10 bis 19 DM (5,11 bis 9,71 EUR).

20. a) Beratung der Mutter bei Stillschwierigkeiten
40 bis 80 DM (20,45 bis 40,90 EUR).

    b) Fernmündliche Beratung der Mutter bei Stillschwierigkeiten
7 bis 15 DM (3,58 bis 7,67 EUR).

    Die Gebühren nach Buchstabe a und b sind frühestens nach Ablauf von acht Wochen nach der Geburt bis zum Ende der Abstillphase berechnungsfähig.

    Sie sind jeweils höchstens zweimal in diesem Zeitraum berechnungsfähig.

21. Für eine Bescheinigung neben der Gebühr für die Untersuchung oder für den Besuch 8 DM (4,09 EUR).
22. Für die Anmeldung der Geburt beim Standesamt 8 bis 12 DM (4,09 bis 6,14 EUR).

II. Wegegeld

1. Neben den Leistungsgebühren nach Abschnitt I erhält die Hebamme oder der Entbindungspfleger bei einer Verrichtung an einem Ort, der nicht mehr als 2 km von der eigenen Wohnung entfernt ist, eine Fahrtkostenpauschale in Höhe von 3 DM (1,53 EUR), bei Nacht in Höhe von 4,50 DM (2,30 EUR).
2. Bei einer Verrichtung an sonstigen Orten sind der Hebamme oder dem Entbindungspfleger, falls nicht unentgeltlich eine Fahrgelegenheit gestellt wird, sowohl für den Hinweg als auch für den Rückweg entweder die baren Auslagen für ein tatsächlich benutztes Fahrzeug oder 1,10 DM (0,56 EUR) für jeden angefangenen Kilometer zu erstatten. Bei einer Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel ist der Fahrpreis zu vergüten. Werden auf einer Fahrt oder einem Wege mehrere Besuche erledigt, so sind die Fahrtkosten anteilig zu berechnen.

III. Auslagen

Als Auslagen kann die Hebamme oder der Entbindungspfleger neben den für die einzelnen Leistungen vorgesehenen Gebühren nur die ihr oder ihm entstandenen Kosten der für die Vorsorgeuntersuchungen der Schwangeren, für die Hilfe bei Schwangerschaftsbeschwerden oder bei Wehen, für die Hilfe bei einer Geburt und für die Überwachung des Wochenbettverlaufs notwendigen Materialien berechnen, die mit ihrer Anwendung verbraucht sind oder die der Wöchnerin zur weiteren Verwendung überlassen werden; dabei ist auf wirtschaftliche Beschaffung zu achten.

2. Verordnung über die Vergütungen für Leistungen der Hebammen und Entbindungspfleger außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung (Berliner Entbindungshilfegebührenordnung – BerlEntbGebO)

Vom 31. März 2009

Auf Grund des § 2 Absatz 2 des Gesetzes über die Ausübung des Berufs der Hebamme und des Entbindungspflegers vom 22. September 1988 (GVB1. S. 1901), das zuletzt durch Artikel VII des Gesetzes vom 15. Dezember 2007 (GVB1. S. 617) geändert worden ist, wird verordnet:

§ 1 Geltungsbereich

Freiberuflich tätige Hebammen und Entbindungspfleger dürfen für ihre berufsmäßigen Leistungen außerhalb der gesetzlichen Krankenkasse Gebühren, Wegegeld und Auslagen erheben.

§ 2 Gebühren

Gebühren und Wegegeld richten sich nach der Anlage zu dieser Verordnung. Sie können bis zur Höhe des zweifachen dort genannten Satzes erhoben werden.

§ 3 Gebührenbemessung

(1) Innerhalb des sich aus § 2 ergebenden Gebührenrahmens sind die Gebühren nach den besonderen Umständen des Einzelfalles, insbesondere der Schwierigkeit und dem Zeitaufwand der einzelnen Leistung zu bemessen und zu begründen.

(2) Der einfache Satz der Gebühren und des Wegegeldes ist zu berechnen, wenn die Zahlung auf Grund des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch vom 27. Dezember 2003 (BGBl. I S. 3022, 3023), das zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 22. Dezember 2008 (BGBl. I S. 2955) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung oder des Asylbewerberleistungsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 5. August 1997 (BGBl. I S. 2023), das zuletzt durch Artikel 2e des Gesetzes vom 24. September 2008 (BGBl. I S. 1856) geändert worden ist, in der jeweils geltenden Fassung erfolgt.

(3) Der einfache Satz ist weiterhin zu berechnen für die Abrechnung der Betriebskostenpauschale nach § 6 dieser Verordnung.

§ 4 Zuschläge

Zuschläge als erhöhte Gebühr dürfen allgemein oder in besonderen Fällen berechnet werden. Ein allgemeiner Zuschlag gilt für Leistungen, die zur Nachtzeit (20 Uhr bis 8 Uhr), an Samstagen ab 12 Uhr sowie an Sonn- und Feiertagen erbracht werden. Ein besonderer Zuschlag gilt, wenn er mit angegebener Zweckbestimmung in der Anlage aufgeführt ist.

§ 5 Auslagen

Auslagen sind Aufwendungen für angewandte Arzneimittel und verwendete Materialien. Materialien werden mit den in der Anlage festgelegten Pauschalbeträgen abgerechnet. Arzneimittel sind in der Höhe der tatsächlich entstandenen Kosten abzurechnen.

§ 6 Betriebskostenpauschale

(1) Mit der Betriebskostenpauschale bei ambulanten Geburten in von Hebammen geleiteten Einrichtungen werden alle für die notwendige Versorgung der zahlungspflichtigen Person unmittelbar vor, während und nach der Geburt sowie für die Betreuung des Neugeborenen während und unmittelbar nach der Geburt notwendigen Kosten vergütet.

(2) Die Materialien und Arzneimittel, die die Hebamme oder der Entbindungspfleger nach § 5 dieser Verordnung abrechnen kann, sind in der Pauschale nicht enthalten.

§ 7 Inkrafttreten, Außerkrafttreten und Übergangsvorschrift

(1) Diese Verordnung tritt am Tage nach der Verkündung im Gesetz- und Verordnungsblatt für Berlin in Kraft. Gleichzeitig tritt die Entbindungshilfegebührenverordnung vom 4. November 1988 (GVBI. S. 2194), die zuletzt durch Verordnung vom 26. Januar 2007 (GVBI. S. 19) geändert worden ist, außer Kraft.

(2) Für Leistungen, die vor dem Inkrafttreten dieser Verordnung von freiberuflich tätigen Hebammen und Entbindungspflegern außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht wurden, gilt die Entbindungshilfegebührenverordnung vom 4. November 1988 (GVBI. S. 2194), die zuletzt durch Verordnung vom 26. Januar 2007 (GVBI. S. 19) geändert worden ist.

Berlin, den 31. März 2009

(Anlage zu § 2 der
Berliner Entbindungshilfegebührenordnung)

Leistungsverzeichnis

A. Leistungen der Mutterschaftsvorsorge und Schwangerenbetreuung

Nr.	Leistung	Gebühr in EUR
010	Beratung der Schwangeren, auch mittels Kommunikationsmedium . .	5,81
	Die Gebühr nach Nummer 010 ist während der Schwangerschaft insgesamt höchstens zwölfmal berechnungsfähig.	
	Die Gebühr nach Nummer 010 ist an demselben Tag neben Leistungen nach den Nummern 020, 030, 040, 050, 060 und 080 nicht berechnungsfähig.	
	Die Gebühr nach Nummer 010 kann an demselben Tag nur dann mehr als einmal berechnet werden, wenn die mehrmalige Erbringung der Leistung an demselben Tag durch die Beschaffenheit des Falles geboten war.	
	Eine mehrmalige Berechnung an demselben Tag ist in der Rechnung unter Angabe der jeweiligen Uhrzeit der Leistungserbringung näher zu begründen.	
020	Vorgespräch über Fragen der Schwangerschaft und Geburt, mindestens 30 Minuten, je angefangene 15 Minuten	7,34
	Die Gebühr nach Nummer 020 ist bei jeder Schwangeren einmal im Umfang von bis höchstens 60 Minuten, bei geplanter Geburt zu Hause oder in einer von Hebammen geleiteten Einrichtung ein weiteres Mal im Umfang von bis zu 90 Minuten abrechnungsfähig.	
	Die Gebühr nach Nummer 020 ist an demselben Tag neben Leistungen nach den Nummern 010, 030, 040, 050, 060 und 080 nicht berechnungsfähig.	

Nr.	Leistung	Gebühr in EUR
030	Vorsorgeuntersuchung der Schwangeren nach Maßgabe der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (Mutterschafts-Richtlinien) in der jeweils geltenden Fassung	22,44
	Die Vorsorgeuntersuchung umfasst folgende Leistungen:	
	Gewichtskontrolle, Blutdruckmessung, Urinuntersuchung auf Eiweiß und Zucker, Kontrolle des Standes der Gebärmutter, Feststellung der Lage, Stellung und Haltung des Kindes, Kontrolle der kindlichen Herztöne, allgemeine Beratung der Schwangeren, Dokumentation im Mutterpass des Gemeinsamen Bundesausschusses in der jeweils geltenden Fassung.	
	Die Gebühr nach Nummer 030 ist berechnungsfähig	
	a) bei normalem Schwangerschaftsverlauf	
	b) bei pathologischem Schwangerschaftsverlauf, wenn die Hebamme die Vorsorgeuntersuchung auf ärztliche Anordnung vornimmt oder wenn die Schwangere wegen des pathologischen Schwangerschaftsverlaufs ärztliche Betreuung trotz Empfehlung der Hebamme nicht in Anspruch nehmen möchte.	
040	Entnahme von Körpermaterial zur Durchführung notwendiger Laboruntersuchungen im Rahmen der Mutterschafts-Richtlinien je Entnahme, einschließlich Veranlassung der Laboruntersuchung(en), Versand- und Portokosten, Dokumentation im Mutterpass nach den Mutterschafts-Richtlinien und Befundübermittlung	5,71
	Die Gebühr nach Nummer 040 ist auch abrechnungsfähig, wenn die Entnahme von Körpermaterial zur Risikoabklärung notwendig ist oder die Schwangere sich nach Nummer 030 Buchstabe b in Hebammenbetreuung befindet oder die Entnahme ärztlich angeordnet ist.	
	Die Leistungen nach den Nummern 030 und 040 sind nur berechnungsfähig, soweit sie nicht bereits durch einen anderen Leistungserbringer durchgeführt wurden.	
050	Hilfe bei Schwangerschaftsbeschwerden oder bei Wehen, für jede angefangenen 30 Minuten	14,69
	Dauert die Leistung nach Nummer 050 länger als drei Stunden, so ist die Notwendigkeit der über drei Stunden hinausgehenden Hilfe in der Rechnung zu begründen.	
051	Nummer 050 mit Zuschlag gemäß § 4	17,63
060	Cardiotokografische Überwachung bei Indikationen nach Maßgabe der Anlage 2 zu den Mutterschafts-Richtlinien einschließlich Dokumentation im Mutterpass nach den Mutterschafts-Richtlinien	6,43
	Die Gebühr für die Leistungen nach Nummer 060 ist je Tag höchstens zweimal berechnungsfähig, es sei denn, dass weitere Überwachungen ärztlich angeordnet werden.	

Nr.	Leistung	Gebühr in EUR
070	Geburtsvorbereitung bei Unterweisung in der Gruppe, bis zu zehn Schwangere je Gruppe und höchstens 14 Stunden, für jede Schwangere je Unterrichtsstunde (60 Minuten)	5,71
080	Geburtsvorbereitung bei Einzelunterweisung auf ärztliche Anordnung höchstens 14 Unterrichtseinheiten ä 30 Minuten, für jede angefangenen 30 Minuten	14,69
	Die Gebühren für die Leistungen nach den Nummern 070 und 080 umfassen insbesondere die Unterrichtung über den Schwangerschaftsverlauf, die physische und psychische Vorbereitung auf Geburt und Wochenbett, gymnastische Übungen, Entspannungsübungen und Übungen der Atemtechnik.	

B. Geburtshilfe

Nr.	Leistung	Gebühr in EUR
090	Hilfe bei der Geburt eines Kindes in einem Krankenhaus	224,40
091	Nummer 090 mit Zuschlag gemäß § 4	269,28
	Maßgeblich für die Berücksichtigung des Zuschlags ist der Zeitpunkt der Geburt.	
100	Hilfe bei einer außerklinischen Geburt in einer Einrichtung unter ärztlicher Leitung	224,40
101	Nummer 100 mit Zuschlag gemäß § 4	269,28
	Maßgeblich für die Berücksichtigung des Zuschlags ist der Zeitpunkt der Geburt.	
110	Hilfe bei einer außerklinischen Geburt in einer von Hebammen geleiteten Einrichtung	367,20
111	Nummer 110 mit Zuschlag gemäß § 4	440,64
	Maßgeblich für die Berücksichtigung des Zuschlags ist der Zeitpunkt der Geburt.	
112	Betriebskostenpauschale für eine vollendete Geburt in einer von Hebammen geleiteten Einrichtung, sofern die Einrichtung mit der Einführung eines anerkannten Qualitätsmanagement-Systems begonnen oder die Einführung abgeschlossen hat	550,00
113	Betriebskostenpauschale für eine vollendete Geburt in einer von Hebammen geleiteten Einrichtung, bis zum Zeitpunkt der Einführung eines anerkannten Qualitätsmanagement-Systems	500,50
114	Betriebskostenpauschale für eine nicht vollendete Geburt in einer von Hebammen geleiteten Einrichtung bei Verlegung aus der Einrichtung nach weniger als vier Stunden, sofern die Einrichtung mit der Einführung eines anerkannten Qualitätsmanagement-Systems begonnen oder die Einführung abgeschlossen hat	412,50

Nr.	Leistung	Gebühr in EUR
115	Betriebskostenpauschale für eine nicht vollendete Geburt in einer von Hebammen geleiteten Einrichtung bei Verlegung aus der Einrichtung nach weniger als vier Stunden bis zum Zeitpunkt der Einführung eines anerkannten Qualitätsmanagement-Systems	375,38
116	Betriebskostenpauschale für eine nicht vollendete Geburt in einer von Hebammen geleiteten Einrichtung bei Verlegung aus der Einrichtung nach mehr als vier Stunden, sofern die Einrichtung mit der Einführung eines anerkannten Qualitätsmanagement-Systems begonnen oder die Einführung abgeschlossen hat	550,00
117	Betriebskostenpauschale für eine nicht vollendete Geburt in einer von Hebammen geleiteten Einrichtung bei Verlegung aus der Einrichtung nach mehr als vier Stunden bis zum Zeitpunkt der Einführung eines anerkannten Qualitätsmanagement-Systems	500,50
120	Hilfe bei einer Hausgeburt	448,80
121	Nummer 120 mit Zuschlag gemäß § 4	538,56
	Maßgeblich für die Berücksichtigung des Zuschlags ist der Zeitpunkt der Geburt.	
130	Hilfe bei einer Fehlgeburt	142,80
131	Nummer 130 mit Zuschlag gemäß § 4	171,36
	Maßgeblich für die Berücksichtigung des Zuschlags ist der Zeitpunkt der Fehlgeburt.	
	Erläuterungen:	
	Die Gebühren für die Leistungen nach den Nummern 090 bis 130 umfassen die Hilfe für die Dauer von bis zu acht Stunden vor der Geburt des Kindes oder einer Fehlgeburt und die Hilfe für die Dauer von bis zu drei Stunden danach einschließlich aller damit verbundenen Leistungen und Dokumentationen mit Ausnahme der ggf. gesondert berechnungsfähigen Leistungen nach den Nummern 140 und 150, 240 und 250.	
	Die jeweilige Gebühr steht der Hebamme auch dann zu, wenn sie erst nach der Geburt, jedoch vor Vollendung der Versorgung der Mutter und des Kindes Hilfe leisten konnte.	
	Die Gebühren für Leistungen nach den Nummern 090 und 130 können auch dann berechnet werden, wenn die Geburt oder Fehlgeburt ärztlicherseits künstlich eingeleitet wurde.	
140	Versorgung einer geburtshilflichen Schnitt- oder Rissverletzung mit Ausnahme eines Dammrisses III. oder IV. Grades	25,50
150	Zuschlag für die Hilfe bei der Geburt von Zwillingen und mehr Kindern, für das zweite und jedes weitere Kind, je Kind	58,65

Nr.	Leistung -	Gebühr in EUR
160	Hilfe bei einer nicht vollendeten Geburt	142,80
	a) im Krankenhaus,	
	b) zu Hause,	
	c) in einer außerklinischen Einrichtung unter Leitung einer Hebamme,	
	d) in einer außerklinischen Einrichtung unter ärztlicher Leitung	
161	Nummer 160 mit Zuschlag gemäß § 4	171,36
	Maßgeblich für die Berücksichtigung des Zuschlags ist der Zeitpunkt der Beendigung der Hilfeleistung.	
	Erläuterungen:	
	Die Gebühr für Leistungen nach Nummer 160 umfasst die Hilfe für die Dauer von bis zu fünf Stunden vor Beendigung der Geburtshilfe einschließlich aller damit verbundenen Leistungen.	
	Die Gebühr nach Nummer 160 Buchstabe a ist nur berechnungsfähig, wenn die Schwangere vom Krankenhaus aus in ein anderes Krankenhaus verlegt wird und die Hebamme dort keine weitere Hilfe leistet.	
	Die Gebühren nach Nummer 160 Buchstabe b bis Buchstabe d sind nur in unmittelbarem Zusammenhang mit einer Hausgeburt oder einer außerklinischen Einrichtung berechnungsfähig, wenn die Hebamme die vorher geplante und bereits begonnene Hausgeburt auf Grund unvorhergesehener Umstände abbrechen muss und die Hebamme die Schwangere in ein Krankenhaus überweist oder begleitet.	
	Die Gebühr für Leistungen nach Nummer 160 ist nicht neben den Gebühren nach den Nummern 090 bis 130 abrechnungsfähig.	
170	Hilfe bei einer außerklinischen Geburt oder Fehlgeburt durch eine zweite Hebamme, für jede angefangene halbe Stunde	14,69
	Die Gebühr nach Nummer 170 ist bis zu einer Dauer von vier Stunden berechnungsfähig. Dies gilt entsprechend, wenn die Geburt oder Fehlgeburt nicht außerklinisch vollendet wird.	
	Die Gebühr nach Nummer 170 ist auch bei einer Geburt in der Klinik abrechnungsfähig, wenn es sich um eine Geburt von Mehrlingen handelt, wenn die Geburt ohne Arzt durchgeführt wird oder wenn es zu lebensbedrohlichen Blutungen nach der Geburt kommt.	
171	Nummer 170 mit Zuschlag gemäß § 4	17,63

C. Leistungen während des Wochenbetts

Nr.	Leistung	-	Gebühr in EUR

Allgemeine Bestimmungen

a) Die Leistungen nach den Nummern 180 bis 230 dienen der Überwachung des Wochenbettverlaufs und umfassen insbesondere die Beratung, Betreuung und/oder Versorgung von Mutter und Kind einschließlich aller damit verbundenen Leistungen mit Ausnahme der Leistungen nach den Nummern 240 und 250. Die Leistungen und Zuschläge nach den Nummern 180 bis 210, 230 und 250 sind auch nach einer Fehlgeburt bzw einer medizinisch induzierten Geburt oder Fehlgeburt berechnungsfähig. Die Leistungen stehen der Mutter auch dann zu, wenn sich das Kind in Adoptionspflege befindet.

b) In den ersten zehn Tagen nach der Geburt ist an demselben Tag jeweils ein Besuch nach Nummer 180, 200 oder 210 berechnungsfähig. Wird der erste Besuch bereits am Tage der Geburt ausgeführt, können weitere Besuche nach Nummer 180, 200 oder 210 nur für die folgenden neun Tage berechnet werden. Wird die Wochenbettbetreuung erst im Laufe der ersten zehn Tage nach der Geburt von einer anderen Hebamme übernommen, werden die Besuche bis zum zehnten Tag nach der Geburt vergütet.

c) In dem Zeitraum zwischen dem elften Tag nach der Geburt bis zum Ablauf von acht Wochen nach der Geburt sind insgesamt bis zu 16 Leistungen nach Nummer 180, 200, 210 oder 230 berechnungsfähig, weitere Leistungen nach Nummer 180, 200, 210 oder 230 dabei jedoch nur nach Maßgabe der Allgemeinen Bestimmung nach Buchstabe d. Der in Satz 1 genannte Zeitraum beginnt bereits am zehnten Tag nach der Geburt, wenn der erste Besuch bereits am Tage der Geburt ausgeführt wird. Mehr als 16 Leistungen nach Nummer 180, 200, 210 oder 230 sind in diesem Zeitraum nur berechnungsfähig, soweit sie ärztlich angeordnet sind.

d) Ein weiterer Besuch nach den Nummern 180 bis 210 an demselben Tag ist berechnungsfähig

aa) nach ambulanter Entbindung in den ersten zehn Tagen nach der Geburt sowie

bb) unabhängig von der Art der Entbindung während des gesamten Zeitraums bis zum Ablauf von acht Wochen nach der Geburt bei Vorliegen insbesondere folgender Besuchsgründe: schwere Stillstörungen, verzögerte Rückbildung, nach Sekundärnaht oder Dammriss III. Grades, bei Beratung und Anleitung der Mutter zur Versorgung und Ernährung des Säuglings im Anschluss an dessen stationäre Behandlung oder nach ärztlicher Anordnung. Der Grund ist in der Rechnung anzugeben. Mehr als zwei Besuche an demselben Tag sind nur berechnungsfähig, wenn sie ärztlich angeordnet worden sind.

Nr.	Leistung -	Gebühr in EUR
	e) Nach Ablauf von acht Wochen nach der Geburt sind Besuche nur auf ärztliche Anordnung unter Angabe der Indikation berechnungsfähig.	
180	Hausbesuch nach der Geburt	26,52
181	Nummer 180 mit Zuschlag gemäß § 4	31,82
	Maßgeblich für die Berücksichtigung des Zuschlags ist der Zeitpunkt des Beginns der Leistung.	
190	Zuschlag zu der Gebühr nach Nummer 180 für den ersten Hausbesuch nach der Geburt	5,71
200	Besuch in einem Krankenhaus oder in einer außerklinischen Einrichtung unter ärztlicher Leitung	13,16
201	Nummer 200 mit Zuschlag gemäß § 4	15,79
	Maßgeblich für die Berücksichtigung des Zuschlags ist der Zeitpunkt des Beginns der Leistung.	
210	Besuch in einer von Hebammen geleiteten Einrichtung nach der Geburt	21,42
211	Nummer 210 mit Zuschlag gemäß § 4	25,70
	Maßgeblich für die Berücksichtigung des Zuschlags ist der Zeitpunkt des Beginns der Leistung.	
220	Zuschlag für einen Besuch nach der Geburt von Zwillingen und mehr Kindern zu den Gebühren nach den Nummern 180 bis 210, für das zweite und jedes weitere Kind, je Kind	8,87
230	Beratung der Wöchnerin mittels Kommunikationsmedium	5,10
240	Erstuntersuchung des Kindes einschließlich Eintragung der Befunde in das Untersuchungsheft für Kinder (U 1) nach den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des sechsten Lebensjahres (Kinder-Richtlinien) in der jeweils geltenden Fassung	7,65
250	Entnahme von Körpermaterial zur Durchführung notwendiger Laboruntersuchungen im Rahmen der Mutterschafts-Richtlinien oder im Rahmen der Kinder-Richtlinien je Entnahme, einschließlich Veranlassung der Laboruntersuchung(en), Versand- und Portokosten, Dokumentation nach den vorgenannten Richtlinien und Befundübermittlung	5,71
	Die Leistung nach Nummer 250 ist auch berechnungsfähig, wenn die Entnahme von Körpermaterial wegen Auffälligkeiten in der Neugeborenenperiode notwendig ist (z. B. Bilirubin-, Blutzucker-, pH-Kontrolle, Entzündungsparameter) sowie auf ärztliche Anordnung.	
	Leistungen nach den Nummern 240 und 250 sind nur berechnungsfähig, soweit sie nicht bereits im Mutterpass oder im Untersuchungsheft für Kinder dokumentiert sind.	

D. Sonstige Leistungen

Nr.	Leistung -	Gebühr in EUR
260	Überwachung, je angefangene halbe Stunde	14,69
	Die Gebühr nach Nummer 260 ist bei der Überwachung der Mutter und/oder des Kindes auf ärztliche Anordnung berechnungsfähig.	
	Die Leistung nach der Nummer 260 beginnt nach Ablauf der dreistündigen Überwachungsfrist, die mit der Geburtsgebühr abgegolten ist.	
261	Nummer 260 mit Zuschlag gemäß § 4	17,63
270	Rückbildungsgymnastik bei Unterweisung in der Gruppe, bis zu zehn Teilnehmerinnen je Gruppe und höchstens zehn Stunden, für jede Teilnehmerin je Unterrichtsstunde (60 Minuten)	5,71
	Die Leistung nach Nummer 270 ist nur berechnungsfähig, wenn die Rückbildungsgymnastik in den ersten vier Monaten nach der Geburt begonnen und bis zum Ende des neunten Monats nach der Geburt abgeschlossen wird.	
280	Beratung der Mutter bei Stillschwierigkeiten oder Ernährungsproblemen des Säuglings	26,52
281	Nummer 280 mit Zuschlag gemäß § 4	31,82
	Maßgeblich für die Berücksichtigung des Zuschlags ist der Zeitpunkt der Beendigung der Leistung.	
290	Beratung der Mutter bei Stillschwierigkeiten oder Ernährungsproblemen des Säuglings mittels Kommunikationsmedium	5,10
	Die Gebühren nach den Nummern 280 und/oder 290 sind frühestens nach Ablauf von acht Wochen nach der Geburt bis zum Ende der Abstillphase, bei Ernährungsproblemen des Säuglings bis zum Ende des neunten Monats nach der Geburt berechnungsfähig.	
	Die Leistungen nach den Nummern 280 und 290 sind jeweils höchstens viermal in diesem Zeitraum berechnungsfähig.	

E. Wegegeld/Auslagenersatz

Nr.	Leistung -	Gebühr in EUR
300	Wegegeld bei einer Entfernung von nicht mehr als zwei Kilometern zwischen der Wohnung oder Praxis der Hebamme und der Stelle der Leistung	1,68
310	Wegegeld bei einer Entfernung von nicht mehr als zwei Kilometern zwischen der Wohnung oder Praxis der Hebamme und der Stelle der Leistung in der Zeit von 20.00 bis 8.00 Uhr	2,38

Nr.	Leistung -	Gebühr in EUR
320	Wegegeld bei einer Entfernung von mehr als zwei Kilometern zwischen der Wohnung oder Praxis der Hebamme und der Stelle der Leistung, je zurückgelegten Kilometer	0,59
330	Wegegeld bei einer Entfernung von mehr als zwei Kilometern zwischen der Wohnung oder Praxis der Hebamme und der Stelle der Leistung in der Zeit von 20.00 bis 8.00 Uhr, je zurückgelegten Kilometer	0,81
335	Pauschale für die Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel	2,10
	Zur Erstattung der tatsächlich entstandenen Kosten sind die entsprechenden Belege einzureichen.	
340	Materialpauschale Vorsorgeuntersuchung	2,58
	Die Pauschale nach Nummer 340 kann nicht neben der Nummer 350 abgerechnet werden.	
350	Materialpauschale bei Schwangerschaftsbeschwerden oder bei Wehen	2,58
	Die Pauschale nach Nummer 350 kann nicht neben den Nummern 340 und 360 abgerechnet werden.	
360	Materialpauschale Geburtshilfe	35,02
	Die Pauschale nach Nummer 360 kann nur im Zusammenhang mit einer vollendeten oder nicht vollendeten außerklinischen Geburt geltend gemacht werden. Bei Leistungen, die in der Klinik erbracht werden, sind Materialien und Arzneimittel in der DRG (Diagnosis Related Groups) enthalten, die die Klinik gegenüber der Krankenkasse geltend macht. Eine Abrechnung durch die Beleghebamme gegenüber der Krankenkasse ist nicht möglich.	
370	Materialpauschale, zusätzlich zu Nummer 360, bei Versorgung einer Naht bei Geburtsverletzungen	28,33
380	Materialpauschale Wochenbettbetreuung	25,24
390	Materialpauschale bei Beginn der Betreuung später als vier Tage nach der Geburt	13,70
400	Perinatalerhebung bei einer vollendeten oder nicht vollendeten außerklinischen Geburt nach vorgeschriebenem Formblatt einschließlich Versand- und Portokosten	7,50
	Mit der Gebühr sind auch die Kosten für die Auswertung des Formblatts abgegolten.	

3. Thüringer Verordnung über die Vergütung für Hebammen- und Entbindungspflegerhilfe außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung

Vom 14. Mai 1999

Geltungsbeginn: 15. Juli 2009, **Geltungsende:** 30. April 2014

Aufgrund des § 3 des Thüringer Hebammengesetzes vom 29. September 1998 (GVBl. S. 286) verordnet das Ministerium für Soziales und Gesundheit im Einvernehmen mit dem Finanzministerium:

§ 1

(1) Freiberuflich tätige Hebammen und Entbindungspfleger können für ihre berufsmäßigen Hilfeleistungen gegenüber Selbstzahlerinnen Vergütungen nach dem als Anlage beigefügten Vergütungsverzeichnis für Hebammen- und Entbindungspflegerhilfe geltend machen. Vergütungen im Sinne dieser Verordnung sind Gebühren für erbrachte Leistungen, Ersatz von Auslagen und Wegegeld sowie Betriebskostenpauschalen bei ambulanten Geburten in von Hebammen oder Entbindungspflegern geleiteten Einrichtungen.

(2) Die Gebühren für die unter den Buchstaben A bis D im Gebühren- und Kostenverzeichnis aufgeführten Leistungen können bis zur Höhe des 1,85-fachen Satzes berechnet werden. Sie sind nach den Umständen des Einzelfalls, insbesondere unter Berücksichtigung der Schwierigkeit und des Zeitaufwands der Leistung zu bemessen.

(3) Der jeweils einfache Vergütungssatz ist zu berechnen, wenn die Zahlung der Vergütungen aus Mitteln der Sozialhilfe nach § 50 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch oder § 4 des Asylbewerberleistungsgesetzes erfolgt.

§ 2

Diese Verordnung tritt am Tage nach der Verkündung in Kraft und mit Ablauf des 30. April 2014 außer Kraft. Für Leistungen, die ab dem 1. August 2007 bis zum Inkrafttreten der Ersten Verordnung zur Änderung der Thüringer Verordnung über die Vergütung für Hebammen- und Entbindungspflegerhilfe außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht wurden, ist die Hebammenhilfe-Gebührenverordnung vom 28. Oktober 1986 (BGBl. I S. 1662) in der am 24. Juli 2004 geltenden Fassung weiterhin entsprechend anzuwenden.

Anlage
(zu § 1 Abs. 1)

Vergütungsverzeichnis für Hebammen- und Entbindungspflegerhilfe

I. Auslagen

1. Als Auslagen können neben den für die einzelnen Leistungen vorgesehenen Gebühren entstandene Kosten der für die Vorsorgeuntersuchung der Schwangeren, für die Hilfe bei Schwangerschaftsbeschwerden oder Wehen, für die Hilfe bei einer Geburt, für die Überwachung des Wochenbettverlaufs sowie für die zur Unterstützung bei Stillschwierigkeiten notwendigen Materialien und apothekenpflichtigen Arzneimittel berechnet werden, die mit ihrer Anwendung verbraucht sind oder zur weiteren Verwendung überlassen werden. Dabei ist auf wirtschaftliche Beschaffung zu achten. Lebensmittel sowie Diätetika nach § 1 des Lebensmittel- und Futtermittelgesetzbuches in der Fassung vom 26. April 2006 (BGBl. I S. 945) in der jeweils geltenden Fassung sowie Kosmetika und Körperpflegeprodukte können nicht zu Lasten der Selbstzahlerinnen abgerechnet werden.
2. Auslagen für mit der Anwendung verbrauchte oder zur weiteren Verwendung überlassene Materialien sind ausschließlich als Pauschalen ohne Einzelnachweis abzurechnen, wenn im zeitlichen Zusammenhang mit der Inanspruchnahme der Hebamme oder des Entbindungspflegers Material verbraucht wurde.

   Die Pauschalen richten sich

   a) für jede einzelne Vorsorgeuntersuchung nach Nr. 340,

   b) für die Hilfe bei Schwangerschaftsbeschwerden oder bei Wehen nach den Nummern 050 oder 051, nach Nr. 350 je Inanspruchnahme der Hebamme oder des Entbindungspflegers,

   c) für die Hilfe bei einer Geburt nach Nr. 360 sowie für die Versorgung einer Naht bei Geburtsverletzungen zusätzlich nach Nr. 370 sowie

   d) für die gesamte Zeit der Wochenbettbetreuung nach Nr. 380, wenn diese nicht mehr als vier Tage nach der Geburt übernommen wird; bei späterer Übernahme der Betreuung für die gesamte Zeit der Wochenbettbetreuung nach Nr. 390.
3. Zusätzlich zu den Pauschalen für Materialienbedarf nach Ziffer 2 können die entstandenen Kosten für im Zusammenhang mit den in Ziffer 1 genannten Leistungen notwendige, apothekenpflich-

tige Arzneimittel nach Maßgabe der Ziffern 4 bis 6 berechnet werden, sofern diese Arzneimittel verbraucht oder zur weiteren Verwendung überlassen wurden. Für diese Arzneimittel trägt die Selbstzahlerin die der Hebamme tatsächlich entstandenen Kosten, höchstens bis zur Höhe des Betrags, der sich nach der Arzneimittel-Preisverordnung in der bis zum 31. Dezember 2003 geltenden Fassung ergibt. Die Arzneimittel sind in der Abrechnung einzeln aufzulisten.

4. Aus den Wirkstoffgruppen der
   a) Antidiarrhoika,
   b) Antiemetika,
   c) Antihypotonika,
   d) Dermatika, mit Ausnahme der zur Wundversorgung oder zur Entzündungsbehandlung zugelassenen und bei der Mutter und/oder bei dem Neugeborenen anwendbaren Dermatika,
   e) Ophtalmika,
   f) Vitamin D, auch in Kombination mit Fluorsalzen, und
   g) Vitamin K

   darf jeweils nur ein Arzneimittel der kleinsten Packungsgröße berechnet werden.

   Aus den Wirkstoffgruppen der
   a) Antimykotika,
   b) Carminativa und
   c) Galle- und Lebertherapeutika

   darf jeweils nur ein Arzneimittel der kleinsten Packungsgröße berechnet werden, wenn zuvor allgemeine nicht medikamentöse Maßnahmen, wie zum Beispiel diätetischer und physikalischer Art, ohne ausreichenden Erfolg angewandt wurden.
5. Kosten für Arzneimittel, die
   a) nicht der Apothekenpflicht unterliegen,
   b) nach der Arzneimittelverordnung vom 21. Dezember 2005 (BGBl. I S. 3632) in der jeweils geltenden Fassung nicht an Hebammen abgegeben werden dürfen,
   c) nach § 34 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in der bis zum 31. Dezember 2003 geltenden Fassung ausgeschlossen sind,

d) nach § 34 Abs. 1 Satz 7 und Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ausgeschlossen sind oder

e) im Rahmen nicht allgemein anerkannter Therapieverfahren eingesetzt werden,

können nicht berechnet werden.

6. Für Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen der Phytotherapie, der Homöopathie sowie der anthroposophischen Medizin gelten die Ziffern 3 bis 5 entsprechend. Arzneimittel, die der homöopathischen oder anthroposophischen Therapierichtung zugeordnet werden, können berechnet werden, wenn aus dem jeweiligen Arzneimittelbild Wirkungen und Anwendungen ableitbar sind, die in den Tätigkeitsbereich der Hebammen- und Entbindungspflegerhilfe fallen.

II. Wegegeld

1. Die Hebamme oder der Entbindungspfleger erhält für jeden Besuch aus Anlass einer abrechnungsfähigen Leistung Wegegeld; hierdurch sind auch Zeitversäumnisse abgegolten. Wege zwischen der Wohnung oder Praxis der Hebamme oder des Entbindungspflegers, der Weg zum Krankenhaus zur Ableistung eines Schichtdienstes mit Anwesenheitspflicht, Wege zu Kursstätten sowie zu durchgeführten Sprechstunden in Einrichtungen sind nicht berechnungsfähig.
2. Bei Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel werden als Wegegeld die Fahrkosten erstattet. In den übrigen Fällen richtet sich das Wegegeld

   a) bei einer Entfernung von nicht mehr als zwei Kilometern zwischen der Wohnung oder Praxis der Hebamme oder des Entbindungspflegers und der Stelle der Leistung nach Nr. 300, bei Nacht nach Nr. 310,

   b) bei einer Entfernung von mehr als zwei Kilometern zwischen der Wohnung oder Praxis der Hebamme oder des Entbindungspflegers und der Stelle der Leistung für jeden zurückgelegten Kilometer nach Nr. 320, bei Nacht nach Nr. 330.
3. Hat eine andere als die nächstwohnende Hebamme oder ein anderer als der nächstwohnende Entbindungspfleger Hilfe geleistet, so kann die Selbstzahlerin die Zahlung des dadurch entstehenden Mehrbetrags an Wegegeld ablehnen, wenn der Weg von

der Stelle der Leistung zur Wohnung oder Praxis der anderen Hebamme oder des anderen Entbindungspflegers mehr als 20 Kilometer länger ist als zur Wohnung oder Praxis der nächstwohnenden Hebamme oder des nächstwohnenden Entbindungspflegers. Dies gilt nicht, wenn das Wegegeld anfällt, weil mehrere Hebammen oder Entbindungspfleger die Dienstleistungen in einem Krankenhaus nach einem vereinbarten Einsatzplan ausführen oder wenn die Zuziehung der anderen Hebamme oder des anderen Entbindungspflegers nach der besonderen Lage des Falls aus anderen Gründen gerechtfertigt war.

4. Besucht die Hebamme oder der Entbindungspfleger mehrere Frauen auf einem Weg, ist das Wegegeld insgesamt nur einmal und nur anteilig nach dem Verhältnis der zurückgelegten Gesamtstrecke zu der Zahl der besuchten Frauen zu berechnen.

III. Zuschläge

1. Erfolgen die Leistungen der Hebamme oder des Entbindungspflegers zur Nachtzeit (20.00 bis 8.00 Uhr), an Samstagen ab 12.00 Uhr sowie an Sonn- und Feiertagen, erhöht sich die Gebühr um einen Zuschlag von 20 v. H. Im folgenden Gebühren- und Kostenverzeichnis enden die um die abrechnungsfähigen Zuschläge erhöhten Leistungen mit einer 1.
2. Maßgebend für die Berechnungsfähigkeit des Zuschlags ist bei Leistungen nach den Nummern 090 bis 130 der Zeitpunkt der Geburt oder Fehlgeburt und bei Nummer 160 der Zeitpunkt der Beendigung der Hilfe. Maßgebend für die Berechnung des Zuschlags für die Nummern 180, 200 und 210 ist der Beginn der erbrachten Leistung. Bezüge innerhalb des Gebühren- und Kostenverzeichnisses gelten immer auch für die entsprechende Position mit Zuschlag.

IV. Betriebskostenpauschale

Bei ambulanten Geburten in von Hebammen oder Entbindungspflegern geleiteten Einrichtungen kann eine Betriebskostenpauschale nach Abschnitt VI Buchstabe F berechnet werden, wenn es sich um eine zugelassene Einrichtung nach den Bestimmungen des Ergänzungsvertrags zwischen den Verbänden der von Hebammen geleiteten Einrichtungen und den Spitzenverbänden der Krankenkassen nach § 134a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch über Betriebskos-

tenpauschalen bei ambulanten Geburten in den von Hebammen geleiteten Einrichtungen handelt, die die Anforderungen an die Qualitätssicherung in diesen Einrichtungen erfüllt.

V. Rechnung

1. Die Rechnung über Vergütungen nach diesem Vergütungsverzeichnis muss mindestens enthalten:
   a) das Datum der Leistungserbringung,
   b) die Nummer des Vergütungsverzeichnisses mit Bezeichnung und Betrag der jeweiligen Leistung,
   c) eine Berechnung der Fahrtkosten,
   d) Angaben zur Art der Auslagen und
   e) Zeit und Dauer der abgerechneten Leistung, soweit dies für die Höhe der Vergütung von Bedeutung ist.
2. Ist im Gebühren- und Kostenverzeichnis eine ärztliche Anordnung vorgeschrieben, so ist auf diese in der Rechnung hinzuweisen.
3. Die Abrechnung der Betriebskostenpauschale hat folgende Bestandteile:
   a) Abrechnungsdaten inklusive aller Urbelege (gegebenenfalls als Kopie),
   b) Begleitzettel für Urbelege (im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbarer Datenübertragung),
   c) die Steuernummer der Einrichtung und
   d) das Institutskennzeichen.

VI. Gebühren- und Kostenverzeichnis

A. Leistungen der Mutterschaftsvorsorge und Schwangerenbetreuung

Nr.	Gebührentatbestand	Gebühr in EUR
010	Beratung der Schwangeren, auch mittels Kommunikationsmedium	5,81
	Anmerkungen:	
	Die Gebühr nach Nr. 010 ist während der Schwangerschaft insgesamt höchstens zwölfmal berechnungsfähig.	
	Die Gebühr nach Nr. 010 ist an demselben Tag neben Leistungen nach Nr. 020, 030, 040, 050, 060 und 080 nicht berechnungsfähig.	
	Die Gebühr nach Nr. 010 kann an demselben Tag nur dann mehr als einmal berechnet werden, wenn die mehrmalige Erbringung der Leistung an demselben Tag durch die Beschaffenheit des Falles geboten war. Eine mehrmalige Berechnung an demselben Tag ist in der Rechnung unter Angabe der jeweiligen Uhrzeit der Leistungserbringung näher zu begründen.	
020	Vorgespräch über Fragen der Schwangerschaft und Geburt, mindestens 30 Minuten, je angefangene 15 Minuten	7,34
	Anmerkungen:	
	Die Gebühr nach Nr. 020 ist bei jeder Schwangeren einmal im Umfang von höchstens 60 Minuten, bei geplanter Geburt zu Hause oder in einer von Hebammen oder Entbindungspflegern geleiteten Einrichtung ein weiteres Mal im Umfang von höchstens 90 Minuten abrechnungsfähig. Die Absicht der Schwangeren, zu Hause oder in einer von Hebammen oder Entbindungshelfern geleiteten Einrichtung zu gebären, ist zu dokumentieren.	
	Die Gebühr nach Nr. 020 ist an demselben Tag neben Leistungen nach Nr. 010, 030, 040, 050, 060 und 080 nicht berechnungsfähig.	
030	Vorsorgeuntersuchung der Schwangeren nach Maßgabe der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (Mutterschafts-Richtlinien)	22,44
	Anmerkungen:	
	Die Vorsorgeuntersuchung umfasst folgende Leistungen:	
	Gewichtskontrolle, Blutdruckmessung, Urinuntersuchung auf Eiweiß und Zucker, Kontrolle des Standes der Gebärmutter, Feststellung der Lage, Stellung und Haltung des Kindes, Kontrolle der kindlichen Herztöne, allgemeine Beratung der Schwangeren, Dokumentation im Mutterpass des Gemeinsamen Bundesausschusses.	
	Die Gebühr nach Nr. 030 ist berechnungsfähig	
	a) bei normalem Schwangerschaftsverlauf,	

Nr.	Leistung	Gebühr in EUR
	b) bei pathologischem Schwangerschaftsverlauf, wenn die Hebamme oder der Entbindungspfleger die Vorsorgeuntersuchung auf ärztliche Anordnung vornimmt oder wenn die Schwangere wegen des pathologischen Schwangerschaftsverlaufs ärztliche Betreuung trotz Empfehlung der Hebamme oder des Entbindungspflegers nicht in Anspruch nehmen möchte.	
040	Entnahme von Körpermaterial zur Durchführung notwendiger Laboruntersuchungen im Rahmen der Mutterschafts-Richtlinien, je Entnahme einschließlich Veranlassung der Laboruntersuchung(en), Versand- und Portokosten, Dokumentation im Mutterpass nach den Mutterschafts-Richtlinien und Befundübermittlung	5,71
	Anmerkungen:	
	Die Gebühr nach Nr. 040 ist auch abrechnungsfähig, wenn die Entnahme von Körpermaterial zur Risikoabklärung notwendig ist oder die Schwangere sich aufgrund eines Schwangerschaftsverlaufs nach Anmerkung zu Nr. 030 Satz 2 Buchst. b in Hebammen- oder Entbindungspflegerbetreuung befindet oder die Entnahme ärztlich angeordnet ist.	
	Die Leistungen nach Nr. 030 und 040 sind nur berechnungsfähig, soweit sie nicht bereits durch einen anderen Leistungserbringer durchgeführt wurden.	
050	Hilfe bei Schwangerschaftsbeschwerden oder bei Wehen, für je angefangene 30 Minuten	14,69
	Anmerkung:	
	Dauert die Leistung nach Nummer 050 länger als drei Stunden, so ist die Notwendigkeit der über drei Stunden hinausgehenden Hilfe in der Rechnung zu begründen.	
051	Nr. 050 mit Zuschlag nach Abschnitt III Ziffer 1	17,63
	Anmerkung:	
	Maßgeblich für die Berücksichtigung des Zuschlags ist bei dem in der Übergangszeit liegenden Leistungsanteil der Zeitpunkt der Beendigung dieses Anteils.	
060	Cardiotokografische Überwachung bei Indikationen nach Maßgabe der Anlage 2 der Mutterschafts-Richtlinien einschließlich der Dokumentation im Mutterpass nach den Mutterschafts-Richtlinien	6,43
	Anmerkung:	
	Die Gebühr für die Leistungen nach Nr. 060 ist je Tag höchstens zweimal berechnungsfähig, es sei denn, dass weitere Überwachungen ärztlich angeordnet werden.	
070	Geburtsvorbereitung bei Unterweisung in der Gruppe, bis zu zehn Schwangere je Gruppe und höchstens 14 Stunden, für jede Schwangere je Unterrichtsstunde (60 Minuten)	5,71

Nr.	Leistung	Gebühr in EUR
080	Geburtsvorbereitung bei Einzelunterweisung auf ärztliche Anordnung höchstens 14 Unterrichtseinheiten je 30 Minuten, für jede angefangenen 30 Minuten	14,69
	Anmerkung: *Die Gebühren für die Leistungen nach Nr. 070 und 080 umfassen insbesondere die Unterrichtung über den Schwangerschaftsverlauf, die physische und psychische Vorbereitung auf Geburt und Wochenbett, gymnastische Übungen, Entspannungsübungen und Übungen der Atemtechnik.*	

B. Leistungen der Geburtshilfe

Nr.	Gebührentatbestand	Gebühr in EUR
	Allgemeine Bestimmungen	
	a) Die Gebühren für die Leistungen nach den Nummern 090 bis 130 umfassen die Hilfe für die Dauer von bis zu acht Stunden vor der Geburt des Kindes oder einer Fehlgeburt und die Hilfe für die Dauer von bis zu drei Stunden danach einschließlich aller damit verbundenen Leistungen und Dokumentationen mit Ausnahme der gegebenenfalls gesondert berechnungsfähigen Leistungen nach Nr. 140 und 150, 240 und 250.	
	b) Die jeweilige Gebühr steht der Hebamme auch dann zu, wenn sie erst nach der Geburt, jedoch vor Vollendung der Versorgung der Mutter und des Kindes Hilfe leisten konnte.	
	c) Die Gebühren für Leistungen nach den Nummern 090 und 130 können auch dann berechnet werden, wenn die Geburt oder Fehlgeburt ärztlicherseits künstlich eingeleitet wurde.	
	d) Die Gebühr für Leistungen nach den Nummern 160 bis 167 umfasst die Hilfe für die Dauer von bis zu fünf Stunden vor Beendigung der Geburtshilfe einschließlich aller damit verbundenen Leistungen.	
	Die Gebühr für Leistungen nach den Nummern 160 bis 167 ist neben den Gebühren nach den Nummern 090 bis 130 abrechnungsfähig.	
090	Hilfe bei der Geburt eines Kindes in einem Krankenhaus	224,40
091	Nr. 090 mit Zuschlag nach Abschnitt III Ziffer 1	269,28
	Anmerkung: *Maßgeblich für die Berücksichtigung des Zuschlags ist der Zeitpunkt der Geburt.*	
100	Hilfe bei einer außerklinischen Geburt in einer Einrichtung unter ärztlicher Leitung	224,40
101	Nr. 100 mit Zuschlag nach Abschnitt III Ziffer 1	269,28
	Anmerkung: *Maßgeblich für die Berücksichtigung des Zuschlags ist der Zeitpunkt der Geburt.*	

Nr.	Leistung	Gebühr in EUR
110	Hilfe bei einer außerklinischen Geburt in einer von Hebammen oder Entbindungspflegern geleiteten Einrichtung	367,20
111	Nr. 110 mit Zuschlag nach Abschnitt III Ziffer 1	440,64
	Anmerkung: *Maßgeblich für die Berücksichtigung des Zuschlags ist der Zeitpunkt der Geburt.*	
120	Hilfe bei einer Hausgeburt	448,80
121	Nr. 120 mit Zuschlag nach Abschnitt III Ziffer 1	538,56
	Anmerkung: Maßgeblich für die Berücksichtigung des Zuschlags ist der Zeitpunkt der Geburt.	
130	Hilfe bei einer Fehlgeburt	142,80
131	Nr. 130 mit Zuschlag nach Abschnitt III Ziffer 1	171,36
	Anmerkung: *Maßgeblich für die Berücksichtigung des Zuschlags ist der Zeitpunkt der Fehlgeburt.*	
140	Versorgung einer geburtshilflichen Schnitt- oder Rissverletzung mit Ausnahme Dammriss III oder IV	25,50
150	Zuschlag für die Hilfe bei der Geburt von Zwillingen und mehr Kindern, für das zweite und jedes weitere Kind, je Kind	58,65
160	Hilfe bei einer nicht vollendeten Geburt im Krankenhaus	142,80
	Anmerkung: *Die Gebühr nach Nr. 160 ist nur berechnungsfähig, wenn die Schwangere vom Krankenhaus aus in ein anderes Krankenhaus verlegt wird und die Hebamme oder der Entbindungspfleger dort keine weitere Hilfe leistet.*	
161	Nr. 160 mit Zuschlag nach Abschnitt III Ziffer 1	171,36
	Anmerkung: *Maßgeblich für die Berücksichtigung des Zuschlags ist der Zeitpunkt der Beendigung der Hilfeleistung.*	
162	Hilfe bei einer nicht vollendeten Geburt zu Hause	142,80
	Anmerkung: *Die Gebühr nach Nr. 162 ist nur in unmittelbarem Zusammenhang mit einer Hausgeburt berechnungsfähig, wenn die Hebamme oder der Entbindungspfleger die vorher geplante und bereits begonnene Hausgeburt aufgrund unvorhergesehener Umstände abbrechen muss und die Hebamme oder der Entbindungspfleger die Schwangere in ein Krankenhaus überweist oder begleitet.*	

Nr.	Leistung	Gebühr in EUR
163	Nr. 162 mit Zuschlag nach Abschnitt III Ziffer 1	171,36
	Anmerkung:	
	Maßgeblich für die Berücksichtigung des Zuschlags ist der Zeitpunkt der Beendigung der Hilfeleistung.	
164	Hilfe bei einer nicht vollendeten Geburt in einer außerklinischen Einrichtung unter Leitung einer Hebamme oder eines Entbindungspflegers	142,80
	Anmerkung:	
	Die Gebühr nach Nr. 164 ist nur in unmittelbarem Zusammenhang mit einer Geburt in einer außerklinischen Einrichtung berechnungsfähig, wenn die Hebamme oder der Entbindungspfleger die vorher geplante und bereits begonnene außerklinische Geburt aufgrund unvorhergesehener Umstände abbrechen muss und die Hebamme oder der Entbindungspfleger die Schwangere in ein Krankenhaus überweist oder begleitet.	
165	Nr. 164 mit Zuschlag nach Abschnitt III Ziffer 1	171,36
	Anmerkung:	
	Maßgeblich für die Berücksichtigung des Zuschlags ist der Zeitpunkt der Beendigung der Hilfeleistung.	
166	Hilfe bei einer nicht vollendeten Geburt in einer außerklinischen Einrichtung unter ärztlicher Leitung	142,80
	Anmerkung:	
	Die Gebühr nach Nr. 166 ist nur in unmittelbarem Zusammenhang mit einer Geburt in einer außerklinischen Einrichtung berechnungsfähig, wenn die Hebamme oder der Entbindungspfleger die vorher geplante und bereits begonnene außerklinische Geburt aufgrund unvorhergesehener Umstände abbrechen muss und die Hebamme oder der Entbindungspfleger die Schwangere in ein Krankenhaus überweist oder begleitet.	
167	Nr. 166 mit Zuschlag nach Abschnitt III Ziffer 1	171,36
	Anmerkung:	
	Maßgeblich für die Berücksichtigung des Zuschlags ist der Zeitpunkt der Beendigung der Hilfeleistung.	
170	Hilfe bei einer außerklinischen Geburt oder Fehlgeburt durch eine zweite Hebamme oder einen zweiten Entbindungspfleger, für jede angefangene halbe Stunde	14,69
171	Nr. 170 mit Zuschlag nach Abschnitt III Ziffer 1	17,63
	Anmerkung:	
	Maßgeblich für die Berücksichtigung des Zuschlags ist bei in der Übergangszeit liegendem Leistungsanteil der Zeitpunkt der Beendigung dieses Anteils.	

C. Leistungen während des Wochenbetts

Nr.	Gebührentatbestand	Gebühr in EUR

Allgemeine Bestimmungen

a) Die Leistungen nach Nr. 180 bis 230 dienen der Überwachung des Wochenbettverlaufs und umfassen insbesondere die Beratung, Betreuung und/oder Versorgung von Mutter und Kind einschließlich aller damit verbundenen Leistungen mit Ausnahme der Leistungen nach Nr. 240 und 250. Die Leistungen und Zuschläge nach Nr. 180 bis 210, 230 und 250 sind auch nach einer Fehlgeburt oder einer medizinisch induzierten Geburt oder Fehlgeburt berechnungsfähig. Die Leistungen stehen der Mutter auch dann zu, wenn sich das Kind in Adoptionspflege befindet.

b) In den ersten zehn Tagen nach der Geburt ist an demselben Tag jeweils ein Besuch nach Nr. 180, 200 oder 210 berechnungsfähig. Wird der erste Besuch bereits am Tage der Geburt ausgeführt, können weitere Besuche nach Nr. 180, 200 oder 210 nur für die folgenden neun Tage berechnet werden. Wird die Wochenbettbetreuung erst im Laufe der ersten zehn Tage nach der Geburt von einer anderen Hebamme oder einem anderen Entbindungspfleger übernommen, werden die Besuche bis zum zehnten Tag nach der Geburt vergütet.

c) In dem Zeitraum zwischen dem elften Tag nach der Geburt bis zum Ablauf von acht Wochen nach der Geburt sind insgesamt bis zu 16 Leistungen nach Nr. 180, 200, 210 oder 230 berechnungsfähig, weitere Leistungen nach Nr. 180, 200, 210 oder 230 dabei jedoch nur nach Maßgabe des Buchstaben d. Der in Satz 1 genannte Zeitraum beginnt bereits am zehnten Tag nach der Geburt, wenn der erste Besuch bereits am Tage der Geburt ausgeführt wird. Mehr als 16 Leistungen nach Nr. 180, 200, 210 oder 230 sind in diesem Zeitraum nur berechnungsfähig, soweit sie ärztlich angeordnet sind.

d) Ein weiterer Besuch nach Nr. 180 bis 210 an demselben Tag ist berechnungsfähig

aa) nach ambulanter Entbindung in den ersten zehn Tagen nach der Geburt sowie

bb) unabhängig von der Art der Entbindung während des gesamten Zeitraums bis zum Ablauf von acht Wochen nach der Geburt bei Vorliegen insbesondere folgender Besuchsgründe: schwere Stillstörungen, verzögerte Rückbildung, nach Sekundärnaht oder Dammriss III. Grades, bei Beratung und Anleitung der Mutter zur Versorgung und Ernährung des Säuglings im Anschluss an dessen stationäre Behandlung oder nach ärztlicher Anordnung; der Grund ist in der Rechnung anzugeben.

*Mehr als zwei Besuche an demselben Tag sind nur berechnungs*fähig, wenn sie ärztlich angeordnet worden sind.

Nr.	Leistung	Gebühr in EUR
	e) Nach Ablauf von acht Wochen nach der Geburt sind Besuche nur auf ärztliche Anordnung unter Angabe der Indikation berechnungsfähig.	
180	Hausbesuch nach der Geburt	26,52
181	Nr. 180 mit Zuschlag nach Abschnitt III Ziffer 1	31,82
	Anmerkung:	
	Maßgeblich für die Berücksichtigung des Zuschlags ist der Zeitpunkt des Beginns der Leistung.	
190	Zuschlag zu der Gebühr nach Nr. 180 für den ersten Hausbesuch nach der Geburt	5,71
200	Besuch in einem Krankenhaus oder in einer außerklinischen Einrichtung unter ärztlicher Leitung	13,16
201	Nr. 200 mit Zuschlag nach Abschnitt III Ziffer 1	15,79
	Anmerkung:	
	Maßgeblich für die Berücksichtigung des Zuschlags ist der Zeitpunkt des Beginns der Leistung.	
210	Besuch in einer von Hebammen oder Entbindungspflegern geleiteten Einrichtung nach der Geburt	21,42
211	Nr. 210 mit Zuschlag nach Abschnitt III Ziffer 1	25,70
	Anmerkung:	
	Maßgeblich für die Berücksichtigung des Zuschlags ist der Zeitpunkt des Beginns der Leistung.	
220	Zuschlag für einen Besuch nach der Geburt von Zwillingen und mehr Kindern zu den Gebühren nach Nr. 180 bis 210, für das zweite und jedes weitere Kind, je Kind	8,87
230	Beratung der Wöchnerin mittels Kommunikationsmedium	5,10
240	Erstuntersuchung des Kindes einschließlich Eintragung der Befunde in das Untersuchungsheft für Kinder (U 1) nach den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres (Kinder-Richtlinien)	7,65
250	Entnahme von Körpermaterial zur Durchführung notwendiger Laboruntersuchungen im Rahmen der Mutterschafts-Richtlinien oder im Rahmen der Kinder-Richtlinien, je Entnahme einschließlich Veranlassung der Laboruntersuchung(en), Versand- und Portokosten, Dokumentation nach den vorgenannten Richtlinien und Befundübermittlung	5,71
	Anmerkung:	
	Die Leistung nach Nr. 250 ist auch berechnungsfähig, wenn die Entnahme von Körpermaterial wegen Auffälligkeiten in der Neugeborenenperiode notwendig ist (beispielsweise Bilirubin-, Blutzucker-, ph-Kontrolle, Entzündungsparameter) sowie auf ärztliche Anordnung.	

Nr.	Leistung	Gebühr in EUR
	Leistungen nach Nrn. 240 und 250 sind nur berechnungsfähig, soweit sie nicht bereits im Mutterpass oder im Untersuchungsheft für Kinder dokumentiert sind.	

D. Sonstige Leistungen

Nr.	Gebührentatbestand	Gebühr in EUR
260	Überwachung, je angefangene halbe Stunde	14,69
	Die Gebühr nach Nr. 260 ist bei der Überwachung der Mutter und/oder des Kindes auf ärztliche Anordnung berechnungsfähig.	
	Die Leistung nach der Nr. 260 beginnt nach Ablauf der 3-stündigen Überwachungsfrist, die mit der Geburtsgebühr abgegolten ist.	
261	Nr. 260 mit Zuschlag nach Abschnitt III Ziffer 1	17,63
	Anmerkung:	
	Maßgeblich für die Berücksichtigung des Zuschlags ist bei dem in der Übergangszeit liegenden Leistungsanteil der Zeitpunkt der Beendigung dieses Anteils.	
270	Rückbildungsgymnastik bei Unterweisung in der Gruppe, bis zu zehn Teilnehmerinnen je Gruppe und höchstens zehn Stunden, für jede Teilnehmerin je Unterrichtsstunde (60 Minuten)	5,71
	Anmerkung:	
	Die Leistung nach Nr. 270 ist nur berechnungsfähig, wenn die Rückbildungsgymnastik in den ersten vier Monaten nach der Geburt begonnen und bis zum Ende des neunten Monats nach der Geburt abgeschlossen wird.	
280	Beratung der Mutter bei Stillschwierigkeiten oder Ernährungsproblemen des Säuglings	26,52
281	Nr. 280 mit Zuschlag nach Abschnitt III Ziffer 1	31,82
	Anmerkung:	
	Maßgeblich für die Berücksichtigung des Zuschlags ist der Zeitpunkt der Beendigung der Leistung.	
290	Beratung der Mutter bei Stillschwierigkeiten oder Ernährungsproblemen des Säuglings mittels Kommunikationsmedium	5,10
	Anmerkung:	
	Die Gebühren nach Nr. 280 und/oder 290 sind frühestens nach Ablauf von acht Wochen nach der Geburt bis zum Ende der Abstillphase, bei Ernährungsproblemen des Säuglings bis zum Ende des neunten Monats nach der Geburt berechnungsfähig.	
	Die Leistungen nach Nr. 280 und 290 sind jeweils höchstens viermal in diesem Zeitraum berechnungsfähig.	

E. Auslagenersatz/Wegegeld

Nr.	Gebührentatbestand	Gebühr in EUR
300	Wegegeld bei einer Entfernung von nicht mehr als zwei Kilometern zwischen der Wohnung oder Praxis der Hebamme oder des Entbindungspflegers und der Stelle der Leistung bei Tag	1,68
301	Anteiliges Wegegeld bei einer Entfernung von nicht mehr als zwei Kilometern zwischen der Wohnung oder Praxis der Hebamme oder des Entbindungspflegers und der Stelle der Leistung bei Tag	1,68
310	Wegegeld bei einer Entfernung von nicht mehr als zwei Kilometern zwischen der Wohnung oder Praxis der Hebamme oder des Entbindungspflegers und der Stelle der Leistung bei Nacht	2,38
	Anmerkung:	
	Maßgeblich für die Berücksichtigung der Nr. 310 ist das Ende des Weges.	
311	Anteiliges Wegegeld bei einer Entfernung von nicht mehr als zwei Kilometern zwischen der Wohnung oder Praxis der Hebamme oder des Entbindungspflegers und der Stelle der Leistung bei Nacht	2,38
320	Wegegeld bei einer Entfernung von mehr als zwei Kilometern zwischen der Wohnung oder Praxis der Hebamme oder des Entbindungspflegers und der Stelle der Leistung bei Tag, für jeden zurückgelegten Kilometer	0,59
321	Anteiliges Wegegeld bei einer Entfernung von mehr als zwei Kilometern zwischen der Wohnung oder Praxis der Hebamme oder des Entbindungspflegers und der Stelle der Leistung bei Tag, für jeden zurückgelegten Kilometer	0,59
330	Wegegeld bei einer Entfernung von mehr als zwei Kilometern zwischen der Wohnung oder Praxis der Hebamme oder des Entbindungspflegers und der Stelle der Leistung bei Nacht, für jeden zurückgelegten Kilometer	0,81
331	Anteiliges Wegegeld bei einer Entfernung von mehr als zwei Kilometern zwischen der Wohnung oder Praxis der Hebamme oder des Entbindungspflegers und der Stelle der Leistung bei Nacht, für jeden zurückgelegten Kilometer	0,81
335	Pauschale für die Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel	2,10
	Anmerkung:	
	Zur Erstattung der tatsächlich entstandenen Kosten sind die entsprechenden Belege einzureichen.	
340	Materialpauschale Vorsorgeuntersuchung	2,58
	Anmerkung:	
	Die Pauschale nach Nr. 340 kann nicht neben Nr. 350 abgerechnet werden.	

Nr.	Leistung	Gebühr in EUR
350	Materialpauschale bei Schwangerschaftsbeschwerden oder bei Wehen	2,58
	Anmerkung: Die Pauschale nach Nr. 350 kann nicht neben Nr. 340 und 360 abgerechnet werden.	
360	Materialpauschale Geburtshilfe	35,02
	Anmerkung: Die Pauschale nach Nr. 360 kann nur im Zusammenhang mit einer vollendeten oder nicht vollendeten außerklinischen Geburt geltend gemacht werden. Bei Leistungen, die in der Klinik erbracht werden, sind Materialien und Arzneimittel in der Fallpauschale enthalten, die die Klinik geltend macht.	
370	Materialpauschale, zusätzlich zu Nr. 360, bei Versorgung einer Naht bei Geburtsverletzungen	28,33
380	Materialpauschale Wochenbettbetreuung	25,24
390	Materialpauschale bei Beginn der Betreuung später als vier Tage nach der Geburt	13,70
400	Perinatalerhebung bei einer vollendeten oder nicht vollendeten außerklinischen Geburt nach vorgeschriebenem Formblatt einschließlich Versand- und Portokosten	7,50
	Anmerkung: Mit der Gebühr sind auch die Kosten für die Auswertung des Formblatts abgegolten.	

F. Betriebskostenpauschale

Nr.	Gebührentatbestand	Gebühr in EUR
	1. In von Hebammen oder Entbindungspflegern geleiteten Einrichtungen werden mit der Betriebskostenpauschale alle für die notwendige Versorgung der Selbstzahlerin unmittelbar vor, während und nach der Geburt sowie für die Betreuung des Neugeborenen während und unmittelbar nach der Geburt notwendigen Kosten vergütet, soweit sie nicht als Leistungen des Gebühren- und Kostenverzeichnisses abzurechnen sind.	
	2. Die Betriebskostenpauschalen richten sich nach folgenden Positionsnummern:	
900	Betriebskostenpauschale für eine vollendete Geburt in einer von Hebammen oder Entbindungspflegern geleiteten Einrichtung, sofern die Einrichtung mit der Einführung eines Qualitätsmanage-	

Nr.	Leistung	Gebühr in EUR
	ment-Systems gemäß den Anforderungen an die Qualitätssicherung in von Hebammen oder Entbindungspflegern geleiteten Einrichtungen begonnen oder die Einführung abgeschlossen hat	550,00
910	Betriebskostenpauschale für eine vollendete Geburt in einer von Hebammen oder Entbindungspflegern geleiteten Einrichtung bis zum Zeitpunkt der Einführung eines Qualitätsmanagement-Systems	500,50
920	Betriebskostenpauschale für eine nicht vollendete Geburt in einer von Hebammen oder Entbindungspflegern geleiteten Einrichtung bei Verlegung aus der Einrichtung nach weniger als vier Stunden, sofern die Einrichtung mit der Einführung eines Qualitätsmanagement-Systems begonnen oder die Einführung abgeschlossen hat . . .	412,50
930	Betriebskostenpauschale für eine nicht vollendete Geburt in einer von Hebammen oder Entbindungspflegern geleiteten Einrichtung bei Verlegung aus der Einrichtung nach weniger als vier Stunden bis zum Zeitpunkt der Einführung eines Qualitätsmanagement-Systems	375,38
940	Betriebskostenpauschale für eine nicht vollendete Geburt in einer von Hebammen oder Entbindungspflegern geleiteten Einrichtung bei Verlegung aus der Einrichtung nach mehr als vier Stunden, sofern die Einrichtung mit der Einführung eines QM-Systems begonnen oder die Einführung abgeschlossen hat	550,00
950	Betriebskostenpauschale für eine nicht vollendete Geburt in einer von Hebammen oder Entbindungspflegern geleiteten Einrichtung bei Verlegung aus der Einrichtung nach mehr als vier Stunden bis zum Zeitpunkt der Einführung eines Qualitätsmanagement-Systems	500,50

3. Die Materialien und Arzneimittel, die die Hebamme oder der Entbindungspfleger nach den übrigen Bestimmungen des Vergütungsverzeichnisses abrechnen kann, sind in der Pauschale nicht enthalten. Diese werden mit ihrer persönlichen Leistung ausschließlich nach den übrigen Bestimmungen des Gebühren- und Kostenverzeichnisses für Hebammen- und Entbindungspflegerhilfe abgerechnet.
4. Neben den unter den Ziffern 2 und 3 genannten Leistungen rechnet der Träger der Einrichtung die persönlichen Leistungen ausschließlich nach den übrigen Bestimmungen des Gebühren- und Kostenverzeichnisses der Hebammen- und Entbindungspflegerhilfe ab.
5. Der Träger der Einrichtung ist verpflichtet, die Selbstzahlerin darauf hinzuweisen, dass Leistungen, die nicht mit der Betriebskostenpauschale abgegolten sind, der Selbstzahlerin in Rechnung gestellt werden und eine Erstattung dieser Leistungen möglicherweise nicht gewährleistet ist (beispielsweise Rufbereitschaftspauschale als private Wahlleistung der Selbstzahlerin).
6. Der Selbstzahlerin dürfen keine Mehrkosten für die durch die Betriebskostenpauschale abgegoltenen Leistungen in Rechnung gestellt werden.

4. Verordnung über die Vergütung der Leistungen von Hebammen und Entbindungspflegern gegenüber Selbstzahlerinnen im Land Brandenburg (BbgHebVergV)

Vom 22. September 2009

Auf Grund des § 2 Absatz 2 Satz 1 des Gesetzes über die Ausübung des Berufes der Hebamme und des Entbindungspflegers im Land Brandenburg vom 19. Oktober 1993 (GVBl. I S. 460) verordnet die Ministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie:

§ 1 Geltungsbereich

(1) Diese Verordnung regelt die Vergütung für Leistungen der freiberuflich erbrachten Hebammenhilfe gegenüber Selbstzahlerinnen.

(2) Freiberuflich tätige Hebammen und Entbindungspfleger dürfen gegenüber Selbstzahlerinnen Gebühren, Auslagen und Wegegelder erheben. Auslagen können pauschal abgerechnet werden, soweit nicht § 2 Absatz 4 abweichende Regelungen trifft.

§ 2 Höhe der Vergütung

(1) Gebühren, Auslagen und Wegegelder bestimmen sich nach der Anlage.

(2) Gebühren dürfen bis zum zweifachen Satz der in der Anlage aufgeführten Beträge abgerechnet werden. Innerhalb des sich aus Satz 1 ergebenden Gebührenrahmens sind die Gebühren nach den besonderen Umständen des Einzelfalles, insbesondere anhand des Schwierigkeitsgrades und des Zeitaufwandes der einzelnen Leistungen sowie nach den Vermögens- und Einkommensverhältnissen der Zahlungspflichtigen zu bemessen. Für Wegegelder gilt ein einfacher Abrechnungssatz.

(3) Gebühren sind mit dem einfachen Satz abzurechnen, wenn die Zahlung der Vergütung unmittelbar durch einen öffentlich-rechtlichen Kostenträger erfolgt.

(4) Auslagen für angewandte Arzneimittel sind in Höhe der tatsächlich entstandenen Kosten abzurechnen. Auslagen für verwendete Materialien werden mit dem einfachen Satz der in der Anlage festgelegten Pauschalbeträge abgerechnet.

(5) Für Geburten in von Hebammen oder Entbindungspflegern geleiteten Einrichtungen sind die Betriebskosten pauschal mit dem einfachen Satz abzurechnen. Mit den pauschalen Betriebskosten werden alle für die notwendige Versorgung der Selbstzahlerin unmittelbar vor, während und nach der Geburt sowie für die Betreuung des Neugeborenen während und unmittelbar nach der Geburt anfallenden Kosten vergütet, soweit sie nicht durch persönliche Leistungserbringung der Hebamme oder des Entbindungspflegers nach dem Vergütungsverzeichnis der Anlage zu dieser Verordnung abzurechnen sind. Materialien und Arzneimittel, die nach Absatz 4 abgerechnet werden können, sind in der Pauschale nicht enthalten.

§ 3 Zuschläge

Zuschläge dürfen allgemein oder in besonderen Fällen als erhöhte Gebühr berechnet werden. Ein allgemeiner Zuschlag gilt für Leistungen, die zur Nachtzeit (20 Uhr bis 8 Uhr), an Samstagen nach 12 Uhr sowie an Sonn- und Feiertagen erbracht werden. Ein beson-

derer Zuschlag gilt, wenn er mit angegebener Zweckbestimmung in der Anlage aufgeführt ist.

§ 4 Rechnungslegung

In der Rechnung sind die berechneten Leistungen chronologisch geordnet aufzulisten. Beginn und Ende der Einzelleistungen sind anzugeben, soweit dies für die Höhe der Vergütung von Bedeutung ist. Sofern einzelne Positionen der Anlage zu dieser Verordnung ärztliche Anordnungen voraussetzen, sind diese der Rechnung beizufügen.

§ 5 Vergütungsanpassung

Die in der Anlage zu dieser Verordnung aufgeführten Vergütungssätze erhöhen sich am 1. Januar 2010 und am 1. Januar 2011 um jeweils zwei Prozent.

§ 6 Inkrafttreten, Außerkrafttreten

Diese Verordnung tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft. Gleichzeitig tritt die Verordnung über die Vergütung für Hebammen- und Entbindungspflegerhilfe außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung vom 21. November 2001 (GVBl. II S. 634), die durch Verordnung vom 11. Dezember 2006 (GVBl. II S. 558) geändert worden ist, außer Kraft.

Vergütungsverzeichnis*

A. Leistungen der Mutterschaftsvorsorge und Schwangerenbetreuung

Nr.	Leistung	Gebühr in EUR
010	Beratung der Schwangeren, auch mittels Kommunikationsmedium . .	5,81
	Die Gebühr nach Nummer 010 ist während der Schwangerschaft insgesamt höchstens zwölfmal berechnungsfähig.	
	Die Gebühr nach Nummer 010 ist an demselben Tag neben Leistungen nach den Nummern 020, 030, 040, 050, 060 und 080 nicht berechnungsfähig.	
	Die Gebühr nach Nummer 010 darf an demselben Tag nur dann mehr als einmal berechnet werden, wenn die mehrmalige Erbringung der Leistung an demselben Tag durch die Besonderheiten des Falles geboten war.	
	Eine mehrmalige Berechnung an demselben Tag ist in der Rechnung unter Angabe der jeweiligen Uhrzeit der Leistungserbringung näher zu begründen.	

* Die Vergütungssätze erhöhen sich am 1. Januar 2010 und am 1. Januar 2011 um jeweils zwei Prozent.

Nr.	Leistung	Gebühr in EUR
020	Vorgespräch über Fragen der Schwangerschaft und Geburt, mindestens 30 Minuten je angefangene 15 Minuten	7,34
	Die Absicht der Schwangeren, zu Hause oder in einer von Hebammen oder Entbindungspflegern geleiteten Einrichtung zu gebären, ist zu dokumentieren.	
	Die Gebühr nach Nummer 020 ist bei jeder Schwangeren einmal im Umfang von höchstens 60 Minuten, bei geplanter Geburt zu Hause oder in einer von Hebammen oder Entbindungspflegern geleiteten Einrichtung ein weiteres Mal im Umfang von bis zu 90 Minuten berechnungsfähig.	
	Die Gebühr nach Nummer 020 ist an demselben Tag neben Leistungen nach den Nummern 010, 030, 040, 050, 060 und 080 nicht berechnungsfähig.	
030	Vorsorgeuntersuchung der Schwangeren nach Maßgabe der Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (Mutterschafts-Richtlinien) in der Fassung vom 10. Dezember 1985 (Bundesanzeiger vom 27. März 1986), zuletzt geändert am 22. Januar 2009 (Bundesanzeiger S. 946 vom 13. März 2009), in der jeweils geltenden Fassung	22,44
	Die Vorsorgeuntersuchung umfasst folgende Leistungen:	
	Gewichtskontrolle, Blutdruckmessung, Urinuntersuchung auf Eiweiß und Zucker, Kontrolle des Standes der Gebärmutter, Feststellung der Lage, Stellung und Haltung des Kindes, Kontrolle der kindlichen Herztöne, allgemeine Beratung der Schwangeren, Dokumentation im Mutterpass.	
	Die Gebühr nach Nummer 030 ist berechnungsfähig	
	a) bei normalem Schwangerschaftsverlauf,	
	b) bei pathologischem Schwangerschaftsverlauf, wenn die Hebamme oder der Entbindungspfleger die Vorsorgeuntersuchung auf ärztliche Anordnung vornimmt oder wenn die Schwangere wegen des pathologischen Schwangerschaftsverlaufs ärztliche Betreuung trotz Empfehlung der Hebamme oder des Entbindungspflegers nicht in Anspruch nehmen möchte.	
040	Entnahme von Körpermaterial zur Durchführung notwendiger Laboruntersuchungen im Rahmen der Mutterschafts-Richtlinien je Entnahme, einschließlich Veranlassung der Laboruntersuchung(en), Versand- und Portokosten, Dokumentation im Mutterpass nach den Mutterschafts-Richtlinien und Befundübermittlung	5,71
	Die Gebühr nach Nummer 040 ist auch berechnungsfähig, wenn die Entnahme von Körpermaterial zur Risikoabklärung notwendig ist oder die Schwangere sich nach Nummer 030 Buchstabe b in Betreuung einer Hebamme oder eines Entbindungspflegers befindet oder die Entnahme ärztlich angeordnet ist.	

Nr.	Leistung	Gebühr in EUR
	Die Leistungen nach den Nummern 030 und 040 sind nur berechnungsfähig, soweit sie nicht bereits durch einen anderen Leistungserbringer durchgeführt wurden.	
050	Hilfe bei Schwangerschaftsbeschwerden oder bei Wehen, für jede angefangene 30 Minuten	14,69
	Dauert die Leistung nach Nummer 050 länger als drei Stunden, so ist die Notwendigkeit der über drei Stunden hinausgehenden Hilfe in der Rechnung zu begründen.	
051	Nummer 050 mit Zuschlag gemäß § 3	17,63
	Maßgeblich für die Berücksichtigung des Zuschlages ist bei dem in der Übergangszeit liegenden Leistungsanteil der Zeitpunkt der Beendigung dieses Anteils.	
060	Cardiotokografische Überwachung bei Indikationen nach Maßgabe der Anlage 2 zu den Mutterschafts-Richtlinien einschließlich Dokumentation im Mutterpass nach den Mutterschafts-Richtlinien	6,43
	Die Gebühr für die Leistungen nach Nummer 060 ist je Tag höchstens zweimal berechnungsfähig, es sei denn, dass weitere Überwachungen ärztlich angeordnet werden.	
070	Geburtsvorbereitung bei Unterweisung in der Gruppe, bis zu zehn Schwangere je Gruppe und höchstens 14 Stunden, für jede Schwangere je Unterrichtsstunde (60 Minuten)	5,71
080	Geburtsvorbereitung bei Einzelunterweisung auf ärztliche Anordnung höchstens 14 Unterrichtseinheiten (30 Minuten), für jede angefangene 30 Minuten	14,69
	Die Gebühren für die Leistungen nach den Nummern 070 und 080 umfassen insbesondere die Unterrichtung über den Schwangerschaftsverlauf, die physische und psychische Vorbereitung auf Geburt und Wochenbett, gymnastische Übungen, Entspannungsübungen und Übungen der Atemtechnik.	

B. Geburtshilfe

Allgemeine Bestimmungen:

Die Gebühren für die Leistungen nach den Nummern 090 bis 130 umfassen die Hilfe für die Dauer von bis zu acht Stunden vor der Geburt des Kindes oder einer Fehlgeburt und die Hilfe für die Dauer von bis zu drei Stunden danach einschließlich aller damit verbundenen Leistungen und Dokumentationen mit Ausnahme der gegebenenfalls gesondert berechnungsfähigen Leistungen nach den Nummern 140 und 150, 240 und 250.

Die jeweilige Gebühr steht den Hebammen oder Entbindungspflegern auch dann zu, wenn sie erst nach der Geburt, jedoch vor Vollendung der Versorgung von Mutter und Kind Hilfe leisten konnten.

Nr.	Leistung	Gebühr in EUR
	Die Gebühren nach den Nummer 090 und 130 dürfen auch dann berechnet werden, wenn die Geburt oder Fehlgeburt ärztlicherseits künstlich eingeleitet wurde.	
	Maßgeblich für die Berücksichtigung des Zuschlages bei den Nummern 091, 101, 111 und 121 ist der Zeitpunkt der Geburt, bei Nummer 131 der Zeitpunkt der Fehlgeburt.	
090	Hilfe bei der Geburt eines Kindes im Krankenhaus	224,40
091	Nummer 090 mit Zuschlag gemäß § 3	269,28
100	Hilfe bei einer außerklinischen Geburt in einer Einrichtung unter ärztlicher Leitung	224,40
101	Nummer 100 mit Zuschlag gemäß § 3	269,28
110	Hilfe bei einer außerklinischen Geburt in einer von Hebammen oder Entbindungspflegern geleiteten Einrichtung	367,20
111	Nummer 110 mit Zuschlag gemäß § 3	440,64
112	Pauschale Betriebskosten für eine vollendete Geburt in einer von Hebammen oder Entbindungspflegern geleiteten Einrichtung, sofern die Einrichtung mit der Einführung eines anerkannten Qualitätsmanagement-Systems begonnen oder die Einführung abgeschlossen hat.	550,00
113	Pauschale Betriebskosten für eine vollendete Geburt in einer von Hebammen oder Entbindungspflegern geleiteten Einrichtung, bis zum Zeitpunkt der Einführung eines anerkannten Qualitätsmanagement-Systems	500,50
114	Pauschale Betriebskosten für eine nicht vollendete Geburt in einer von Hebammen oder Entbindungspflegern geleiteten Einrichtung bei Verlegung aus der Einrichtung nach weniger als vier Stunden, sofern die Einrichtung mit der Einführung eines anerkannten Qualitätsmanagement-Systems begonnen oder die Einführung abgeschlossen hat.	412,50
115	Pauschale Betriebskosten für eine nicht vollendete Geburt in einer von Hebammen oder Entbindungspflegern geleiteten Einrichtung bei Verlegung aus der Einrichtung nach weniger als vier Stunden, bis zum Zeitpunkt der Einführung eines anerkannten Qualitätsmanagement-Systems	375,38
116	Pauschale Betriebskosten für eine nicht vollendete Geburt in einer von Hebammen oder Entbindungspflegern geleiteten Einrichtung bei Verlegung aus der Einrichtung nach mehr als vier Stunden, sofern die Einrichtung mit der Einführung eines anerkannten Qualitätsmanagement-Systems begonnen oder die Einführung abgeschlossen hat.	550,00
117	Pauschale Betriebskosten für eine nicht vollendete Geburt in einer von Hebammen oder Entbindungspflegern geleiteten Einrichtung bei Verlegung aus der Einrichtung nach mehr als vier Stunden, bis zum Zeitpunkt der Einführung eines anerkannten Qualitätsmanagement-Systems	500,50

Nr.	Leistung	Gebühr in EUR
120	Hilfe bei einer Hausgeburt	448,80
121	Nummer 120 mit Zuschlag gemäß § 3	538,56
130	Hilfe bei einer Fehlgeburt	142,80
131	Nummer 130 mit Zuschlag gemäß § 3	171,36
140	Versorgung einer geburtshilflichen Schnitt- oder Rissverletzung mit Ausnahme eines Dammrisses III. oder IV. Grades	25,50
150	Zuschlag für die Hilfe bei der Geburt von Zwillingen und mehr Kindern, für das zweite und jedes weitere Kind, je Kind	58,65
160	Hilfe bei einer nicht vollendeten Geburt	142,80
	a) im Krankenhaus	
	b) zu Hause,	
	c) in einer außerklinischen Einrichtung unter Leitung einer Hebamme,	
	d) in einer außerklinischen Einrichtung unter ärztlicher Leitung	
	Die Gebühr für die Leistung nach Nummer 160 umfasst die Hilfe für die Dauer von bis zu fünf Stunden vor dem Ende der Geburtshilfe einschließlich aller damit verbundenen Leistungen.	
	Die Gebühr nach Nummer 160 Buchstabe a ist nur berechnungsfähig, wenn die Schwangere vom Krankenhaus aus in ein anderes Krankenhaus verlegt wird und die Hebamme oder der Entbindungspfleger dort keine weitere Hilfe leistet.	
	Die Gebühren nach Nummer 160 Buchstabe b bis d sind nur in unmittelbarem Zusammenhang mit einer Hausgeburt oder einer Geburt in einer außerklinischen Einrichtung berechnungsfähig, wenn die Hebamme oder der Entbindungspfleger die vorher geplante und bereits begonnene Hausgeburt oder außerklinische Geburt auf Grund unvorhergesehener Umstände abbrechen muss und die Schwangere in ein Krankenhaus überwiesen oder begleitet wird.	
	Die Gebühr nach Nummer 160 ist nicht neben den Gebühren nach den Nummern 090 bis 130 berechnungsfähig.	
161	Nummer 160 mit Zuschlag gemäß § 3	171,36
170	Hilfe bei einer außerklinischen Geburt oder Fehlgeburt durch eine zweite Hebamme oder einen zweiten Entbindungspfleger, für jede angefangene halbe Stunde	14,69
	Die Gebühr nach Nummer 170 ist bis zu einer Dauer von vier Stunden berechnungsfähig. Dies gilt entsprechend, wenn die Geburt oder Fehlgeburt nicht außerklinisch beendet wird.	
	Die Gebühr nach Nummer 170 ist auch bei einer Geburt in der Klinik abrechnungsfähig, wenn es sich um eine Geburt von Mehrlingen handelt, wenn die Geburt ohne Arzt durchgeführt wird oder wenn es zu lebensbedrohlichen Blutungen nach der Geburt kommt.	
171	Nummer 170 mit Zuschlag gemäß § 3	17,63

C. Leistungen während des Wochenbetts

Allgemeine Bestimmungen

a) Die Leistungen nach den Nummern 180 bis 230 dienen der Überwachung des Wochenbettverlaufs und umfassen insbesondere die Beratung, Betreuung sowie Versorgung von Mutter und Kind einschließlich aller damit verbundenen Leistungen mit Ausnahme der Leistungen nach den Nummern 240 und 250. Die Leistungen und Zuschläge nach den Nummern 180 bis 210, 230 und 250 sind auch nach einer Fehlgeburt sowie einer medizinisch induzierten Geburt oder Fehlgeburt berechnungsfähig. Die Leistungen stehen der Mutter auch dann zu, wenn sich das Kind in Adoptionspflege befindet.

b) In den ersten zehn Tagen nach der Geburt ist an demselben Tag jeweils ein Besuch nach den Nummern 180, 200 oder 210 berechnungsfähig. Wird der erste Besuch bereits am Tage der Geburt ausgeführt, dürfen weitere Besuche nach den Nummern 180, 200 oder 210 nur für die folgenden neun Tage berechnet werden. Wird die Wochenbettbetreuung erst im Laufe der ersten zehn Tage nach der Geburt von einer anderen Hebamme oder einem anderen Entbindungspfleger übernommen, werden die Besuche bis zum zehnten Tag nach der Geburt vergütet.

c) In dem Zeitraum zwischen dem elften Tag nach der Geburt bis zum Ablauf von acht Wochen nach der Geburt sind Leistungen nach den Nummern 180, 200, 210 oder 230 berechnungsfähig, weitere Leistungen nach den Nummern 180, 200, 210 oder 230 dabei jedoch nur nach Maßgabe der Allgemeinen Bestimmung nach Buchstabe d. Der in Satz 1 genannte Zeitraum beginnt bereits am zehnten Tag nach der Geburt, wenn der erste Besuch bereits am Tage der Geburt ausgeführt wird. Mehr als 16 Leistungen nach den Nummern 180, 200, 210 oder 230 sind in diesem Zeitraum nur berechnungsfähig, soweit sie ärztlich angeordnet sind.

d) Ein weiterer Besuch nach den Nummern 180 bis 210 an demselben Tag ist berechnungsfähig

aa) nach ambulanter Entbindung in den ersten zehn Tagen nach der Geburt sowie

bb) unabhängig von der Art der Entbindung während des gesamten Zeitraums bis zum Ablauf von acht Wochen nach der Geburt bei Vorliegen insbesondere folgender Besuchsgründe: schwere Stillstörungen, verzögerte Rückbildung, nach Sekundärnaht oder Dammriss III. Grades, bei Beratung und Anleitung der Mutter zur Versorgung und Ernährung des Säuglings im Anschluss an dessen stationäre Behandlung oder nach ärztlicher Anordnung. Der Grund ist in der Rechnung anzugeben. Mehr als zwei Besuche an demselben Tag sind nur berechnungsfähig, wenn sie ärztlich angeordnet worden sind.

Nr.	Leistung	Gebühr in EUR
	e) Nach Ablauf von acht Wochen nach der Geburt sind Besuche nur auf ärztliche Anordnung unter Angabe der Indikation berechnungsfähig.	
	f) Maßgeblich für die Berücksichtigung des Zuschlages nach den Nummern 181, 201 und 211 ist der Zeitpunkt des Beginns der Leistung.	
180	Hausbesuch nach der Geburt	26,52
181	Nummer 180 mit Zuschlag gemäß § 3	31,82
190	Zuschlag zu der Gebühr nach Nummer 180 für den ersten Hausbesuch nach der Geburt	5,71
200	Besuch in einem Krankenhaus oder in einer außerklinischen Einrichtung unter ärztlicher Leitung	13,16
201	Nummer 200 mit Zuschlag gemäß § 3	15,79
210	Besuch in einer von Hebammen oder Entbindungspflegern geleiteten Einrichtung nach der Geburt	21,42
211	Nummer 210 mit Zuschlag gemäß § 3	25,70
220	Zuschlag für einen Besuch nach der Geburt von Zwillingen und mehr Kindern zu den Gebühren nach den Nummern 180 bis 210, für das zweite und jedes weitere Kind, je Kind	8,87
230	Beratung der Wöchnerin mittels Kommunikationsmediums	5,10
240	Erstuntersuchung des Kindes einschließlich Eintragung der Befunde in das Untersuchungsheft für Kinder (U 1) nach den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres (Kinder-Richtlinien) in der Fassung vom 26. April 1976 (veröffentlicht als Beilage Nr. 28 zum Bundesanzeiger Nr. 214 vom 11. November 1976), zuletzt geändert am 19. Juni 2008 (Bundesanzeiger Nr. 146 S. 3484 vom 25. September 2008) in der jeweils geltenden Fassung	7,65
250	Entnahme von Körpermaterial zur Durchführung notwendiger Laboruntersuchungen im Rahmen der Mutterschafts-Richtlinien oder der Kinder-Richtlinien je Entnahme, einschließlich Veranlassung der Laboruntersuchung(en), Versand- und Portokosten, Dokumentation nach den vorgenannten Richtlinien und Befundübermittlung	5,71
	Die Leistung nach Nummer 250 ist auch berechnungsfähig, wenn die Entnahme von Körpermaterial wegen Auffälligkeiten in der Neugeborenenperiode notwendig ist (z. B. Bilirubin-, Blutzucker-, ph-Kontrolle, Entzündungsparameter) sowie auf ärztliche Anordnung erfolgt ist.	
	Leistungen nach den Nummern 240 und 250 sind nur berechnungsfähig, soweit sie nicht bereits im Mutterpass oder im Untersuchungsheft für Kinder dokumentiert sind.	

D. Sonstige Leistungen

Nr.	Leistung	Gebühr in EUR
260	Überwachung, je angefangene halbe Stunde	14,69
	Die Gebühr nach Nummer 260 ist bei der Überwachung der Mutter sowie des Kindes auf ärztliche Anordnung berechnungsfähig.	
	Die Leistung nach Nummer 260 beginnt nach Ablauf der dreistündigen Überwachungsfrist, die mit der Geburtsgebühr abgegolten ist.	
261	Nummer 260 mit Zuschlag gemäß § 3	17,63
	Maßgeblich für die Berücksichtigung des Zuschlages ist bei dem in der Übergangszeit liegenden Leistungsanteil der Zeitpunkt der Beendigung dieses Anteils.	
270	Rückbildungsgymnastik bei Unterweisung in der Gruppe, bis zu zehn Teilnehmerinnen je Gruppe und höchstens zehn Stunden, für jede Teilnehmerin je Unterrichtsstunde (60 Minuten)	5,71
	Die Leistung nach Nummer 270 ist nur berechnungsfähig, wenn die Rückbildungsgymnastik in den ersten vier Monaten nach der Geburt begonnen und bis zum Ende des neunten Monats nach der Geburt abgeschlossen wird.	
280	Beratung der Mutter bei Stillschwierigkeiten oder Ernährungsproblemen des Säuglings	26,52
	Die Gebühren nach den Nummern 280 und 290 sind frühestens nach Ablauf von acht Wochen nach der Geburt bis zum Ende der Abstillphase, bei Ernährungsproblemen des Säuglings bis zum Ende des neunten Monats nach der Geburt berechnungsfähig.	
	Die Leistungen nach den Nummern 280 und 290 sind höchstens viermal in diesem Zeitraum berechnungsfähig.	
281	Nummer 280 mit Zuschlag gemäß § 3	31,82
	Maßgeblich für die Berücksichtigung des Zuschlages ist der Zeitpunkt der Beendigung der Leistung.	
290	Beratung der Mutter bei Stillschwierigkeiten oder Ernährungsproblemen des Säuglings mittels Kommunikationsmediums	5,10

E. Wegegelder/Auslagenersatz

Nr.	Leistung	Gebühr in EUR
300	Wegegeld bei einer Entfernung von nicht mehr als zwei Kilometern zwischen der Wohnung oder Praxis der Hebamme oder des Entbindungspflegers und der Stelle der Leistungserbringung	1,68
310	Wegegeld bei einer Entfernung von nicht mehr als zwei Kilometern zwischen der Wohnung oder Praxis der Hebamme oder des Entbindungspflegers und der Stelle der Leistungserbringung in der Zeit von 20 Uhr bis 8 Uhr	2,38

Nr.	Leistung	Gebühr in EUR
320	Wegegeld bei einer Entfernung von mehr als zwei Kilometern zwischen der Wohnung oder Praxis der Hebamme oder des Entbindungspflegers und der Stelle der Leistungserbringung, für jeden zurückgelegten Kilometer	0,59
330	Wegegeld bei einer Entfernung von mehr als zwei Kilometern zwischen der Wohnung oder Praxis der Hebamme oder des Entbindungspflegers und der Stelle der Leistungserbringung in der Zeit von 20 Uhr bis 8 Uhr, für jeden zurückgelegten Kilometer	0,81
335	Fahrkosten für die Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel	2,10
	Zur Erstattung der tatsächlich entstandenen Kosten sind die entsprechenden Belege einzureichen	
340	Materialpauschale Vorsorgeuntersuchung	2,58
	Die Pauschale nach Nummer 340 ist nicht neben Nummer 350 berechnungsfähig.	
350	Materialpauschale bei Schwangerschaftsbeschwerden oder bei Wehen	2,58
	Die Pauschale nach Nummer 350 ist nicht neben den Nummern 340 und Nummer 360 berechnungsfähig.	
360	Materialpauschale Geburtshilfe	35,02
	Die Pauschale nach Nummer 360 kann nur im Zusammenhang mit einer vollendeten oder nicht vollendeten außerklinischen Geburt geltend gemacht werden. Bei Leistungen, die in der Klinik erbracht werden, sind Materialien und Arzneimittel in der DRG (Diagnosis Related Groups) enthalten, die die Klinik gegenüber der Krankenkasse geltend macht. Eine Abrechnung durch die Beleghebamme oder den Belegentbindungspfleger gegenüber der Krankenkasse ist nicht möglich.	
370	Materialpauschale, zusätzlich zu Nummer 360, bei Versorgung einer Naht bei Geburtsverletzungen	28,33
380	Materialpauschale Wochenbettbetreuung	25,24
390	Materialpauschale bei Beginn der Betreuung später als vier Tage nach der Geburt	13,70
400	Perinatalerhebung bei einer vollendeten oder nicht vollendeten außerklinischen Geburt nach vorgeschriebenem Formblatt einschließlich Versand- und Portokosten.	7,50
	Mit der Gebühr sind auch die Kosten für die Auswertung des Formblattes abgegolten.	

Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH)

I. Wissenswertes zur GebüH – Erläuterungen

Im Gegensatz zur gesetzlichen Krankenversicherung sehen die meisten Krankheitskosten-Tarife der privaten Krankenversicherer Leistungen für Aufwendungen bei der Inanspruchnahme von Heilpraktikern vor. Auch das Beihilferecht des Bundes und der meisten Länder schließt solche Aufwendungen nicht von der Beihilfefähigkeit aus.

Aufwendungen für Leistungen der Heilpraktiker werden in der Regel nur bis zur Höhe des Mindestsatzes des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH), höchstens bis zum Schwellenwert (das heißt bis zum mittleren Gebührensatz) der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bei vergleichbaren Leistungen als erstattungs- bzw. beihilfefähig anerkannt. Insbesondere gelten in der privaten Krankenversicherung im Allgemeinen Gebühren der Heilpraktiker nur bis zur Höhe vergleichbarer Arztgebühren als erstattungsfähig.

Die nachfolgend in Abschnitt III wiedergegebene Leistungsübersicht des GebüH und die beihilfefähigen Höchstbeträge entsprechen den Vollzugshinweisen zu den Beihilfevorschriften des Bundes vom 15. Dezember 2004 (GMBL. 2005 S. 542). Die Länder verweisen zum Teil auf die Vollzugshinweise des Bundes oder haben entsprechende Regelungen getroffen.

Sind in der Leistungsübersicht unter einer GebüH-Nr. verschiedene Leistungen aufgeführt, die in der GOÄ mit unterschiedlichen Gebühren bewertet werden, so ist die GebüH-Nr. in der Reihenfolge der Leistungsaufzählung untergliedert in A, B etc.

In die GOÄ nicht aufgenommene Leistungen sind – soweit möglich – analog bewertet oder mit Anmerkungen versehen, z. B. auf die wissenschaftlich nicht allgemeine Anerkennung.

Es kann davon ausgegangen werden, dass die privaten Kankenversicherer entsprechend oder ähnlich verfahren. Die Privatpatienten sollten deshalb ihren Heilpraktiker darauf hinweisen, dass jede über den Mindestsatz des GebüH bzw. über den Schwellenwert der

GOÄ hinausgehende Gebühr mit dem Mehrbetrag in der Regel nicht erstattungs- bzw. beihilfefähig ist. Die Heilpraktiker wären gut beraten, darauf bei ihren Gebührenberechnungen Rücksicht zu nehmen.

II. Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker[1)]

I. Einführung

Der Heilpraktiker übt seinen Beruf eigenverantwortlich aus und zählt zu den freien Berufen im Sinne des § 18 EStG.

Die Tätigkeit des Heilpraktikers beruht auf einem zum bürgerlichen Recht gehörenden Dienstvertrag mit dem Patienten. Der Vertrag ist laut § 145 BGB nicht an eine Form gebunden und kann auch ohne ausdrückliche Vereinbarung durch schlüssige Handlungen zustande kommen.

Der Heilpraktiker schließt mit dem Patienten einen Dienstvertrag (§§ 611–630 BGB), der ihn zur Leistung der versprochenen Dienste, wie Bemühen um Heilung oder Linderung der Krankheit im gegenseitigen Einverständnis, den Patienten zur Gewährung einer Vergütung verpflichtet.

Nach § 611 BGB ist die Höhe der Vergütung der freien Vereinbarung zwischen Heilpraktiker und Patient überlassen. Wenn beim Zustandekommen des Behandlungsvertrages über eine Vergütung nicht gesprochen wurde, so gilt sie doch nach § 612 BGB als vereinbart.

Ist in Ermangelung einer Taxe die Höhe der Vergütung nicht bestimmt, so ist die übliche Vergütung als vereinbart anzusehen (§ 612 Abs. 2).

Die Höhe der üblichen Vergütung resultiert aus der Bestimmung der Leistung nach billigem Ermessen (§ 315 BGB).

Die Gewährung der Vergütung ist nicht von einem Heilerfolg abhängig, es besteht jedoch für den Heilpraktiker die Verpflichtung zu einer gewissenhaften Behandlung unter Beachtung der Aufklärungs- und Sorgfaltspflicht.

---

1) Herausgegeben von der Kooperation Deutscher Heilpraktikerverbände e.V.

In einer unter den in der Bundesrepublik Deutschland niedergelassenen Heilpraktikern durchgeführten Umfrage wurde die Höhe des durchschnittlich festgestellten Honorarrahmens ermittelt.

Die Auswertung der ermittelten Honorare fand ihren Niederschlag im Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH).

Das GebüH ist also keine Gebührentaxe, sondern ein Verzeichnis der durchschnittlich üblichen Vergütungen, welches als Berechnungshilfe bei der Rechnungserstellung dient.

Sofern die Höhe des Honorars vor der Behandlung nicht ausdrücklich vereinbart wurde, kann der Patient davon ausgehen, dass sie sich im Rahmen der im GebüH enthaltenen Beträge bewegt.

II. Allgemeine Grundsätze

I. Bei einer korrekten Rechnungsstellung sind anzugeben:

a) Name und Wohnort des Patienten

b) die vollständige Diagnose

c) das Datum der Leistungserbringung

d) jede Einzelleistung mit der entsprechenden GebüH-Ziffer

e) jeder Einzelbetrag der entsprechenden Leistung

f) Injektions- und Infusionspräparate,
bei homöopathischen Mitteln jeweils mit Angabe der Potenz. Sie sollten nach Art, Menge und Einzelpreis angegeben werden, falls die Ampullen nicht auf Rezept vom Patienten aus der Apotheke bezogen wurden.

Anmerkung:

Nach § 4 Abs. 3 der Musterversicherungsbedingungen der privaten Krankenversicherung werden Arzneimittel grundsätzlich nur dann erstattet, wenn sie vom Behandler verordnet und vom Patienten aus der Apotheke bezogen werden. Ohne Rechtspflicht erstatten einige Leistungsträger Arzneimittelkosten auch dann, wenn nicht der Patient das Mittel aus der Apotheke bezieht, sondern aus einer Packung mit mehreren Ampullen aus Praxisvorräten nur eine verwendet wird und diese mit Namen und Preis auf der Rechnung erscheint.

II. Fremdleistungen sowie sonstige Materialien und Auslagen können nur mit dem tatsächlichen Gestehungspreis zur Berechnung kommen. Der Leistungsträger kann den Kostennachweis durch Belege verlangen.

III. Falls der Heilpraktiker Mitglied eines Berufsverbandes ist, sollte die Rechnung zusätzlich mit dem Verbandsstempel versehen werden.

IV. Die Blutdruckmessung ist grundsätzlich Bestandteil der Untersuchung oder Beratung und daher nicht gesondert berechnungsfähig.

V. Im Rahmen einer umfassenden und ganzheitlichen Behandlung ist der Heilpraktiker berechtigt, alle zur Verfügung stehenden diagnostischen und therapeutischen Methoden anzuwenden, sofern keine einschränkenden gesetzlichen Bestimmungen vorhanden sind.

Leistungen im obigen Sinne, welche nicht im GebüH enthalten sind, können entsprechend einer gleichwertigen oder ähnlichen Leistung berechnet werden.

In der Rechnung ist die entsprechend bewertete Leistung verständlich zu beschreiben und mit der Ziffer sowie der Bezeichnung der als gleichwertig angesehenen Leistung zu versehen.

Fehlt eine vergleichbare Leistung, erfolgt die Festlegung des jeweiligen Honorars nach billigem Ermessen.

III. Inhaltsübersicht

A

Aderlass 26.2
Aerosolanwendung 23
Akupunktur 21
Aknepusteln, Entfernung von 31.2
Atemtherapie 20.1
Attest 11
Augenhintergrundspiegelung 14.2
Augenvordergrunduntersuchung 14.1
Ausstellung eines Wiederholungsrezeptes 3

B

Bäder, medizinische 36
Baunscheidt-Behandlung 27.11
Begasung von Extremitäten 30.2
Beratung 5
Beratung außerhalb der Sprechstunde 6
Beratung an Sonn- und Feiertagen 8
Beratung bei Nacht 7
Bestrahlungen 39.1–2
Biersche Stauung 27.12
Bindegewebsmassage 20.3
Bioelektronische Diagnostik 16.3
Blutausstrichdifferenzierung 12.10
Blutegelbehandlung 27.1
Blutentnahme 26.1
Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit 12.12
Blutstatus 12.7
Blutuntersuchungen, sonstige 13
Blutwäsche 25.11
Blutzuckerbestimmung 12.8

C

Cantharidenpflasterbehandlung 27.8
Carzinochrom-Reaktion 12.5
Chemische Untersuchung 12.13
Chemische Untersuchung, aufwändig 12.14
Chemogramm 12.13
Chiropraktik 34.1–2

D

Diätplan 11.3

E

Eigenblutinjektion 24.1

Eigenharninjektion 24.2

Einreibungen zur Therapie 20.8

EKG 14.6–7

Elektroneuraldiagnostik 16.1

Elektrophysikalische Methoden 39

Elektrobäder 37.4–5

Enzymdiagnostik 12.14

Erstuntersuchung 1

Erythrozytenzählung 12.11

F

Fangopackungen 38.1

Fontanellen, Setzen von 27.7

G

Gefäßdoppler-Untersuchung 14.10

Grundumsatzbestimmung nach Read 14.3

Grundumsatzbestimmung mittels Atmungsuntersuchung 14.4

H

Hämoglobinbestimmung 12.9

Harnuntersuchung 12.1–4

Hausbesuch 9

Hausbesuch als Eilbesuch 9.2

Hausbesuch bei Tag 9.1

Hausbesuch nachts und sonntags 9.3

Hausbesuch, Nebengebühren 10

Hautwiderstandsmessung 16.4

Heilmagnetische Behandlungen 18.1–2

Heißluftbäder 37.1–3

Herz-Kreislaufuntersuchungen 14.9

Homöopathie, klassische, Repert 2

HOT-Behandlung 25.11

Hydrotherapeutische Anwendungen 36

I

Infiltration, paravertebrale 28

Infusion 25.7–8

Inhalation ... 22
Injektion ... 25
K
Kirlian-Fotografie ... 15.1
Kneipp'sche Anwendungen ... 36.4
Krankheitsbescheinigung ... 11.1–2
Kristallographie ... 12.15
Kurplan/Diätplan ... 11.3
L
Leukozytenzählung ... 12.11
Lichtbäder ... 39.1–2
Lungenkapazität, Prüfung der ... 14.5
Lymphdrainage ... 20.6
M
Magnetfeldtherapie ... 39.10
Massagen ... 20
Medico-mechanische Apparate, Ben ... 20.7
Mikroskopische Untersuchungen ... 12.13
N
Nervenpunktmassage ... 20.2
Neuraltherapie ... 25.6
Neurologische Untersuchungen ... 17
O
Ohrspülung ... 30.1
Osteopathie ... 35.1–6
Oszillogramm-Methoden ... 14.8
Ozoninjektion ... 25.9–10
P
Paravertebrale Infiltration ... 28
Paraffin-Packungen ... 38.2–3
Pflasterverbände ... 33.2
Photoaufnahmen zur Diagnose ... 15.1–2
Photometrie ... 12.15
Prießnitzpackungen ... 38.4
Psychotherapeutische Behandlungen ... 19.1–8
Pustulieren ... 27.10

Q

Quaddelbehandlung 25.4

R

Reizstromtherapie 39.12

Reiztherapie, Intracutane 25.4

Repertorisation, klass. Homöopathie 2

Roedersche Behandlung 29

S

Sauerstoffinhalation 23

Saugapparate, Behandlung mit 27.6

Segmentdiagnostik 16.2

Skarifikation der Haut 27.2

Sondermassagen 20.6

Spirometrische Untersuchungen 14.5

Sprachstörungen, Behandlung von 19.7

Sch

Schlenzbäder und -packungen 36.1/38.4

Schrägbettbehandlung 20.6

Schriftliche Auslassungen 11

Schröpfen 27.3–4

T

Teilmassage 20.4

U

Ultraschallbehandlungen 39.13

Untersuchung, eingehende 1

Unterwassermassage 20.6

Urinuntersuchung 12.1–4

V

Verbände 33

W

Wiederholungsverordnung 3

Wundversorgung 32

IV. Leistungsübersicht

GebüH			BhV
Nr.	**Leistungsübersicht**	**EUR**	**Beihilfefähiger Betrag bis zu … EUR**
1	Für die eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende **Untersuchung**	12,30 bis 20,50	12,30
2	Durchführung des vollständigen **Krankenexamens mit Repertorisation** nach den Regeln der klassischen Homöopathie	15,40 bis 41,00	15,40
3	**Kurze Information,** auch mittels Fernsprecher, oder **Ausstellung einer Wiederholungsverordnung,** als einzige Leistung pro Inanspruchnahme des Heilpraktikers	bis 4,50	3,20
4	**Eingehende Beratung,** die das gewöhnliche Maß übersteigt, von mindestens 15 Minuten Dauer, ggf. einschließlich einer Untersuchung		
	Anmerkung: *Eine Leistung nach Nr. 4 wird nur als alleinige Leistung von der privaten Krankenversicherung oder der Beihilfe erstattet.*	16,40 bis 22,00	16,40
5	**Beratung,** auch mittels Fernsprecher, ggf. einschließlich einer kurzen Untersuchung *Anmerkung:* *Eine Leistung nach Nr. 5 wird nur einmal pro Behandlungsfall neben einer anderen Leistung von der privaten Krankenversicherung oder der Beihilfe erstattet.*	8,20 bis 20,50	8,20
6	Für die gleichen Leistungen wie unter 5, jedoch außerhalb der normalen Sprechstundenzeit	17,00 bis 24,50	14,80
7	Für die gleichen Leistungen wie unter 5, jedoch bei Nacht, zwischen 20 und 7 Uhr	19,50 bis 28,50	19,50
8	Für die gleichen Leistungen wie unter 5, jedoch sonn- und feiertags *Anmerkung:* *Als allgemeine Sprechstunde gilt die durch Aushang festgesetzte Zeit, selbst wenn sie nach 20 Uhr festgesetzt ist. Eine Berechnung des Honorars nach Nr. 6 bis 8 kann also nur dann erfolgen, wenn die Beratung außerhalb der festgesetzten Zeit stattfand und der Patient nicht schon vor Ablauf derselben im Wartezimmer anwesend war. Ebenso können für Sonn- und Feiertage nicht die dafür vorgesehenen erhöhten Honorare zur Berechnung kommen, wenn der Heilpraktiker gewohnheitsmäßig an Sonn- und Feiertagen Sprechstunden hält.*	15,40 bis 27,00	15,40

GebüH			BhV
Nr.	**Leistungsübersicht**	**EUR**	**Beihilfefähiger Betrag bis zu … EUR**
9	**Hausbesuch einschließlich Beratung**		
9.1	bei Tag	21,50 bis 29,50	21,50
9.2	in dringenden Fällen (Eilbesuch, sofort ausgeführt)	24,00 bis 32,00	24,00
9.3	bei Nacht und an Sonn- und Feiertagen	27,50 bis 36,50	27,50
10	**Nebengebühren für Hausbesuche**		
	Wenn der Heilpraktiker außerhalb seiner Praxis tätig sein muss, so hat er Anspruch auf Entschädigung für den Zeitaufwand während seiner Abwesenheit oder für den zurückgelegten Weg. Liegt der Ort der Behandlung **bis zu 2 Kilometer** von der Praxis entfernt, dann beträgt das **Wegegeld:**		
10.1	für jede angefangene Stunde bei Tag	bis 5,50	
10.2	für jede angefangene Stunde bei Nacht	bis 10,50	
	Das **Wegegeld** wird ersetzt bei einer Entfernung von **2 bis 25 Kilometern:**		
10.3	durch Erstattung der Auslagen für öffentliche Verkehrsmittel		
10.4	durch besondere Vereinbarung mit dem Patienten, wie Gestellung eines Transportmittels. Hierbei besteht nur Anspruch auf Vergütung der Zeitversäumnis. Bei **Benutzung des eigenen Fahrzeuges** für den zurückgelegten Kilometer		
10.5	bei Tag	bis 1,25	
10.6	bei Nacht	bis 2,50	
10.7	Handelt es sich um einen **Fernbesuch von über 25 km Entfernung** zwischen Praxis- und Besuchsort, so können pro Kilometer an Reisekosten in Anrechnung gebracht werden	bis 0,25	
	Anmerkung: *Die Wegekilometer werden nach dem jeweils günstigsten benutzbaren Fahrtweg berechnet.*		
	Besucht der Heilpraktiker mehrere Patienten bei einer Besuchsfahrt, werden die Fahrtkosten entsprechend aufgeteilt.		
10.8	Handelt es sich bei einem Krankenbesuch um eine **Reise, welche länger als 6 Stunden** dauert, so kann der Heilpraktiker anstelle des Wegegeldes die tatsächlich entstandenen Reisekosten in Anrechnung bringen und außerdem für den Zeitaufwand pro Stunde Reisezeit berechnen.		

GebüH			BhV
Nr.	**Leistungsübersicht**	**EUR**	**Beihilfefähiger Betrag bis zu … EUR**
	Der Patient ist hiervon vorher in Kenntnis zu setzen. *Bemerkungen zu den BhV:* siehe § 8 und § 9 GoÄ	10,50 bis 20,50	
11	**Schriftliche Auslassungen und Krankheitsbescheinigungen**		
11.1	Kurze Krankheitsbescheinigung oder Brief im Interesse des Patienten *Bemerkungen zu den BhV:* Bescheinigung	3,60 bis 15,50	3,50
11.2	Ausführlicher Krankheitsbericht oder Gutachten (DIN-A 4 engzeilig maschinengeschrieben)	10,30 bis 20,50	10,30
11.3	Individuell angefertigter schriftlicher Diätplan bei Ernährungs- und Stoffwechselstörungen *Anmerkung:* *Die Vervollständigung vorgefertigter Diätpläne ist nicht berechnungsfähig.*	10,50 bis 26,00	9,40
12	**Chemisch-physikalische Untersuchungen**		
12.1	Harnuntersuchungen qualitativ mittels Verwendung eines Mehrfachreagenzträgers (Teststreifen) durch visuellen Farbvergleich *Anmerkung:* *Die einfache qualitative Untersuchung auf Zucker und Eiweiß sowie die Bestimmung des pH-Wertes und des spezifischen Gewichtes ist nicht berechnungsfähig*	bis 3,10	3,10
12.2	Harnuntersuchung quantitativ (es ist anzugeben, auf welchen Stoff untersucht wurde, z. B. Zucker usw.)	bis 4,60	4,60
12.4	Harnuntersuchung, nur sediment	bis 4,60	4,60
12.5	Carzinochrom-Reaktion (CCR) *Bemerkungen zu den BhV:* soweit nicht nach Hinweis 1 zu § 6 Abs. 2 BhV ausgeschlossen	bis 17,90	17,90
12.7	Blutstatus (nicht neben Nr. 12.9, 12.10, 12.11)	bis 18,00	12.10
12.8	Blutzuckerbestimmung	bis 8,00	2,70
12.9	Hämoglobinbestimmung	bis 5,50	4,10
12.10	Differenzierung des gefärbten Blutausstriches	bis 7,70	7,70
12.11	Zählung der Leuko- und Erythrozyten *Bemerkungen zu den BhV:* GOÄ-Nr. 3550 und GOÄ-Nr. 3551	bis 5,50	A 4,10 B 1,40

GebüH			BhV
Nr.	**Leistungsübersicht**	**EUR**	**Beihilfefähiger Betrag bis zu … EUR**
12.12	Blutkörperchen-Senkungsgeschwindigkeit (BKS) einschließlich Blutentnahme	bis 6,00	4,10
12.13*)	Einfache mikroskopische und/oder chemische Untersuchungen von Körperflüssigkeiten und Ausscheidungen auch mit einfachen oder schwierigen Färbeverfahren sowie Dunkelfeld, pro Untersuchung	bis 9,50	6,70
12.14*)	Aufwendige Chemogramme von Körperflüssigkeiten und Ausscheidungen je nach Umfang (z. B. Enzymdiagnostik, Nierenchemie, Blutserumchemie, Stuhlchemie, Elektrolyse, Elektrophorese, Fermentchemie, pro Einzeluntersuchung) *Bemerkungen zu den BhV:* gilt abschließend auch für sonstige Laborleistungen; eine analoge Heranziehung des Abschnitts M der GOÄ ist nicht zulässig	bis 10,50	8,10
12.15*)	Kristallographie, Photometrie, pro Einzeluntersuchung *Bemerkungen zu den BhV:* Kristallographie nicht beihilfefähig: vgl. Hinweis 1 zu § 6 Abs. 2 BhV *) *Anmerkung:* *Die Art der Untersuchung bei Nr. 12.13, 12.14 oder 12.15 ist anzugeben.*	bis 10,50	5,40
13	**Sonstige Untersuchungen**		
13.1	Sonstige Untersuchungen unter Zuhilfenahme spezieller Apparaturen oder Färbeverfahren besonders schwieriger Art, z. B. pH-Messungen im strömenden Blut oder Untersuchungen nach v. Bremer, Enderlein usw. *Anmerkung:* *Die Art der Untersuchung ist anzugeben.*	10,50 bis 31,00	8,10
14	**Spezielle Untersuchungen**		
14.1	Binokulare mikroskopische Untersuchung des Augenvordergrundes	5,20 bis 10,50	5,20
14.2	Binokulare Spiegelung des Augenhintergrundes *Anmerkung:* *Eine Leistung nach Nr. 14.1 kann nicht neben einer Leistung nach Nr. 1 oder Nr. 4 berechnet werden. Leistungen nach Nr. 14.1 und 14.2 können nicht nebeneinander berechnet werden.*	5,20 bis 10,50	5,20
14.3	Grundumsatzbestimmung nach Read *Bemerkungen zu den BhV:* nicht neben einer Leistung nach Nr. 1 oder Nr. 4 erstattungsfähig	5,20 bis 8,00	5,20

GebüH			BhV
Nr.	**Leistungsübersicht**	**EUR**	**Beihilfefähiger Betrag bis zu … EUR**
14.4	Grundumsatzbestimmung mit Hilfe der Atemgasauntersuchung	10,30 bis 26,00	10,30
14.5	Prüfung der Lungenkapazität (Spirometrische Untersuchung)	10,50 bis 20,50	8,00
14.6	Elektrokardiogramm mit Phonokardiogramm und Ergometrie, vollständiges Programm	26,00 bis 51,50	26,00
14.7	Elektrokardiogramm mit Standardableitungen, Goldbergerableitungen, Nehbsche Ableitungen, Brustwandableitungen *Bemerkungen zu den BhV:* GOÄ-Nr. 650; bis zu 8 Ableitungen GOÄ-Nr. 651; ab 9 Ableitungen	20,50 bis 31,00	A 16,00 B 20,50
14.8	Oszillogramm-Methoden	5,20 bis 25,50	5,20
14.9	Spezielle Herz-Kreislauf-Untersuchungen *Anmerkung zu Nr. 14.9:* *Nicht neben Nr. 1 oder 4 berechenbar*	10,50 bis 25,50	9,80
14.10	Ultraschall-Gefäßdoppler-Untersuchung zu peripheren Venendruck- und/oder Strömungsmessung	bis 11,30	11,30
15	**Photoaufnahmen** *Bemerkungen zu den BhV:* nicht beihilfefähig: nach § 4 Abs. 3 GOÄ nicht gesondert berechenbar, da Kosten mit der Gebühr der Grundleistung abgegolten sind.		
15.1	Photoaufnahmen zu diagnostischen Zwecken, Aufnahmen schwarz/weiß (pro Augenpaar)	5,50 bis 15,50	
15.2	Vergrößerungen sowie Farbaufnahmen werden zum handelsüblichen Preis berechnet *Anmerkung:* *Photographische Aufnahmen der Iris oder andere photographische Aufnahmen, die zu diagnostischen Zwecken notwendig sind, sind zuvor mit dem Patienten zu vereinbaren. Photoaufnahmen, die Studienzwecken des Heilpraktikers dienen, kommen nicht zur Berechnung.*		
16	**Bioenergetische Verfahren**		
16.1	Elektro Neural-Diagnostik *Bemerkungen zu den BhV:* nicht beihilfefähig; vgl. Hinweis 1 zu § 6 Abs. 2 BhV	10,50 bis 26,00	

GebüH			BhV
Nr.	**Leistungsübersicht**	**EUR**	**Beihilfefähiger Betrag bis zu … EUR**
16.2	Segmentdiagnostik, Maximaldiagnostik u. a. *Bemerkungen zu den BhV:* nur beihilfefähig, wenn sie als einzige Leistung (vgl. § 4 Abs. 2a GOÄ) erbracht und die Notwendigkeit besonders begründet wird; nicht neben Nr. 1 und 4 berechenbar	5,20 bis 20,50	5,20
16.3	Bioelektrische Funktionsdiagonstik *Bemerkungen zu den BhV:* nicht beihilfefähig; vgl. Hinweis 1 zu § 6 Abs. 2 BhV	15,50 bis 41,00	
16.4	Hautwiderstandsmessungen *Bemerkungen zu den BhV:* nur beihilfefähig, wenn sie als einzige Leistung (vgl. § 4 Abs. 2a GOÄ) erbracht und die Notwendigkeit besonders begründet wird; nicht neben Nr. 1 und 4 berechenbar	5,20 bis 26,00	5,20
17	**Neurologische Untersuchungen**		
17.1	Neurologische Untersuchung *Anmerkung:* *Die neurologische Untersuchung wird grundsätzlich nur durchgeführt, wenn sie für den Heilzweck oder für die Sicherung der Diagnose oder die Beobachtung des Heilungsverlaufes erforderlich erscheint.* *Bemerkungen zu den BhV:* nicht neben Nr 1 und 4 berechenbar	5,20 bis 26,00	5,20
18-23	**Spezielle Behandlungen**		
18	**Heilmagnetische Behandlungen** *Bemerkungen zu den BhV:* nicht beihilfefähig; vgl. Hinweis 1 zu § 6 Abs. 2 BhV		
18.1	Einfache heilmagnetische Spezialbehandlungen, soweit sie nicht das gewöhnliche Maß einer Behandlung in zeitlicher Hinsicht überschreiten	5,50 bis 10,50	
18.2	Heilmagnetische Spezialbehandlungen, soweit sie in zeitlicher Hinsicht das gewöhnliche Maß überschreiten	8,00 bis 26,00	
19	**Psychotherapie** *Bemerkungen zu den BhV:* nicht beihilfefähig gemäß Anlage 1 zu § 6 Abs. 1 Nr. 1 BhV		
19.1	Psychotherapie von halbstündiger Dauer	15,50 bis 26,00	
19.2	Psychotherapie von 50–90 Minuten Dauer	26,00 bis 46,00	

GebüH			BhV
Nr.	**Leistungsübersicht**	**EUR**	**Beihilfefähiger Betrag bis zu … EUR**
19.3	Ausstellung eines psychodiagnostischen Befundes	15,50 bis 38,50	
19.4	Psychotherapeutisches Gutachten je zweizeiliger Schreibmaschinenseite	bis 15,50	
19.5	Psychologische Exploration mit eingehender Beratung	15,50 bis 46,00	
19.6	Anwendung und Auswertung von Testverfahren (TAT, TUA, Rorschach usw.)	15,50 bis 38,50	
19.7	Behandlung von Störungen der Sprechorgane je Sitzung *Anmerkung:* *Die Honorare für eine ausgedehnte Spezialbehandlung von Sprechangst-Neurosen (Stottern), Honorare für spezielle ausgedehnte Sprechlehrkurse, Kurse der Entwöhnungsbehandlung usw. sind besonders zu vereinbaren*	10,50 bis 31,00	
19.8	Behandlung einer Einzelperson durch Hypnose	15,50 bis 26,00	
20	**Atemtherapie, Massagen** *Bemerkungen zu den BhV:* Beihilfefähig, wenn die Leistungen in der Praxis des Heilpraktikers erbracht werden; (vgl. § 4 Abs. 3 GoÄ)		
20.1	Atemtherapeutische Behandlungsverfahren	13,00 bis 31,00	9,00
20.2	Nervenpunktmassage nach Cornelius, Aurelius u. a. Spezialnervenmassage	8,00 bis 15,50	6,90
20.3	Bindegewebsmassage	8,00 bis 20,50	6,90
20.4	Teilmassage (Massage einzelner Körperteile	5,50 bis 10,50	4,80
20.5	Großmassage	10,50 bis 18,00	6,90
20.6	Sondermassagen (Unterwasserdruckstrahlmassage, Lymphdrainage, Schrägbettbehandlung u. a.) *Bemerkungen zu den BhV:* GOÄ-Nr. 527 GOÄ-Nr. 523 GOÄ-Nr. 516	10,50 bis 20,50	A 9,90 B 6,90 C 6,90
20.7	Behandlung mit physikalischen oder medicomechanischen Apparaturen	10,50 bis 26,00	7,40
20.8	Einreibungen zu therapeutischen Zwecken in die Haut	5,50 bis 8,00	4,80
21	**Akupunktur**		
21.1	Akupunktur einschließlich Pulsdiagnose	10,30 bis 26,00	10,30
21.2	Moxibustionen, Elektroakupunktur, Injektionen und Quaddelungen in Akupunkturpunkte *Bemerkungen zu den BhV:* soweit nicht nach Hinweis 1 zu § 6 Abs. 2 BhV ausgeschlossen	5,20 bis 15,50	5,20

GebüH			BhV
Nr.	**Leistungsübersicht**	**EUR**	**Beihilfefähiger Betrag bis zu … EUR**
22	**Inhalation**		
22.1	Inhalation, soweit sie vom Heilpraktiker mit den verschiedenen Apparaturen in der Sprechstunde ausgeführt werden	5,50 bis 13,00	4,00
23	**Aerosole**		
23.1	Anwendung von Aerosolen mit Kompressor, Preßluft- bzw. Sauerstoffapparat *Bemerkungen zu den BhV:* soweit nicht nach Hinweis 1 zu § 6 Abs. 2 BhV ausgeschlossen	5,20 bis 15,50	5,20
24–30	**Blutentnahmen – Injektionen – Infusionen – Hautableitungsverfahren**		
24	**Eigenblut** *Bemerkungen zu den BhV:* soweit nicht nach Hinweis 1 zu § 6 Abs. 2 BhV ausgeschlossen		
24.1	Eigenblutinjektion	10,30 bis 13,00	10,30
24.2	Eigenharninjektion	5,20 bis 13,00	5,20
25	**Injektionen, Infusionen**		
25.1	Injektion, subkutan	bis 5,20	5,20
25.2	Injektion, intramuskulär	bis 5,20	5,20
25.3	Injektion, intravenös, intraarteriell	bis 7,70	7,70
25.4	intrakutane Reiztherapie (Quaddelbehandlung) pro Sitzung	7,20 bis 13,00	7,20
25.5	Injektion, intraartikulär	5,20 bis 15,50	5,20
25.6	Neural- oder segmentgezielte Injektionen nach Hunecke	7,70 bis 26,00	7,70
25.7	Infusion	bis 8,70	8,70
25.8	Dauertropfinfusion *Anmerkung:* *Für die bei Infusionen ggf. eingebrachten Medikamente werden nur die nachweisbaren Eigenkosten, unter Angabe von Art und Menge der verbrauchten Präparate, von den Leistungsträgern erstattet.*	bis 12,80	12,80
25.9	Gasgemischinjektionen (z. B. Ozon oder Sauerstoff), intramuskulär *Bemerkungen zu den BhV:* soweit nicht nach Hinweis 2 zu § 6 Abs. 2 BhV ausgeschlossen	7,70 bis 13,00	7,70
25.10	Gasgemischinjektionen, intraarteriell	13,00 bis 26,00	10,80

GebüH			BhV
Nr.	**Leistungsübersicht**	**EUR**	**Beihilfefähiger Betrag bis zu … EUR**
25.11	HOT-Behandlung (Hämatogene Oxidationstherapie) *Bemerkungen zu den BhV:* vgl. Hinweis 1 zu § 6 Abs. 2 BhV	26,00 bis 51,50	nicht beihilfefähig
26	**Blutentnahmen**		
26.1	Blutentnahme	bis 3,60	3,60
26.2	Aderlass	bis 12,80	12,80
27	**Hautableitungsverfahren, Hautreizverfahren**		
27.1	Setzen von Blutegeln, ggf. einschließlich Verband	10,50 bis 31,00	5,90
27.2	Skarifikation der Haut	5,50 bis 10,50	4,70
27.3	Setzen von Schröpfköpfen, unblutig	5,20 bis 8,00	5,20
27.4	Setzen von Schröpfköpfen, blutig	10,50 bis 20,50	5,90
27.5	Schröpfkopfmassage einschließlich Gleitmittel	5,20 bis 10,50	5,20
27.6	Anwendung großer Saugapparate für ganze Extremitäten	10,50 bis 26,00	5,90
27.7	Setzen von Fontanellen	5,20 bis 15,50	5,20
27.8	Setzen von Cantharidenblasen	5,20 bis 10,50	5,20
27.9	Reinjektion des Blaseninhaltes (aus Nr. 27.8)	5,20 bis 10,50	5,20
27.10	Anwendung von Pustulantien	5,20 bis 10,50	5,20
27.11	Baunscheidtieren	10,30 bis 20,50	10,30
27.12	Biersche Stauung	5,20 bis 8,00	5,20
28	**Infiltrationen**		
28.1	Behandlung mittels paravertebraler Infiltration, einmalig	7,70 nis 15,50	7,70
28.2	Behandlung mittels paravertebraler Infiltration, mehrmalig	10,0 bis 20,50	10,30
29	**Roedersches Verfahren**		
29.1	Roedersches Berhandlungs- und Mandelabsaugverfahren	8,00 bis 15,50	5,90
30	**Sonstiges**		
30.1	Spülung des Ohres	8,00 bis 15,50	6,10
30.2	Anwendung der Beutelbegasung für ganze Extremitäten mit Ozon oder Sauerstoff *Bemerkungen zu den BhV:* soweit nicht nach Hinweis 2 zu § 6 Abs. 2 BhV ausgeschlossen	10,30 bis 36,00	10,30

GebüH			BhV
Nr.	**Leistungsübersicht**	**EUR**	**Beihilfefähiger Betrag bis zu … EUR**
31	**Wundversorgung, Verbände und Verwandtes**		
31	**Abszesse u. a.**		
31.1	Eröffnung eines oberflächlichen Abszesses	5,23 bis 13,00	5,20
31.2	Entfernung von Aknepusteln pro Sitzung	5,20 bis 10,50	5,20
32	**Versorgung einer frischen Wunde**		
32.1	bei einer kleinen Wunde	5,20 bis 10,50	5,20
32.2	bei einer größeren und verunreinigten Wunde	10,30 bis 15,50	10,30
33	**Verbände (außer zur Wundbehandlung)**		
33.1	Verbände, jedesmal	5,20 bis 15,50	5,20
33.2	elastische Stütz- und Pflasterverbände	5,20 bis 15,50	5,20
33.3	Kompressions- oder Zinkleimverband *Anmerkung:* *Materialien kommen zum Gestehungspreis zur Berechnung*	5,20 bis 13,00	5,20
34	**Gelenk- und Wirbelsäulenbehandlung**		
34.1	Chiropraktische Behandlung	10,50 bis 18,00	5,00
34.2	Gezielter chiropraktischer Eingriff an der Wirbelsäule *Anmerkung:* *Bei einem mehr als dreimaligen gezielten Eingriff an der Wirbelsäule kann der Leistungsträger eine Begründung verlangen.*	15,40 bis 19,00	15,40
35	**Osteopathische Behandlung**		
35.1	des Unterkiefers	7,70 bis 15,50	7,70
35.2	des Schultergelenkes	15,40 bis 26,00	15,40
35.3	der Handgelenke, des Oberschenkels, des Unterschenkels, des Vorderarmes und der Fußgelenke	15,40 bis 26,00	15,40
35.4	des Schlüsselbeins und der Kniegelenke	5,20 bis 15,50	5,20
35.5	des Daumens	5,20 bis 13,00	5,20
35.6	einzelner Finger und Zehen	5,20 bis 13,00	5,20
36	**Hydro- und Elektrotherapie** *Bemerkungen zu den BhV:* beihilfefähig, wenn die Leistungen in der Praxis des Heilpraktikers erbracht werden (vgl. § 4 Abs. 3 GOÄ)		
	Medizinische Bäder und sonstige hydrotherapeutische Anwendungen		
36.1	Leitung eines ansteigenden Vollbades	5,20 bis 15,50	5,20
36.2	Leitung eines ansteigenden Teilbades	5,50 bis 8,00	4,90
36.3	Spezialdarmbad (subaquales Darmbad)	7,70 bis 23,00	7,70
36.4	Kneippsche Güsse	5,50 bis 8,00	4,90

GebüH			BhV
Nr.	**Leistungsübersicht**	**EUR**	**Beihilfefähiger Betrag bis zu … EUR**
37	**Elektrische Bäder und Heißluftbäder** *Bemerkungen zu den BhV:* beihilfefähig, wenn die Leistungen in der Praxis des Heilpraktikers erbracht werden (vgl. § 4 Abs. 3 GOÄ)		
37.1	Teilheißluftbad, z. B. Kopf oder Arm	5,50 bis 8,00	3,50
37.2	Ganzheißluftbad, z. B. Rumpf oder Beine	8,00 bis 10,50	5,40
37.3	Heißluftbad im geschlossenen Kasten	5,20 bis 10,50	5,20
37.4	Elektrisches Vierzellenbad	8,00 bis 13,00	4,90
37.5	Elektrisches Vollbad (Stangerbad)	7,70 bis 13,00	7,70
38	**Spezialpackungen** *Bemerkungen zu den BhV:* beihilfefähig, wenn die Leistungen in der Praxis des Heilpraktikers erbracht werden (vgl. § 4 Abs. 3 GOÄ)		
38.1	Fangopackungen	8,00 bis 15,50	3,70
38.2	Paraffinpackungen, örtliche	8,00 bis 15,50	3,70
38.3	Paraffinganzpackungen	10,50 bis 23,00	3,70
38.4	Kneippsche Wickel- und Ganzpackungen, Prießnitz- und Schlenzpackungen *Anmerkung:* *Alle nicht aufgeführten Bäder und Packungen evtl. unter Verwendung verschiedener Apparate werden nach vergleichbaren Positionen berechnet.*	10,50 bis 31,00	3,70
39	**Elektro-physikalische Heilmethoden** *Bemerkungen zu den BhV:* beihilfefähig (außer Nr. 39.10), wenn die Leistungen in der Praxis des Heilpraktikers erbracht werden (vgl. § 4 Abs. 3 GOÄ)		
39.1	einfache oder örtliche Lichtbestrahlungen	5,50 bis 8,00	3,30
39.2	Ganzbestrahlungen	7,70 bis 10,50	7,70
39.4	Faradisation, Galvanisation und verwandte Verfahren (Schwellstromgeräte)	5,50 bis 15,50	5,10
39.5	Anwendung der Influenzmaschine	5,50 bis 10,50	5,10
39.6	Anwendung von Heizsonnen (Infrarot)	5,50 bis 8,00	4,20
39.7	Verschorfung mit heißer Luft und heißen Dämpfen	5,20 bis 10,50	5,20
39.8	Behandlung mit hochgespannten Strömen, Hochfrequenzströmen in Verbindung mit verschienenen Apparaten	5,50 bis 15,50	3,90

GebüH			BhV
Nr.	**Leistungsübersicht**	**EUR**	**Beihilfefähiger Betrag bis zu … EUR**
39.9	Langwellenbehandlung (Diathermie), Kurzwellen- und Mirkowellenbehandlung	8,00 bis 18,00	3,90
39.10	Magnetfeldtherapie mit besonderen Spezialapparaten *Bemerkungen zu den BhV:* vgl. Hinweis 2 zu § 6 Abs. 2 BhV	10,50 bis 20,50	nicht beihilfefähig
39.11	Elektromechanische und elektrothermische Behandlung (je nach Aufwand und Dauer)	5,50 bis 31,00	5,10
39.12	Niederfrequente Reizstromtherapie, z. B. Jono-Modulator	5,50 bis 26,00	5,10
39.13	Ultraschall-Behandlung	5,50 bis 15,50	4,70

Gebührenübersicht für die selbstständigen Angehörigen der Gesundheits- und Medizinalberufe (GebüHh)

I. Wissenswertes zur GebüHh – Erläuterungen

Die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) gilt nur für ärztliche Leistungen, d. h. für Leistungen, die der Arzt selbst erbringt oder durch Personen erbringen lässt, die seiner Aufsicht und Weisung unterstehen. Leistungen, die durch selbstständige Angehörige der Gesundheits- und Medizinalberufe (z. B. Physiotherapeuten) erbracht und berechnet werden, gehören nicht zu den ärztlichen Leistungen.

Für die Berechnung der von Angehörigen dieser Berufe erbrachten Leistungen ist die GOÄ deshalb nicht maßgeblich; insoweit fehlt es an einer amtlichen Gebührenordnung, für deren Erlass es keine gesetzliche Ermächtigung gibt.

Für die Beihilfeberechtigten des Bundes hat der Bundesminister des Innern zur Festlegung der Angemessenheit der von selbstständigen Angehörigen der Gesundheits- und Medizinalberufe in Rechnung gestellten Leistungen in Abstimmung mit den fachlich kompetenten Verbänden (z. B. Verband Physikalische Therapie, Zentralverband der Krankengymnasten) das nachfolgende Leistungsverzeichnis mit Höchstbeträgen für die Beihilfefähigkeit der einzelnen Aufwendungen erstellt (Anlage 3 zu § 23 Abs. 1 und § 24 Abs. 1 BBhV vom 13. Februar 2009 – VGBl. I S. 326). Die in diesem Leistungsverzeichnis festgelegten beihilfefähigen Höchstbeträge gelten im Wesentlichen in allen Bundesländern. Mangels einer amtlichen Gebührenordnung können die festgelegten Höchstbeträge allen Privatpatienten als Anhaltspunkt bei der Beantwortung der Frage dienen, ob die von den selbstständigen Angehörigen der Gesundheits- und Medizinalberufe in Rechnung gestellten Beträge dem üblichen Gebührenniveau entsprechen und folglich als angemessen angesehen werden können. Eine entsprechende Überprüfung der Rechnungen empfiehlt sich:

- für die Beihilfeberechtigten des öffentlichen Dienstes, da die Anerkennung der Beihilfefähigkeit auf die in dem Gebührenverzeichnis aufgeführten Beträge begrenzt ist,

- für die Mitglieder der privaten Krankenversicherungen, da sich auch die Krankenversicherer bei ihren Erstattungen im Allgemeinen am üblichen Gebührenniveau orientieren, bei überhöhten Rechnungen also Abstriche vornehmen. (Außerdem legen neuerdings verschiedene private Krankenversicherer die für die Beihilfefestsetzung festgelegten Höchstbeträge ihrer Leistungserbringung zugrunde.)

Wer unangenehme Überraschungen vermeiden will, sollte vor Beginn der Behandlung den Masseur, Krankengymnasten usw. fragen, ob seine Rechnung im Rahmen des von seinem Berufsverband für den öffentlichen Dienst festgelegten Gebührenverzeichnisses bleiben wird. Wird eine solche Frage verneint, sollte nach Möglichkeit ein anderes Institut usw. zur Behandlung aufgesucht werden.

II. Gebührenübersicht

Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag EUR
I. Inhalationen[1]		
1	Inhalationstherapie – auch mittels Ultraschallvernebelung – als Einzelinhalation	6,70
2	a) Inhalationstherapie – auch mittels Ultraschallvernebelung – als Rauminhalation in einer Gruppe, je Teilnehmer	3,60
	b) Inhalationstherapie – auch mittels Ultraschallvernebelung – jedoch bei Anwendung ortsgebundener Heilwässer, als Rauminhalation in einer Gruppe, je Teilnehmer	5,70
3	a) Radon-Inhalation im Stollen	11,30
	b) Radon-Inhalation mittels Hauben	13,80
II. Krankengymnastik, Bewegungsübungen		
4	Krankengymnastische Behandlung[2], (auch auf neurophysiologischer Grundlage, Atemtherapie) als Einzelbehandlung	19,50
5	Krankengymnastische Ganzbehandlung[2] [3] auf neurophysiologischer Grundlage bei nach Abschluss der Hirnreife erworbenen zentralen Bewegungsstörungen als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	23,10
6	Krankengymnastische Ganzbehandlung[2] [5] auf neurophysiologischer Grundlage bei angeborenen oder frühkindlich erworbenen zentralen Bewegungsstörungen (bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres) als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	34,30

Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag EUR
7	Krankengymnastik in der Gruppe (2–8 Pers.) – auch orthopädisches Turnen –, je Teilnehmer	6,20
8	Krankengymnastik in der Gruppe[4] bei zerebralen Dysfunktionen (2–4 Pers.), Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten, je Teilnehmer	10,80
9	a) Krankengymnastik (Atemtherapie) bei Behandlung von Mukoviscidose als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	34,30
	b) Krankengymnastik (Atemtherapie) in einer Gruppe (2–5 Pers.) bei Behandlung schwerer Bronchialerkrankungen, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten, je Teilnehmer	10,80
10	Bewegungsübungen[2]	7,70
11	a) Krankengymnastische Behandlung/Bewegungsübungen im Bewegungsbad als Einzelbehandlung – einschließlich der erforderlichen Nachruhe	23,60
	b) Krankengymnastik/Bewegungsübungen in einer Gruppe im Bewegungsbad (bis 5 Pers.), je Teilnehmer – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	11,80
12	Manuelle Therapie zur Behandlung von Gelenkblockierungen[2) 6)], Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	22,50
13	Chirogymnastik[7] – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	14,40
14	Erweiterte ambulante Phsysiotherapie[10) 11)], Mindestbehandlungsdauer 120 Minuten, je Behandlungstag	81,90
	(Voraussetzungen für die Beihilfefähigkeit s. Seite 459)	
15	Gerätegestützte Krankengymnastik (einschließlich MAT oder MTT), je Sitzung für eine parallele Einzelbehandlung (bis zu 3 Pers.), Mindestbehandlungsdauer 60 Minuten	37,32
16	Extensionsbehandlung (z. B. Glissonschlinge)	5,20
17	Extensionsbehandlung mit größeren Apparaten (z. B. Schrägbrett, Extensionstisch, Perl'sches Gerät, Schlingentisch)	6,70
III. Massagen		
18	Massagen einzelner oder mehrerer Körperteile, auch Spezialmassagen (Bindegewebs-, Reflexzonen-, Segment-, Periost-, Bürsten- und Colonmassage)[2]	13,80
19	Manuelle Lymphdrainage nach Dr. Vodder[7]	
	a) Teilbehandlung, mindestens 30 Minuten	19,50
	b) Großbehandlung, mindestens 45 Minuten	29,20
	c) Ganzbehandlung, 60 Minuten	39,00
	d) Kompressionsbandagierung einer Extremität[8]	8,70

Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag EUR
20	Unterwasserdruckstrahlmassage bei einem Wanneninhalt von mindestens 400 Litern und einer Aggregatleistung von mindestens 200 l/min sowie mit Druckund Temperaturmeßeinrichtung – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	23,10
IV. Packungen, Hydrotherapie, Bäder		
21	Heiße Rolle – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	10,30
22	Heilpackungen	
	a) Warmpackung eines oder mehrerer Körperteile – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	
	– bei Anwendung wieder verwendbarer Packungsmaterialien (z. B. Paraffin, Fango-Paraffin, Moor-Paraffin, Pelose, Turbatherm)	11,80
	– bei Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Peloide (Moor, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid	
	Teilpackung	20,50
	Großpackung	28,20
	b) Schwitzpackung (z. B. spanischer Mantel, Salzhemd, Dreiviertelpackung nach Kneipp) – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	14,90
	c) Kaltpackung (Teilpackung)	
	– Anwendung von Lehm, Quark o. ä	7,70
	– Anwendung einmal verwendbarer Peloide (Moor, Schlamm, Schlick, Heilerde, Pelose, Naturfango) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Peloid	15,40
	d) Heublumensack, Peloidkompresse	9,20
	e) Wickel, Auflagen, Kompressen u. a., auch mit Zusatz	4,60
	f) Trockenpackung	3,10
23	a) Teilguss, Teilblitzguss, Wechselteilguss	3,10
	b) Vollguss, Vollblitzguss, Wechselvollguss	4,60
	c) Abklatschung, Abreibung, Abwaschung	4,10
24	a) An- oder absteigendes Teilbad (z. B. Hauffe) – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	12,30
	b) An- oder absteigendes Vollbad (Überwärmungsbad) – einschließlich der erforderlichen Nachruhe–	20,00
25	a) Wechsel-Teilbad – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	9,20
	b) Wechsel-Vollbad – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	13,30

Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag EUR
26	Bürstenmassagebad – einschließlich der erforderlichen Nachruhe – . .	19,00
27	a) Naturmoor-Halbbad – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	32,80
	b) Naturmoor-Vollbad – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	39,90
28	Sandbäder – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	
	a) Teilbad	28,70
	b) Vollbad	32,80
29	Sole-Photo-Therapie Behandlung großflächiger Hauterkrankungen mit Balneo-Photographie (Einzelbad in Sole kombiniert mit UV-A/UV-B-Bestrahlung, einschließlich Nachfetten) – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	32,80
30	Medizinische Bäder mit Zusätzen	
	a) Teilbad (Hand-, Fußbad) mit Zusatz, z. B. vegetabilische Extrakte, ätherische Öle, spezielle Emulsionen, mineralische huminsäurehaltige und salizylsäurehaltige Zusätze	6,70
	b) Sitzbad mit Zusatz – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	13,30
	c) Vollbad, Halbbad mit Zusatz – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	18,50
	d) Weitere Zusätze, je Zusatz	3,10
31	Gashaltige Bäder	
	a) Gashaltiges Bad (z. B. Kohlensäurebad, Sauerstoffbad) – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	19,50
	b) Gashaltiges Bad mit Zusatz – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	22,50
	c) Kohlendioxidgasbad (Kohlensäuregasbad) – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	21,00
	d) Radon-Bad – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	18,50
	e) Radon-Zusatz je 500 000 Millistat	3,10

Aufwendungen für andere als die in diesem Abschnitt bezeichneten Bäder sind nicht beihilfefähig. Bei Teil-, Sitz- und Vollbädern mit ortsgebundenen natürlichen Heilwässern erhöhen sich die jeweiligen unter Nrn. 30a bis c und 31b angegebenen Beträge um bis zu 3,10 Euro. Zusätze hierzu sind nach Maßgabe der Nr. 30d beihilfefähig.

Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag EUR
V. Eis- und Wärmebehandlungen		
32	a) Eisanwendung, Kältebehandlung (z. B. Kompresse, Eisbeutel, direkte Abreibung)	9,80
	b) Eisanwendung, Kältebehandlung (z. B. Kaltgas, Kaltluft)	6,70
33	Eisteilbad	9,80
34	Heißluftbehandlung[9)] oder Wärmeanwendung (Glühlicht, Strahler – auch Infrarot –) eines oder mehrerer Körperteile	5,70
VI. Elektrotherapie		
35	Ultraschallbehandlung – auch Phonophorese	6,20
36	Behandlung eines oder mehrerer Körperabschnitte mit hochfrequenten Strömen (Kurz-, Dezimeter- oder Mikrowellen)	6,20
37	Behandlung eines oder mehrerer Körperabschnitte mit niederfrequenten Strömen (z. B. Reizstrom, diadynamischer Strom, Interferenz-Strom, Galvanisation)	6,20
38	Gezielte Niederfrequenzbehandlung, Elektrogymnastik bei spastischen oder schlaffen Lähmungen	11,80
39	Iontophorese	6,20
40	Zwei- oder Vierzellenbad	11,30
41	Hydroelektrisches Vollbad (z. B. Stangerbad), auch mit Zusatz – einschließlich der erforderlichen Nachruhe –	22,00
VII. Lichttherapie		
42	Behandlung mit Ultraviolettlicht[9)]	
	a) als Einzelbehandlung	3,10
	b) in der Gruppe, je Teilnehmer	2,60
43	a) Reizbehandlung[9)] eines umschriebenen Hautbezirkes mit Ultraviolettlicht	3,10
	b) Reizbehandlung[9)] mehrerer umschriebener Hautbezirke mit Ultraviolettlicht	5,20
44	Quarzlampendruckbestrahlung eines Feldes	6,20
45	Quarzlampendruckbestrahlung mehrerer Felder	8,70
VIII. Logopädie		
46	a) Erstgespräch mit Behandlungsplanung und -besprechungen, einmal je Behandlungsfall	31,70
	b) Standardisierte Verfahren zur Behandlungsplanung einschl. Auswertung, nur auf spezielle ärztliche Verordnung bei Verdacht auf zentrale Sprachstörungen, einmal pro Behandlungsfall	49,60
	c) Ausführlicher Bericht	11,80

Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag EUR
47	Einzelbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen	
	a) Mindestdauer 30 Minuten	31,70
	b) Mindestdauer 45 Minuten	41,50
	c) Mindestdauer 60 Minuten	52,20
48	Gruppenbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen mit Beratung des Patienten und ggf. der Eltern, Mindestdauer, je Teilnehmer	
	a) Kindergruppe, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten	14,90
	b) Erwachsenengruppe, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten	17,40
IX. Beschäftigungstherapie (Ergotherapie)		
49	Funktionsanalyse und Erstgespräch, einschließlich Beratung und Behandlungsplanung, einmal je Behandlungsfall	31,70
50	Einzelbehandlung	
	a) bei motorischen Störungen, Mindestdauer 30 Minuten	31,70
	b) bei sensomotorischen/perzeptiven Störungen, Mindestdauer 45 Minuten	41,50
	c) bei psychischen Störungen, Mindestdauer 60 Minuten	54,80
51	Hirnleistungstraining, als Einzelbehandlung, Mindestdauer 30 Minuten	31,70
52	Gruppenbehandlung	
	a) Mindestdauer 45 Minuten, je Teilnehmer	14,40
	b) bei psychischen Störungen, Mindestdauer 90 Minuten, je Teilnehmer	28,70
X. Podologische Therapie[13]		
53	Hornhautabtragung an beiden Füßen	14,50
54	Hornhautabtragung an einem Fuß	18,70
55	Nagelbearbeitung an beiden Füßen	13,05
56	Nagelbearbeitung an einem Fuß	7,25
57	Podologische Komplexbehandlung an beiden Füßen (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung	26,10
58	Podologische Komplexbehandlung an einem Fuß (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung	14,50
59	Zuschlag bei ärztlich verordnetem Hausbesuch	7,00
60	Besuch mehrerer Patienten derselben sozialen Gemeinschaft (z. B. Altenheim) in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang (nicht zusammen mit der lfd. Nr. 7 abrechenbar); je Person	3,50

Nr.	Leistung	beihilfefähiger Höchstbetrag EUR
XI. Sonstiges		
61	Ärztlich verordneter Hausbesuch	9,20
62	Fahrkosten (nur bei ärztlich verordnetem Hausbesuch) bei Benutzung eines Kraftfahrzeuges in Höhe von 0,52 DM/0,27 EUR je Kilometer oder ansonsten die niedrigsten Kosten des regelmäßig verkehrenden Beförderungsmittels Bei Besuchern mehrerer Patienten auf denselben Weg sind Nummern 53 und 54 nur anteilig je Patient ansetzbar.	

---

1) Die für Inhalationen erforderlichen Stoffe (Arzneimittel) sind daneben gesondert beihilfefähig.

2) Neben den Leistungen nach Nummern 4 bis 6 sind Leistungen nach den Nummern 10 und 18 nur dann beihilfefähig wenn sie aufgrund gesonderter Diagnosestellung und einer eigenständigen ärztlichen Verordnung erbracht werden.

3) Darf nur nach besonderer Weiterbildung (z. B. Bobath, Vojta, PNF) von mindestens 120 Stunden anerkannt werden.

4) Darf nur nach einem abgeschlossenen Weiterbildungslehrgang (Psychomotorik) oder bei Nachweis gleichartiger Fortbildungskurse, Arbeitskreise u. ä. sowie Erfahrungen in der Kinderbehandlung und Gruppentherapie anerkannt werden.

5) Darf nur nach abgeschlossener besonderer Weiterbildung (Bobath, Vojta) von mindestens 300 Stunden anerkannt werden.

6) Darf nur nach besonderer Weiterbildung für Manuelle Therapie von mindestens 260 Stunden anerkannt werden.

7) Darf nur nach einer anerkannten speziellen Weiterbildung von mindestens 160 Stunden mit Abschlussprüfung anerkannt werden.

8) Das notwendige Bindenmaterial (z. B. Mullbinden, Kurzzugbinden, Fließpolsterbinden) ist daneben, wenn es besonders in Rechnung gestellt wird, beihilfefähig.

9) Die Leistungen der Nummern 34, 42, 43 sind nicht nebeneinander beihilfefähig.

10) Darf nur bei Durchführung von durch die gesetzlichen Krankenkassen oder Berufsgenossenschaften zugelassenen Therapieeinrichtungen als beihilfefähig anerkannt werden.

11) Die Leistungen der Nummern 4 bis 45 sind daneben nicht beihilfefähig.

12) Die Leistungen der Nummern 4–6, 10, 12 und 18 des Verzeichnisses sind daneben nur beihilfefähig, wenn sie aufgrund gesonderter Diagnosestellung und einer eigenständigen ärztlichen Verordnung erbracht werden.

13) Aufwendungen der medizinischen Fußpflege durch Podologen sind nur bei der Diagnose „Diabetisches Fußsyndrom" beihilfefähig.

III. Voraussetzungen für die Beihilfefähigkeit einer erweiterten ambulanten Physiotherapie

Aufwendungen für eine erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP) – Nummer 14 des Leistungsverzeichnisses –, sind bei Vorliegen folgender Voraussetzungen beihilfefähig:

1 Erweiterte ambulante Physiotherapie
Leistungen der erweiterten ambulanten Physiotherapie werden nur aufgrund einer Verordnung von Krankenhausärzten, von Ärzten mit den Gebietsbezeichnungen Orthopädie, Chirurgie und physikalische Therapie und Rehabilitation oder eines Allgemeinarztes mit der Zusatzbezeichnung physikalische Therapie und Rehabilitation und nur bei Vorliegen der folgenden Indikationen anerkannt:

1.1 Wirbelsäulensyndrome mit erheblicher Symptomatik bei

- frischem nachgewiesenen Bandscheibenvorfall (auch postoperativ) und/oder Protrusionen mit radikulärer, muskulärer und statischer Symptomatik
- nachgewiesenen Spondylolysen und Spondylolisthesen mit radikulärer, muskulärer und statischer Symptomatik
- instabile Wirbelsäulenverletzungen im Rahmen der konservativen und/oder postoperativen Behandlung mit muskulärem Defizit und Fehlstatik
- lockere korrigierbare thorakale Scheuermann-Kyphose < 50° nach Copp

1.2 Operation am Skelettsystem

- posttraumatische Osteosynthesen
- Osteotomien der großen Röhrenknochen

1.3 Prothetischer Gelenkersatz bei Bewegungseinschränkungen und/oder muskulärem Defizit

- Schulterprothesen
- Knieendoprothesen
- Hüftendoprothesen

1.4 Operativ oder konservativ behandelte Gelenkerkrankungen (einschließlich Instabilitäten)

- Kniebandrupturen (Ausnahme isoliertes Innenband)
- Schultergelenkläsionen, insbesondere nach operativ versorgter Bankard-Läsion,
  Rotatorenmanschettenruptur,
  schwere Schultersteife (frozen sholder),
  Impingement-Syndrom,
  Schultergelenkluxation,
  tendinosis calcarea,
  periarthritis humero-scapularis (PHS)
- Achillessehnenrupturen und Achillessehnenabriss

1.5 Amputationen

2 Eine Verlängerung der erweiterten ambulanten Physiotherapie erfordert eine erneute ärztliche Verordnung. Eine Bescheinigung der Therapieeinrichtung oder der bei dieser beschäftigten Ärzte reicht nicht aus.

Nach Abschluss der erweiterten ambulanten Physiotherapie ist der Beihilfestelle die Therapiedokumentation zusammen mit der Rechnung vorzulegen.

3 Die erweiterte ambulante Physiotherapie umfasst je Behandlungstag mindestens folgende Leistungen:

- Krankengymnastische Einzeltherapie
- physikalische Therapie nach Bedarf
- medizinisches Aufbautraining

und bei Bedarf folgende zusätzliche Leistungen:

- Lymphdrainage oder Massage/Bindegewebsmassage
- Isokinetik
- Unterwassermassage.

4 Die durchgeführten Leistungen sind durch den Patienten auf der Tagesdokumentation unter Angabe des Datums zu bestätigen.

5 Die in Nummer 3 genannten zusätzlichen Leistungen sind mit dem Höchstbetrag nach der Nummer 14 des Leistungsverzeichnisses abgegolten.

IV. Voraussetzungen für die Beihilfefähigkeit eines medizinischen Aufbautrainings (MAT)

Aufwendungen für ein ärztlich verordnetes Medizinisches Aufbautraining MAT) mit Sequenztrainingsgeräten zur Behandlung von Erkrankungen der Wirbelsäule sind beihilfefähig, wenn:

- das medizinische Aufbautraining von Krankenhausärztinnen oder Krankenhausärzten, von Ärztinnen oder Ärzten der Physikalischen und Rehabilitativen Medizin, von einer Allgemeinärztin oder einem Allgemeinarzt mit der Zusatzbezeichnung Physikalische und Rehabilitative Medizin verordnet wird,
- Therapieplanung und Ergebniskontrolle von einer Ärztin oder einem Arzt der Therapieeinrichtung erfolgen,
- jede einzelne therapeutische Sitzung unter ärztlicher Aufsicht durchgeführt wird. Die Durchführung therapeutischer und diagnostischer Leistungsbestandteile ist teilweise an speziell geschultes medizinisches Personal delegationsfähig.

Die Beihilfefähigkeit ist auf maximal 18 Sitzungen je Krankheitsfall begrenzt.

Die Angemessenheit der Aufwendungen richtet sich bei von einer Ärztin oder einem Arzt erbrachten Leistungen nach dem Beschluss der Bundesärztekammer zur Analogbewertung der Medizinischen Trainingstherapie.

Danach sind folgende Leistungen bis zum 2,3-Fachen der Einfachsätze der GOÄ beihilfefähig:

- Eingangsuntersuchung zur Medizinischen Trainingstherapie einschließlich biomechanischer Funktionsanalyse der Wirbelsäule, spezieller Schmerzanamnese und ggf. anderer funktionsbezogener Messverfahren sowie Dokumentation analog Nummer 842 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ.

Die Berechnung einer Kontrolluntersuchung analog Nummer 842 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ ist nicht vor Abschluss der Behandlungsserie möglich.

- Medizinische Trainingstherapie mit Sequenztraining einschließlich progressiv-dynamischem Muskeltraining mit speziellen Therapiemaschinen analog Nummer 846 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ, zuzüglich zusätzlichem Geräte-Sequenztraining analog Nummer 558 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ (je Sitzung)

und begleitende krankengymnastische Übungen nach Nummer 506 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ. Die Nummern 846 analog, 558 analog und 506 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ sind pro Sitzung jeweils nur einmal berechnungsfähig.

Werden die Leistungen von zugelassenen Leistungserbringern für Heilmittel erbracht, richtet sich die Angemessenheit der Aufwendungen nach Nummer 15 der Anlage 4 zu § 23 Abs. 1.

Fitness- und Kräftigungsmethoden, die nicht den Anforderungen des ärztlich geleiteten medizinischen Aufbautrainings entsprechen, sind nicht beihilfefähig, auch wenn sie an identischen Trainingsgeräten mit gesundheitsfördernder Zielsetzung durchgeführt werden.

Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG)

I. Krankenhausentgelte

Die wesentlichen rechtlichen Grundlagen zur Sicherstellung der Finanzierung der Betriebskosten eines Krankenhauses sind:

- das Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V)
- das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) in Verbindung mit dem jeweiligen Landeskrankenhausgesetz
- das Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) mit Fallpauschalenvereinbarung (FPV) und Fallpauschalenverordnung besondere Einrichtungen (FPVBE)
- die Bundespflegeesatzverordnung (BPflV)

Finanzierungsgrundlagen

Die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser ist im Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) im Rahmen der „Dualen Finanzierung" durch Leistungen der Öffentlichen Hand und der Krankenkassen geregelt. Ziel dieser Regelung ist es, eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern zu sozial tragbaren Pflegesätzen zu gewährleisten.

Die Investitionenkosten werden nach § 2 Nr. 2 KHG grundsätzlich durch die Länder gefördert. Dabei erwirbt das Krankenhaus einen Rechtsanspruch auf Förderung nur, wenn es in den Krankenhausplan des jeweiligen Landes aufgenommen ist.

Die Betriebskosten tragen die Krankenkassen und die Selbstzahler (Privatpatienten). Die Zahlungen erfolgen im Wesentlichen in Form von Fallpauschalen, Zusatzentgelten und Pflegesätzen. Die Zahlungsbeträge ergeben sich aus einem zwischen den Krankenhäusern und Krankenkassen in der Regel prospektiv ausgehandelten Budget für ein Kalenderjahr, das auf die voraussichtlichen Fallzahlen oder Pflegetage verteilt wird. Bis Ende 2003 erfolgte eine Abrechnung hauptsächlich nach Pflegetagen. Im neuen System seit Anfang 2004 dient als Abrechnungsgröße die Fallpauschale, durch die eine leistungsbezogenere Abrechnung erfolgt.

Vergütungssysteme

Ausschlaggebend für diesen Wechsel war die Gesundheitsreform 2000. Danach ist für alle Krankenhausleistungen – mit Ausnahme der psychiatrischen, psychosomatischen und psychotherapeutischen Leistungen – ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschaliertes Vergütungssystem gemäß § 17b KHG einzuführen.

Bisheriges System

Im bisherigen System überwiegen sogenannte „tagesgleiche Pflegesätze". Der jeweilige Tagessatz errechnet sich aus dem Abteilungsbudget, das durch die Summe der Aufenthaltstage der Patientinnen und Patienten geteilt wird. Die Betriebskosten einer Abteilung eines Krankenhauses sind somit gleichmäßig auf alle Benutzer verteilt. Dieser Tagespreis enthält allerdings keinen betriebswirtschaftlichen Zusammenhang zwischen den tatsächlich entstandenen Behandlungskosten im Einzelfall und dem zu entrichtenden Preis. Für das wirtschaftliche Weiterbestehen eines Krankenhauses mussten mit dem Budget die Kosten abgedeckt werden, unabhängig davon, wie wirtschaftlich oder unwirtschaftlich die Leistungen im Einzelfall erbracht wurden.

Der fehlende Anreiz zum wirtschaftlichen Handeln führte dazu, dass viele Staaten ein Fallpauschalensystem zur Abrechnung einführten. Deutschland gehört zu den letzten Ländern, die sich dieser neuen Systematik der Krankenhausfinanzierung anschlossen.

Das DRG-System

Seit dem Jahr 2004 müssen alle Krankenhäuser – mit Ausnahme der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapeutischen Medizin – nach Fallpauschalen abrechnen. Der deutsche Fallpauschalenkatalog umfasst über 800 verschiedene Fallgruppen, in denen sich die Leistungsbreite der Krankenhäuser widerspiegelt. Die Fallgruppen rechnet das Krankenhaus nach einem landesweit einheitlichen Pauschalpreis ab, der jährlich angepasst wird. Nach Abschluss einer am 1. Januar 2005 begonnenen Übergangszeit, der sogenannten Konvergenzphase, wird eine Krankenhausleistung, zum Beispiel eine Blinddarmoperation, in jedem Krankenhaus des Landes gleich viel kosten.

Gleitender Systemwechsel

Die Einführung des DRG-Systems erfolgte beziehungsweise erfolgt in einzelnen Schritten. Zum 1. Januar 2003 konnten die Krankenhäuser, zum 1. Januar 2004 mussten sie ihr Abrechnungssystem umstellen. Die notwendige Anpassung der krankenhausindividuellen Basisfallwerte an die landesweiten Basisfallwerte erfolgt in Stufen bis Ende 2009.

Die Wirkungsweise des Fallpauschalensystems führt zu einer höheren Leistungs- und Kostentransparenz im Krankenhaus. Da nicht mehr die Anzahl der Tage, sondern die Zahl der Fälle die Erlösseite bestimmt, besteht ein Interesse der Leistungserbringer, möglichst viele Patientinnen und Patienten in möglichst kurzer Zeit zu behandeln. In der Vergangenheit kam es nur darauf an, dass die Betten belegt waren, um Einnahmen erzielen zu können. Oft war es finanziell von größerem Interesse, eine Patientin oder einen Patienten länger liegen zu lassen, als in der gleichen Zeit zwei oder mehr Patientinnen oder Patienten aufzunehmen.

Durch den Wechsel wurden Sicherungsmaßnahmen wie Mindestverweildauern und verstärkte Qualitätsnormen notwendig, um vorzeitige Entlassungen zu vermeiden. Darüber hinaus ist das System als ein lernendes System konzipiert. Es erlaubt permanent Anpassungen, wie beispielsweise beim DRG-Fallpauschalenkatalog. Je länger das System im Einsatz ist, umso genauer werden die Abbildungsmöglichkeiten im Katalog und damit die Abrechnung der einzelnen Fälle möglich sein.

Gemeinsam zuständig für die Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems sind nach § 17b KHG die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DGK), die Spitzenverbände der Krankenkassen (GKV) und der Verband der privaten Krankenversicherung (PKV). Diese realisieren gemeinsam als Selbstverwaltung den Auftrag nach § 17b KHG.

II. Wissenswertes zum KHG – Erläuterungen

Durch das Krankenhausfinanzierungsgesetz werden die rechtlichen Grundlagen für die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen der Krankenhäuser geschaffen. Das Gesundheitsstrukturgesetz vom 21. Dezember 1992, das 2. GKV-Neuordnungsgesetz vom 23. Juni 1997 und das GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 vom 22. Dezember 1999 in Verbindung mit dem Fallpauschalengesetz vom 23. April 2002, dem Ersten und Zweiten Fallpauschalen-Änderungsgesetz vom 17. Juli 2003 bzw. 15. Dezember 2004 haben zu grundlegenden Veränderungen dieser Rahmenbedingungen geführt. Kernstück der gesetzlichen Regelungen ist nach wie vor das Krankenhausentgeltgesetz. Dessen wichtigste Regelungen werden nachfolgend abgedruckt. Die im Krankenhausentgeltgesetz enthaltenen Vorgaben werden mit dem Krankenhausentgeltgesetz (siehe S. 545 ff.) für den Bereich des DRG-Fallpauschalensystems und mit der Bundespflegesatzverordnung (siehe S. 599 ff.) für psychiatrische Einrichtungen und Einrichtungen der Psychosomatik und Psychotherapeutischen Medizin in Detailregelungen umgesetzt.

III. Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz)

in der Fassung der Bekanntmachung
vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886)

zuletzt geändert durch
Art. 1 des Gesetzes vom 17. März 2009 (BGBl. I S. 534)

1. Abschnitt

Allgemeine Vorschriften

§ 1 Grundsatz

(1) Zweck dieses Gesetzes ist die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser, um eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern zu gewährleisten und zu sozial tragbaren Pflegesätzen beizutragen.

(2) Bei der Durchführung des Gesetzes ist die Vielfalt der Krankenhausträger zu beachten. Dabei ist nach Maßgabe des Landesrechts insbesondere die wirtschaftliche Sicherung freigemeinnütziger und privater Krankenhäuser zu gewährleisten. Die Gewährung von Fördermitteln nach diesem Gesetz darf nicht mit Auflagen verbunden werden, durch

die die Selbstständigkeit und Unabhängigkeit von Krankenhäusern über die Erfordernisse der Krankenhausplanung und der wirtschaftlichen Betriebsführung hinaus beeinträchtigt werden.

§ 2 Begriffsbestimmungen

Im Sinne dieses Gesetzes sind

1. Krankenhäuser

   Einrichtungen, in denen durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten, Leiden oder Körperschäden festgestellt, geheilt oder gelindert werden sollen oder Geburtshilfe geleistet wird und in denen die zu versorgenden Personen untergebracht und verpflegt werden können,

1a mit den Krankenhäusern notwendigerweise verbundene Ausbildungsstätten staatlich anerkannte Einrichtungen an Krankenhäusern zur Ausbildung für die Berufe

   a) Ergotherapeut, Ergotherapeutin,

   b) Diätassistent, Diätassistentin,

   c) Hebamme, Entbindungspfleger,

   d) Krankengymnast, Krankengymnastin, Physiotherapeut, Physiotherapeutin,

   e) Gesundheits- und Krankenpflegerin, Gesundheits- und Krankenpfleger,

   f) Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger,

   g) Krankenpflegehelferin, Krankenpflegehelfer,

   h) medizinisch-technischer Laboratoriumsassistent, medizinisch-technische Laboratoriumsassistentin,

   i) medizinisch-technischer Radiologieassistent, medizinisch-technische Radiologieassistentin,

   j) Logopäde, Logopädin,

   k) Orthoptist, Orthoptistin,

   l) medizinisch-technischer Assistent für Funktionsdiagnostik, medizinisch-technische Assistentin für Funktionsdiagnostik,

   wenn die Krankenhäuser Träger oder Mitträger der Ausbildungsstätte sind,

2. Investitionskosten

   a) die Kosten der Errichtung (Neubau, Umbau, Erweiterungsbau) von Krankenhäusern und der Anschaffung der zum Krankenhaus gehörenden Wirtschaftsgüter, ausgenommen der zum Verbrauch bestimmten Güter (Verbrauchsgüter),

   b) die Kosten der Wiederbeschaffung der Güter des zum Krankenhaus gehörenden Anlagevermögens (Anlagegüter);

   zu den Investitionskosten gehören nicht die Kosten des Grundstücks, des Grundstückserwerbs, der Grundstückserschließung sowie ihrer Finanzierung sowie die Kosten der Telematikinfrastruktur gemäß § 291a Abs. 7 Satz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,

3. für die Zwecke dieses Gesetzes den Investitionskosten gleichstehende Kosten
   a) die Entgelte für die Nutzung der in Nummer 2 bezeichneten Anlagegüter,
   b) die Zinsen, die Tilgung und die Verwaltungskosten von Darlehen, soweit sie zur Finanzierung der in Nummer 2 sowie in Buchstabe a bezeichneten Kosten aufgewandt worden sind,
   c) die in Nummer 2 sowie in den Buchstaben a und b bezeichneten Kosten, soweit sie gemeinschaftliche Einrichtungen der Krankenhäuser betreffen,
   d) Kapitalkosten (Abschreibungen und Zinsen) für die in Nummer 2 genannten Wirtschaftsgüter,
   e) Kosten der in Nummer 2 sowie in den Buchstaben a bis d bezeichneten Art, soweit sie die mit den Krankenhäusern notwendigerweise verbundenen Ausbildungsstätten betreffen und nicht nach anderen Vorschriften aufzubringen sind,
4. Pflegesätze
   die Entgelte der Benutzer oder ihrer Kostenträger für stationäre und teilstationäre Leistungen des Krankenhauses,
5. pflegesatzfähige Kosten
   die Kosten des Krankenhauses, deren Berücksichtigung im Pflegesatz nicht nach diesem Gesetz ausgeschlossen ist.

§ 3 Anwendungsbereich

Dieses Gesetz findet keine Anwendung auf

1. (weggefallen)
2. Krankenhäuser im Straf- oder Maßregelvollzug,
3. Polizeikrankenhäuser,
4. Krankenhäuser der Träger der allgemeinen Rentenversicherung und, soweit die gesetzliche Unfallversicherung die Kosten trägt, Krankenhäuser der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung und ihrer Vereinigungen, das gilt nicht für Fachkliniken zur Behandlung von Erkrankungen der Atmungsorgane, soweit sie der allgemeinen Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhäusern dienen.

§ 28 bleibt unberührt.

§ 4

Die Krankenhäuser werden dadurch wirtschaftlich gesichert, dass

1. ihre Investitionskosten im Wege öffentlicher Förderung übernommen werden und sie
2. leistungsgerechte Erlöse aus den Pflegesätzen, die nach Maßgabe dieses Gesetzes auch Investitionskosten enthalten können, sowie Vergütungen für vor- und nachstationäre Behandlung und für ambulantes Operieren erhalten.

§ 5 Nicht förderungsfähige Einrichtungen

(1) Nach diesem Gesetz werden nicht gefördert

1. Krankenhäuser, die nach dem Hochschulbauförderungsgesetz gefördert werden; dies gilt für Krankenhäuser, die Aufgaben der Ausbildung von Ärzten nach der

Approbationsordnung für Ärzte vom 27. Juni 2002 (BGBl. I S. 2405), zuletzt geändert durch Artikel 71 des Gesetzes vom 21. Juni 2005 (BGBl. I. S. 1818), erfüllen, nur hinsichtlich nach den landesrechtlichen Vorschriften für Hochschulen förderungsfähigen Maßnahmen,

2. Krankenhäuser, die nicht die in § 67 der Abgabenordnung bezeichneten Voraussetzungen erfüllen,
3. Einrichtungen in Krankenhäusern,
   a) soweit die Voraussetzungen nach § 2 Nr. 1 nicht vorliegen, insbesondere Einrichtungen für Personen, die als Pflegefälle gelten,
   b) für Personen, die im Maßregelvollzug auf Grund strafrechtlicher Bestimmungen untergebracht sind,
4. Tuberkulosekrankenhäuser mit Ausnahme der Fachkliniken zur Behandlung von Erkrankungen der Atmungsorgane, soweit sie nach der Krankenhausplanung des Landes der allgemeinen Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhäusern dienen,
5. Krankenhäuser, deren Träger ein nicht bereits in § 3 Satz 1 Nr. 4 genannter Sozialleistungsträger ist, soweit sie nicht nach der Krankenhausplanung des Landes der allgemeinen Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhäusern dienen,
6. Versorgungskrankenhäuser,
7. Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen nach § 107 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, soweit die Anwendung dieses Gesetzes nicht bereits nach § 3 Satz 1 Nr. 4 ausgeschlossen ist,
8. die mit den Krankenhäusern verbundenen Einrichtungen, die nicht unmittelbar der stationären Krankenversorgung dienen, insbesondere die nicht für den Betrieb des Krankenhauses unerlässlichen Unterkunfts- und Aufenthaltsräume,
9. Einrichtungen, die auf Grund bundesrechtlicher Rechtsvorschriften vorgehalten oder unterhalten werden; dies gilt nicht für Einrichtungen, soweit sie auf Grund des § 30 des Infektionsschutzgesetzes vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045) vorgehalten werden,
10. Einrichtungen, soweit sie durch die besonderen Bedürfnisse des Zivilschutzes bedingt sind,
11. Krankenhäuser der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung und ihrer Vereinigungen

(2) Durch Landesrecht kann bestimmt werden, dass die Förderung nach diesem Gesetz auch den in Absatz 1 Nr. 2 bis 8 bezeichneten Krankenhäusern und Einrichtungen gewährt wird.

§ 6 Krankenhausplanung und Investitionsprogramme

(1) Die Länder stellen zur Verwirklichung der in § 1 genannten Ziele Krankenhauspläne und Investitionsprogramme auf; Folgekosten, insbesondere die Auswirkungen auf die Pflegesätze, sind zu berücksichtigen.

(2) Hat ein Krankenhaus auch für die Versorgung der Bevölkerung anderer Länder wesentliche Bedeutung, so ist die Krankenhausplanung insoweit zwischen den beteiligten Ländern abzustimmen.

(3) Die Länder stimmen ihre Krankenhausplanung auf die pflegerischen Leistungserfordernisse nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch ab, insbesondere mit dem Ziel, Krankenhäuser von Pflegefällen zu entlasten und dadurch entbehrlich werdende Teile eines Krankenhauses nahtlos in wirtschaftlich selbstständige ambulante oder stationäre Pflegeeinrichtungen umzuwidmen.

(4) Das Nähere wird durch Landesrecht bestimmt.

§ 6a

(weggefallen)

§ 7 Mitwirkung der Beteiligten

(hier nicht abgedruckt)

2. Abschnitt

Grundsätze der Investitionsförderung

§ 8 Voraussetzungen der Förderung

(hier nicht abgedruckt)

§ 9 Fördertatbestände

(hier nicht abgedruckt)

§ 10

(hier nicht abgedruckt)

§ 11 Landesrechtliche Vorschriften über die Förderung

(hier nicht abgedruckt)

§§ 12 bis 15

(weggefallen)

3. Abschnitt

Vorschriften über Krankenhauspflegesätze

§ 16 Verordnung zur Regelung der Pflegesätze

Die Bundesregierung wird ermächtigt, durch Rechtsvorschriften mit Zustimmung des Bundesrates Vorschriften zu erlassen über

1. die Pflegesätze der Krankenhäuser,
2. die Abgrenzung der allgemeinen stationären und teilstationären Leistungen des Krankenhauses von den Leistungen bei vor- und nachstationärer Behandlung (§ 115a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch), den ambulanten Leistungen einschließlich der Leistungen nach § 115b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, den Wahlleistungen und den belegärztlichen Leistungen,

3. die Nutzungsentgelte (Kostenerstattung und Vorteilsausgleich sowie diesen vergleichbare Abgaben) der zur gesonderten Berechnung ihrer Leistungen berechtigten Ärzte an das Krankenhaus, soweit diese Entgelte pflegesatzmindernd zu berücksichtigen sind,
4. die Berücksichtigung der Erlöse aus der Vergütung für vor- und nachstationäre Behandlung (§ 115a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch), für ambulante Leistungen einschließlich der Leistungen nach § 115b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und für Wahlleistungen des Krankenhauses sowie die Berücksichtigung sonstiger Entgelte bei der Bemessung der Pflegesätze,
5. die nähere Abgrenzung der in § 17 Abs. 4 bezeichneten Kosten von den pflegesatzfähigen Kosten
6. das Verfahren nach § 18,
7. die Rechnungs- und Buchführungspflichten der Krankenhäuser,
8. ein Klagerecht des Verbandes der privaten Krankenversicherung gegenüber unangemessen hoher Entgelten für nichtärztliche Wahlleistungen.

Die Ermächtigung kann durch Rechtsverordnung auf die Landesregierungen übertragen werden, dabei kann bestimmt werden, dass die Landesregierungen die Ermächtigung durch Rechtsverordnung auf oberste Landesbehörden weiter übertragen können.

§ 17 Grundsätze für die Pflegesatzregelung

(1) Die Pflegesätze und die Vergütung für vor- und nachstationäre Behandlung nach § 115a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sind für alle Benutzer des Krankenhauses einheitlich zu berechnen. Die Pflegesätze sind im Voraus zu bemessen. Bei der Ermittlung der Pflegesätze ist der Grundsatz der Beitragssatzstabilität (§ 71 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) nach Maßgabe dieses Gesetzes und des Krankenhausentgeltgesetzes zu beachten. Überschüsse verbleiben dem Krankenhaus, Verluste sind vom Krankenhaus zu tragen.

(1a) Für die mit pauschalierten Pflegesätzen vergüteten voll- oder teilstationären Krankenhausleistungen gelten im Bereich der DRG-Krankenhäuser die Vorgaben des § 17b und im Bereich der psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen die Vorgaben des § 17d.

(2) Soweit tagesgleiche Pflegesätze vereinbart werden, müssen diese medizinisch leistungsgerecht sein und einem Krankenhaus bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, den Versorgungsauftrag zu erfüllen. Bei der Beachtung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität sind die zur Erfüllung des Versorgungsauftrags ausreichenden und zweckmäßigen Leistungen sowie die Pflegesätze, Fallkosten und Leistungen vergleichbarer Krankenhäuser oder Abteilungen angemessen zu berücksichtigen. Das vom Krankenhaus kalkulierte Budget ist für die Pflegesatzverhandlungen abteilungsbezogen zu gliedern. Es sind Abteilungspflegesätze als Entgelt für ärztliche und pflegerische Leistungen und ein für das Krankenhaus einheitlicher Basispflegesatz als Entgelt für nicht durch ärztliche oder pflegerische Tätigkeit veranlasste Leistungen vorzusehen.

(2a) (weggefallen)

(3) Im Pflegesatz sind nicht zu berücksichtigen

1. Kosten für Leistungen, die nicht der stationären oder teilstationären Krankenhausversorgung dienen,

2. Kosten für wissenschaftliche Forschung und Lehre, die über den normalen Krankenhausbetrieb hinausgehen.
3. (weggefallen)

(4) Bei Krankenhäusern, die nach diesem Gesetz voll gefördert werden, und bei den in § 5 Abs. 1 Nr. 1 erster Halbsatz bezeichneten Krankenhäusern sind außer den in Absatz 3 genannten Kosten im Pflegesatz nicht zu berücksichtigen

1. Investitionskosten, ausgenommen die Kosten der Wiederbeschaffung von Wirtschaftsgütern mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer bis zu drei Jahren,
2. Kosten der Grundstücke, des Grundstückserwerbs, der Grundstückserschließung sowie ihrer Finanzierung,
3. Anlauf- und Umstellungskosten,
4. Kosten der in § 5 Abs. 1 Nr. 8 bis 10 bezeichneten Einrichtungen,
5. Kosten, für die eine sonstige öffentliche Förderung gewährt wird;

dies gilt im Falle der vollen Förderung von Teilen eines Krankenhauses nur hinsichtlich des geförderten Teils.

(4a) (weggefallen)

(4b) Instandhaltungskosten sind im Pflegesatz zu berücksichtigen. Dazu gehören auch Instandhaltungskosten für Anlagegüter, wenn in baulichen Einheiten Gebäudeteile, betriebstechnische Anlagen und Einbauten oder wenn Außenanlagen vollständig oder überwiegend ersetzt werden. Die in Satz 2 genannten Kosten werden pauschal in Höhe eines Betrages von 1,1 vom Hundert der für die allgemeinen Krankenhausleistungen vereinbarten Vergütung finanziert. Die Pflegesatzfähigkeit für die in Satz 2 genannten Kosten entfällt für alle Krankenhäuser in einem Bundesland, wenn das Land diese Kosten für die in den Krankenhausplan aufgenommenen Krankenhäuser im Wege der Einzelförderung oder der Pauschalförderung trägt.

(5) Bei Krankenhäusern, die nach diesem Gesetz nicht oder nur teilweise öffentlich gefördert werden, sowie bei anteilig öffentlich geförderten Maßnahmen mit Restfinanzierung durch den Krankenhausträger dürfen von Sozialleistungsträgern und sonstigen öffentlich-rechtlichen Kostenträgern keine höheren Pflegesätze gefordert werden, als sie von diesen für Leistungen vergleichbarer nach diesem Gesetz geförderter Krankenhäuser zu entrichten sind. Krankenhäuser, die nur deshalb nach diesem Gesetz nicht gefördert werden, weil sie keinen Antrag auf Förderung stellen, dürfen auch von einem Krankenhausbenutzer keine höheren als die sich aus Satz 1 ergebenden Pflegesätze fordern. Soweit bei teilweiser Förderung Investitionen nicht öffentlich gefördert werden und ein vergleichbares Krankenhaus nicht vorhanden ist, dürfen die Investitionskosten in den Pflegesatz einbezogen werden, soweit die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen der Investition zugestimmt haben. Die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 vereinbaren die nach den Sätzen 1 und 2 maßgebenden Pflegesätze. Werden die Krankenhausleistungen mit Fallpauschalen oder Zusatzentgelten nach § 17b vergütet, gelten diese als Leistungen vergleichbarer Krankenhäuser im Sinne des Satzes 1.

§ 17a Finanzierung von Ausbildungskosten

(1) Die Kosten der in § 2 Nr. 1a genannten Ausbildungsstätten und die Mehrkosten des Krankenhauses infolge der Ausbildung, insbesondere die Mehrkosten der Praxisanleitung infolge des Krankenpflegegesetzes vom 16. Juli 2003, sind nach Maßgabe der folgenden Vorschriften durch Zuschläge zu finanzieren, soweit diese Kosten nach diesem

Gesetz zu den pflegesatzfähigen Kosten gehören und nicht nach anderen Vorschriften aufzubringen sind (Ausbildungskosten), der von dem jeweiligen Land finanzierte Teil der Ausbildungskosten ist in Abzug zu bringen. Abweichend von Satz 1 sind bei einer Abrechnung nach den Sätzen 3 und 4 nur die Mehrkosten der Ausbildungsvergütungen zu finanzieren. Bei der Ermittlung der Mehrkosten der Ausbildungsvergütung sind Personen, die in der Krankenpflege oder Kinderkrankenpflege ausgebildet werden, im Verhältnis 7 zu 1 auf die Stelle einer in diesen Berufen voll ausgebildeten Person anzurechnen; ab dem 1. Januar 2005 gilt das Verhältnis von 9,5 zu 1. Personen, die in der Krankenpflegehilfe ausgebildet werden, sind im Verhältnis 6 zu 1 auf die Stelle einer voll ausgebildeten Person nach Satz 2 anzurechnen.

(2) Mit dem Ziel, eine sachgerechte Finanzierung sicherzustellen, schließen

1. die Vertragsparteien nach § 17b Abs. 2 Satz 1 auf Bundesebene eine Rahmenvereinbarung insbesondere über die zu finanzierenden Tatbestände, die zusätzlichen Kosten auf Grund der Umsetzung des Gesetzes über die Berufe in der Krankenpflege und zur Änderung anderer Gesetze und über ein Kalkulationsschema für die Verhandlung des Ausbildungsbudgets nach Absatz 3;
2. die in § 18 Abs. 1 Satz 2 genannten Beteiligten auf Landesebene ergänzende Vereinbarungen insbesondere zur Berücksichtigung der landesrechtlichen Vorgaben für die Ausbildung und zum Abzug des vom Land finanzierten Teils der Ausbildungskosten, bei einer fehlenden Vereinbarung nach Nummer 1 auch zu den dort möglichen Vereinbarungsinhalten.

Die Vereinbarungen nach Satz 1 sind bei der Vereinbarung des Ausbildungsbudgets nach Absatz 3 zu beachten. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 nicht zu Stande, entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei bei Satz 1 Nr. 1 die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 6 und bei Satz 1 Nr. 2 die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 1.

(3) Bei ausbildenden Krankenhäusern vereinbaren die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 für einen zukünftigen Zeitraum (Vereinbarungszeitraum) ein krankenhausindividuelles Ausbildungsbudget, mit dem die Ausbildungskosten finanziert werden; § 11 Abs. 2 des Krankenhausentgeltgesetzes gilt entsprechend. Sie stellen dabei Art und Anzahl der voraussichtlich belegten Ausbildungsplätze fest. Das Budget soll die Kosten der Ausbildungsstätten bei wirtschaftlicher Betriebsgröße und Betriebsführung decken. Die für den Vereinbarungszeitraum zu erwartenden Kostenentwicklungen einschließlich der zusätzlichen Kosten auf Grund der Umsetzung des Gesetzes über die Berufe in der Krankenpflege und zur Änderung anderer Gesetze sind zu berücksichtigen. Ab dem Jahr 2010 sind bei der Vereinbarung des Ausbildungsbudgets auch die Richtwerte nach Absatz 4b zu berücksichtigen. Soweit Richtwerte nicht vereinbart oder nicht durch Rechtsverordnung vorgegeben sind, vereinbaren die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 entsprechende Finanzierungsbeträge im Rahmen des Ausbildungsbudgets. Es ist eine Angleichung der krankenhausindividuellen Finanzierungsbeträge an die Richtwerte oder im Falle des Satzes 6 eine Angleichung der Finanzierungsbeträge im Land untereinander anzustreben; dabei sind krankenhausindividuelle Abweichungen des vom Land finanzierten Teils der Ausbildungskosten zu berücksichtigen. Soweit erforderlich schließen die Vertragsparteien Strukturverträge, die den Ausbau, die Schließung oder die Zusammenlegung von Ausbildungsstätten finanziell unterstützen und zu wirtschaftlichen Ausbildungsstrukturen führen; dabei ist Einvernehmen mit der zuständigen Landesbehörde anzustreben. Die Ausbildung in der Region darf nicht gefährdet werden. Soweit eine Ausbildungsstätte in der Region erforderlich ist, zum Beispiel weil die Entfernungen und Fahrzeiten zu anderen Ausbildungsstätten nicht zumutbar sind, können auch langfristig höhere

Finanzierungsbeträge gezahlt werden; zur Prüfung der Voraussetzungen sind die Vorgaben zum Sicherstellungszuschlag nach § 17b Abs. 1 Satz 6 und 7 in Verbindung mit § 5 Abs. 2 des Krankenhausentgeltgesetzes entsprechend anzuwenden. Weicht am Ende des Vereinbarungszeitraums die Summe der Zahlungen aus dem Ausgleichsfonds nach Absatz 5 Satz 5 und den verbleibenden Abweichungen nach Absatz 6 Satz 5 oder die Summe der Zuschläge nach Absatz 9 Satz 1 von dem vereinbarten Ausbildungsbudget ab, werden die Mehr- oder Mindererlöse vollständig über das Ausbildungsbudget des nächstmöglichen Vereinbarungszeitraums ausgeglichen. Steht bei der Verhandlung der Ausgleichsbetrag noch nicht fest, sind Teilbeträge als Abschlagszahlungen auf den Ausgleich zu berücksichtigen.

(4) Das Ausbildungsbudget für das Jahr 2005 wird bei ausbildenden Krankenhäusern auf der Grundlage der Kosten der Ausbildungskosten für das Jahr 2004 ermittelt. Zusätzlich werden die für das Jahr 2005 zu erwartenden Veränderungen, insbesondere bei Zahl und Art der Ausbildungsplätze und Ausbildungsverträge sowie Kostenentwicklungen, berücksichtigt. Die bisher im Krankenhausbudget enthaltenen Ausbildungskosten werden zum 1. Januar 2005 aus dem Krankenhausbudget ausgegliedert (§ 4 Abs. 2 Nr. 1 Buchstabe g des Krankenhausentgeltgesetzes); dabei ist die Höhe der Kosten nach Satz 1 für das Jahr 2004 zu Grunde zu legen. Eine Fehlschätzung der nach Satz 1 auszugliedernden Kosten ist bei der Budgetvereinbarung für das Jahr 2006 als Berichtigung des Erlösbudgets 2005 und mit entsprechender Ausgleichszahlung für das Jahr 2005 zu berücksichtigen.

(4a) Der Krankenhausträger hat den anderen Vertragsparteien rechtzeitig vor den Verhandlungen Nachweise und Begründungen insbesondere über Art und Anzahl der voraussichtlich belegten Ausbildungsplätze, die Ausbildungskosten, für die Höhe der nach Absatz 4 durchzuführenden Ausgliederung des Ausbildungsbudgets aus dem Krankenhausbudget und für die Vereinbarung von Zuschlägen nach Absatz 6 vorzulegen sowie im Rahmen der Verhandlungen zusätzliche Auskünfte zu erteilen.

(4b) Als Zielwert für die Angleichung der krankenhausindividuellen Finanzierungsbeträge nach Absatz 3 Satz 6 ermitteln die Vertragsparteien nach § 17b Abs. 2 Satz 1 jährlich für die einzelnen Berufe nach § 2 Nr. 1a die durchschnittlichen Kosten je Ausbildungsplatz in den Ausbildungsstätten und die sonstigen Ausbildungskosten und vereinbaren für das folgende Kalenderjahr entsprechende Richtwerte unter Berücksichtigung zu erwartender Kostenentwicklungen; die Beträge können nach Regionen differenziert festgelegt werden. Zur Umsetzung der Vorgaben nach Satz 1 entwickeln die Vertragsparteien insbesondere unter Nutzung der Daten nach § 21 Abs. 2 Nr. 1 Buchstabe c des Krankenhausentgeltgesetzes und von Daten aus einer Auswahl von Krankenhäusern und Ausbildungsstätten, die an einer gesonderten Kalkulation teilnehmen, jährlich schrittweise das Verfahren zur Erhebung der erforderlichen Daten und zur Kalkulation und Vereinbarung von Richtwerten. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 nicht zustande, kann das Bundesministerium für Gesundheit das Verfahren oder die Richtwerte durch eine Rechtsverordnung nach § 17b Abs. 7 vorgeben.

(5) Mit dem Ziel, eine Benachteiligung ausbildender Krankenhäuser im Wettbewerb mit nicht ausbildenden Krankenhäusern zu vermeiden, vereinbaren die in § 18 Abs. 1 Satz 2 genannten Beteiligten auf Landesebene

1. erstmals für das Jahr 2006 einen Ausgleichsfonds in Höhe der von den Krankenhäusern im Land angemeldeten Beträge (Sätze 3 und 4),
2. die Höhe eines Ausbildungszuschlags je voll- und teilstationärem Fall, mit dem der Ausgleichsfonds finanziert wird,

3. die erforderlichen Verfahrensregelungen im Zusammenhang mit dem Ausgleichsfonds und den in Rechnung zu stellenden Zuschlägen, insbesondere Vorgaben zur Verzinsung ausstehender Zahlungen der Krankenhäuser mit einem Zinssatz von 8 vom Hundert über dem Basiszins nach § 247 Abs. 1 des Bürgerlichen Gesetzbuchs.

Der Ausgleichsfonds wird von der Landeskrankenhausgesellschaft errichtet und verwaltet; sie hat über die Verwendung der Mittel Rechenschaft zu legen. Zur Ermittlung der Höhe des Ausgleichsfonds melden die ausbildenden Krankenhäuser die jeweils nach Absatz 3 oder 4 für das Vorjahr vereinbarte Höhe des Ausbildungsbudgets sowie Art und Anzahl der Ausbildungsplätze und die Höhe des zusätzlich zu finanzierenden Mehraufwands für Ausbildungsvergütungen; im Falle einer für den Vereinbarungszeitraum absehbaren wesentlichen Veränderung der Zahl der Ausbildungsplätze oder der Zahl der Auszubildenden kann ein entsprechend abweichender Betrag gemeldet werden. Soweit Meldungen von Krankenhäusern fehlen, sind entsprechende Beträge zu schätzen. Die Landeskrankenhausgesellschaft zahlt aus dem Ausgleichsfonds den nach Satz 3 gemeldeten oder nach Satz 4 geschätzten Betrag in monatlichen Raten jeweils an das ausbildende Krankenhaus.

(6) Der Ausbildungszuschlag nach Absatz 5 Satz 1 Nr. 2 wird von allen nicht ausbildenden Krankenhäusern den Patienten oder Patientinnen oder deren Sozialleistungsträger in Rechnung gestellt. Bei ausbildenden Krankenhäusern wird der in Rechnung zu stellende Zuschlag verändert, soweit der an den Ausgleichsfonds gemeldete und von diesem gezahlte Betrag von der Höhe des nach Absatz 3 oder 4 vereinbarten Ausbildungsbudgets abweicht. Die sich aus dieser Abweichung ergebende Veränderung des Ausbildungszuschlags und damit die entsprechende Höhe des krankenhausindividuellen, in Rechnung zu stellenden Ausbildungszuschlags wird von den Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 vereinbart. Alle Krankenhäuser haben die von ihnen in Rechnung gestellten Ausbildungszuschläge in der nach Absatz 5 Satz 1 Nr. 2 festgelegten Höhe an den Ausgleichsfonds abzuführen, sie haben dabei die Verfahrensregelungen nach Absatz 5 Satz 1 Nr. 3 einzuhalten. Eine Erlösabweichung zwischen dem in Rechnung gestellten krankenhausindividuellen Zuschlag nach Satz 3 und dem abzuführenden Zuschlag verbleibt dem ausbildenden Krankenhaus.

(7) Das Ausbildungsbudget ist zweckgebunden für die Ausbildung zu verwenden. Der Krankenhausträger hat für die Budgetverhandlungen nach Absatz 3 eine vom Jahresabschlussprüfer bestätigte Aufstellung für das abgelaufene Jahr über die Einnahmen aus dem Ausgleichsfonds und den in Rechnung gestellten Zuschlägen, über Erlösabweichungen zum vereinbarten Ausbildungsbudget und über die zweckgebundene Verwendung der Mittel vorzulegen.

(8) Kommt eine Vereinbarung nach den Absätzen 3 und 4 oder eine Vereinbarung nach Absatz 5 zur Höhe des Ausgleichsfonds, den Ausbildungszuschlägen und den Verfahrensregelungen nicht zu Stande, entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 1 innerhalb von sechs Wochen. Die Genehmigung der Vereinbarung oder die Festsetzung der Schiedsstelle ist von einer der Vertragsparteien bei der zuständigen Landesbehörde zu beantragen. Gegen die Genehmigung ist der Verwaltungsrechtsweg gegeben. Ein Vorverfahren findet nicht statt, die Klage hat keine aufschiebende Wirkung.

(9) Kommt die Bildung eines Ausgleichsfonds nach Absatz 5 nicht zu Stande, werden die Ausbildungsbudgets nach Absatz 3 oder 4 durch einen krankenhausindividuellen Zuschlag je voll- und teilstationärem Fall finanziert, der den Patienten oder Patientinnen oder deren Sozialleistungsträger in Rechnung gestellt wird. Ist zu Beginn des Kalender-

jahres dieser Zuschlag krankenhausindividuell noch nicht vereinbart, wird der für das Vorjahr vereinbarte Zuschlag nach Satz 1 oder der für das Vorjahr geltende Zuschlag nach Absatz 6 Satz 2 und 3 weiterhin in Rechnung gestellt, § 15 Abs. 1 und 2 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes ist entsprechend anzuwenden. Um Wettbewerbsverzerrungen infolge dieser Ausbildungszuschläge zu vermeiden, werden für diesen Fall die Landesregierungen ermächtigt, durch Rechtsverordnung einen finanziellen Ausgleich zwischen ausbildenden und nicht ausbildenden Krankenhäusern und Vorgaben zur Abrechnung der entsprechenden Zuschläge für die Jahre vorzugeben, für die ein Ausgleichsfonds nicht zu Stande gekommen ist. Die Landesregierungen in Ländern, in denen eine entsprechende Rechtsverordnung nach Absatz 10 in der bis zum 31. Dezember 2004 geltenden Fassung bereits für das Jahr 2004 besteht, werden ermächtigt, diese auch für das Jahr 2005 zu erlassen.

(10) Kosten der Unterbringung von Auszubildenden sind nicht pflegesatzfähig, soweit die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 nichts anderes vereinbaren. Wird eine Vereinbarung getroffen, ist bei ausbildenden Krankenhäusern der Zuschlag nach Absatz 6 Satz 3 entsprechend zu erhöhen. Der Erhöhungsbetrag verbleibt dem Krankenhaus.

(11) Für ausbildende Krankenhäuser, die der Bundespflegesatzverordnung unterliegen, gilt § 21 des Krankenhausentgeltgesetzes mit der Maßgabe, dass die Daten nach Absatz 2 Nr. 1 Buchstabe a und c zu übermitteln sind.

§ 17b Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG-Krankenhäuser

(1) Für die Vergütung der allgemeinen Kankenhausleistungen ist für ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem einzuführen; dies gilt nicht für die Leistungen der in § 1 Abs. 2 der Psychiatrie-Personalverordnung genannten Einrichtungen und der Einrichtungen für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, soweit in der Verordnung nach § 16 Satz 1 Nr. 1 nichts Abweichendes bestimmt wird. Das Vergütungssystem hat Komplexitäten und Comorbiditäten abzubilden; sein Differenzierungsgrad soll praktikabel sein. Mit den Entgelten nach Satz 1 werden die allgemeinen vollstationären und teilstationären Krankenhausleistungen für einen Behandlungsfall vergütet. Soweit allgemeine Krankenhausleistungen nicht in die Entgelte nach Satz 1 einbezogen werden können, weil der Finanzierungstatbestand nicht in allen Krankenhäusern vorliegt, sind Richtwerte nach § 17a Abs. 4b sowie bundeseinheitlich Regelungen für Zu- oder Abschläge zu vereinbaren, insbesondere für die Notfallversorgung, die besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten nach § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 4 des Krankenhausentgeltgesetzes und für die Aufnahme von Begleitpersonen nach § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 des Krankenhausentgeltgesetzes und § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 der Bundespflegesatzverordnung; für die Kalkulation und Vereinbarung von Zuschlägen für Zentren und Schwerpunkte, die nach Regionen differenziert werden können, sind die besonderen Leistungen zu benennen und zu bewerten und den Vertragsparteien im Voraus zu übermitteln. Für die Beteiligung der Krankenhäuser an Maßnahmen zur Qualitätssicherung auf der Grundlage des § 137 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sind Zuschläge zu vereinbaren, diese können auch in die Fallpauschalen eingerechnet werden. Zur Sicherstellung einer für die Versorgung der Bevölkerung notwendigen Vorhaltung von Leistungen, die auf Grund des geringen Versorgungsbedarfs mit den Entgelten nach Satz 1 nicht kostendeckend finanzierbar ist, sind bundeseinheitliche Empfehlungen für Maßstäbe zu vereinbaren, unter welchen Voraussetzungen der Tatbestand einer notwendigen Vorhaltung vorliegt sowie in welchem Umfang grundsätzlich zusätzliche Zahlungen zu leisten sind. Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung ergän-

zende oder abweichende Vorgaben zu den Voraussetzungen nach Satz 6 zu erlassen, insbesondere um die Vorhaltung der für die Versorgung notwendigen Leistungseinheiten zu gewährleisten; dabei sind die Interessen anderer Krankenhäuser zu berücksichtigen; die Landesregierungen können diese Ermächtigung durch Rechtsverordnung auf oberste Landesbehörden übertragen. Soweit das Land keine Vorgaben erlässt, sind die Empfehlungen nach Satz 6 verbindlich anzuwenden. Die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 prüfen, ob die Voraussetzungen für einen Sicherstellungszuschlag im Einzelfall vorliegen und vereinbaren die Höhe der abzurechnenden Zuschläge. Die Fallgruppen und ihre Bewertungsrelationen sind bundeseinheitlich festzulegen. Die Bewertungsrelationen sind als Relativgewichte auf eine Bezugsleistung zu definieren; sie können für Leistungen, bei denen in erhöhtem Maße wirtschaftlich begründete Fallzahlsteigerungen eingetreten oder zu erwarten sind, gezielt abgesenkt oder in Abhängigkeit von der Fallzahl bei diesen Leistungen gestaffelt vorgegeben werden. Soweit dies zur Ergänzung der Fallpauschale in eng begrenzten Ausnahmefällen erforderlich ist, können die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 Zusatzentgelte für Leistungen, Leistungskomplexe oder Arzneimittel vereinbaren, insbesondere für die Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren oder für eine Dialyse, wenn die Behandlung des Nierenversagens nicht die Hauptleistung ist. Sie vereinbaren auch die Höhe der Entgelte; diese kann nach Regionen differenziert festgelegt werden. Nach Maßgabe des Krankenhausentgeltgesetzes können Entgelte für Leistungen, die nicht durch die Entgeltkataloge erfasst sind, durch die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 vereinbart werden. Besondere Einrichtungen, deren Leistungen insbesondere aus medizinischen Gründen, wegen einer Häufung von schwerkranken Patienten oder aus Gründen der Versorgungsstruktur mit den Entgeltkatalogen noch nicht sachgerecht vergütet werden, können zeitlich befristet aus dem Vergütungssystem ausgenommen werden. Entstehen bei Patienten mit außerordentlichen Untersuchungs- und Behandlungsabläufen extrem hohe Kostenunterdeckungen, die mit dem pauschalierten Vergütungssystem nicht sachgerecht finanziert werden (Kostenausreißer), sind entsprechende Fälle zur Entwicklung geeigneter Vergütungsformen vertieft zu prüfen. Bis zum 30. Juni 2009 ist zu prüfen, ob zur sachgerechten Finanzierung der mit der ärztlichen Weiterbildung verbundenen Mehrkosten bei der Leistungserbringung Zu- oder Abschläge für bestimmte Leistungen oder Leistungsbereiche erforderlich sind; erforderliche Zu- oder Abschläge sollen möglichst in Abhängigkeit von Qualitätsindikatoren für die Weiterbildung abgerechnet werden.

(2) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung gemeinsam vereinbaren entsprechend den Vorgaben der Absätze 1 und 3 mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft ein Vergütungssystem, das sich an einem international bereits eingesetzten Vergütungssystem auf der Grundlage der Diagnosis Related Groups (DRG) orientiert, seine jährliche Weiterentwicklung und Anpassung, insbesondere an medizinische Entwicklungen, Kostenentwicklungen, Verweildauerverkürzungen und Leistungsverlagerungen zu und von anderen Versorgungsbereichen, und die Abrechnungsbestimmungen, soweit diese nicht im Krankenhausentgeltgesetz vorgegeben werden. Sie orientieren sich dabei unter Wahrung der Qualität der Leistungserbringung an wirtschaftlichen Versorgungsstrukturen und Verfahrensweisen. Die Prüfungsergebnisse nach § 137c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sind zu beachten. Der Bundesärztekammer ist Gelegenheit zur beratenden Teilnahme an den Sitzungen der Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 zu geben, soweit medizinische Fragen der Entgelte und der zu Grunde liegenden Leistungsabgrenzung betroffen sind; dies gilt entsprechend für einen Vertreter der Berufsorganisationen der Krankenpflegeberufe. Die betroffenen Fachgesellschaften und, soweit deren Belange berührt sind, die Spitzen-

organisationen der pharmazeutischen Industrie und der Industrie für Medizinprodukte erhalten Gelegenheit zur Stellungnahme. Für die gemeinsame Beschlussfassung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und des Verbandes der privaten Krankenversicherung haben der Spitzenverband Bund der Krankenkassen zwei Stimmen und der Verband der privaten Krankenversicherung eine Stimme. Das Bundesministerium für Gesundheit kann an den Sitzungen der Vertragsparteien teilnehmen und erhält deren fachliche Unterlagen. Die Vertragsparteien veröffentlichen in geeigneter Weise die Ergebnisse der Kostenerhebungen und Kalkulationen.

(3) Die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 vereinbaren bis zum 30. Juni 2000 die Grundstrukturen des Vergütungssystems und des Verfahrens zur Ermittlung der Bewertungsrelationen auf Bundesebene (Bewertungsverfahren), insbesondere der zu Grunde zu legenden Fallgruppen, sowie die Grundzüge ihres Verfahrens zur laufenden Pflege des Systems auf Bundesebene. Die Vertragsparteien vereinbaren bis zum 31. Dezember 2001 Bewertungsrelationen und die Bewertung der Zu- und Abschläge nach Absatz 1 Satz 4. Die Bewertungsrelationen können auf der Grundlage der Fallkosten einer sachgerechten Auswahl von Krankenhäusern kalkuliert, aus international bereits eingesetzten Bewertungsrelationen übemommen oder auf deren Grundlage weiterentwickelt werden. Nach Maßgabe der Absätze 4 und 6 ersetzt das neue Vergütungssystem die bisher abgerechneten Entgelte nach § 17 Abs. 2a. Erstmals für das Jahr 2005 wird nach § 18 Abs. 3 Satz 3 ein Basisfallwert vereinbart.

(4) Das Vergütungssystem wird für das Jahr 2003 budgetneutral umgesetzt. Die Vertragsparteien nach Absatz 2 vereinbaren für die Anwendung im Jahr 2003 einen vorläufigen Fallpauschalenkatalog auf der Grundlage des von ihnen ausgewählten australischen Katalogs. Auf Verlangen des Krankenhauses wird das Vergütungssystem zum 1. Januar 2003 mit diesem vorläufigen Fallpauschalenkatalog eingeführt.

(5) Zur Finanzierung der ihnen übertragenen Aufgaben nach den Absätzen 1 und 3 sowie § 10 Abs. 2 und § 17d vereinbaren die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1

1. einen Zuschlag für jeden abzurechnenden Krankenhausfall, mit dem die Entwicklung, Einführung und laufende Pflege des zum 1. Januar 2003 einzuführenden Vergütungssystems finanziert werden (DRG-Systemzuschlag). Der Zuschlag dient der Finanzierung insbesondere der Entwicklung der DRG-Klassifikation und der Kodierregeln, der Ermittlung der Bewertungsrelationen, der Bewertung der Zu- und Abschläge, der Ermittlung der Richtwerte nach § 17a Abs. 4b, von pauschalierten Zahlungen für die Teilnahme von Krankenhäusern oder Ausbildungsstätten an der Kalkulation und der Vergabe von Aufträgen, auch soweit die Vertragsparteien die Aufgaben durch ein eigenes DRG-Institut wahrnehmen lassen oder das Bundesministerium für Gesundheit nach Absatz 7 anstelle der Vertragsparteien entscheidet,
2. Maßnahmen, die sicherstellen, dass die durch den Systemzuschlag erhobenen Finanzierungsbeträge ausschließlich zur Umsetzung der in diesem Absatz genannten Aufgaben verwendet werden,
3. das Nähere zur Weiterleitung der entsprechenden Einnahmen der Krankenhäuser an die Vertragsparteien,
4. kommt eine Vereinbarung nicht zustande, entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 6.

Die Vertragsparteien vereinbaren pauschalierte Zahlungen für die Teilnahme von Krankenhäusern oder Ausbildungsstätten an der Kalkulation, die einen wesentlichen Teil der

zusätzlich entstehenden Kosten umfassen sollen; sie sollen als fester Grundbetrag je Krankenhaus und ergänzend als Finanzierung in Abhängigkeit von Anzahl und Qualität der übermittelten Datensätze gezahlt werden. Über die Teilnahme des einzelnen Krankenhauses entscheiden prospektiv die Vertragsparteien nach Absatz 2 Satz 1 auf Grund der Qualität des Rechnungswesens oder der Notwendigkeit der zu erhebenden Daten; ein Anspruch auf Teilnahme besteht nicht. Für die Vereinbarungen gilt Absatz 2 Satz 6 entsprechend. Ein Einsatz der Finanzmittel zur Deckung allgemeiner Haushalte der Vertragsparteien oder zur Finanzierung herkömmlicher Verbandsaufgaben im Zusammenhang mit dem Vergütungssystem ist unzulässig. Die vom Bundesministerium für Gesundheit zur Vorbereitung einer Rechtsverordnung nach Absatz 7 veranlassten Kosten für die Entwicklung, Einführung und laufende Pflege des Vergütungssystems sind von den Selbstverwaltungspartnern unverzüglich aus den Finanzmitteln nach Satz 1 zu begleichen; die Entscheidungen verantwortet das Bundesministerium. Der DRG-Systemzuschlag ist von den Krankenhäusern je voll- und teilstationärem Krankenhausfall dem selbstzahlenden Patienten oder dem jeweiligen Kostenträger zusätzlich zu den tagesgleichen Pflegesätzen oder einer Fallpauschale in Rechnung zu stellen; er ist an die Vertragsparteien oder eine von ihnen benannte Stelle abzuführen. Der Zuschlag unterliegt nicht der Begrenzung der Pflegesätze durch den Grundsatz der Beitragssatzstabilität nach § 6 der Bundespflegesatzverordnung oder § 10 Abs. 4 des Krankenhausentgeltgesetzes, er geht nicht in den Gesamtbetrag nach § 6 und das Budget nach § 12 und nicht in die Erlösausgleiche nach § 11 Abs. 8 und § 12 Abs. 4 der Bundespflegesatzverordnung sowie nicht in die Gesamtbeträge oder die Erlösausgleiche nach den §§ 3 und 4 des Krankenhausentgeltgesetzes ein.

(6) Das Vergütungssystem wird für alle Krankenhäuser mit einer ersten Fassung eines deutschen Fallpauschalenkatalogs verbindlich zum 1. Januar 2004 eingeführt. Das Vergütungssystem wird für das Jahr 2004 budgetneutral umgesetzt. Ab dem Jahr 2005 wird das Erlösbudget des Krankenhauses nach den näheren Bestimmungen des Krankenhausentgeltgesetzes schrittweise an den Basisfallwert nach Absatz 3 Satz 5 angeglichen.

(7) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates

1. Vorschriften über das Vergütungssystem zu erlassen, soweit eine Einigung der Vertragsparteien nach Absatz 2 ganz oder teilweise nicht zustande gekommen ist und eine der Vertragsparteien insoweit das Scheitern der Verhandlungen erklärt hat; die Vertragsparteien haben zu den strittigen Punkten ihre Auffassungen und die Auffassungen sonstiger Betroffener darzulegen und Lösungsvorschläge zu unterbreiten,

2. abweichend von Nummer 1 auch ohne Erklärung des Scheiterns durch eine Vertragspartei Fristen für Arbeitsschritte vorzugeben sowie nach Ablauf derjeweiligen Frist zu entscheiden, soweit dies erforderlich ist, um die Einführung des Vergütungssystems und seine jährliche Weiterentwicklung fristgerecht sicherzustellen,

3. Leistungen oder besondere Einrichtungen nach Absatz 1 Satz 14 und 15 zu bestimmen, die mit dem DRG-Vergütungssystem noch nicht sachgerecht vergütet werden können; für diese Bereiche können die anzuwendende Art der Vergütung festgelegt sowie Vorschriften zur Ermittlung der Entgelthöhe und zu den vorzulegenden Verhandlungsunterlagen erlassen werden,

4. unter den Voraussetzungen nach den Nummern 1 und 2 Richtwerte oder nach § 17a Abs. 4b zur Finanzierung der Ausbildungskosten vorzugeben.

Von Vereinbarungen der Vertragsparteien nach Absatz 2 kann abgewichen werden, soweit dies für Regelungen nach Satz 1 erforderlich ist. Das DRG-Institut der Selbstverwaltungspartner ist verpflichtet, dem Bundesministerium zur Vorbereitung von Regelungen nach Satz 1 unmittelbar und unverzüglich nach dessen Weisungen zuzuarbeiten. Das Bundesministerium kann sich von unabhängigen Sachverständigen beraten lassen. Das DRG-Institut ist auch im Falle einer Vereinbarung durch die Vertragsparteien nach Absatz 2 verpflichtet, auf Anforderung des Bundesministeriums Auskunft insbesondere über den Entwicklungsstand des Vergütungssystems, die Entgelte und deren Veränderungen sowie über Problembereiche und mögliche Alternativen zu erteilen.

(7a) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Vorschriften über die Unterlagen, die von den Krankenhäusern für die Budgetverhandlungen vorzulegen sind, zu erlassen.

(8) Die Vertragsparteien nach Absatz 2 führen eine Begleitforschung zu den Auswirkungen des neuen Vergütungssystems, insbesondere zur Veränderung der Versorgungsstrukturen und zur Qualität der Versorgung, durch; dabei sind auch die Auswirkungen auf die anderen Versorgungsbereiche sowie die Art und der Umfang von Leistungsverlagerungen zu untersuchen. Sie schreiben dazu Forschungsaufträge aus und beauftragen das DRG-Institut, insbesondere die Daten nach § 21 des Krankenhausentgeltgesetzes auszuwerten. Die Kosten dieser Begleitforschung werden mit dem DRG-Systemzuschlag nach Absatz 5 finanziert. Die Begleitforschung ist mit dem Bundesministerium für Gesundheit abzustimmen. Erste Ergebnisse sind im Jahr 2005 zu veröffentlichen.

§ 17c Prüfung der Abrechnung von Pflegesätzen

(1) Der Krankenhausträger wirkt durch geeignete Maßnahmen darauf hin, dass

1. keine Patienten in das Krankenhaus aufgenommen werden, die nicht der stationären Krankenhausbehandlung bedürfen, und bei Abrechnung von tagesbezogenen Pflegesätzen keine Patienten im Krankenhaus verbleiben, die nicht mehr der stationären Krankenhausbehandlung bedürfen (Fehlbelegung),
2. eine vorzeitige Verlegung oder Entlassung aus wirtschaftlichen Gründen unterbleibt,
3. die Abrechnung der nach § 17b vergüteten Krankenhausfälle ordnungsgemäß erfolgt.

(2) Die Krankenkassen gemeinsam können durch Einschaltung des Medizinischen Dienstes (§ 275 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) die Einhaltung der in Absatz 1 genannten Verpflichtungen durch Stichproben prüfen; über die Einleitung der Prüfung entscheiden die Krankenkassen mehrheitlich. Der Medizinische Dienst ist befugt, Stichproben von akuten und abgeschlossenen Fällen zu erheben und zu verarbeiten. Die Stichproben können sich auch auf bestimmte Organisationseinheiten sowie bestimmte Diagnosen, Prozeduren und Entgelte beziehen. Das Krankenhaus hat dem Medizinischen Dienst die dafür erforderlichen Unterlagen einschließlich der Krankenunterlagen zur Verfügung zu stellen und die erforderlichen Auskünfte zu erteilen. Die Ärzte des Medizinischen Dienstes sind zu diesem Zweck befugt, nach rechtzeitiger Anmeldung die Räume der Krankenhäuser an Werktagen von 8.00 bis 18.00 Uhr zu betreten. Der Medizinische Dienst hat der Krankenkasse, deren Versicherter geprüft worden ist, und dem Krankenhaus versichertenbezogen mitzuteilen und zu begründen, inwieweit gegen die Verpflichtungen des Absatzes 1 verstoßen wurde. Die gespeicherten Sozialdaten sind zu

löschen, sobald ihre Kenntnis für die Erfüllung des Zweckes der Speicherung nicht mehr erforderlich ist. Krankenhäuser, die den Qualitätsbericht nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nicht fristgerecht veröffentlichen, werden jährlich geprüft.

(3) Stellen Krankenkassen auf der Grundlage von Stichproben nach Absatz 2 fest, dass bereits bezahlte Krankenhausleistungen fehlerhaft abgerechnet wurden, sind Ursachen und Umfang der Fehlabrechnungen festzustellen. Dabei ist ebenfalls zu prüfen, inwieweit neben überhöhten Abrechnungen auch zu niedrige Abrechnungen aufgetreten sind. Die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 sollen ein pauschaliertes Ausgleichsverfahren vereinbaren, um eine Erstattung oder Nachzahlung in jedem Einzelfall zu vermeiden; sie können abweichend auch vereinbaren, dass überhöhte Abrechnungen oder zu niedrige Abrechnungen jeweils gegenüber der zahlungspflichtigen Krankenkasse zu berichtigen sind. Soweit nachgewiesen wird, dass Fallpauschalen grob fahrlässig zu hoch abgerechnet wurden, ist der Differenzbetrag und zusätzlich ein Betrag in derselben Höhe zurückzuzahlen; für die Rückzahlung gilt das Verfahren nach Satz 3.

(4) Soweit sich die Vertragspartelen nach § 18 Abs. 2 über die Prüfergebnisse nach den Absätzen 2 und 3 und die sich daraus ergebenden Folgen nicht einigen, können der Krankenhausträger und jede betroffene Krankenkasse den Schlichtungsausschuss anrufen. Aufgabe des Schlichtungsausschusses ist die Schlichtung zwischen den Vertragsparteien. Der Schlichtungsausschuss besteht aus einem unparteiischen Vorsitzenden sowie Vertretern der Krankenkassen und der zugelassenen Krankenhäuser in gleicher Zahl. Die Vertreter der Krankenkassen werden von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen und die Vertreter der zugelassenen Krankenhäuser von der Landeskrankenhausgesellschaft bestellt; bei der Auswahl der Vertreter sollen sowohl medizinischer Sachverstand als auch besondere Kenntnisse in Fragen der Abrechnung der DRG-Fallpauschalen berücksichtigt werden. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen und die Landeskrankenhausgesellschaft sollen sich auf den unparteiischen Vorsitzenden einigen. Bei Stimmengleichheit gibt die Stimme des Vorsitzenden den Ausschlag. Der Schlichtungsausschuss prüft und entscheidet auf der Grundlage fallbezogener, nicht versichertenbezogener Daten. Im Übrigen vereinbart der Ausschuss mit der Mehrheit der Stimmen bis zum 31. März 2003 das Nähere zum Prüfverfahren des Medizinischen Dienstes, insbesondere zu der fachlichen Qualifikation der Prüfer, Größe der Stichprobe, Möglichkeit einer Begleitung der Prüfer durch Krankenhausärzte und Besprechung der Prüfergebnisse mit den betroffenen Krankenhausärzten vor Weiterleitung an die Krankenkassen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft geben gemeinsam Empfehlungen zum Prüfverfahren ab. Diese gelten bis zum Inkrafttreten einer Vereinbarung durch den Ausschuss. Kommen Empfehlungen bis zum 31. Januar 2003 nicht zustande, bestimmt die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 6 auf Antrag des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen oder der Deutschen Krankenhausgesellschaft das Nähere zum Prüfverfahren.

(5) Das Krankenhaus hat selbstzahlenden Patienten, die für die Abrechnung der Fallpauschalen und Zusatzentgelte erforderlichen Diagnosen, Prozeduren und sonstigen Angaben mit der Rechnung zu übersenden. Sofern Versicherte der privaten Krankenversicherung von der Möglichkeit einer direkten Abrechnung zwischen dem Krankenhaus und dem privaten Krankenversicherungsunternehmen Gebrauch machen, sind die Daten entsprechend § 301 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch maschinenlesbar an das private Krankenversicherungsunternehmen zu übermitteln, wenn der Versicherte hierzu schriftlich seine Einwilligung, die jederzeit widerrufen werden kann, erklärt hat.

§ 17d Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen

(1) Für die Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen von Fachkrankenhäusern und selbstständigen, gebietsärztlich geleiteten Abteilungen an somatischen Krankenhäusern für die Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (psychiatrische Einrichtungen) sowie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (psychosomatische Einrichtungen) ist ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem auf der Grundlage von tagesbezogenen Entgelten einzuführen. Dabei ist zu prüfen, ob für bestimmte Leistungsbereiche andere Abrechnungseinheiten eingeführt werden können. Ebenso ist zu prüfen, inwieweit auch die im Krankenhaus ambulant zu erbringenden Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanzen nach § 118 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch einbezogen werden können. Das Vergütungssystem hat den unterschiedlichen Aufwand der Behandlung bestimmter, medizinisch unterscheidbarer Patientengruppen abzubilden; sein Differenzierungsgrad soll praktikabel sein. Die Bewertungsrelationen sind als Relativgewichte zu definieren. Die Definition der Entgelte und ihre Bewertungsrelationen sind bundeseinheitlich festzulegen.

(2) Mit den Entgelten nach Absatz 1 werden die voll- und teilstationären allgemeinen Krankenhausleistungen vergütet. Soweit dies zur Ergänzung der Entgelte in eng begrenzten Ausnahmefällen erforderlich ist, können die Vertragsparteien nach Absatz 3 Zusatzentgelte und deren Höhe vereinbaren. Entgelte für Leistungen, die auf Bundesebene nicht bewertet worden sind, werden durch die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 vereinbart. Die Vorgaben des § 17b Abs. 1 Satz 4 und 5 für Richtwerte nach § 17a Abs. 4b und Regelungen für Zu- und Abschläge sowie § 17b Abs. 1 Satz 15 und 16 zu besonderen Einrichtungen und zur Prüfung von außerordentlichen Untersuchungs- und Behandlungsabläufen mit extrem hohen Kostenunterdeckungen gelten entsprechend. Für die Finanzierung der Sicherstellung einer für die Versorgung der Bevölkerung notwendigen Vorhaltung von Leistungen gelten § 17b Abs. 1 Satz 6 bis 9 und § 5 Abs. 2 des Krankenhausentgeltgesetzes entsprechend.

(3) Die Vertragsparteien nach § 17b Abs. 2 Satz 1 vereinbaren nach den Vorgaben der Absätze 1, 2 und 4 das Entgeltsystem, seine grundsätzlich jährliche Weiterentwicklung und Anpassung, insbesondere an medizinische Entwicklungen, Veränderungen der Versorgungsstrukturen und Kostenentwicklungen, und die Abrechnungsbestimmungen, soweit diese nicht gesetzlich vorgegeben werden. Es ist ein gemeinsames Entgeltsystem zu entwickeln; dabei ist von den Daten nach Absatz 9 und für Einrichtungen, die die Psychiatrie-Personalverordnung anwenden, zusätzlich von den Behandlungsbereichen nach der Psychiatrie-Personalverordnung auszugehen. Mit der Durchführung der Entwicklungsaufgaben beauftragen die Vertragsparteien das DRG-Institut. § 17b Abs. 2 Satz 2 bis 8 ist entsprechend anzuwenden. Zusätzlich ist der Bundespsychotherapeutenkammer Gelegenheit zur beratenden Teilnahme an den Sitzungen zu geben, soweit psychotherapeutische und psychosomatische Fragen betroffen sind.

(4) Die Vertragsparteien auf Bundesebene vereinbaren bis zum Jahresende 2009 die Grundstrukturen des Vergütungssystems sowie des Verfahrens zur Ermittlung der Bewertungsrelationen auf Bundesebene, insbesondere zur Kalkulation in einer sachgerechten Auswahl von Krankenhäusern. Sie vereinbaren bis zum 30. September 2012 die ersten Entgelte und deren Bewertungsrelationen. Das Vergütungssystem wird erstmals für das Jahr 2013 budgetneutral umgesetzt.

(5) Für die Finanzierung der den Vertragsparteien auf Bundesebene übertragenen Aufgaben gilt § 17b Abs. 5 entsprechend. Die erforderlichen Finanzierungsmittel sind mit dem DRG-Systemzuschlag zu erheben; dieser ist entsprechend zu erhöhen.

(6) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates

1. Vorschriften über das Vergütungssystem zu erlassen, soweit eine Einigung der Vertragsparteien nach Absatz 3 ganz oder teilweise nicht zustande gekommen ist und eine der Vertragsparteien insoweit das Scheitern der Verhandlungen erklärt hat; die Vertragsparteien haben zu den strittigen Punkten ihre Auffassungen und die Auffassungen sonstiger Betroffener darzulegen und Lösungsvorschläge zu unterbreiten;
2. abweichend von Nummer 1 auch ohne Erklärung des Scheiterns durch eine Vertragspartei Fristen für Arbeitsschritte vorzugeben sowie nach Ablauf der jeweiligen Frist zu entscheiden, soweit dies erforderlich ist, um die Einführung des Vergütungssystems und seine jährliche Weiterentwicklung fristgerecht sicherzustellen;
3. Leistungen nach Absatz 2 Satz 3 oder besondere Einrichtungen nach Absatz 2 Satz 4 zu bestimmen, die mit dem neuen Vergütungssystem noch nicht sachgerecht vergütet werden können; für diese Bereiche können die anzuwendende Art der Vergütung festgelegt sowie Vorschriften zur Ermittlung der Entgelthöhe und zu den vorzulegenden Verhandlungsunterlagen erlassen werden.

Das Bundesministerium kann von Vereinbarungen der Vertragsparteien nach Absatz 3 abweichen, soweit dies für Regelungen nach Satz 1 erforderlich ist. Es kann sich von unabhängigen Sachverständigen beraten lassen. Das DRG-Institut der Selbstverwaltungspartner ist verpflichtet, dem Bundesministerium zur Vorbereitung von Regelungen nach Satz 1 unmittelbar und unverzüglich nach dessen Weisungen zuzuarbeiten. Es ist auch im Falle einer Vereinbarung durch die Vertragsparteien nach Absatz 3 verpflichtet, auf Anforderung des Bundesministeriums Auskunft insbesondere über den Entwicklungsstand des Vergütungssystems, die Entgelte und deren Veränderungen sowie über Problembereiche und mögliche Alternativen zu erteilen.

(7) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Vorschriften über die Unterlagen, die von den Krankenhäusern für die Budgetverhandlungen vorzulegen sind, zu erlassen.

(8) Die Vertragsparteien auf Bundesebene führen eine Begleitforschung zu den Auswirkungen des neuen Vergütungssystems, insbesondere zur Veränderung der Versorgungsstrukturen und zur Qualität der Versorgung, durch. Dabei sind auch die Auswirkungen auf die anderen Versorgungsbereiche sowie die Art und der Umfang von Leistungsverlagerungen zu untersuchen. § 17b Abs. 8 Satz 2 bis 4 gilt entsprechend. Erste Ergebnisse sind im Jahr 2014 zu veröffentlichen.

(9) Für Einrichtungen nach Absatz 1 Satz 1 gilt § 21 des Krankenhausentgeltgesetzes mit der Maßgabe, dass die Daten nach seinem Absatz 2 Nr. 1 Buchstabe a und Nr. 2 Buchstabe a bis h zu übermitteln sind. Zusätzlich ist von Einrichtungen, die die Psychiatrie-Personalverordnung anwenden, für jeden voll- und teilstationären Behandlungsfall die tagesbezogene Einstufung der Patientin oder des Patienten in die Behandlungsbereiche nach den Anlagen 1 und 2 der Psychiatrie-Personalverordnung zu übermitteln; für die zugrunde liegende Dokumentation reicht eine Einstufung zu Beginn der Behandlung und bei jedem Wechsel des Behandlungsbereichs aus.

§ 18 Pflegesatzverfahren

(hier nicht abgedruckt)

§ 18a Schiedsstelle

(hier nicht abgedruckt)

§ 18b

(aufgehoben)

§ 19

(weggefallen)

§ 20

Nichtanwendung von Pflegesatzvorschriften

Die Vorschriften des Dritten Abschnitts mit Ausnahme des § 17 Abs. 5 finden keine Anwendung auf Krankenhäuser, die nach § 5 Abs. 1 Nr. 2, 4 oder 7 nicht gefördert werden, § 17 Abs. 5 ist bei den nach § 5 Abs. 1 Nr. 4 oder 7 nicht geförderten Krankenhäusern mit der Maßgabe anzuwenden, dass an die Stelle der Pflegesätze vergleichbarer nach diesem Gesetz voll geförderter Krankenhäuser die Pflegesätze vergleichbarer öffentlicher Krankenhäuser treten.

4. Abschnitt

(weggefallen)

§§ 21 bis 26

5. Abschnitt

Sonstige Vorschriften

§ 27 Zuständigkeitsregelung

(hier nicht abgedruckt)

§ 28 Auskunftspflicht und Statistik

(hier nicht abgedruckt)

§ 29

(aufgehoben)

§ 30 Darlehen aus Bundesmitteln

(hier nicht abgedruckt)

§ 31 Berlin-Klausel

(gegenstandslos)

§ 32

(Inkrafttreten)

Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) – Fallpauschalenvereinbarung

I. Wissenswertes zum KHEntgG – Erläuterungen

1. Allgemeines

Die voll- und teilstationären Leistungen der Krankenhäuser mit Ausnahme der Leistungen der Krankenhäuser und Abteilungen der Psychiatrie, Psychotherapeutischen Medizin und Psychosomatik werden nach den Bestimmungen des Krankenhausentgeldgesetzes vergütet. Außerdem ist die Anwendung des KHEntgG ausgeschlossen für Krankenhäuser, die nicht vom Geltungsbereich des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) erfasst werden, und für nicht nach dem KHG geförderte Krankenanstalten:

- Krankenhäuser im Straf- oder Maßregelungsvollzug
- Polizeikrankenhäuser
- Krankenhäuser der Träger der gesetzlichen Rentenversicherungsträger oder der gesetzlichen Unfallversicherung mit Ausnahme der pulmologischen Fachkliniken
- Krankenhäuser, die nach dem Hochschulbauförderungsgesetz gefördert werden
- Krankenhäuser, die nicht die in § 67 AO genannten Voraussetzungen zur Gemeinnützigkeit erfüllen
- Tuberkulosekliniken, soweit sie nicht im jeweiligen Krankenhausbedarfsplan der Länder enthalten sind
- Versorgungskrankenhäuser
- Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen nach § 107 Abs. 2 SGB V
- Krankenhäuser, deren Träger der Bund ist

2. Allgemeine Krankenhausleistungen

Das KHEntgG nennt als Krankenhausleistungen:

- Allgemeine Krankenhausleistungen
- Wahlleistungen

Allgemeine Krankenhausleistungen sind insbesondere ärztliche Behandlungen, Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, die für die Versorgung im Krankenhaus notwendig sind, sowie Unterkunft und Verpflegung. Sie müssen im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit eine medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung des Patienten gewährleisten (§ 2 Abs. 1 KHEntgG). Unter diesen Voraussetzungen gehören dazu auch:

a) die während des Krankenhausaufenthalts durchgeführten Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten im Sinne des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

b) die vom Krankenhaus veranlassten Leistungen Dritter (z. B. Leistungen fremder Untersuchungsstellen oder von Konsiliarärzten)

Auf die allgemeinen Krankenhausleistungen hat der Patient einen Rechtsanspruch. Bei der Berechnung dieser Leistungen ist jede Unterscheidung nach dem Status des Patienten und dem Kostenträger unzulässig.

Besondere Leistungen, wie die Behandlung durch leitende Krankenhausärzte sowie die Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer, die nach der Art und Schwere der Erkrankung erforderlich sind, gehören zur allgemeinen Krankenhausleistung und dürfen deshalb nicht gesondert berechnet werden; das Krankenhaus schuldet die bestmögliche Behandlung. Dies gilt sowohl im Verhältnis zu den Trägern der GKV als auch zu Selbstzahlern. Bei privat Versicherten ist, wenn nicht Art und Schwere der Erkrankung die Behandlung (Operation) durch den Chefarzt erforderlich machen und deshalb ohne besonderes Honorar zu erbringen sind, die Chefarztbehandlung dem Abschluss eines gesonderten Behandlungsvertrages (Wahlleistungsvereinbarung) vorbehalten (siehe nachf. Abschnitt „Wahlleistungen“).

Zu den allgemeinen Krankenhausleistungen gehört die Aufnahme einer Begleitperson, wenn dies aus medizinischen Gründen erforderlich wird. In solchen Fällen darf aufgrund der Vereinbarung für die Aufnahme von Begleitpersonen nach § 17b Abs. 1 Satz 4 KHG (siehe S. 591) vom 16. September 2004 ein Zuschlag von 45 Euro täglich berechnet werden.

Zu den allgemeinen Krankenhausleistungen gehören auch Transporte (Verbringungsfahrten), die durch die externe Untersuchung

oder Behandlung des Patienten in einer Einrichtung außerhalb des Krankenhauses nötig sind (vgl. § 2 Abs. 2 Nr. 2 KHEntgG). Transporte anlässlich der Verlegung in ein anderes Krankenhaus gehören dagegen nicht zu den allgemeinen Krankenhausleistungen; diese sind deshalb gesondert berechenbar.

Auch die Leistungen der Belegärzte sowie der Beleghebammen und -entbindungspfleger gehören nicht zu den Krankenhausleistungen (§ 2 Abs. 1 KHEntgG). Belegärzte sind nicht am Krankenhaus angestellte Vertragsärzte, die berechtigt sind, ihre Patienten (Belegpatienten) im Krankenhaus unter Inanspruchnahme der hierfür bereitgestellten Dienste, Einrichtungen und Mittel stationär oder teilstationär zu behandeln, ohne dafür vom Krankenhaus eine Vergütung zu erhalten. Entsprechendes gilt für Beleghebammen und -entbindungspfleger.

3. Vergütung der Allgemeinen Krankenhausleistungen

Die allgemeinen Krankenhausleistungen der Krankenhäuser, die dem KHEntgG unterfallen, werden nach § 7 KHEntgG mit folgenden Entgelten abgerechnet:

- DRG-Fallpauschalen (§ 9 KHEntgG)
- Zusatzentgelte (§ 9 KHEntgG)
  - Bundeseinheitliche Zusatzentgelte nach dem Zusatzentgelte-Katalog nach Anlage 2 bzw. Anlage 5 FPV
  - Krankenhausindividuelle Zusatzentgelte nach Anlage 4 bzw. 6 zur FPV
- ergänzende Entgelte bei Überschreitung der oberen Grenzverweildauer der Fallpauschale (§ 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG)
- Abschlag wegen Unterschreitung der unteren Grenzverweildauer
- Abschlag wegen Nichterreichen der mittleren Verweildauer bei Verlegung in ein anderes Krankenhaus
- Zuschlag für Ausbildungsstätten und Ausbildungsvergütungen und sonstige Zu- und Abschläge

- Entgelte für Leistungen, die noch nicht von den auf Bundesebene vereinbarten Fallpauschalen und Zusatzentgelten erfasst werden (§ 6 Abs. 1 KHEntgG)
- Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (§ 6 Abs. 2 KHEntgG)
- Zuschlag für Begleitpersonen (siehe S. 591)
- Qualitätssicherungszuschläge sowie Qualitätssicherungsabschläge
- DRG-Systemzuschlag (siehe S. 592)
- Investitionszuschlag für Krankenhäuser in den neuen Bundesländern
- Zuschlag Gemeinsamer Bundesausschuss (siehe S. 595 ff.)
- Zuschlag zur Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen nach § 4 Abs. 8 KHEntgG

Hauptbestandteil der Abrechnung nach dem KHEntgG sind die diagnosebezogenen Fallpauschalen (sog. Diagnosis Related Groups – DRG). Entsprechend der DRG-Systematik bemisst sich das konkrete Entgelt nach den individuellen Umständen des Krankheitsfalls.

Die Zuweisung zu einer DRG erfolgt über verschiedene Parameter. Die wichtigsten sind die Hauptdiagnose sowie gegebenenfalls durchgeführte Prozeduren (Operationen, aufwendige diagnostische oder therapeutische Leistungen). Eventuell vorhandene Nebendiagnosen können zudem die Schweregradeinstufung beeinflussen. Für die Festlegung der Diagnosen beziehungsweise Prozeduren stehen Kataloge mit ca. 13 000 Diagnosen (ICD-10-GM, Version 2005) und ca. 23 000 Prozeduren (OPS-301 Version 2005) zur Verfügung. Auch andere Faktoren wie Alter oder Entlassungsart können Auswirkungen auf die Zuweisung einer DRG haben. Die genauen Definitionen der einzelnen DRGs sind im jeweils aktuell gültigen DRG-Klassifikationssystem (DRG-Definitionshandbuch) festgelegt. Das DRG-Definitionshandbuch beschreibt die DRGs einerseits alphanumerisch, andererseits mittels textlichen Definitionen. Ergänzend finden sich hier auch Tabellen von zugehörigen Diagnosen oder Prozeduren.

Die jeweilige DRG ist mit einem entsprechenden Relativgewicht bewertet, welches im Rahmen der DRG-Systempflege jährlich vari-

ieren kann. Diesem Relativgewicht ist ein in Euro ausgedrückter Basisfallwert des Krankenhauses (festgesetzter Wert einer Bezugsleistung) zugeordnet. Aus der Multiplikation von Relativgewicht und Basisfallwert ergibt sich der Preis für den Behandlungsfall.

Beispiel (Relativgewicht und Basisfallwert hypothetisch):

DRG	DRG-Definition	Relativgewicht	Basisfallwert	Erlös
B79Z	Schädelfrakturen	0,694	3 000 Euro	2 082 Euro

Welche DRG im Krankheitsfall letztlich für die Abrechnung heranzuziehen ist, lässt sich nicht vorhersagen. Es kommt darauf an, welche Diagnose(n) am Ende des stationären Aufenthaltes gestellt und welche diagnostischen beziehungsweise therapeutischen Leistungen im Fortgang des Behandlungsgeschehens konkret erbracht werden. Die bundesheinheitlichen Fallpauschalen werden durch die Anlage zur jeweils aktuellen Fallpauschalenvereinbarung vorgegeben. Ein Abdruck der Anlage 1 in diesem Werk würde den Rahmen sprengen. Sie können diese einsehen auf der gemeinsam von der Selbstverwaltung gepflegten Website: www.g-drg.de

Beispiel:

Muster-Krankenhaus – Basisfallwert 2 500,00 Euro

Die Gruppierung des Krankheitsfalles hat die DRG G03A – Eingriffe am Magen, Ösophagus und Duodenum mit schweren Komplikationen und Komorbiditäten – ergeben. Die Bewertungsrelation ist bei Behandlung in der Hauptabteilung auf 3,038 festgelegt worden. Daraus errechnet sich eine DRG-Fallpauschale von 2 500,00 Euro x 3,038 = 7 595,00 Euro.

Der nach der oben beschriebenen DGR-Systematik zu ermittelnde Preis setzt voraus, dass DRG-spezifische Grenzen für die Verweildauer im Krankenhaus nicht über- oder unterschritten werden (vgl. § 1 Abs. 2 und 3 FPV). Bei Über- oder Unterschreiten dieser Verweildauern werden gesetzlich vorgegebene Zu- oder Abschläge fällig. Falls keine Besonderheiten vorliegen, werden in dem o.g. Beispiel die Allgemeinen Krankenhausleistungen mit der DRG-Fallpauschale von 7.595,00 Euro abgegolten.

Die näheren Einzelheiten zum DRG-System und das Berechnungsverfahren hierzu regelt die von der Selbstverwaltung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser getroffene Vereinbarung, die jeweils für ein Jahr gilt. Die Vereinbarung für das Jahr 2010 (FPV 2010), weitere Vereinbarungen über Zuschläge und Beschlüsse für das Jahr 2010 sind exemplarisch auf der S. 581 ff. abgedruckt. Die in den kommenden Jahren maßgebenden Vereinbarungen und Beschlüsse können Sie auf der gemeinsam von der Selbstverwaltung gepflegten Website www.g-drg.de einsehen.

Mit den oben aufgeführten Entgelten werden alle für die Versorgung eines Patienten erforderlichen allgemeinen Krankenhausleistungen vergütet. Für Belegpatienten werden gesonderte Fallpauschalen und Zusatzentgelte berechnet (siehe S. 551).

Das Wichtigste in Kürze

1. Das Krankenhausentgeltgesetz ist maßgebend für die Bildung und Abrechnung der DRG-Fallpauschalen.
2. Die allgemeinen Krankenhausleistungen umfassen:
   - ärztliche Leistungen
   - Pflege
   - Versorgung mit Arzneimitteln
   - Unterkunft und Verpflegung
   - die vom Arzt veranlassten Leistungen Dritter (z. B. Konsiliarärzte)
   - die medizinisch notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson

   Sie beinhalten die komplette Leistung des Krankenhauses, und zwar unabhängig vom Status des Patienten.
3. Die allgemeinen Krankenhausleistungen werden im Wesentlichen vergütet durch:
   - DRG-Fallpauschalen
   - Zusatzentgelte
   - verschiedene Zuschläge

4. Die Patienten können neben den allgemeinen Krankenhausleistungen mit dem Krankenhaus Wahlleistungen vereinbaren. Dies sind insbesondere:
   - Wahlleistung Unterkunft (Ein- und Zweibettzimmer)
   - wahlärztliche Leistungen
   - oder beides zusammen

Dies hat zur Folge, dass sich die Kosten einer Krankenhausbehandlung beträchtlich erhöhen, da für die Wahlleistung Unterkunft ein tagesbezogener Zuschlag berechnet wird und die wahlärztlichen Leistungen nach der GOÄ/GOZ abgerechnet werden.

4. Leistungen der Belegärzte und Vergütung dieser

Leistungen eines Belegarztes sind:

- seine persönlichen Leistungen
- der ärztliche Bereitschaftsdienst für Belegärzte
- die von ihm veranlassten Leistungen nachgeordneter Ärzte des Krankenhauses, die bei der Behandlung seiner Belegpatienten in demselben Fachgebiet wie der Belegarzt tätig werden
- die von ihm veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses

Auch bei belegärztlicher Tätigkeit ist die DRG-Fallpauschale nach dem in Nr. 3 beschriebenen Schema zu ermitteln. Die Bewertungsrelation der jeweiligen DRG-Pauschale ist allerdings niedriger festgelegt. Dies folgt daraus, dass die DRG-Fallpauschale im Falle der belegärztlichen Tätigkeit im Gegensatz zur Behandlung in einer Hauptabteilung eines Krankenhauses nicht die ärztlichen Leistungen umfasst. Diese werden von den Belegärzten im Rahmen der vertragsärztlichen Gesamtvergütung gesondert abgerechnet bzw. die Belegärzte stellen bei Privatpatienten ihre Leistungen nach der GOÄ in Rechnung.

Beispiel:

Muster-Krankenhaus – Basisfallwert 2 500,00 EUR

Die Gruppierung des Krankheitsfalles hat die DRG G03A – Eingriffe am Magen, Ösophagus und Duodenum mit schweren Komplikationen und Komorbiditäten – ergeben. Die Bewertungsrelation dieser DRG ist bei Behandlung in der Belegabteilung auf 2,732 festgelegt worden. Daraus errechnet sich eine DRG-Fallpauschale von 2 500,00 EUR x 2,732 = 6 830,00 EUR. Die Fallpauschale ist also um 765 EUR niedriger als bei einer Behandlung in einer Hauptabteilung (vgl. Beispiel in Nr. 3).

Falls keine Besonderheiten, z. B. Unterschreiten der unteren Grenzverweildauer oder Überschreiten der oberen Grenzverweildauer, vorliegen, werden in diesem Fall die Allgemeinen Krankenhausleistungen mit der DRG-Fallpauschale von 6 830 EUR abgegolten.

Mit den oben aufgeführten Entgelten werden alle für die Versorgung eines Patienten erforderlichen allgemeinen Krankenhausleistungen vergütet.

Für teilstationäre Leistungen sind entsprechende Entgelte zu vereinbaren und zu berechnen.

5. Vor- und nachstationäre Behandlung

Nach § 115a SGB V dürfen Krankenhäuser bei Verordnung von Krankenhausbehandlung Patienten in geeigneten Fällen ohne Unterkunft und Verpflegung behandeln um:

- die Erforderlichkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung zu klären oder die vollstationäre Krankenhausbehandlung vorzubereiten (vorstationäre Behandlung)
- im Anschluss an eine vollstationäre Krankenhausbehandlung den Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen (nachstationäre Behandlung)

Die Abrechnung der Entgelte ist beschränkt auf:

- bis zu 3 Behandlungstage bei vorstationärer Behandlung
- bis zu 7 Behandlungstage bei nachstationärer Behandlung

Die vor- und nachstationären Leistungen werden nicht nach dem KHEntgG, sondern nach den zu diesen Vorschriften erzielten Vergütungsvereinbarungen honoriert. Eine vorstationäre Behandlung ist neben einer DRG-Fallpauschale nicht gesondert berechenbar; eine nachstationäre Behandlung ist nach Maßgabe des § 8 Abs. 2 Nr. 4 KHEntgG neben einer Fallpauschale berechenbar, wenn die Summe aus den stationären Belegungstagen und den vor- und nachstationären Behandlungstagen die Grenzverweildauer der einschlägigen DRG-Fallpauschale übersteigen.

6. Vergütung der teilstationären Behandlungen

Bei teilstationärer Behandlung wird der Patient physisch und organisatorisch in das spezifische Versorgungssystem des Krankenhauses teileingegliedert, also ggf. auch durch die Bereitstellung von Unterkunft (Krankenbett) und Verpflegung. Die Behandlung (Betreuung) im Krankenhaus umfasst nicht den vollen Kalendertag. Die teilstationäre Behandlung ist Krankenhauspflege i. S. des § 39 SGB V; sie unterscheidet sich deshalb von der ambulanten Versorgung der Patienten im Krankenhaus. Die teilstationären Leistungen werden mit tagesbezogenen teilstationären Fallpauschalen oder mit Entgelten abgerechnet, die krankenhausindividuell zu vereinbaren sind (§ 6 Abs. 1 KHEntgG und § 6 Abs. 1 FPV).

7. Wahlleistungen

Allgemeines

Neben den allgemeinen Krankenhausleistungen kann der Patient aufgrund besonderer schriftlicher Vereinbarung Wahlleistungen des Krankenhauses in Anspruch nehmen (§ 17 KHEntgG). Den Charakter als gesondert berechenbare Zusatzleistungen verlieren sie, wenn sie nach Art und Schwere der Erkrankung erforderlich sind, der Patient also auf sie angewiesen ist. In diesem Fall sind sie Teil der allgemeinen Krankenhausleistung.

Als Wahlleistungen kommen die Behandlung durch leitende Krankenhausärzte (wahlärztliche Leistungen), die qualifiziertere Unterbringung (im Ein- und Zweibettzimmer), die bessere Ausstattung des Krankenhauszimmers (z. B. Nasszelle, Telefon, Radio, Fernsehgerät), besondere Verpflegung oder die medizinisch nicht notwendige Aufnahme einer Begleitperson in Betracht.

Wahlleistungen sind vor ihrer Erbringung schriftlich zu vereinbaren (§ 17 KHEntgG) und wirken nur für die Zukunft (auch bei Notaufnahme). Schriftform heißt eigenhändige Unterschriften auf der Wahlleistungsvereinbarung sowohl des Patienten (oder Vertreters) als auch des Wahlarztes oder beauftragten Krankenhausträgers, § 126 Abs. 2 Satz 1 BGB; vgl. BGH vom 19. Februar 1998 (NJW 1998 S. 1778). Der Behandlungsvertrag bedarf dagegen keiner besonderen Form. Der Patient muss vor Abschluss der Vereinbarung hinreichend über die Entgelte der Wahlleistungen (mutmaßliche Gebührenziffern, Überschreitung der Schwellenwerte, voraussichtliches Gesamthonorar) und deren Inhalt unterrichtet werden. So ist z. B. auf die Vergütungen für Zwei- und Einbettzimmer hinzuweisen. Bei wahlärztlichen Leistungen dürfte der Unterrichtspflicht mit dem Hinweis, dass sie gesondert nach der GOÄ berechnet werden (mit Angabe der mutmaßlichen Gebührenziffern und Steigerungssätze sowie möglichst des voraussichtlichen Arzthonorars), oder mit der Übergabe eines Preisverzeichnisses (das z. B. pauschale Beträge für bestimmte Operationen enthält) genügt werden. Eine Verweisung auf entsprechende Aushänge reicht nicht aus (vgl. auch BGH vom 19. 12. 1995, VersR 1996 S. 1157).

Der Bundesgerichtshof (BGH) mit Urteil vom 27. November 2003 – Az.: III ZR 37/03 – hat folgende Mindestinhalte hinsichtlich der Unterrichtungspflicht festgelegt:

- Den Hinweis, dass ohne Rücksicht auf Art und Schwere der Erkrankung die Behandlung durch den liquidationsberechtigten Arzt erfolgt; verbunden mit dem Hinweis darauf, dass auch ohne Wahlleistungsvereinbarung die notwendige medizinische Versorgung durch hinreichend qualifizierte Ärzte gewährleistet ist.
- Eine kurze Erläuterung der Preisermittlung nach der GOÄ (Gebührenziffern, Bedeutung der Punktzahl und Steigerungssätze), inklusive eines Hinweises auf die Minderungspflicht nach § 6a GOÄ.
- Den Hinweis darauf, dass die Vereinbarung eine erhebliche finanzielle Mehrbelastung zur Folge haben kann.
- Den Hinweis auf die Wahlarztkette (§ 17 Abs. 3 Satz 1 KEntgG).
- Sowie den Hinweis darauf, dass die GOÄ ggf. eingesehen werden kann.

Die Rückwirkung einer Vereinbarung über Wahlleistungen ist auch unter dem Gesichtspunkt der Geschäftsführung ohne Auftrag (§ 677 BGB) angesichts des Schutzgedankens des § 17 KHEntgG ausgeschlossen.

Die – meist formularmäßig erfolgenden – Vereinbarungen über Wahlleistungen sollen eindeutig sein. Der Wahlleistungspatient muss vor Abschluss der Wahlleistungsvereinbarung darüber unterrichtet werden, dass die ärztlichen Leistungen aller an der Behandlung notwendig beteiligten Ärzte anderer Fachdisziplinen (z. B. Anästhesist, Röntgenologe, Laborarzt), Konsiliarärzte und fremden Untersuchungsstellen (außerhalb des Krankenhauses) in Rechnung gestellt bzw. von den Ärzten liquidiert werden.

Da im Zeitpunkt der Notfallaufnahme eine abgewogene Entscheidung über Wahlleistungen vielfach ausgeschlossen ist, sollte diese Frage mit dem Patienten oder seinen Angehörigen erst dann erörtert werden, wenn diese nach reiflicher Überlegung dazu in der Lage sind. Sollte gleichwohl bei der Notaufnahme eine Wahlleistungsvereinbarung getroffen worden sein, sollte die Möglichkeit eingeräumt werden, sie binnen kurzer Frist zu widerrufen (was für die Zukunft ohnehin immer zulässig ist). Bei Begleitung des Notfallpatienten durch den Ehegatten wird grundsätzlich dessen Erklärung zur Vereinbarung von Wahlleistungen ausreichen, ggf. mit nachträglicher Genehmigung (§ 177 Abs. 1 BGB).

Wahlärztliche Leistungen

Bei dem KHEntgG unterliegenden Krankenhäusern kommt neben dem Krankenhausaufnahmevertrag (mit dem Krankenhaus) ein Arzt-Zusatzvertrag (mit dem Wahlarzt) zustande. Der Honoraranspruch des Wahlarztes kommt aufgrund der vor Leistungserbringung schriftlich zu treffenden Wahlleistungsvereinbarung des Patienten mit dem Krankenhaus zustande.

Durch die Wahl der gesondert berechenbaren Leistungen erhält der Patient Anspruch auf persönliche Behandlung und Betreuung durch den liquidationsberechtigten Arzt, nicht auf eine messbare Steigerung der medizinischen Behandlungsqualität. Dadurch wird im Verhältnis zu den ärztlichen Leistungen im Rahmen der allgemeinen Krankenhausleistungen keine andersartige ärztliche Hilfe, sondern eine an die Person des gewählten Arztes gebundene ärztliche Leistung beansprucht. Denn die behandlungsnotwendigen ärztlichen Leistungen werden ohnehin als allgemeine Krankenhausleistungen geschuldet (§ 2 Abs. 1 KHEntgG). Dem Patienten liegt an der besonderen fachlichen Qualifikation und der Erfahrung des von ihm gewählten liquidationsberechtigten Arztes. Das Krankenhaus wird nicht aus der Verpflichtung entlassen, dem Patienten die nach Art und Schwere der Erkrankung erforderlichen ärztlichen Leistungen zu erbringen.

Wahlärztliche Leistungen sind auch neben den DRG-Fallpauschalen berechenbar. Die Eigenschaft als Beamter, Privatversicherter oder Selbstzahler allein befugt nicht zur Privatliquidation.

Ohne ausdrückliche Einwilligung des Patienten kommt auch bei unvorhersehbarer Verhinderung des Chefarztes (z. B. wegen Krankheit, Übernahme einer Notfalloperation oder aus anderen beruflichen Gründen) keine wahlärztliche Leistung zustande. Eine persönliche Leistungserbringung (mit Liquidationsberechtigung) liegt jedoch bei zulässiger Stellvertretung oder Hinzuziehung Dritter durch individual vertragsrechtliche Vertretungsregelung vor, wobei dies nach Aufklärung des Patienten durch die namentliche Benennung des Vertreters im Wahlarztvertrag oder – bei späterer Verhinderung des Chefarztes – durch die Festlegung des Vertreters im später geschlossenen Arztzusatzvertrag geschehen muss (zum letzteren a. A. LG Marburg vom 13. 1. 2000 – 1O 263/91). Die Zulässigkeit der Vertretung bei vorübergehender Verhinderung hängt also von der ausdrücklichen Zustimmung des Patienten ab, auch wenn die Verhinderung (z. B. Urlaub, Kongressteilnahme, vorrangige Behandlungen) erst nach Behandlungsbeginn eintritt. Ungeachtet der Vertretungsklausel ist der Patient vor der Wahlleistungsvereinbarung darauf hinzuweisen, dass der Chefarzt während des wesentlichen Behandlungszeitraums in Urlaub ist (OLG Düsseldorf vom 16. 12. 1995 – U 33/94, OLG Celle vom 22. 3. 1982, NJW 1982 S. 2129, OLG Karlsruhe vom 20. 2. 1987, NJW 1987 S. 1489). Ein Wahlarztvertrag, demzufolge bei Verhinderung des Chefarztes der Patient mit der Vertretung durch einen anderen – nicht namentlich genannten – Arzt einverstanden ist, ist unwirksam. Hier wird der Patient in den normalen Krankenhausbetrieb eingegliedert. § 4 Abs. 2 Satz 3 GOÄ, nach dem bestimmte Leistungen nur vom Wahlarzt oder dem ständigen Vertreter erbracht werden dürfen um abrechnungsfähig zu sein, ist zu beachten. Nach § 4 Abs. 2 Satz 1 GOÄ sind bei vorhersehbarer oder nicht vorhersehbarer Vertretung des Chefarztes i. d. R. keine Behandlungsleistungen berechenbar.

Der Arzt muss die Leistungen selbst erbringen oder unter seiner Aufsicht nach fachlicher Weisung erbringen lassen, sollen sie berechnungsfähig sein (§ 4 Abs. 2 Satz 1 GOÄ). Im Krankenhausfall bedeutet dies, dass die Haupt- oder Kernleistung vom Chefarzt erbracht werden muss, er also die Gesamtdiagnostik und Therapie (einschl. Visiten) in seiner Hand behält und so der wahlärztlichen Behandlung sein persönliches Gepräge gibt. Er muss das Vorgespräch führen, die

erforderlichen Untersuchungen vornehmen und – bei Operationen – jederzeit in die Narkose eingreifen können. Ein Tätigwerden lediglich i. S. einer Oberaufsicht genügt nicht. Er braucht dabei nicht jede Einzelleistung (die sich als Nebenleistung darstellt) zu erbringen. Die wahlärztlichen Leistungen müssen „andere" als die im Rahmen der allgemeinen Krankenhausleistungen erbrachten sein (§ 17 Abs. 1 Satz 1 KHEntgG). Folglich ist auch eine allgemeine Delegation von wahlärztlichen Leistungen an den Stellvertreter bei jedem Fall der Verhinderung des Chefarztes unwirksam. Aber auch bei der Aufgabenverteilung müssen die wesentlichen und für die Behandlung entscheidenden Leistungen (z. B. Operationen, Anästhesie) vom Chefarzt persönlich und eigenhändig erbracht werden. Dies gilt auch für die konservativen Fächer, wie z. B. Innere Medizin, Neurologie, Gastroentologie, Kardiologie, die insgesamt als dem Chefarzt zuzuordnende Hauptleistungen anzusehen sind. Einzelne Leistungen kann der Arzt delegieren, wenn es sich um Leistungen handelt, an denen er je nach Lage des Falles durch eine mehr oder weniger intensive Anleitung oder Beaufsichtigung des Hilfspersonals persönlich mitwirkt, auch indem er sich bei jeder einzelnen Heilmaßnahme von der Wirkung der Therapie überzeugt. Ob der Arzt Leistungen an Hilfspersonen delegieren darf, hängt vom Inhalt des Behandlungsvertrags ab.

Die Vereinbarung von wahlärztlichen Leistungen schließt sämtliche von dem beauftragten Arzt veranlassten ärztlichen Leistungen innerhalb und außerhalb des Krankenhauses ein, sofern diese Ärzte liquidationsberechtigt sind (Liquidationskette, § 17 Abs. 3 KHEntgG). Der Patient erhält also auch Arztrechnungen dieser beteiligten Arzte, i. d. R. über eine ärztliche Verrechnungsstelle, oftmals auch vom Krankenhausträger (im Auftrag der liquidationsberechtigten Ärzte). Gebühren für wahlärztliche Leistungen unterliegen der Minderungsvorschrift des § 6a GOÄ bzw. § 7 GOZ.

Wahlärztliche Leistungen können von einer Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer (als Wahlleistung) abhängig gemacht werden. Die Entkoppelung nach § 17 Abs. 4 KHEntgG gilt insoweit nicht.

Unterbringung im Zwei- oder Einbettzimmer als Wahlleistung

Durch schriftliche Vereinbarung zwischen dem Krankenhaus und dem Patienten (oder dessen Vertreter), die täglich kündbar ist, kann eine bessere Unterbringung, besonders diejenige im Ein- oder Zwei-

bettzimmer, vereinbart werden. Eine Unterbringung in einem Zwei- oder Einbettzimmer liegt nur vor, wenn das Krankenzimmer von vornherein nur für die Aufnahme von zwei bzw. einem Patienten eingerichtet ist. So wird ein Dreibettzimmer, dass nur mit zwei Patienten belegt ist, nicht zu einem Zweibettzimmer. Die Unterbringung im Zweibettzimmer kann nur Wahlleistung sein, wenn sie nicht Standard also allgemeine Krankenhausleistung ist. Dies gilt auch, wenn es sich um eine einzelne Abteilung eines Krankenhauses handelt, die nur über Ein- und Zweibettzimmer verfügt.

Zuschläge für die qualifiziertere Unterbringung (die nicht unangemessen sein dürfen, § 17 Abs. 1 Satz 3 KHEntgG) dürfen mangels einer entsprechenden Vereinbarung nicht erhoben werden, wenn bei medizinischer Notwendigkeit die Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer erforderlich ist. In diesem Fall ist diese Form der Unterbringung Teil der allgemeinen Krankenhausleistung und mit dem Pflegesatz abgegolten. Desgleichen dürfen Zuschläge nicht berechnet werden, wenn ein Ein- oder Zweibettzimmer wegen des Aufenthalts auf der Intensivstation nicht genutzt werden konnte. Etwas anderes gilt nur, wenn der Patient das Freihalten ausdrücklich wünscht und eine entsprechende Vereinbarung getroffen wurde.

Eine Vereinbarung über gesondert berechenbare Unterkunft darf nicht von einer Vereinbarung über sonstige Wahlleistungen, besonders nicht vom Abschluss eines gesonderten ärztlichen Behandlungsvertrags, abhängig gemacht werden (§ 17 Abs. 4 Satz 1 KHEntgG).

Nach dem BGH-Urteil vom 4. August 2000 (III ZR 158/99) dürfen im Normalfall die Zuschläge für Einbettzimmer 80 Prozent und für Zweibettzimmer 30 Prozent des Basispflegesatzes nicht übersteigen. Eine besondere Ausstattung des Krankenzimmers („höheres Unterkunftsniveau") z. B. mit Bad und WC, kostenlosem Fernsehempfang, Telefonanschluss ohne Grundgebühr, Kühlschrank, besonderer Verpflegungsaufwand, berechtigt zu höheren Zuschlägen.

Aufgrund der Rechtsprechung haben der Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV) und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) eine gemeinsame Empfehlung gemäß § 22 Abs. 1 BPflV/§ 17 Abs. 1 KHEntgG zur Bemessung der Entgelte für eine Wahlleistung „Unterkunft" abgegeben. Diese kann sowohl auf Internetseiten der PKV www.pkv.de als auch auf der Internetpräsenz der DKG www.dkgev.de eingesehen werden.

Kostenauswirkung von ärztlichen und sonstigen Wahlleistungen

Bei der Inanspruchnahme von ärztlichen und sonstigen Wahlleistungen erhält der Privatpatient für die Krankenhausbehandlung folgende Rechnungen:

- Für die allgemeinen Krankenhausleistungen werden vom Krankenhaus die nach dem KHEntgG vorgesehenen Entgelte berechnet.
- Rechnung für die Inanspruchnahme eines Zwei- oder Einbettzimmers oder anderer Komfortleistungen (Telefon etc.)
- Für die wahlärztlichen Leistungen wird eine Rechnung nach der Gebührenordnung für Ärzte oder der Gebührenordnung für Zahnärzte erstellt. Wegen der bei stationärer Krankenhausbehandlung vorgesehenen Gebührenminderungen und sonstiger Abrechnungsbestimmungen bei wahlärztlicher Behandlung wird auf die Ausführungen zur GOÄ bzw. GOZ verwiesen.

Nehmen Privatpatienten als Wahlleistung sowohl gesondert berechenbare Unterkunft als auch wahlärztliche Leistungen in Anspruch, so kann der Krankenhausaufenthalt zwei- bis dreimal so teuer werden wie bei der vergleichbaren stationären Behandlung eines Kassenpatienten. Der Hauptgrund für die unterschiedliche Kostensituation liegt in den gesondert in Rechnung gestellten Arzthonoraren. Alles in allem will es deshalb gut überlegt werden, ob man bei jedem Krankenhausaufenthalt die Behandlung durch den Chefarzt als wahlärztliche Leistung wünschen sollte.

8. Unterrichtung der Patienten

Die Krankenhäuser sind nach § 8 Abs. 8 KHEntgG verpflichtet, dem selbst zahlenden Patienten oder seinem gesetzlichen Vertreter die für ihn voraussichtlich maßgebenden Entgelte so bald wie möglich schriftlich bekannt zu geben; gesetzlich Versicherte können dies verlangen. Stehen bei der Aufnahme eines Privatpatienten die Pflegesätze noch nicht endgültig fest, muss der Patient darauf hingewiesen werden. Dabei hat ihm das Krankenhaus mitzuteilen, dass das zu zahlende Entgelt sich erhöht, wenn das neue Entgelt während der stationären Behandlung des Patienten in Kraft tritt. Die voraussichtliche Erhöhung ist anzugeben.

Die Verpflichtung der Krankenhäuser dient dem Verbraucherschutz, soll aber auch die Krankenhäuser zu einer möglichst wirtschaftlichen Leistungserbringung anhalten.

II. Gesetz über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen (Krankenhausentgeltgesetz)

Vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422)

zuletzt geändert durch
Art. 2 des Gesetzes
vom 17. März 2009 (BGBl. I S. 534)

Abschnitt 1

Allgemeine Vorschriften

§ 1 Anwendungsbereich

(1) Die vollstationären und teilstationären Leistungen der DRG-Krankenhäuser werden nach diesem Gesetz und dem Krankenhausfinanzierungsgesetz vergütet.

(2) Dieses Gesetz gilt auch für die Vergütung von Leistungen der Bundeswehrkrankenhäuser, soweit diese Zivilpatienten behandeln, und der Krankenhäuser der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung, soweit nicht die gesetzliche Unfallversicherung die Kosten trägt. Im Übrigen gilt dieses Gesetz nicht für

1. Krankenhäuser, auf die das Krankenhausfinanzierungsgesetz nach seinem § 3 Satz 1 keine Anwendung findet,
2. Krankenhäuser, die nach § 5 Abs. 1 Nr. 2, 4 oder 7 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes nicht gefördert werden,
3. Krankenhäuser oder Krankenhausabteilungen, die nach § 17b Abs. 1 Satz 1 zweiter Halbsatz des Krankenhausfinanzierungsgesetzes nicht in das DRG-Vergütungssystem einbezogen sind.
4. (weggefallen)

(3) Die vor- und nachstationäre Behandlung wird für alle Benutzer einheitlich nach § 115a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vergütet. Die ambulante Durchführung von Operationen und sonstiger stationsersetzender Eingriffe wird für die gesetzlich versicherten Patienten nach § 11 5b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und für sonstige Patienten nach den für sie geltenden Vorschriften, Vereinbarungen oder Tarifen vergütet.

§ 2 Krankenhausleistungen

(1) Krankenhausleistungen nach § 1 Abs. 1 sind insbesondere ärztliche Behandlung, Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, die für die Versorgung im Krankenhaus notwendig sind, sowie Unterkunft und Verpflegung; sie umfassen allgemeine Krankenhausleistungen und Wahlleistungen. Zu den Krankenhausleistungen gehören nicht die Leistungen der Belegärzte (§ 18) sowie der Beleghebammen und -entbindungspfleger.

(2) Allgemeine Krankenhausleistungen sind die Krankenhausleistungen, die unter Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinisch zweckmäßige und ausreichende Ver-

sorgung des Patienten notwendig sind. Unter diesen Voraussetzungen gehören dazu auch

1. die während des Krankenhausaufenthalts durchgeführten Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten im Sinne des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
2. die vom Krankenhaus veranlassten Leistungen Dritter,
3. die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson des Patienten,
4. die besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten für die stationäre Versorgung von Patienten, insbesondere die Aufgaben von Tumorzentren und geriatrischen Zentren sowie entsprechenden Schwerpunkten.
5. die Frührehabilitation im Sinne von § 39 Abs. 1 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

Nicht zu den Krankenhausleistungen nach Satz 2 Nr. 2 gehört eine Dialyse, wenn hierdurch eine entsprechende Behandlung fortgeführt wird, das Krankenhaus keine eigene Dialyseeinrichtung hat und ein Zusammenhang mit dem Grund der Krankenhausbehandlung nicht besteht.

Abschnitt 2

Vergütung der Krankenhausleistungen

§ 3 Grundlagen

Die voll- und teilstationären allgemeinen Krankenhausleistungen werden vergütet durch

1. ein von den Vertragsparteien nach § 11 Abs. 1 gemeinsam vereinbartes Erlösbudget nach § 4,
2. eine von den Vertragsparteien nach § 11 Abs. 1 gemeinsam vereinbarte Erlössumme nach § 6 Abs. 3 für krankenhausindividuell zu vereinbarende Entgelte,
3. Entgelte nach § 6 Abs. 2 für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden,
4. Zusatzentgelte für die Behandlung von Blutern,
5. Zu- und Abschläge nach § 7 Abs. 1.

§ 4

Vereinbarung eines Erlösbudgets für die Jahre 2005 bis 2008

(1) Das von den Vertragsparteien nach § 11 Abs. 1 zu vereinbarende Erlösbudget umfasst für voll- und teilstationäre Leistungen die Fallpauschalen nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und die Zusatzentgelte nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2. Es umfasst nicht die krankenhausindividuell zu vereinbarenden Entgelte nach § 6 Abs. 1 bis 2a, nicht die Zusatzentgelte für die Behandlung von Blutern, nicht die Zu- und Abschläge nach § 7 Abs. 1 und nicht die Vergütung nach § 140c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für die integrierte Versorgung.

(2) Das Erlösbudget wird leistungsorientiert ermittelt, indem für die voraussichtlich zu erbringenden Leistungen Art und Menge der Entgelte nach Absatz 1 Satz 1 mit der jeweils maßgeblichen Entgelthöhe multipliziert werden. Die Entgelthöhe für die Fall-

pauschalen wird ermittelt, indem diese nach den Vorgaben des Entgeltkatalogs und der Abrechnungsbestimmungen mit den effektiven Bewertungsrelationen und mit dem Landesbasisfallwert nach § 10 bewertet werden. Der sich ergebende Betrag ist um die Summe der Abschläge bei Nichtteilnahme an der Notfallversorgung nach Absatz 6 zu vermindern. Bei Patientinnen und Patienten, die über den Jahreswechsel im Krankenhaus stationär behandelt werden (Überlieger), werden die Erlöse aus Fallpauschalen in voller Höhe dem Jahr zugeordnet, in dem die Patientinnen und Patienten entlassen werden.

(2a) Abweichend von Absatz 2 Satz 1 und 2 sollen die Vertragsparteien für das Jahr 2009 für Mehrleistungen gegenüber den für das Vorjahr krankenhausindividuell vereinbarten Leistungen eine niedrigere Vergütung vereinbaren, indem sie für diese Mehrleistungen einen Abschlag von dem Landesbasisfallwert festlegen. Würden im Jahr 2009 durch die im Landesbasisfallwert enthaltene anteilige Finanzierung der Tariferhöhungen nach § 10 Abs. 5 Satz 5 die tarifbedingten Erhöhungen der entsprechenden Personalkosten des Krankenhauses, soweit sie die Veränderungsrate nach § 71 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch überschreiten, zu mehr als 50 Prozent finanziert, ist dieser höhere Finanzierungsanteil mindernd zu berücksichtigen, indem ein entsprechender Abschlag von dem Landesbasisfallwert vereinbart wird; dies gilt nicht für höhere Finanzierungsanteile infolge von Notlagentarifverträgen. Als Maßstab für die tarifbedingten Erhöhungen wird jeweils der Tarifvertrag zugrunde gelegt, dem die meisten Beschäftigten im nichtärztlichen Personalbereich und dem ärztlichen Personalbereich in dem jeweiligen Krankenhaus zugeordnet sind. Die Abschläge nach den Sätzen 1 und 2 sind in der Rechnung gesondert auszuweisen. Die niedrigeren Preisvereinbarungen nach den Sätzen 1 und 2 werden bei der Ermittlung des Landesbasisfallwerts nicht berücksichtigt.

(3) Das nach den Absätzen 1 und 2 vereinbarte Erlösbudget und die nach § 6 Abs. 3 vereinbarte Erlössumme werden für die Ermittlung von Mehr- oder Mindererlösausgleichen zu einem Gesamtbetrag zusammengefasst. Weicht die Summe der auf das Kalenderjahr entfallenden Erlöse des Krankenhauses aus den Entgelten nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und 2 und nach § 6 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2a von dem nach Satz 1 gebildeten Gesamtbetrag ab, werden die Mehr- oder Mindererlöse nach Maßgabe der folgenden Sätze ausgeglichen. Mindererlöse werden ab dem Jahr 2007 grundsätzlich zu 20 vom Hundert ausgeglichen; Mindererlöse aus Zusatzentgelten für Arzneimittel und Medikalprodukte werden nicht ausgeglichen. Mehrerlöse aus Zusatzentgelten für Arzneimittel und Medikalprodukte und aus Fallpauschalen für schwerverletzte, insbesondere polytraumatisierte oder schwer brandverletzte Patienten werden zu 25 vom Hundert, sonstige Mehrerlöse zu 65 vom Hundert ausgeglichen. Für Fallpauschalen mit einem sehr hohen Sachkostenanteil sowie für teure Fallpauschalen mit einer schwer planbaren Leistungsmenge, insbesondere bei Transplantationen oder Langzeitbeatmung, sollen die Vertragsparteien im Voraus einen von den Sätzen 3 und 4 abweichenden Ausgleich vereinbaren. Mehr- oder Mindererlöse aus Zusatzentgelten für die Behandlung von Blutern sowie auf Grund von Abschlägen nach § 8 Abs. 4 werden nicht ausgeglichen. Zur Ermittlung der Mehr- oder Mindererlöse hat der Krankenhausträger eine vom Jahresabschlussprüfer bestätigte Aufstellung über die Erlöse nach § 7 Satz 1 Nr. 1 und 2 vorzulegen. Der nach diesen Vorgaben ermittelte Ausgleichsbetrag wird im Rahmen des Zu- oder Abschlags nach § 5 Abs. 4 abgerechnet. Steht bei der Budgetverhandlung der Ausgleichsbetrag noch nicht fest, sind Teilbeträge als Abschlagszahlung auf den Ausgleich zu berücksichtigen.

(4) Auf Verlangen des Krankenhauses werden Leistungen für ausländische Patienten, die mit dem Ziel einer Krankenhausbehandlung in die Bundesrepublik Deutschland einreisen, nicht im Rahmen des Erlösbudgets vergütet.

(5) Die Vertragsparteien nach § 11 sind an das Erlösbudget gebunden. Auf Verlangen einer Vertragspartei ist bei wesentlichen Änderungen der der Vereinbarung des Erlösbudgets zu Grunde gelegten Annahmen das Erlösbudget für das laufende Kalenderjahr neu zu vereinbaren. Die Vertragsparteien können im Voraus vereinbaren, dass in bestimmten Fällen das Erlösbudget nur teilweise neu vereinbart wird. Der Unterschiedsbetrag zum bisherigen Erlösbudget ist im Rahmen des Zu- oder Abschlags nach § 5 Abs. 4 abzurechnen.

(6) Solange die Vertragsparteien auf Bundesebene nach § 9 für die Nichtteilnahme von Krankenhäusern an der Notfallversorgung dem Grunde nach einen Abschlag nach § 17b Abs. 1 Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vereinbart, diesen jedoch in der Höhe nicht festgelegt haben, oder solange ein Zu- oder Abschlag durch Rechtsverordnung nach § 17b Abs. 7 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes nicht festgelegt wurde, ist ein Betrag in Höhe von 50 Euro je vollstationärem Fall abzuziehen.

(7) Werden von der Anwendung des DRG-Vergütungssystems bisher ausgenommene besondere Einrichtungen nach § 6 Abs. 1 im Vereinbarungszeitraum in das Erlösbudget einbezogen, wird die Differenz zwischen dem Anteil dieser Leistungen an der zuletzt vereinbarten Erlössumme nach § 6 Abs. 3 und dem neuen im Rahmen des Erlösbudgets vereinbarten Vergütungsanteil in einem Zeitraum von drei Jahren schrittweise abgebaut. War der bisher nach § 6 Abs. 3 vereinbarte Vergütungsanteil höher, wird das Erlösbudget nach Absatz 2 im ersten Jahr um zwei Drittel und im zweiten Jahr um ein Drittel der für das jeweilige Jahr ermittelten Differenz erhöht; war der bisher vereinbarte Vergütungsanteil niedriger, wird das Erlösbudget nach Absatz 2 entsprechend vermindert. Die Fallpauschalen werden mit dem Landesbasisfallwert bewertet und in entsprechender Höhe in Rechnung gestellt. Die sich hierdurch ergebende Unter- oder Überdeckung des vereinbarten Erlösbudgets wird durch einen Zu- oder Abschlag auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen und die Zusatzentgelte (§ 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und 2) sowie auf die sonstigen Entgelte nach § 6 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2a finanziert und gesondert in der Rechnung ausgewiesen. Die Höhe des Zuschlags ist anhand eines Prozentsatzes zu berechnen, der aus dem Verhältnis des Unter- oder Überdeckungsbetrags einerseits sowie des Gesamtbetrags nach Absatz 3 Satz 1 andererseits zu ermitteln und von den Vertragsparteien zu vereinbaren ist. Ausgleiche für Vorjahre und für einen verspäteten Beginn der Laufzeit nach § 15 sind über die Zuschläge nach § 5 Abs. 4 zu verrechnen.

(8) Für das Jahr 2009 vereinbaren die Vertragsparteien den Zuschlag für die Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen nach § 4 Abs. 13 in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung dieses Gesetzes.

(9) Für das Jahr 2009 wird bei Krankenhäusern, bei denen der nach Maßgabe der folgenden Sätze veränderte Ausgangswert für das Jahr 2009 mehr als 3 Prozent über dem Erlösbudget nach Absatz 2 liegt, das Erlösbudget abweichend von Absatz 2 wie folgt ermittelt: Der veränderte Ausgangswert ist nach den Vorgaben des § 4 Abs. 3 Satz 2, Abs. 4 in Verbindung mit Anlage 1, Abschnitt B2 lfd. Nr. 1 bis 15 in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung zu berechnen; dabei ist Absatz 4 Satz 2 in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung mit der Maßgabe anzuwenden, dass zusätzliche oder wegfallende Leistungen zu 100 Prozent zu berücksichtigen sind. Der veränderte Ausgangswert wird um 3 Prozent abgesenkt und in dieser Höhe als Erlösbudget vereinbart. Die Fallpauschalen werden mit dem Landesbasisfallwert bewertet und in entsprechender Höhe in Rechnung gestellt. Die sich hierdurch ergebende Unterdeckung des vereinbarten Erlösbudgets wird durch einen Zuschlag auf die abgerechnete Höhe der

DRG-Fallpauschalen und die Zusatzentgelte (§ 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und 2) sowie auf die sonstigen Entgelte nach § 6 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2a finanziert und gesondert in der Rechnung ausgewiesen. Die Höhe des Zuschlags ist anhand eines Prozentsatzes zu berechnen, der aus dem Verhältnis des Unterdeckungsbetrags einerseits sowie des Gesamtbetrags nach Absatz 3 Satz 1 andererseits zu ermitteln und von den Vertragsparteien zu vereinbaren ist. Ausgleiche für Vorjahre und für einen verspäteten Beginn der Laufzeit nach § 15 sind über die Zuschläge nach § 5 Abs. 4 zu verrechnen. Ab dem Jahr 2010 wird das Erlösbudget auch dieser Krankenhäuser nach Absatz 2 ermittelt.

(10) Die bei der Neueinstellung oder Aufstockung vorhandener Teilzeitstellen von ausgebildetem Pflegepersonal mit einer Berufserlaubnis nach § 1 Abs. 1 Krankenpflegegesetz zusätzlich entstehenden Personalkosten werden für die Jahre 2009 bis 2011 zu 90 Prozent finanziell gefördert. Dazu können die Vertragsparteien für diese Jahre jährlich einen zusätzlichen Betrag bis zur Höhe von 0,48 Prozent des Gesamtbetrags nach Absatz 3 Satz 1 vereinbaren. Wurde für ein Kalenderjahr ein Betrag nicht vereinbart, kann für das Folgejahr ein zusätzlicher Betrag bis zur Höhe von 0,96 Prozent vereinbart werden. Ist bereits für ein Kalenderjahr ein Betrag vereinbart worden, wird dieser um einen für das Folgejahr neu vereinbarten Betrag kumulativ erhöht, soweit zusätzliche Neueinstellungen oder Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen vereinbart werden. Voraussetzung für diese Förderung ist, dass das Krankenhaus nachweist, dass auf Grund einer schriftlichen Vereinbarung mit der Arbeitnehmervertretung zusätzliches Pflegepersonal im Vergleich zum Bestand der entsprechend umgerechneten Vollkräfte am 30. Juni 2008 neu eingestellt oder aufgestockt und entsprechend der Vereinbarung beschäftigt wird. Bis zu 5 Prozent des nach den Sätzen 2 bis 5 vereinbarten Betrags kann das Krankenhaus zur Erprobung neuer Arbeitsorganisationsmaßnahmen in der Pflege verwenden. Der dem Krankenhaus nach den Sätzen 2 bis 5 insgesamt zustehende Betrag wird durch einen Zuschlag auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen und die Zusatzentgelte (§ 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und 2) sowie auf die sonstigen Entgelte nach § 6 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2a finanziert und gesondert in der Rechnung ausgewiesen. Die Höhe des Zuschlags ist anhand eines Prozentsatzes zu berechnen, der aus dem Verhältnis der für die Neueinstellungen, Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen und Arbeitsorganisationsmaßnahmen insgesamt vereinbarten Beträge einerseits sowie des Gesamtbetrags nach Absatz 3 Satz 1 andererseits zu ermitteln und von den Vertragsparteien zu vereinbaren ist. Kommt eine Vereinbarung nicht zustande, entscheidet die Schiedsstelle nach § 13 auf Antrag einer Vertragspartei. Um eine kurzfristige Umsetzung dieser finanziellen Förderung im Jahr 2009 sicherzustellen, kann das Krankenhaus den Zuschlag bereits vor der Vereinbarung mit den anderen Vertragsparteien vorläufig festsetzen und in Rechnung stellen; weicht die abgerechnete Summe von der späteren Vereinbarung ab, ist der Abweichungsbetrag durch eine entsprechende Korrektur des für den restlichen oder den folgenden Vereinbarungszeitraum vereinbarten Zuschlags oder bei Fehlen eines solchen Zuschlags durch Verrechnung mit dem Zuschlag nach § 5 Abs. 4 Satz 1 vollständig auszugleichen. Soweit die mit dem zusätzlichen Betrag finanzierten Neueinstellungen, Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen oder die vereinbarte Erprobung neuer Arbeitsorganisationsmaßnahmen in der Pflege nicht umgesetzt werden, ist der darauf entfallende Anteil der Finanzierung zurückzuzahlen; für eine entsprechende Prüfung hat das Krankenhaus den anderen Vertragsparteien eine Bestätigung des Jahresabschlussprüfers über die Stellenbesetzung im Vergleich zur Anzahl der umgerechneten Vollkräfte am 30. Juni 2008 und über die zweckentsprechende Verwendung der Mittel vorzulegen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen berichtet jährlich bis zum 30. Juni dem Bundesministerium für Gesundheit über die Zahl der Vollkräfte und den

Umfang der aufgestockten Teilzeitstellen, die auf Grund dieser Förderung im Vorjahr zusätzlich beschäftigt wurden. Die Krankenkassen sind verpflichtet, dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen in einem von diesem festzulegenden Verfahren die für die Berichterstattung nach Satz 12 erforderlichen Informationen über die Vereinbarungen der Vertragsparteien zur Neueinstellung oder Aufstockung vorhandener Teilzeitstellen von Pflegepersonal zu übermitteln. Die Vertragsparteien auf Bundesebene nach § 9 beauftragen ihr DRG-Institut, Kriterien zu entwickeln, nach denen ab dem Jahr 2012 diese zusätzlichen Finanzmittel im Rahmen des DRG-Vergütungssystems zielgerichtet den Bereichen zugeordnet werden, die einen erhöhten pflegerischen Aufwand aufweisen.

§ 5 Vereinbarung und Abrechnung von Zu- und Abschlägen

(1) Die nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 vereinbarten Regelungen für bundeseinheitliche Zu- und Abschläge nach § 17b Abs. 1 Satz 4 und 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sind für die Vertragsparteien nach § 11 verbindlich. Auf Antrag einer Vertragspartei ist zu prüfen, ob bei dem Krankenhaus die Voraussetzungen für einen Zu- oder Abschlag vorliegen. Wurde für einen Tatbestand ein bundeseinheitlicher Zu- oder Abschlagsbetrag festgelegt, der für die Zwecke der Berechnung gegenüber den Patienten oder den Kostenträgem auf eine krankenhausindividuelle Bezugsgröße, beispielsweise die Fallzahl oder eine Erlössumme, umgerechnet werden muss, so vereinbaren die Vertragsparteien gemäß den bundeseinheitlichen Vereinbarungen den sich daraus ergebenden krankenhausindividuellen Abrechnungsbetrag oder -prozentsatz.

(2) Für die Vorhaltung von Leistungen, die auf Grund des geringen Versorgungsbedarfs mit den Fallpauschalen nicht kostendeckend finanzierbar und zur Sicherstellung der Versorgung der Bevölkerung bei einem Krankenhaus notwendig ist, vereinbaren die Vertragsparteien nach § 11 unter Anwendung der Maßstäbe und Einhaltung der Vorgaben nach § 17b Abs. 1 Satz 6 bis 8 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes Sicherstellungszuschläge. Sie haben dabei zu prüfen, ob die Leistung durch ein anderes geeignetes Krankenhaus, das diese Leistungsart bereits erbringt, ohne Zuschlag erbracht werden kann. Kommt eine Einigung nicht zustande, entscheidet die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde. Die Vertragsparteien nach § 11 vereinbaren die Höhe des Zuschlags.

(3) Soweit für Zentren und Schwerpunkte nach § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 4 bundesweite Regelungen zu Zuschlägen nach § 17b Abs. 1 Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes oder eine entsprechende Vorgabe des Bundesministeriums für Gesundheit nach § 17b Abs. 7 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes nicht vorliegen, vereinbaren die Vertragsparteien nach § 11 die Zu- und Abschläge auf der Grundlage der Vorgaben dieses Gesetzes.

(4) Die Erlösausgleiche nach § 4 Abs. 3 und § 15 Abs. 3 sowie ein Unterschiedsbetrag nach § 4 Abs. 5 werden über einen gemeinsamen Zu- und Abschlag auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen und die Zusatzentgelte (§ 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und 2) sowie auf die sonstigen Entgelte nach § 6 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2a verrechnet und unter der Bezeichnung „Zu- oder Abschlag für Erlösausgleiche" gesondert in der Rechnung ausgewiesen. Die Höhe des Zu- oder Abschlags ist anhand eines Prozentsatzes zu berechnen, der aus dem Verhältnis des zu verrechnenden Betrags einerseits sowie des Gesamtbetrags nach § 4 Abs. 3 Satz 1 andererseits zu ermitteln und von den Vertragsparteien zu vereinbaren ist; wird die Vereinbarung erst während des Kalenderjahres geschlossen, ist ein entsprechender Prozentsatz bezogen auf die im restlichen Kalenderjahr zu erhebenden Entgelte zu vereinbaren. Würden die voll- und teilstationären Entgelte durch

einen Zuschlag nach Satz 1 insgesamt um mehr als 15 Prozent erhöht, sind übersteigende Beträge in nachfolgenden Vereinbarungszeiträumen mit Hilfe des Zu- oder Abschlags nach Satz 1 bis jeweils zu dieser Grenze zu verrechnen; für das Jahr 2009 gilt abweichend eine Grenze von 30 Prozent. In seltenen Ausnahmefällen können die Vertragsparteien nach § 11 einen höheren Zuschlag vereinbaren, wenn dies erforderlich ist, um eine ansonsten hierdurch entstehende wirtschaftliche Gefährdung des Krankenhauses abzuwenden. Weicht die Summe der für das Kalenderjahr tatsächlich abgerechneten Zu- oder Abschlagsbeträge von dem zu verrechnenden Betrag nach Satz 2 ab, werden die Mehr- oder Mindererlöse vollständig ausgeglichen, indem sie über die Gesamtsumme und den Zu- oder Abschlag für das nächstmögliche Kalenderjahr verrechnet werden; dabei sind die Verrechnungen in die Grenze nach Satz 3 einzubeziehen.

(5) Kann ein Zu- oder Abschlag nach Absatz 4 wegen der Schließung des Krankenhauses nicht oder nicht im notwendigen Umfang abgerechnet werden, wird der auf die gesetzliche Krankenversicherung entfallende Anteil des noch auszugleichenden Betrags den gesetzlichen Krankenkassen, deren Versicherte im Vorjahr im Krankenhaus voll- und teilstationär behandelt wurden, gesondert in Rechnung gestellt oder an diese zurückgezahlt. Auf die einzelne Krankenkasse entfällt davon der Teilbetrag, der ihrem entsprechenden Anteil an der Summe der Entgelte im Vorjahr entspricht. Die Vertragsparteien nach § 11 können eine abweichende Vereinbarung schließen.

(6) Bei Patienten, die im Zeitraum vom 1. Januar bis zum 31. Dezember 2009 entlassen werden, ist ein Zu- oder Abschlag wegen Verlängerung der Konvergenzphase nach Maßgabe der folgenden Sätze in Rechnung zu stellen. Der Unterschiedsbetrag zwischen dem krankenhausindividuellen Basisfallwert für das Jahr 2008 ohne Ausgleiche und dem Landesbasisfallwert für das Jahr 2008 ohne Ausgleiche und ohne Kappung wird ermittelt und in Höhe von 50 Prozent mit der effektiven Bewertungsrelation der Fallpauschale multipliziert. Der Zu- oder Abschlag ist auch ohne Vereinbarung mit den anderen Vertragsparteien in Rechnung zu stellen. Weicht die abgerechnete Summe von der späteren Vereinbarung ab, ist der Abweichungsbetrag durch Verrechnung mit dem Zu- oder Abschlag nach Absatz 4 Satz 1 vollständig auszugleichen.

§ 6 Vereinbarung sonstiger Entgelte

(1) Für Leistungen, die noch nicht mit den DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelten sachgerecht vergütet werden können, und für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vereinbaren die Vertragsparteien nach § 11 fall- oder tagesbezogene Entgelte oder in eng begrenzten Ausnahmefällen Zusatzentgelte, sofern die Leistungen oder besonderen Einrichtungen nach Feststellung der Vertragsparteien nach § 9 oder in einer Verordnung nach § 17b Abs. 7 Satz 1 Nr. 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes von der Anwendung der DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelte ausgenommen sind. Die Entgelte sind sachgerecht zu kalkulieren; die Empfehlungen nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 sind zu beachten.

(2) Für die Vergütung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die mit den Fallpauschalen und Zusatzentgelten nach § 7 Satz 1 Nr. 1 und 2 noch nicht sachgerecht vergütet werden können und die nicht gemäß § 137c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch von der Finanzierung ausgeschlossen worden sind, sollen die Vertragsparteien nach § 11 erstmals für das Kalenderjahr 2005 zeitlich befristete, fallbezogene Entgelte oder Zusatzentgelte außerhalb des Erlösbudgets nach § 4 Abs. 2 und der Erlössumme nach Absatz 3 vereinbaren. Die Entgelte sind sachgerecht zu kalkulieren; die Empfehlungen nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 sind zu beachten. Vor der Vereinbarung einer gesonderten

Vergütung hat das Krankenhaus bis spätestens zum 31. Oktober von den Vertragsparteien nach § 9 eine Information einzuholen, ob die neue Methode mit den bereits vereinbarten Fallpauschalen und Zusatzentgelten sachgerecht abgerechnet werden kann. Die Vertragsparteien nach § 11 haben die Information bei ihrer Vereinbarung zu berücksichtigen. Liegt bei fristgerecht erfolgter Anfrage nach Satz 3 bis zur Budgetvereinbarung für das Krankenhaus eine Information nicht vor, kann die Vereinbarung ohne diese Information geschlossen werden; dies gilt nicht, wenn die Budgetvereinbarung vor dem 1. Januar geschlossen wird. Wird ein Entgelt vereinbart, melden die an der Vereinbarung beteiligten gesetzlichen Krankenkassen Art und Höhe des Entgelts an die Vertragsparteien nach § 9; dabei haben sie auch die der Vereinbarung zu Grunde liegenden Kalkulationsunterlagen und die vom Krankenhaus vorzulegende ausführliche Beschreibung der Methode zu übermitteln. Die Vertragspartelen nach § 9 können eine Bewertung der Untersuchungs- und Behandlungsmethode nach § 137c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch veranlassen; § 137c Abs. 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bleibt unberührt. Für das Schiedsstellenverfahren nach § 13 kann eine Stellungnahme des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch eingeholt werden.

(2a) In eng begrenzten Ausnahmefällen können die Vertragsparteien nach § 11 für Leistungen, die den Fallpauschalen und Zusatzentgelten aus den Entgeltkatalogen nach § 7 Satz 1 Nr. 1 und 2 zwar zugeordnet, mit ihnen jedoch nicht sachgerecht vergütet werden, im Rahmen der Erlössumme nach Absatz 3 ein gesondertes Zusatzentgelt vereinbaren, wenn

1. diese Leistungen auf Grund einer Spezialisierung nur von sehr wenigen Krankenhäusern in der Bundesrepublik Deutschland mit überregionalem Einzugsgebiet erbracht werden,
2. auf Grund der Komplexität der Behandlung die Behandlungskosten die Höhe der DRG-Vergütung einschließlich der Zusatzentgelte um mindestens 50 vom Hundert überschreiten und
3. das Krankenhaus sich an den Maßnahmen nach § 137 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch beteiligt.

Nach Vereinbarung des Zusatzentgelts melden die an der Vereinbarung beteiligten gesetzlichen Krankenkassen Art und Höhe des Entgelts an die Vertragsparteien nach § 9. Dabei haben sie auch die der Vereinbarung zu Grunde liegenden Kalkulationsunterlagen und die vom Krankenhaus vorzulegende ausführliche Begründung zu den Voraussetzungen nach Satz 1 zu übermitteln.

(3) Werden krankenhausindividuelle Entgelte für Leistungen oder besondere Einrichtungen nach Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2a vereinbart, ist für diese Entgelte eine Erlössumme zu bilden. Sie umfasst nicht die Entgelte nach Absatz 2 und die Zusatzentgelte für die Behandlung von Blutern. Für die Vereinbarung der Entgelte und der Erlössumme sind Kalkulationsunterlagen nach Absatz 1 Satz 2 vorzulegen. Für besondere Einrichtungen oder Einrichtungen, deren Leistungen weitgehend über krankenhausindividuell zu vereinbarende Entgelte abgerechnet werden, gelten darüber hinaus die Vorschriften zur Vereinbarung des Gesamtbetrags nach § 6 und zu den vorzulegenden Unterlagen nach § 17 Abs. 4 in Verbindung mit den Anlagen 1 und 2 der Bundespflegesatzverordnung entsprechend; die Unterlagen sind nur bezogen auf den Bereich der Einrichtung und nur insoweit vorzulegen, wie die anderen Vertragsparteien nach § 11 nicht darauf verzichten. Weichen die tatsächlich eintretenden Erlöse von der vereinbarten Erlössumme ab,

sind die Mehr- oder Mindererlöse nach den Vorgaben des § 4 Abs. 3 zu ermitteln und auszugleichen.

(4) (weggefallen)

Abschnitt 3

Entgeltarten und Abrechnung

§ 7 Entgelte für allgemeine Krankenhausleistungen

(1) Die allgemeinen Krankenhausleistungen werden gegenüber den Patienten oder ihren Kostenträgern mit folgenden Entgelten abgerechnet:

1. Fallpauschalen nach dem auf Bundesebene vereinbarten Entgeltkatalog (§ 9),
2. Zusatzentgelte nach dem auf Bundesebene vereinbarten Entgeltkatalog (§ 9),
3. gesonderte Zusatzentgelte nach § 6 Abs. 2a,
4. der Ausbildungszuschlag (§ 17a Abs. 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes) und sonstige Zu- und Abschläge ab dem 1. Januar 2005 (§ 17b Abs. 1 Satz 4 und 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sowie § 4 Abs. 9, § 5 Abs. 4 und § 12 Satz 3),
5. Entgelte für besondere Einrichtungen und Leistungen, die noch nicht von den auf Bundesebene vereinbarten Fallpauschalen und Zusatzentgelten erfasst werden (§ 6 Abs. 1),
6. Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die noch nicht in die Entgeltkataloge nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und 2 aufgenommen worden sind (§ 6 Abs. 2),
7. Qualitätssicherungszuschläge nach § 17b Abs. 1 Satz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sowie Qualitätssicherungsabschläge nach § 8 Abs. 4.
8. (weggefallen)

Mit diesen Entgelten werden alle für die Versorgung des Patienten erforderlichen allgemeinen Krankenhausleistungen vergütet. Darüber hinaus werden der DRG-Systemzuschlag nach § 17b Abs. 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, der Systemzuschlag für den Gemeinsamen Bundesausschuss und das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen nach § 91 Abs. 3 Satz 1 in Verbindung mit § 139c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und der Telematikzuschlag nach § 291a Abs. 7a Satz 1 und 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch abgerechnet.

(2) Die Höhe der Entgelte nach Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt ermittelt:

1. Fallpauschalen nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 1; die sich aus dem bundeseinheitlichen Entgeltkatalog ergebende Bewertungsrelation einschließlich der Regelungen zur Grenzverweildauer und zu Verlegungen (effektive Bewertungsrelation) wird mit dem Landesbasisfallwert multipliziert;
2. Zusatzentgelte nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 2; die bundeseinheitliche Entgelthöhe wird dem Entgeltkatalog entnommen;
3. Fallpauschalen, Zusatzentgelte und tagesbezogene Entgelte nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 3, 5 und 6; die Entgelte sind in der nach § 6 krankenhausindividuell vereinbarten Höhe abzurechnen;

4. Zu- und Abschläge nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 4; die Zu- und Abschläge werden krankenhausindividuell vereinbart.

Die auf der Bundesebene vereinbarten Abrechnungsbestimmungen nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 sind anzuwenden.

§ 8 Berechnung der Entgelte

(1) Die Entgelte für allgemeine Krankenhausleistungen sind für alle Benutzer des Krankenhauses einheitlich zu berechnen; § 17 Abs. 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes bleibt unberührt. Bei Patienten, die im Rahmen einer klinischen Studie behandelt werden, sind die Entgelte für allgemeine Krankenhausleistungen nach § 7 zu berechnen; dies gilt auch bei klinischen Studien mit Arzneimitteln. Die Entgelte dürfen nur im Rahmen des Versorgungsauftrags berechnet werden; dies gilt nicht für die Behandlung von Notfallpatienten. Der Versorgungsauftrag des Krankenhauses ergibt sich

1. bei einem Plankrankenhaus aus den Festlegungen des Krankenhausplans in Verbindung mit den Bescheiden zu seiner Durchführung nach § 6 Abs. 1 in Verbindung mit § 8 Abs. 1 Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sowie einer ergänzenden Vereinbarung nach § 109 Abs. 1 Satz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
2. bei einer Hochschulklinik aus der Anerkennung nach den landesrechtlichen Vorschriften, dem Krankenhausplan nach § 6 Abs. 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sowie einer ergänzenden Vereinbarung nach § 109 Abs. 1 Satz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
3. bei anderen Krankenhäusern aus dem Versorgungsvertrag nach § 108 Nr. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

(2) Fallpauschalen werden für die Behandlungsfälle berechnet, die in dem Fallpauschalen-Katalog nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 bestimmt sind. Für die Patienten von Belegärzten werden gesonderte Fallpauschalen berechnet. Zusätzlich zu einer Fallpauschale dürfen berechnet werden:

1. Zusatzentgelte nach dem Katalog nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 oder nach § 6 Abs. 1 bis 2a, insbesondere für die Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren sowie für eine Dialyse, wenn die Behandlung des Nierenversagens nicht die Hauptleistung ist,
2. Zu- und Abschläge nach § 5, im Jahr 2009 ein Zuschlag nach § 4 Abs. 8 und ein Ausbildungszuschlag nach § 17a Abs. 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes,
3. eine nachstationäre Behandlung nach § 115a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, soweit die Summe aus den stationären Belegungstagen und den vor- und nachstationären Behandlungstagen die Grenzverweildauer der Fallpauschale übersteigt; eine vorstationäre Behandlung ist neben der Fallpauschale nicht gesondert berechenbar, dies gilt auch für eine entsprechende Behandlung von Privatpatienten als allgemeine Krankenhausleistung,
4. Zuschläge nach den §§ 139c, 91 Abs. 2 Satz 6 und § 291a Abs. 7a Satz 1 und 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

(3) Krankenhäuser in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet berechnen bis zum 31. Dezember 2014 für jeden Tag des Krankenhausaufenthalts mit Ausnahme des Entlassungstags (Belegungstage) den Investitionszuschlag nach Artikel 14

Abs. 3 des Gesundheitsstrukturgesetzes. Bei teilstationärer Behandlung wird der Zuschlag auch für den Entlassungstag berechnet.

(4) Hält das Krankenhaus seine Verpflichtungen zur Qualitätssicherung nicht ein, sind von den Fallpauschalen und Zusatzentgelten Abschläge nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vorzunehmen.

(5) Werden Patientinnen oder Patienten, für die eine Fallpauschale abrechenbar ist, wegen einer Komplikation im Zusammenhang mit der durchgeführten Leistung innerhalb der oberen Grenzverweildauer wieder aufgenommen, hat das Krankenhaus eine Zusammenfassung der Falldaten zu einem Fall und eine Neueinstufung in eine Fallpauschale vorzunehmen. Näheres oder Abweichendes regeln die Vertragsparteien nach § 17b Abs. 2 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes oder eine Rechtsverordnung nach § 17b Abs. 7 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes.

(6) Werden die mit einer Fallpauschale vergüteten Leistungen ohne Verlegung des Patienten durch mehrere Krankenhäuser erbracht, wird die Fallpauschale durch das Krankenhaus berechnet, das den Patienten stationär aufgenommen hat.

(7) Das Krankenhaus kann eine angemessene Vorauszahlung verlangen, wenn und soweit ein Krankenversicherungsschutz nicht nachgewiesen wird. Ab dem achten Tag des Krankenhausaufenthalts kann das Krankenhaus eine angemessene Abschlagszahlung verlangen, deren Höhe sich an den bisher erbrachten Leistungen in Verbindung mit der Höhe der voraussichtlich zu zahlenden Entgelte zu orientieren hat. Die Sätze 1 bis 2 gelten nicht, soweit andere Regelungen über eine zeitnahe Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen in für das Krankenhaus verbindlichen Regelungen nach den §§ 112 bis 114 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder in der Vereinbarung nach § 11 Abs. 1 getroffen werden.

(8) Das Krankenhaus hat dem selbstzahlenden Patienten oder seinem gesetzlichen Vertreter die für ihn voraussichtlich maßgebenden Entgelte so bald wie möglich schriftlich bekannt zu geben, es sei denn, der Patient ist in vollem Umfang für Krankenhausbehandlung versichert. Im Übrigen kann jeder Patient verlangen, dass ihm unverbindlich die voraussichtlich abzurechnende Fallpauschale und deren Höhe sowie voraussichtlich zu zahlende, ergänzende Entgelte mitgeteilt werden. Stehen bei der Aufnahme eines selbstzahlenden Patienten die Entgelte noch nicht endgültig fest, ist hierauf hinzuweisen. Dabei ist mitzuteilen, dass das zu zahlende Entgelt sich erhöht, wenn das neue Entgelt während der stationären Behandlung des Patienten in Kraft tritt. Die voraussichtliche Erhöhung ist anzugeben.

(9) Die Rechnungen des Krankenhauses für selbstzahlende Patientinnen oder selbstzahlende Patienten sind in einer verständlichen und nachvollziehbaren Form zu gestalten. Dabei sind die Fallpauschalen und Zusatzentgelte mit der Nummerierung und den vollständigen Texten aus dem jeweils anzuwendenden Entgeltkatalog, den maßgeblichen Diagnose- und Prozedurenschlüsseln sowie bei Fallpauschalen den effektiven Bewertungsrelationen und dem Landesbasisfallwert auszuweisen. Zu den Diagnose- und Prozedurenschlüsseln sind außerdem die entsprechenden Textfassungen anzugeben. Weitere Entgelte sowie Zu- oder Abschläge sind mit kurzen verständlichen Texten zu bezeichnen. Die Zuschläge nach § 7 Abs. 1 Satz 3 werden in der Rechnung zusammengefasst und gemeinsam als „Systemzuschlag" ausgewiesen. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft gibt zur Gestaltung der Rechnung eine entsprechende Empfehlung im Benehmen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung ab. Das Verfahren nach § 301 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bleibt unberührt.

Abschnitt 4

Vereinbarungsverfahren

§ 9 Vereinbarung auf Bundesebene

(1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung gemeinsam vereinbaren mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft (Vertragsparteien auf Bundesebene) mit Wirkung für die Vertragsparteien nach § 11 insbesondere

1. einen Fallpauschalen-Katalog nach § 17b Abs. 1 Satz 10 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes einschließlich der Bewertungsrelationen sowie Regelungen zu Verlegungsfällen und zur Grenzverweildauer und der in Abhängigkeit von diesen zusätzlich zu zahlenden Entgelte oder vorzunehmenden Abschläge (effektive Bewertungsrelationen),
2. einen Katalog ergänzender Zusatzentgelte nach § 17b Abs. 1 Satz 12 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes einschließlich der Vergütungshöhe,
3. die Abrechnungsbestimmungen für die Entgelte nach den Nummern 1 und 2 sowie die Regelungen über Zu- und Abschläge,
4. Empfehlungen für die Kalkulation und Vergütung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, für die nach § 6 gesonderte Entgelte vereinbart werden können,
5. die Erhöhungsrate für Tariferhöhungen nach § 10 Abs. 5 Satz 4,
6. bis zum 31. August 2003 den einheitlichen Aufbau der Datensätze und das Verfahren für die Übermittlung der Daten nach § 11 Abs. 4 Satz 1.

Die Vertragsparteien auf Bundesebene vereinbaren Empfehlungen an die Vertragsparteien auf Landesebene zur Vereinbarung der Basisfallwerte und geben vor, welche Tatbestände, die bei der Weiterentwicklung der Bewertungsrelationen nicht umgesetzt werden können und deshalb nach § 10 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 und Satz 3 bei der Vereinbarung des Basisfallwerts umzusetzen sind, in welcher Höhe zu berücksichtigen oder auszugleichen sind.

(2) Kommt eine Vereinbarung zu Absatz 1 Satz 1 Nr. 4 bis 6 und Satz 2 ganz oder teilweise nicht zustande, entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes; in den übrigen Fällen gilt § 17b Abs. 7 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes.

§ 10 Vereinbarung auf Landesebene

(1) Zur Bestimmung der Höhe der Fallpauschalen nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 vereinbaren die in § 18 Abs. 1 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten Beteiligten (Vertragsparteien auf Landesebene) mit Wirkung für die Vertragsparteien nach § 11 jährlich einen landesweit geltenden Basisfallwert für das folgende Kalenderjahr. Sie vereinbaren, dass Fehlschätzungen des Basisfallwerts bei der Vereinbarung des Basisfallwerts für das Folgejahr berichtigt werden. Die Vertragsparteien haben in der Vereinbarung festzulegen, zu welchen Tatbeständen und unter welchen Voraussetzungen

im Folgejahr eine Verhandlung über eine Berichtigung aufgenommen wird. Bei einer Berichtigung ist zusätzlich zu der Berichtigung des vereinbarten Erlösvolumens (Basisberichtigung) ein entsprechender Ausgleich durchzuführen. Die Berichtigung nach den Sätzen 3 bis 5 ist nur durchzuführen, soweit im Rahmen der Vorgaben zur Beitragssatzstabilität bei der zu ändernden Vereinbarung des Vojahres auch ohne eine Fehlschätzung eine Berücksichtigung des Betrags der Basisberichtigung zulässig gewesen wäre.

(2) (weggefallen)

(3) Bei der Vereinbarung sind insbesondere zu berücksichtigen:

1. der von den Vertragsparteien nach § 9 Abs. 1 Satz 2 vorgegebene Veränderungsbedarf auf Grund der jährlichen Kostenerhebung und Neukalkulation, der nicht mit den Bewertungsrelationen umgesetzt werden kann,
2. voraussichtliche allgemeine Kostenentwicklungen,
3. Möglichkeiten zur Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven, soweit diese nicht bereits durch die Weiterentwicklung der Bewertungsrelationen erfasst worden sind,
4. Leistungsveränderungen (Fallzahl und Schweregrade), soweit diese nicht Folge einer veränderten Kodierung der Diagnosen und Prozeduren sind, in Höhe des geschätzten Anteils der variablen Kosten in den Fallpauschalen,
5. die Ausgabenentwicklung insgesamt bei den Leistungsbereichen, die nicht mit Fallpauschalen vergütet werden, soweit diese die Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 Satz 1 in Verbindung mit Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch überschreiten; dabei werden die Zuschläge zur Finanzierung der Ausbildungskosten nicht einbezogen,
6. im Jahr 2009 absenkend die Erlössumme, die voraussichtlich im jeweiligen Jahr auf Grund der Obergrenze nach § 4 Abs. 6 Satz 4 in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung bei Krankenhäusern im Land insgesamt nicht budgetmindernd wirksam wird und deshalb für die Vergütung nicht zur Verfügung steht, sowie die sonstigen Zuschläge nach § 7 Satz 1 Nr. 4,
7. erhöhend die Summe der sonstigen Abschläge nach § 7 Satz 1 Nr. 4, insbesondere für die Nichtteilnahme von Krankenhäusern an der Notfallversorgung.

Bei der Anwendung von Satz 1 Nr. 4 ist sicherzustellen, dass zusätzliche Fälle bei der Vereinbarung des Basisfallwerts absenkend berücksichtigt werden. Soweit infolge einer veränderten Kodierung der Diagnosen und Prozeduren Ausgabenerhöhungen entstehen, sind diese vollständig durch eine entsprechende Absenkung des Basisfallwerts auszugleichen.

(4) Die nach Absatz 3 vereinbarte Veränderung des Basisfallwerts darf die sich bei Anwendung der Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 Satz 1 in Verbindung mit Abs. 2 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ergebende Veränderung des Basisfallwerts nicht überschreiten; die Veränderungsrate wird nach Maßgabe des Absatzes 6 künftig durch einen Veränderungswert ersetzt. Satz 1 gilt nicht, soweit eine Erhöhung des Basisfallwerts infolge der Weiterentwicklung des DRG-Vergütungssystems oder der Abrechnungsregeln lediglich technisch bedingt ist und nicht zu einer Erhöhung der Gesamtausgaben für Krankenhausleistungen führt oder soweit eine Berichtigung von Fehlschätzungen nach Absatz 1 durchzuführen ist. Wird aus anderen als den in Satz 2 genannten Tatbeständen eine niedrigere Summe der effektiven Bewertungsrelationen vereinbart,

kann abweichend von Satz 1 ein höherer Basisfallwert vereinbart werden, wenn dies nicht zu einer Erhöhung der Gesamtausgaben für Krankenhausleistungen führt.

(5) Bei der Vereinbarung des Basisfallwerts für das Jahr 2009 sind nach Maßgabe der folgenden Sätze bestimmte Tariferhöhungen für Löhne und Gehälter über die Obergrenze nach Absatz 4 Satz 1 hinaus zu berücksichtigen; diese Erhöhung wirkt als Basiserhöhung auch für die Folgejahre. Bezogen auf die Personalkosten werden nach Maßgabe des Satzes 5 50 Prozent des Unterschieds zwischen der Veränderungsrate nach Absatz 4 Satz 1 und der Tarifrate, die sich aus den durchschnittlichen Auswirkungen der für die Jahre 2008 und 2009 jeweils tarifvertraglich vereinbarten Erhöhungen der Vergütungstarifverträge und vereinbarter Einmalzahlungen errechnet, berücksichtigt. Maßstäbe für die Ermittlung der Tarifrate nach Satz 2 sind für den nichtärztlichen Personalbereich einerseits und den ärztlichen Personalbereich andererseits jeweils diejenige tarifvertragliche Vereinbarung, die in dem jeweiligen Bereich für die meisten Beschäftigten maßgeblich ist. Die Vertragsparteien auf Bundesebene nach § 9 vereinbaren in Höhe des Unterschieds zwischen beiden Raten eine Erhöhungsrate. Der Basisfallwert 2009 ohne Abzug nach Absatz 3 Satz 1 Nr. 6 ist von den Vertragsparteien um ein Drittel dieser Erhöhungsrate zu erhöhen. Ist ein Basisfallwert 2009 bereits vereinbart oder festgesetzt, ist dieser während des Kalenderjahres 2009 unter Berücksichtigung der Erhöhungsrate neu zu vereinbaren; dabei ist zusätzlich zu der Basisanhebung ein Ausgleich infolge der verspäteten Erhöhung durchzuführen.

(6) Mit dem Ziel, die in Absatz 4 vorgegebene Begrenzung des Basisfallwerts durch die Veränderungsrate nach § 71 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch abzulösen, erteilt das Bundesministerium für Gesundheit einen Auftrag an das Statistische Bundesamt zur Ermittlung eines Orientierungswertes für Krankenhäuser, der die Kostenstrukturen und -entwicklungen besser als die Veränderungsrate berücksichtigt. Die Systematik für die Ermittlung des Wertes ist bis zum 31. Dezember 2009 zu entwickeln; die Länder sind einzubeziehen. Der Wert soll erstmals zum 30. Juni 2010 ermittelt werden. Das Bundesministerium für Gesundheit bestimmt nach Anhörung der Länder durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates das Jahr, in dem die Veränderungsrate nach Absatz 4 Satz 1 abgelöst wird, sowie den zu finanzierenden Anteil des Orientierungswerts (Veränderungswert), der maßgeblich für die Begrenzung nach Absatz 4 Satz 1 ist.

(7) Soweit in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet die Höhe der Vergütung nach dem Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst unter der im übrigen Bundesgebiet geltenden Höhe liegt, ist dies bei der Vereinbarung des Basisfallwerts zu beachten. Die Veränderungsrate nach Absatz 4 darf überschritten werden, soweit eine Angleichung dieser Vergütung an die im übrigen Bundesgebiet geltende Höhe dies erforderlich macht.

(8) Zur schrittweisen Angleichung der unterschiedlichen Basisfallwerte der Länder wird ein einheitlicher Basisfallwertkorridor in Höhe von +2,5 Prozent bis –1,25 Prozent um den einheitlichen Basisfallwert nach Absatz 9 eingeführt. Jeweils zum 1. Januar der Jahre 2010 bis 2014 werden die Landesbasisfallwerte in fünf gleichen Schritten in Richtung auf den einheitlichen Basisfallwertkorridor angeglichen. Der für die Angleichung jeweils maßgebliche Angleichungsbetrag wird ermittelt, indem der nach den Absätzen 1 bis 7, 11 und 12 verhandelte Basisfallwert ohne Ausgleiche

1. von dem oberen Grenzwert des einheitlichen Basisfallwertkorridors abgezogen wird, wenn der Basisfallwert höher ist, oder

2. von dem unteren Grenzwert des einheitlichen Basisfallwertkorridors abgezogen wird, wenn der Basisfallwert niedriger ist, und von diesem Zwischenergebnis

   a) 20 Prozent im Jahr 2010,

   b) 25 Prozent im Jahr 2011,

   c) 33 Prozent im Jahr 2012,

   d) 50 Prozent im Jahr 2013,

   e) 100 Prozent im Jahr 2014

   errechnet werden. Für die Jahre 2010 und 2012 ist vor der Ermittlung des Angleichungsbetrags nach Satz 3 der Grenzwert nach Satz 3 Nr. 1 oder Nr. 2 um den Betrag zu erhöhen, der nach Maßgabe des Absatzes 11 Satz 2 oder des Absatzes 12 beim Landesbasisfallwert zusätzlich berücksichtigt worden ist. Abweichend von Satz 3 wird in Ländern, in denen der verhandelte Basisfallwert über dem oberen Grenzwert liegt, der jährliche Angleichungsbetrag auf höchstens 0,3 Prozent des Basisfallwerts, der für das laufende Kalenderjahr gilt, begrenzt und der Angleichungszeitraum verlängert, bis der obere Grenzwert erreicht ist. Zur Ermittlung des Basisfallwerts werden für das jeweilige Kalenderjahr der verhandelte Basisfallwert und der entsprechende Angleichungsbetrag nach Satz 3 unter Beachtung des Vorzeichens addiert. Das Rechenergebnis ist von den Vertragsparteien auf Landesebene als Basisfallwert, der der Abrechnung der Fallpauschalen zugrunde zu legen ist, zu vereinbaren. Nach der vollständigen Angleichung nach Satz 3 sind Verhandlungsergebnisse, die außerhalb des einheitlichen Basisfallwertkorridors nach Satz 1 liegen, jährlich in vollem Umfang an den jeweiligen Grenzwert dieser Bandbreite anzugleichen. Die Vertragsparteien ermitteln die nach Absatz 9 Satz 3 zu meldenden Daten.

(9) Die Vertragsparteien auf Bundesebene beauftragen ihr DRG-Institut, einen einheitlichen Basisfallwert und einen einheitlichen Basisfallwertkorridor nach Maßgabe der folgenden Sätze auf der Grundlage der in den Ländern jeweils geltenden, abzurechnenden Basisfallwerte zu berechnen. Dabei werden die einzelnen Basisfallwerte einschließlich Berichtigungen und ohne Ausgleiche mit der Summe der effektiven Bewertungsrelationen, die bei ihrer Vereinbarung zugrunde gelegt wurden, gewichtet. Für die Berechnung meldet die an der Vereinbarung des Basisfallwerts beteiligte Landeskrankenhausgesellschaft bis zum 31. Juli jeden Jahres den für das laufende Jahr vereinbarten oder festgesetzten Basisfallwert einschließlich Berichtigungen und ohne Ausgleiche, das bei seiner Vereinbarung zu Grunde gelegte Ausgabenvolumen und die Summe der effektiven Bewertungsrelationen an das DRG-Institut. Sind diese Werte für ein Land bis zu diesem Termin nicht vereinbart und übermittelt, berechnet das DRG-Institut den einheitlichen Basisfallwert mit den Vorjahreswerten für dieses Land. Das Berechnungsergebnis des DRG-Instituts ist Grundlage für die Vereinbarung des einheitlichen Basisfallwerts und des einheitlichen Basisfallwertkorridors durch die Vertragsparteien auf Bundesebene bis zum 30. September jeden Jahres; das Berechnungsergebnis ist um die für das folgende Kalenderjahr maßgebliche Veränderungsrate oder den Veränderungswert nach Absatz 4 Satz 1 zu erhöhen. Kommt eine Vereinbarung nicht zustande, entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes.

(10) Die Vereinbarung des Basisfallwerts oder des angeglichenen Basisfallwerts nach Absatz 8 Satz 5 und 6 ist bis zum 31. Oktober jeden Jahres zu schließen. Die Vertragsparteien auf Landesebene nehmen die Verhandlungen unverzüglich auf, nachdem eine

Partei dazu schriftlich aufgefordert hat. Die Vereinbarung kommt durch Einigung zwischen den Parteien zustande, die an der Verhandlung teilgenommen haben; sie ist schriftlich abzuschließen. Kommt eine Vereinbarung bis zu diesem Zeitpunkt nicht zustande, setzt die Schiedsstelle nach § 13 den Basisfallwert auf Antrag einer Vertragspartei auf Landesebene unverzüglich fest.

(11) In den ab dem 1. Januar 2009 geltenden Basisfallwert sind Mehrkosten infolge der Abschaffung des Arztes im Praktikum in Höhe der von den Krankenhäusern im Lande nach § 4 Abs. 14 in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung insgesamt abgerechneten Zuschläge einzurechnen. In den ab 1. Januar 2010 geltenden Basisfallwert sind die Finanzierungsbeträge zur Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen in Höhe der von den Krankenhäusern im Lande nach § 4 Abs. 8 insgesamt abgerechneten Zuschläge einzurechnen. Absatz 4 gilt insoweit nicht.

(12) In den ab dem 1. Januar 2012 geltenden Basisfallwert sind die Finanzierungsbeträge für die Neueinstellung von Pflegepersonal in Höhe der von den Krankenhäusern im Lande insgesamt für das Jahr 2011 nach § 4 Abs. 10 abgerechneten Zuschläge einzurechnen.

(13) Das Bundesministerium für Gesundheit gibt bis zum 30. Juni 2011 eine wissenschaftliche Untersuchung über die Ursachen unterschiedlicher Basisfallwerte der Länder in Auftrag. Sofern die Untersuchung eine Vergleichbarkeit der Kostenstrukturen der Krankenhäuser in den Ländern ergibt, legt das Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. Dezember 2013 einen gesetzlichen Verfahrensvorschlag vor, mit dem die unterschiedlichen Basisfallwerte der Länder ab dem Jahr 2015 bis zum Jahr 2019 über den einheitlichen Basisfallwertkorridor nach Absatz 8 hinaus weiter an den einheitlichen Basisfallwert nach Absatz 9 angeglichen werden.

§ 11 Vereinbarung für das einzelne Krankenhaus

(1) Nach Maßgabe der §§ 3 bis 6 und unter Beachtung des Versorgungsauftrags des Krankenhauses (§ 8 Abs. 1 Satz 3 und 4) regeln die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (Vertragsparteien) in der Vereinbarung den Gesamtbetrag, das Erlösbudget nach § 4, die Summe der Bewertungsrelationen, die sonstigen Entgelte nach § 6, die Erlössumme nach § 6 Abs. 3, die Zu- und Abschläge und die Mehr- und Mindererlösausgleiche. Die Vereinbarung ist für einen zukünftigen Zeitraum (Vereinbarungszeitraum) zu schließen. Die Vereinbarung muss Bestimmungen enthalten, die eine zeitnahe Zahlung der Entgelte an das Krankenhaus gewährleisten; hierzu sollen insbesondere Regelungen über angemessene monatliche Teilzahlungen und Verzugszinsen bei verspäteter Zahlung getroffen werden. Die Vereinbarung kommt durch Einigung zwischen den Vertragsparteien zustande, die an der Verhandlung teilgenommen haben; sie ist schriftlich abzuschließen.

(2) Der Vereinbarungszeitraum beträgt ein Kalenderjahr, wenn das Krankenhaus ganzjährig betrieben wird. Ein Zeitraum, der mehrere Kalenderjahre umfasst, kann vereinbart werden.

(3) Die Vertragsparteien nehmen die Verhandlung unverzüglich auf, nachdem eine Vertragspartei dazu schriftlich aufgefordert hat. Die Verhandlung soll unter Berücksichtigung der Sechswochenfrist des § 18 Abs. 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes so rechtzeitig abgeschlossen werden, dass das neue Erlösbudget und die neuen Entgelte mit Ablauf des laufenden Vereinbarungszeitraums in Kraft treten können.

(4) Der Krankenhausträger übermittelt zur Vorbereitung der Verhandlung den anderen Vertragsparteien, den in § 18 Abs. 1 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes genannten Beteiligten und der zuständigen Landesbehörde die Abschnitte E1 bis E3 und B2 nach Anlage 1 dieses Gesetzes. Die Daten sind auf maschinenlesbaren Datenträgern vorzulegen. Soweit dies zur Beurteilung der Leistungen des Krankenhauses im Rahmen seines Versorgungsauftrags im Einzelfall erforderlich ist, hat das Krankenhaus auf gemeinsames Verlangen der anderen Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 Nr. 1 und 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zusätzliche Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen. Bei dem Verlangen nach Satz 2 muss der zu erwartende Nutzen den verursachten Aufwand deutlich übersteigen.

(5) Die Vertragsparteien sind verpflichtet, wesentliche Fragen zum Versorgungsauftrag und zur Leistungsstruktur des Krankenhauses sowie zur Höhe der Zu- und Abschläge nach § 5 so frühzeitig gemeinsam vorzuklären, dass die Verhandlung zügig durchgeführt werden kann.

§ 12 Vorläufige Vereinbarung

Können sich die Vertragsparteien insbesondere über die Höhe des Erlösbudgets oder über die Höhe sonstiger Entgelte nicht einigen und soll wegen der Gegenstände, über die keine Einigung erzielt werden konnte, die Schiedsstelle nach § 13 angerufen werden, schließen die Vertragsparteien eine Vereinbarung, soweit die Höhe unstrittig ist. Die auf dieser Vereinbarung beruhenden Entgelte sind zu erheben, bis die endgültig maßgebenden Entgelte in Kraft treten. Mehr- oder Mindererlöse des Krankenhauses infolge der erhobenen vorläufigen Entgelte werden durch Zu- oder Abschläge auf die Entgelte des laufenden oder eines folgenden Vereinbarungszeitraums ausgeglichen.

§ 13 Schiedsstelle

(1) Kommt eine Vereinbarung nach § 10 oder § 11 ganz oder teilweise nicht zustande, entscheidet die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes auf Antrag einer der in § 10 oder § 11 genannten Vertragsparteien. Sie ist dabei an die für die Vertragsparteien geltenden Rechtsvorschriften gebunden.

(2) Die Schiedsstelle entscheidet innerhalb von sechs Wochen über die Gegenstände, über die keine Einigung erreicht werden konnte.

§ 14 Genehmigung

(1) Die Genehmigung des vereinbarten oder von der Schiedsstelle nach § 13 festgesetzten landesweit geltenden Basisfallwerts nach § 10, des Erlösbudgets nach § 4, der Entgelte nach § 6 und der Zu- und Abschläge nach § 5 ist von einer der Vertragsparteien bei der zuständigen Landesbehörde zu beantragen. Die zuständige Landesbehörde erteilt die Genehmigung, wenn die Vereinbarung oder Festsetzung den Vorschriften dieses Gesetzes sowie sonstigem Recht entspricht. Sie entscheidet über die Genehmigung des landesweit geltenden Basisfallwerts innerhalb von vier Wochen nach Eingang des Antrags.

(2) Die Vertragsparteien und die Schiedsstellen haben der zuständigen Landesbehörde die Unterlagen vorzulegen und die Auskünfte zu erteilen, die für die Prüfung der Rechtmäßigkeit erforderlich sind. Im Übrigen sind die für die Vertragsparteien bezüglich der

Vereinbarung geltenden Rechtsvorschriften entsprechend anzuwenden. Die Genehmigung kann mit Nebenbestimmungen verbunden werden, soweit dies erforderlich ist, um rechtliche Hindernisse zu beseitigen, die einer uneingeschränkten Genehmigung entgegenstehen.

(3) Wird die Genehmigung eines Schiedsspruches versagt, ist die Schiedsstelle auf Antrag verpflichtet, unter Beachtung der Rechtsauffassung der Genehmigungsbehörde erneut zu entscheiden.

(4) Im Hinblick auf die Genehmigung des landesweit geltenden Basisfallwerts ist der Verwaltungsrechtsweg nur für die Vertragsparteien auf Landesebene gegeben. Ein Vorverfahren findet nicht statt; die Klage hat keine aufschiebende Wirkung.

§ 15 Laufzeit

(1) Die für das Kalenderjahr vereinbarten Fallpauschalen und Zusatzentgelte nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und 2 werden bei Patientinnen und Patienten abgerechnet, die ab dem 1. Januar in das Krankenhaus aufgenommen werden, soweit die Vertragsparteien auf Bundesebene nichts Abweichendes vereinbart haben. Die Fallpauschalen werden mit dem Landesbasisfallwert für das Kalenderjahr bewertet. Wird der Landesbasisfallwert für das Kalenderjahr erst nach diesem Zeitpunkt genehmigt, ist er ab dem ersten Tag des Monats anzuwenden, der auf die Genehmigung folgt. Bis dahin sind die Fallpauschalen mit dem bisher geltenden Landesbasisfallwert zu bewerten und in der sich ergebenden Entgelthöhe abzurechnen; abweichend hiervon ist für den Jahresbeginn 2009 der geltende krankenhausindividuelle Basisfallwert abzurechnen. Werden die Entgeltkataloge für die Fallpauschalen oder Zusatzentgelte nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und 2 so spät vereinbart oder durch Rechtsverordnung nach § 17b Abs. 7 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vorgegeben, dass eine erstmalige Abrechnung erst nach dem 1. Januar möglich ist, sind bis zum Inkrafttreten der neuen Entgeltkataloge die bisher geltenden Fallpauschalen oder Zusatzentgelte weiter abzurechnen.

(2) Die für das Kalenderjahr krankenhausindividuell zu vereinbarenden Entgelte werden vom Beginn des neuen Vereinbarungszeitraums an erhoben. Wird die Vereinbarung erst nach diesem Zeitpunkt genehmigt, sind die Entgelte ab dem ersten Tag des Monats zu erheben, der auf die Genehmigung folgt, soweit in der Vereinbarung oder Schiedsstellenentscheidung kein anderer zukünftiger Zeitpunkt bestimmt ist. Bis dahin sind die bisher geltenden Entgelte der Höhe nach weiter zu erheben; dies gilt nicht, wenn

1. ein bisher krankenhausindividuell vereinbartes Entgelt ab dem 1. Januar nicht mehr abgerechnet werden darf, weil die Leistung durch ein bundeseinheitlich bewertetes Entgelt aus den neuen Entgeltkatalogen vergütet wird, oder
2. die Vertragsparteien auf Bundesebene in den Abrechnungsbestimmungen festlegen, dass hilfsweise ein anderes Entgelt abzurechnen ist.

Sie sind jedoch um die darin enthaltenen Ausgleichsbeträge zu bereinigen, wenn und soweit dies in der bisherigen Vereinbarung oder Festsetzung so bestimmt worden ist.

(3) Mehr- oder Mindererlöse infolge der Weitererhebung der bisherigen Landesbasisfallwerts und bisheriger Entgelte nach den Absätzen 1 und 2 werden grundsätzlich im restlichen Vereinbarungszeitraum ausgeglichen. Der Ausgleichsbetrag wird im Rahmehn des Zu- oder Abschlags nach § 5 Abs. 4 abgerechnet.

Abschnitt 5

Gesondert berechenbare ärztliche und andere Leistungen

§ 16 Gesondert berechenbare ärztliche und andere Leistungen

Bis zum 31. Dezember 2004 richten sich die Vereinbarung und Berechnung von Wahlleistungen und belegärztlichen Leistungen sowie die Kostenerstattung der Ärzte nach den §§ 22 bis 24 der Bundespflegesatzverordnung in der am 31. Dezember 2003 geltenden Fassung.

§ 17 Wahlleistungen

(1) Neben den Entgelten für die voll- und teilstationäre Behandlung dürfen andere als die allgemeinen Krankenhausleistungen als Wahlleistungen gesondert berechnet werden, wenn die allgemeinen Krankenhausleistungen durch die Wahlleistungen nicht beeinträchtigt werden und die gesonderte Berechnung mit dem Krankenhaus vereinbart ist. Diagnostische und therapeutische Leistungen dürfen als Wahlleistungen nur gesondert berechnet werden, wenn die Voraussetzungen des Satzes 1 vorliegen und die Leistungen von einem Arzt oder einer Psychologischen Psychotherapeutin oder einem Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Sinne von § 1 Abs. 3 des Psychotherapeutengesetzes erbracht werden. Die Entgelte für Wahlleistungen dürfen in keinem unangemessenen Verhältnis zu den Leistungen stehen. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der Verband der privaten Krankenversicherung können Empfehlungen zur Bemessung der Entgelte für nichtärztliche Wahlleistungen abgeben. Verlangt ein Krankenhaus ein unangemessen hohes Entgelt für nichtärztliche Wahlleistungen, kann der Verband der privaten Krankenversicherung die Herabsetzung auf eine angemessene Höhe verlangen; gegen die Ablehnung einer Herabsetzung ist der Zivilrechtsweg gegeben.

(2) Wahlleistungen sind vor der Erbringung schriftlich zu vereinbaren; der Patient ist vor Abschluss der Vereinbarung schriftlich über die Entgelte der Wahlleistungen und deren Inhalt im Einzelnen zu unterrichten. Die Art der Wahlleistungen ist der zuständigen Landesbehörde zusammen mit dem Genehmigungsantrag nach § 14 mitzuteilen.

(3) Eine Vereinbarung über wahlärztliche Leistungen erstreckt sich auf alle an der Behandlung des Patienten beteiligten angestellten oder beamteten Ärzte des Krankenhauses, soweit diese zur gesonderten Berechnung ihrer Leistungen im Rahmen der vollstationären und teilstationären sowie einer vor- und nachstationären Behandlung (§ 115a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) berechtigt sind, einschließlich der von diesen Ärzten veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses; darauf ist in der Vereinbarung hinzuweisen. Ein zur gesonderten Berechnung wahlärztlicher Leistungen berechtigter Arzt des Krankenhauses kann eine Abrechnungsstelle mit der Abrechnung der Vergütung für die wahlärztlichen Leistungen beauftragen oder die Abrechnung dem Krankenhausträger überlassen. Der Arzt oder eine von ihm beauftragte Abrechnungsstelle ist verpflichtet, dem Krankenhaus umgehend die zur Ermittlung der nach § 19 Abs. 2 zu erstattenden Kosten jeweils erforderlichen Unterlagen einschließlich einer Auflistung aller erbrachten Leistungen vollständig zur Verfügung zu stellen. Der Arzt ist verpflichtet, dem Krankenhaus die Möglichkeit einzuräumen, die

Rechnungslegung zu überprüfen. Wird die Abrechnung vom Krankenhaus durchgeführt, leitet dieses die Vergütung nach Abzug der anteiligen Verwaltungskosten und der nach § 19 Abs. 2 zu erstattenden Kosten an den berechtigten Arzt weiter. Personenbezogene Daten dürfen an eine beauftragte Abrechnungsstelle außerhalb des Krankenhauses nur mit Einwilligung des Betroffenen, die jederzeit widerrufen werden kann, übermittelt werden. Für die Berechnung wahlärztlicher Leistungen finden die Vorschriften der Gebührenordnung für Ärzte oder der Gebührenordnung für Zahnärzte entsprechende Anwendung, soweit sich die Anwendung nicht bereits aus diesen Gebührenordnungen ergibt.

(4) Eine Vereinbarung über gesondert berechenbare Unterkunft darf nicht von einer Vereinbarung über sonstige Wahlleistungen abhängig gemacht werden.

(5) Bei Krankenhäusern, für die die Bundespflegesatzverordnung gilt, müssen die Wahlleistungsentgelte mindestens die dafür nach § 7 Abs. 2 Satz 2 Nr. 4, 5 und 7 der Bundespflegesatzverordnung abzuziehenden Kosten decken.

§ 18 Belegärzte

(1) Belegärzte im Sinne dieses Gesetzes sind nicht am Krankenhaus angestellte Vertragsärzte, die berechtigt sind, ihre Patienten (Belegpatienten) im Krankenhaus unter Inanspruchnahme der hierfür bereitgestellten Dienste, Einrichtungen und Mittel stationär oder teilstationär zu behandeln, ohne hierfür vom Krankenhaus eine Vergütung zu erhalten. Leistungen des Belegarztes sind

1. seine persönlichen Leistungen,
2. der ärztliche Bereitschaftsdienst für Belegpatienten,
3. die von ihm veranlassten Leistungen nachgeordneter Ärzte des Krankenhauses, die bei der Behandlung seiner Belegpatienten in demselben Fachgebiet wie der Belegarzt tätig werden,
4. die von ihm veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses.

(2) Für Belegpatienten werden gesonderte Fallpauschalen und Zusatzentgelte nach § 17b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vereinbart. Bei Krankenhäusern, für die die Bundespflegesatzverordnung gilt und die tagesgleiche Pflegesätze berechnen, werden gesonderte Belegpflegesätze vereinbart.

(3) Krankenhäuser mit Belegbetten, die nach § 121 Abs. 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zur Vergütung der belegärztlichen Leistungen mit Belegärzten Honorarverträge schließen, rechnen für die von Belegärzten mit Honorarverträgen behandelten Belegpatientinnen und -patienten die Fallpauschalen für Hauptabteilungen in Höhe von 80 Prozent ab. Bei diesen Krankenhäusern ist bei der Vereinbarung sonstiger Entgelte nach § 6 die Vergütung des Belegarztes einzubeziehen. Krankenhäuser nach Satz 1 erster Halbsatz, für die die Bundespflegesatzverordnung gilt, rechnen für von Belegärzten mit Honorarverträgen behandelte Belegpatientinnen und -patienten tagesgleiche Pflegesätze ab, die auch die Vergütung des Belegarztes umfassen.

§ 19 Kostenerstattung der Ärzte

(1) Soweit Belegärzte zur Erbringung ihrer Leistungen nach § 18 Ärzte des Krankenhauses in Anspruch nehmen, sind sie verpflichtet, dem Krankenhaus die entstehenden

Kosten zu erstatten; dies gilt nicht in den Fällen des § 18 Absatz 3. Die Kostenerstattung kann pauschaliert werden. Soweit vertragliche Regelungen der Vorschrift des Satzes 1 entgegenstehen, sind sie anzupassen.

(2) Soweit ein Arzt des Krankenhauses wahlärztliche Leistungen nach § 17 Abs. 3 gesondert berechnen kann, ist er, soweit in Satz 2 nichts Abweichendes bestimmt ist, verpflichtet, dem Krankenhaus die auf diese Wahlleistungen entfallenden, nach § 7 Abs. 2 Satz 2 Nr. 4 der Bundespflegesatzverordnung nicht pflegesatzfähigen Kosten zu erstatten. Beruht die Berechtigung des Arztes, wahlärztliche Leistungen nach § 17 Abs. 3 gesondert zu berechnen, auf einem mit dem Krankenhausträger vor dem 1. Januar 1993 geschlossenen Vertrag oder einer vor dem 1. Januar 1993 auf Grund beamtenrechtlicher Vorschriften genehmigten Nebentätigkeit, ist der Arzt abweichend von Satz 1 verpflichtet, dem Krankenhaus die auf diese Wahlleistungen entfallenden, nach § 7 Abs. 2 Satz 2 Nr. 5 der Bundespflegesatzverordnung nicht pflegesatzfähigen Kosten zu erstatten.

(3) Soweit Ärzte zur Erbringung sonstiger vollstationärer oder teilstationärer ärztlicher Leistungen, die sie selbst berechnen können, Personen, Einrichtungen oder Mittel des Krankenhauses in Anspruch nehmen, sind sie verpflichtet, dem Krankenhaus die auf diese Leistungen entfallenden Kosten zu erstatten. Absatz 1 Satz 2 und 3 gilt entsprechend.

(4) Soweit ein Krankenhaus weder nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz noch nach den landesrechtlichen Vorschriften für den Hochschulbau gefördert wird, umfasst die Kostenerstattung nach den Absätzen 1 bis 3 auch die auf diese Leistungen entfallenden Investitionskosten.

(5) Beamtenrechtliche oder vertragliche Regelungen über die Entrichtung eines Entgelts bei der Inanspruchnahme von Einrichtungen, Personal und Material des Krankenhauses, soweit sie ein über die Kostenerstattung hinausgehendes Nutzungsentgelt festlegen, und sonstige Abgaben der Arzte werden durch die Vorschriften der Absätze 1 bis 4 nicht berührt.

Abschnitt 6

Sonstige Vorschriften

§ 20 Zuständigkeit der Krankenkassen auf Landesebene

(hier nicht abgedruckt)

§ 21 Übermittlung und Nutzung von DRG-Daten

(hier nicht abgedruckt)

Anlage 1

Aufstellung der Entgelte und Budgetermittlung (AEB) nach § 11 Abs. 4 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG)

(hier nicht abgedruckt)

III. Vereinbarungen der Selbstverwaltungsorgane

Vereinbarung

zum

Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2010
(Fallpauschalenvereinbarung 2010 – FPV 2010)

zwischen

dem GKV-Spitzenverband, Berlin und

dem Verband der Privaten Krankenversicherung, Köln

gemeinsam und einheitlich

sowie

der Deutschen Krankenhausgesellschaft, Berlin

Präambel

Gemäß § 17b Abs. 1 und 3 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) ist für die Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssytem eingeführt worden. Der GKV-Spitzenverband und der Verband der Privaten Krankenversicherung vereinbaren gemeinsam mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft gemäß § 17b Abs. 2 KHG auch dessen jährliche Weiterentwicklung und Anpassung, insbesondere an medizinische Entwicklungen, Kostenentwicklungen, Verweildauerverkürzungen und Leistungsverlagerungen zu und von anderen Versorgungsbereichen, und die Abrechnungsbestimmungen, soweit diese nicht im Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) vorgegeben werden. In diesem Zusammenhang vereinbaren sie gemäß § 9 Abs. 1 Nrn. 1 bis 3 KHEntgG einen Fallpauschalenkatalog nach § 17b Abs. 1 Satz 10 KHG, einen Katalog ergänzender Zusatzentgelte nach § 17b Abs. 1 Satz 12 KHG sowie die Abrechnungsbestimmungen für diese Entgelte.

In Erfüllung dieses gesetzlichen Auftrages vereinbaren die Parteien das Folgende:

ABSCHNITT 1: ABRECHNUNGSBESTIMMUNGEN FÜR DRG-FALLPAUSCHALEN

§ 1 Abrechnung von Fallpauschalen

(1) Die Fallpauschalen werden jeweils von dem die Leistung erbringenden Krankenhaus nach dem am Tag der voll- und teilstationären Aufnahme geltenden Fallpauschalen-Katalog und den dazu gehörenden Abrechnungsregeln abgerechnet. Im Falle der Verlegung in ein anderes Krankenhaus rechnet jedes beteiligte Krankenhaus eine Fallpauschale ab. Diese wird nach Maßgabe des § 3 gemindert; dies gilt nicht für Fallpauschalen, die im Fallpauschalen-Katalog als Verlegungs-Fallpauschalen gekennzeichnet sind; für diese Verlegungsfälle sind beim verlegenden Krankenhaus die Regelungen des Absatzes 3 entsprechend anwendbar. Eine Verlegung im Sinne des Satzes 2 liegt vor, wenn zwischen der Entlassung aus einem Krankenhaus und der Aufnahme in einem anderen Krankenhaus nicht mehr als 24 Stunden vergangen sind.

(2) Ist die Verweildauer eines Patienten oder einer Patientin länger als die obere Grenzverweildauer, wird für den dafür im Fallpauschalen-Katalog ausgewiesenen Tag und jeden weiteren Belegungstag des Krankenhausaufenthalts zusätzlich zur Fallpauschale ein tagesbezogenes Entgelt abgerechnet. Dieses wird ermittelt, indem die für diesen Fall im Fallpauschalen-Katalog ausgewiesene Bewertungsrelation mit dem Basisfallwert multipliziert wird. Die Zahl der zusätzlich abrechenbaren Belegungstage ist wie folgt zu ermitteln:

Belegungstage insgesamt (tatsächliche Verweildauer nach Absatz 7) + 1

– erster Tag mit zusätzlichem Entgelt bei oberer Grenzverweildauer

= zusätzlich abrechenbare Belegungstage.

(3) Ist die Verweildauer von nicht verlegten Patientinnen oder Patienten kürzer als die untere Grenzverweildauer, ist für die bis zur unteren Grenzverweildauer nicht erbrachten Belegungstage einschließlich des im Fallpauschalen-Katalog ausgewiesenen ersten Tages mit Abschlag ein Abschlag von der Fallpauschale vorzunehmen. Abweichend von Satz 1 gilt die Abschlagsregelung auch für die Abrechnung von Verlegungs-Fallpauschalen beim verlegenden Krankenhaus. Die Höhe des Abschlags je Tag wird ermittelt, indem die für diesen Fall im Fallpauschalen-Katalog ausgewiesene Bewertungsrelation mit dem Basisfallwert multipliziert wird. Die Zahl der Abschlagstage ist wie folgt zu ermitteln:

Erster Tag mit Abschlag bei unterer Grenzverweildauer + 1

– Belegungstage insgesamt (tatsächliche Verweildauer nach Absatz 7

= Zahl der Abschlagstage.

(4) Erfolgt die Behandlung sowohl in Hauptabteilungen als auch in belegärztlichen Abteilungen desselben Krankenhauses, ist die Höhe der Fallpauschale nach folgender Rangfolge festzulegen:

1. nach der Abteilungsart mit der höheren Zahl der Belegungstage,
2. bei gleicher Zahl der Belegungstage in Haupt- und Belegabteilungen nach der Hauptabteilung.

Ist im Ausnahmefall eine Fallpauschale für belegärztliche Versorgung nicht vorgegeben, ist die Fallpauschale für Hauptabteilungen abzurechnen. Ist bei einer belegärztlichen Versorgung im Rahmen der Geburtshilfe (MDC 14) für eine Fallpauschale eine Bewertungsrelation für die Beleghebamme in den Spalten 6 bzw. 7 nicht vorgegeben, so sind die Bewertungsrelationen der Spalte 4 bzw. 5 maßgeblich.

(5) Für jedes Neugeborene, das nach der Versorgung im Kreißsaal weiter im Krankenhaus versorgt wird, ist ein eigener Fall zu bilden und eine eigene Fallpauschale abzurechnen. In diesem Falle ist für die Mutter und das Neugeborene jeweils eine Rechnung zu erstellen. Die Fallpauschale für das gesunde Neugeborene ist mit dem für die Mutter zuständigen Kostenträger abzurechnen. In diesem Fall ist auf der Rechnung für das Neugeborene die Versichertennummer der Mutter anzugeben. Die Fallpauschale für das krankheitsbedingt behandlungsbedürftige Neugeborene ist mit dessen Kostenträger abzurechnen. Nicht krankheitsbedingt behandlungsbedürftig in diesem Sinne sind alle Neugeborenen, für welche die DRG-Fallpauschale P66D oder P67D abgerechnet werden kann. Ist im Fallpauschalen-Katalog für das Krankenhaus, in dem die Geburt stattfand,

eine Mindestverweildauer für die Fallpauschale vorgegeben und wird diese nicht erreicht, ist die Versorgung des Neugeborenen mit dem Entgelt für die Mutter abgegolten und nicht als eigenständiger Fall nach § 8 zu zählen. Im Falle einer Verlegung gilt Absatz 1 Satz 2 bis 4.

(6) Zur Einstufung in die jeweils abzurechnende Fallpauschale sind Programme (Grouper) einzusetzen, die vom DRG-Institut der Selbstverwaltungspartner nach § 17b Abs. 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zertifiziert sind. Für Art und Höhe der nach dieser Vereinbarung abzurechnenden Entgelte ist der Tag der Aufnahme in das Krankenhaus maßgeblich. Für die Abrechnung tagesbezogener teilstationärer Leistungen gilt als Aufnahmetag in diesem Sinne jeweils der erste Behandlungstag im Quartal. Ist bei der Zuordnung von Behandlungsfällen zu einer Fallpauschale auch das Alter der behandelten Person zu berücksichtigen, ist das Alter am Tag der Aufnahme in das Krankenhaus maßgeblich. Soweit und solange vor- bzw. nachstationäre Behandlungen nicht gesondert vergütet werden, sind deren Diagnosen und Prozeduren bei der Gruppierung und der Abrechnung der zugehörigen vollstationären Behandlung zu berücksichtigen (Neugruppierung); dies gilt nicht für Diagnosen und Prozeduren. Ergibt sich aus der Neugruppierung eine andere Fallpauschale, ist diese für die Abrechnung sowie für weitere Prüfungen maßgeblich.

(7) Maßgeblich für die Ermittlung der Verweildauer ist die Zahl der Belegungstage. Belegungstage sind der Aufnahmetag sowie jeder weitere Tag des Krankenhausaufenthalts ohne den Verlegungs- oder Entlassungstag aus dem Krankenhaus; wird ein Patient oder eine Patientin am gleichen Tag aufgenommen und verlegt oder entlassen, gilt dieser Tag als Aufnahmetag. Für den Fall von Wiederaufnahmen gilt § 2 Abs. 4 Satz 4. Vollständige Tage der Beurlaubung sind gesondert in der Rechnung auszuweisen und zählen nicht zur Verweildauer. Eine Beurlaubung liegt vor, wenn ein Patient mit Zustimmung des behandelnden Krankenhausarztes die Krankenhausbehandlung zeitlich befristet unterbricht, die stationäre Behandlung jedoch noch nicht abgeschlossen ist. Bei Fortsetzung der Krankenhausbehandlung nach einer Beurlaubung liegt keine Wiederaufnahme im Sinne von § 2 vor.

(8) In der Rechnung des Krankenhauses sind der sich nach dem Fallpauschalen-Katalog ergebende Betrag für die Fallpauschale sowie Abschläge, weitere Entgelte und Zuschläge gesondert auszuweisen; das Verfahren nach § 301 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bleibt unberührt.

§ 2 Wiederaufnahmen in dasselbe Krankenhaus

(1) Das Krankenhaus hat eine Zusammenfassung der Falldaten zu einem Fall und eine Neueinstufung in eine Fallpauschale vorzunehmen, wenn

1. ein Patient oder eine Patientin innerhalb der oberen Grenzverweildauer, bemessen nach der Zahl der Kalendertage ab dem Aufnahmedatum des ersten unter diese Vorschrift zur Zusammenfassung fallenden Krankenhausaufenthalts, wieder aufgenommen wird und
2. für die Wiederaufnahme eine Einstufung in dieselbe Basis-DRG vorgenommen wird.

Eine Zusammenfassung und Neueinstufung nach Satz 1 wird nicht vorgenommen, wenn die Fallpauschalen dieser Basis-DRG bei Versorgung in einer Hauptabteilung in Spalte 13

oder bei belegärztlicher Versorgung in Spalte 15 des Fallpauschalen-Katalogs gekennzeichnet sind.

(2) Eine Zusammenfassung der Falldaten zu einem Fall und eine Neueinstufung in eine Fallpauschale ist auch dann vorzunehmen, wenn

1. ein Patient oder eine Patientin innerhalb von 30 Kalendertagen ab dem Aufnahmedatum des ersten unter diese Vorschrift zur Zusammenfassung fallenden Krankenhausaufenthalts wieder aufgenommen wird und
2. innerhalb der gleichen Hauptdiagnosegruppe (MDC) die zuvor abrechenbare Fallpauschale in die „medizinische Partition" oder die „andere Partition" und die anschließende Fallpauschale in die „operative Partition" einzugruppieren ist.

Eine Zusammenfassung und Neueinstufung nach Satz 1 wird nicht vorgenommen, wenn einer der Krankenhausaufenthalte mit einer Fallpauschale abgerechnet werden kann, die bei Versorgung in einer Hauptabteilung in Spalte 13 oder bei belegärztlicher Versorgung in Spalte 15 des Fallpauschalen-Katalogs gekennzeichnet ist.

(3) Werden Patienten oder Patientinnen, für die eine Fallpauschale abrechenbar ist, wegen einer in den Verantwortungsbereich des Krankenhauses fallenden Komplikation im Zusammenhang mit der durchgeführten Leistung innerhalb der oberen Grenzverweildauer, bemessen nach der Zahl der Kalendertage ab dem Aufnahmedatum des ersten unter diese Vorschrift zur Zusammenfassung fallenden Aufenthalts, wieder aufgenommen, hat das Krankenhaus eine Zusammenfassung der Falldaten zu einem Fall und eine Neueinstufung in eine Fallpauschale vorzunehmen. Die Absätze 1 und 2 gehen den Vorgaben nach den Sätzen 1 und 2 vor. Die Sätze 1 und 2 ergänzen die Vorgaben nach § 8 Abs. 5 des Krankenhausentgeltgesetzes.

(4) Bei der Anwendung der Absätze 1 bis 3 ist für jeden Krankenhausaufenthalt eine DRG-Eingruppierung vorzunehmen. Auf dieser Grundlage hat das Krankenhaus eine Neueinstufung in eine Fallpauschale mit den Falldaten aller zusammenzuführenden Krankenhausaufenthalte durchzuführen. Hierbei ist eine chronologische Prüfung vorzunehmen. Zur Ermittlung der Verweildauer sind dabei die Belegungstage der Aufenthalte in diesem Krankenhaus zusammenzurechnen. Die obere Grenzverweildauer, die nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 für die Fallzusammenführung maßgeblich ist, ergibt sich aus dem Aufnahmedatum und der DRG-Eingruppierung des ersten unter diese Vorschrift zur Zusammenfassung fallenden Aufenthalts in diesem Krankenhaus. Hat das Krankenhaus einen der zusammenzuführenden Aufenthalte bereits abgerechnet, ist die Abrechnung zu stornieren. Maßgeblich für die zusätzliche Abrechnung von tagesbezogenen Entgelten ist die Grenzverweildauer, die sich nach der Fallzusammenführung ergibt; für die Ermittlung der Verweildauer gilt Satz 3 entsprechend. Die Sätze 1 bis 7 gelten nicht für Krankenhausaufenthalte, bei denen der Tag der Aufnahme außerhalb der Geltungsdauer dieser Vereinbarung nach § 11 liegt oder soweit tagesbezogene Entgelte nach § 6 Abs. 1 des Krankenhausentgeltgesetzes abzurechnen sind.

§ 3 Abschläge bei Verlegung

(1) Im Falle einer Verlegung in ein anderes Krankenhaus ist von dem verlegenden Krankenhaus ein Abschlag vorzunehmen, wenn die im Fallpauschalen-Katalog ausgewiesene mittlere Verweildauer unterschritten wird. Die Höhe des Abschlags je Tag wird ermittelt, indem die bei Versorgung in einer Hauptabteilung in Spalte 11 oder bei belegärztlicher Versorgung in Spalte 13 des Fallpauschalen-Katalogs ausgewiesene Bewertungsrelation

mit dem Basisfallwert multipliziert wird. Die Zahl der Tage, für die ein Abschlag vorzunehmen ist, wird wie folgt ermittelt:

Mittlere Verweildauer nach dem Fallpauschalen-Katalog, kaufmännisch auf die nächste ganze Zahl gerundet

– Belegungstage insgesamt (tatsächliche Verweildauer nach § 1 Abs. 7)

= Zahl der Abschlagstage.

(2) Im Falle einer Verlegung aus einem anderen Krankenhaus ist von dem aufnehmenden Krankenhaus ein Abschlag entsprechend den Vorgaben des Absatzes 1 vorzunehmen, wenn die im Fallpauschalen-Katalog ausgewiesene mittlere Verweildauer im aufnehmenden Krankenhaus unterschritten wird. Dauerte die Behandlung im verlegenden Krankenhaus nicht länger als 24 Stunden, so ist im aufnehmenden Krankenhaus kein Verlegungsabschlag nach Satz 1 vorzunehmen; bei einer frühzeitigen Entlassung durch das aufnehmende Krankenhaus ist die Regelung zur unteren Grenzverweildauer nach § 1 Abs. 3, bei einer Weiterverlegung die Abschlagsregelung nach Absatz 1 anzuwenden.

(3) Wird ein Patient oder eine Patientin aus einem Krankenhaus in weitere Krankenhäuser verlegt und von diesen innerhalb von 30 Kalendertagen ab dem Entlassungsdatum eines ersten Krankenhausaufenthalts in dasselbe Krankenhaus zurückverlegt (Rückverlegung), hat das wiederaufnehmende Krankenhaus die Falldaten des ersten Krankenhausaufenthalts und aller weiteren, innerhalb dieser Frist in diesem Krankenhaus aufgenommenen Fälle zusammenzufassen und eine Neueinstufung nach den Vorgaben des § 2 Abs. 4 Satz 1 bis 7 in eine Fallpauschale durchzuführen sowie Absatz 2 Satz 1 anzuwenden. Kombinierte Fallzusammenführungen wegen Rückverlegung in Verbindung mit Wiederaufnahmen sind möglich. Hierbei ist eine chronologische Prüfung vorzunehmen. Prüffrist ist immer die des ersten Falles, der die Fallzusammenführung auslöst. Die Sätze 1 bis 4 finden keine Anwendung für Fälle der Hauptdiagnosegruppe für Neugeborene (MDC 15). Die Sätze 1 bis 5 gelten nicht für Krankenhausaufenthalte, bei denen der Tag der Aufnahme außerhalb der Geltungsdauer dieser Vereinbarung nach § 11 liegt oder für die anstelle einer Fallpauschale tagesbezogene Entgelte nach § 6 Abs. 1 des Krankenhausentgeltgesetzes abzurechnen sind.

(4) Ist in einem Krankenhaus neben dem Entgeltbereich der DRG-Fallpauschalen einerseits noch ein Entgeltbereich nach der Bundespflegesatzverordnung oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes andererseits vorhanden, sind diese unterschiedlichen Entgeltbereiche im Falle von internen Verlegungen wie selbstständige Krankenhäuser zu behandeln. Für den Entgeltbereich der DRG-Fallpauschalen sind die Absätze 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

§ 4 Fallpauschalen bei bestimmten Transplantationen

(1) Mit Fallpauschalen nach Anlage 1 bzw. Entgelten nach Anlage 3a bei Transplantationen von Organen nach § 1a Nr. 1 des Transplantationsgesetzes, bei Transplantationen von Geweben nach § 1a Nr. 4 des Transplantationsgesetzes sowie bei Transplantationen von hämatopoetischen Stammzellen werden die allgemeinen Krankenhausleistungen nach § 2 des Krankenhausentgeltgesetzes für die stationäre Versorgung eines Transplantatempfängers, einer Transplantatempfängerin oder bei der Lebendspende vergütet. Nicht mit den Fallpauschalen nach Anlage 1 bzw. Entgelten nach Anlage 3a vergütet und folglich gesondert abrechenbar sind insbesondere folgende Leistungen:

1. die Leistungen des Krankenhauses für eine Organentnahme bei möglichen postmortalen Organspendern oder Organspenderinnen,
2. die Leistungen der Koordinierungsstelle nach § 11 des Transplantationsgesetzes für die Bereitstellung eines postmortal gespendeten Organs zur Transplantation einschließlich eines dafür erforderlichen Transports des Organs,
3. die Leistungen der Vermittlungsstelle nach § 12 des Transplantationsgesetzes für die Vermittlung eines postmortal gespendeten Organs,
4. die Gutachtenerstellung durch die Kommission nach § 8 Abs. 3 Satz 2 des Transplantationsgesetzes vor einer möglichen Lebendspende,
5. die Voruntersuchungen gemäß § 8 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 Buchstabe c des Transplantationsgesetzes, die in Hinblick auf die Transplantation eines bestimmten Transplantatempfängers durchgeführt werden, bei möglichen Lebendspendern oder Lebendspenderinnen, nicht jedoch die entsprechenden Untersuchungen bei tatsächlichen Lebendspendern oder Lebendspenderinnen,
6. der Transport von Knochenmark oder hämatopoetischen Stammzellen,
7. die Kontrolluntersuchungen nach § 115a Abs. 2 Satz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bei einem Transplantatempfänger oder einer Transplantatempfängerin; § 8 Abs. 2 Satz 3 Nr. 4 des Krankenhausentgeltgesetzes bleibt unberührt,
8. die Kontrolluntersuchungen nach § 115a Abs. 2 Satz 7 in Verbindung mit Satz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bei einem Lebendspender oder einer Lebendspenderin; § 8 Abs. 2 Satz 3 Nr. 4 des Krankenhausentgeltgesetzes bleibt unberührt.

Krankengeld bzw. Verdienstausfallerstattung sowie Fahrkosten für Lebendspender oder Lebendspenderinnen sind keine allgemeinen Krankenhausleistungen und daher weder mit den Fallpauschalen vergütet noch gesondert seitens des Krankenhauses abrechenbar.

(2) Für Transplantationen nach Absatz 1 Satz 1 ist jeweils eine Fallpauschale nach Anlage 1 bzw. ein Entgelt nach Anlage 3a gegenüber den Transplantatempfängern, den Transplantatempfängerinnen oder deren Sozialleistungsträgern abzurechnen.

(3) Für zum Zwecke einer Organ- oder Gewebeentnahme für einen bestimmten Transplantatempfänger stationär aufgenommene Lebendspender oder Lebendspenderinnen, bei denen

1. eine Organentnahme vorgenommen wird oder
2. sich erst während der Entnahmeoperation herausstellt, dass das Organ nicht entnommen werden kann, oder
3. sich erst nach der Organentnahme herausstellt, dass das Organ nicht transplantiert werden kann,

ist eine Fallpauschale nach Anlage 1 bzw. ein Entgelt nach Anlage 3a abzurechnen. Bei erfolgter Transplantation ist die jeweilige Fallpauschale nach Anlage 1 bzw. ein Entgelt nach Anlage 3a gegenüber den Transplantatempfängern, den Transplantatempfängerinnen oder deren Sozialleistungsträgern abzurechnen. Kommt es nicht zur Transplantation, ist die jeweilige Fallpauschale nach Anlage 1 bzw. ein Entgelt nach Anlage 3a gegenüber der Person, die zum Transplantatempfang vorgesehen war, oder gegenüber deren Sozialleistungsträger abzurechnen. Auf der Rechnung ist die Versichertennummer der Person, die das Transplantat empfangen hat oder für die Transplantation vorgesehen

war, anzugeben. Werden hämatopoetische Stammzellen bei Familienspendern aus dem Ausland oder bei nicht-verwandten Spendern über in- oder ausländische Spenderdateien bezogen, wird anstelle der Fallpauschale nach Anlage 1 bzw. den Entgelten nach Anlage 3a ein entsprechendes Zusatzentgelt abgerechnet.

(4) Die Leistungen des Krankenhauses nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 1 sind gegenüber der Koordinierungsstelle nach § 11 des Transplantationsgesetzes abzurechnen. Die Leistungen des Krankenhauses nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 5 sind gegenüber den Personen, die zum Transplantatempfang vorgesehen waren oder gegenüber deren Sozialleistungsträgern abzurechnen.

ABSCHNITT 2: ABRECHNUNGSBESTIMMUNGEN FÜR ANDERE ENTGELTARTEN

§ 5 Zusatzentgelte

(1) Zusätzlich zu einer Fallpauschale oder zu den Entgelten nach § 6 Abs. 1 des Krankenhausentgeltgesetzes dürfen bundeseinheitliche Zusatzentgelte nach dem Zusatzentgelte-Katalog nach Anlage 2 bzw. 5 abgerechnet werden. Die Zusatzentgelte nach Satz 1 sind mit Inkrafttreten der Vereinbarung (§ 12) abrechenbar.

(2) Für die in Anlage 4 bzw. 6 benannten, mit dem bundeseinheitlichen Zusatzentgelte-Katalog nicht vergüteten Leistungen vereinbaren die Vertragsparteien nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes krankenhausindividuelle Zusatzentgelte nach § 6 Abs. 1 des Krankenhausentgeltgesetzes. Diese können zusätzlich zu den DRG-Fallpauschalen oder den nach § 6 Abs. 1 des Krankenhausentgeltgesetzes vereinbarten Entgelten abgerechnet werden. Für die in Anlage 4 bzw. 6 gekennzeichneten Zusatzentgelte gilt § 15 Abs. 2 Sätze 3 und 4 des Krankenhausentgeltgesetzes entsprechend. Können für die Leistungen nach Anlage 4 bzw. 6 aufgrund einer fehlenden Vereinbarung für den Vereinbarungszeitraum 2010 noch keine krankenhausindividuell vereinbarten Zusatzentgelte abgerechnet werden, sind für jedes Zusatzentgelt 600 Euro abzurechnen. Wurden für Leistungen nach Anlage 4 bzw. 6 im Jahr 2010 keine Zusatzentgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Abs. 1 Satz 3 des Krankenhausentgeltgesetzes für jedes Zusatzentgelt 600 Euro abzurechnen.

(3) Zusatzentgelte für Dialysen können zusätzlich zu einer DRG-Fallpauschale oder zu einem Entgelt nach § 6 Abs. 1 des Krankenhausentgeltgesetzes abgerechnet werden; dies gilt nicht für die Fallpauschalen der Basis-DRG L60, L71 und L90C und für das nach Anlage 3a krankenhausindividuell zu vereinbarende Entgelt L61 und die nach Anlage 3b krankenhausindividuell zu vereinbarenden Entgelte L90A und L90B, bei denen die Behandlung des Nierenversagens die Hauptleistung ist.

§ 6 Teilstationäre Leistungen

(1) Teilstationäre Leistungen sind mit tagesbezogenen teilstationären Fallpauschalen oder mit Entgelten abzurechnen, die nach § 6 Abs. 1 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes krankenhausindividuell vereinbart worden sind.

(2) Werden Patientinnen oder Patienten, für die zuvor eine vollstationäre DRG-Fallpauschale abrechenbar war, zur teilstationären Behandlung in dasselbe Krankenhaus wieder aufgenommen oder wechseln sie in demselben Krankenhaus von der vollstationären Versorgung in die teilstationäre Versorgung, kann erst nach dem dritten Kalendertag ab Überschreiten der abgerundeten mittleren Verweildauer, bemessen ab dem Aufnahmedatum des stationären Aufenthalts der zuvor abgerechneten Fallpauschale, eine tages-

bezogene teilstationäre Fallpauschale oder ein tagesbezogenes teilstationäres Entgelt nach § 6 Abs. 1 des Krankenhausentgeltgesetzes berechnet werden. Die bis dahin erbrachten teilstationären Leistungen sind mit der zuvor abgerechneten Fallpauschale abgegolten. Wurden bei der Abrechnung der vollstationären Fallpauschale Abschläge nach § 1 Abs. 3 oder § 3 vorgenommen, sind zusätzlich zu den Entgelten nach Satz 1 für jeden teilstationären Behandlungstag tagesbezogene teilstationäre Entgelte zu berechnen; höchstens jedoch bis zur Anzahl der vollstationären Abschlagstage. Die teilstationären Prozeduren sind nicht bei der Gruppierung der zuvor abgerechneten Fallpauschale zu berücksichtigen. Die Sätze 1 bis 3 gelten nicht für tagesbezogene teilstationäre Entgelte für Leistungen der Onkologie, der Schmerztherapie, die HIV-Behandlung sowie für Dialysen.

(3) Wird ein Patient an demselben Tag innerhalb des Krankenhauses von einer tagesbezogen vergüteten teilstationären Behandlung in eine vollstationäre Behandlung verlegt, kann für den Verlegungstag kein tagesbezogenes teilstationäres Entgelt abgerechnet werden.

§ 7 Sonstige Entgelte

(1) Sonstige Entgelte nach § 6 Abs. 1 des Krankenhausentgeltgesetzes können krankenhausindividuell vereinbart werden für

1. Leistungen, die nach Anlagen 3a und 3b noch nicht mit DRG-Fallpauschalen vergütet werden,
2. sonstige teilstationäre Leistungen nach § 6 Abs. 1 Satz 1 und
3. besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes.

Werden fallbezogene Entgelte vereinbart, müssen auch Vereinbarungen zu den übrigen Bestandteilen der Aufstellung für fallbezogene Entgelte nach Abschnitt E3.1 der Anlage 1 des Krankenhausentgeltgesetzes getroffen werden, damit die Entgelte von den Abrechnungsprogrammen verarbeitet werden können, die für die DRG-Fallpauschalen vorgesehen sind. Für den Fall der Verlegung eines Patienten oder einer Patientin in ein anderes Krankenhaus sind Abschlagsregelungen zu vereinbaren; dies gilt nicht, soweit Verlegungs-Fallpauschalen im Sinne des § 1 Abs. 1 Satz 3 vereinbart werden. Für den Fall der Wiederaufnahme eines Patienten oder einer Patientin in dasselbe Krankenhaus sollen für fallbezogene Entgelte Vereinbarungen getroffen werden, die den Vorgaben nach § 2 Abs. 1, 2 und 4 entsprechen.

(2) Für die Abrechnung von fallbezogenen Entgelten gelten die Abrechnungsbestimmungen nach § 8 Abs. 2 und 4 des Krankenhausentgeltgesetzes und nach § 2 Abs. 3 entsprechend.

(3) Tagesbezogene Entgelte werden für den Aufnahmetag und jeden weiteren Tag des Krankenhausaufenthalts abgerechnet (Berechnungstage); der Entlassungs- oder Verlegungstag, der nicht zugleich Aufnahmetag ist, wird nur bei tagesbezogenen Entgelten für teilstationäre Behandlung nach § 6 Abs. 1 Satz 1 abgerechnet.

(4) Für die in den Anlagen 3a und 3b gekennzeichneten Entgelte gilt § 15 Abs. 2 Satz 3 des Krankenhausentgeltgesetzes entsprechend. Können für die Leistungen nach Anlage 3a auf Grund einer fehlenden Vereinbarung für den Vereinbarungszeitraum 2010 noch

keine krankenhausindividuellen Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden Belegungstag 600 Euro abzurechnen. Können für die Leistungen nach Anlage 3b auf Grund einer fehlenden Vereinbarung für den Vereinbarungszeitraum 2010 noch keine krankenhausindividuellen Entgelte abgerechnet werden, sind für jeden Belegungstag 300 Euro abzurechnen. Wurden für Leistungen nach Anlage 3a im Jahr 2010 keine Entgelte vereinbart, sind im Einzelfall auf der Grundlage von § 8 Abs. 1 Satz 3 des Krankenhausentgeltgesetzes für jeden Belegungstag 450 Euro abzurechnen.

ABSCHNITT 3: SONSTIGE VORSCHRIFTEN

§ 8 Fallzählung

(1) Jede abgerechnete vollstationäre Fallpauschale zählt im Jahr der Entlassung als ein Fall. Dies gilt auch für Neugeborene sowie für vollstationäre Fallpauschalen, die mit nur einem Belegungstag ausgewiesen sind. Bei einer Wiederaufnahme nach § 2 und einer Rückverlegung nach § 3 Abs. 3 ist jeweils nur die Fallpauschale zu zählen, die nach der Neueinstufung für die zusammengefassten Krankenhausaufenthalte abgerechnet wird. Bei Abrechnung von tagesbezogenen teilstationären Fallpauschalen wird für jeden Patienten, der wegen derselben Erkrankung regelmäßig oder mehrfach behandelt wird, je Quartal ein Fall gezählt.

(2) Leistungen, für die Entgelte nach § 6 Abs. 1 des Krankenhausentgeltgesetzes abgerechnet werden, sind wie folgt zu zählen:

1. Jedes fallbezogene Entgelt für eine voll- oder teilstationäre Leistung zählt als ein Fall.
2. a) Bei Abrechnung von tagesbezogenen vollstationären Entgelten zählt jede Aufnahme als ein Fall.

   b) Bei Abrechnung von tagesbezogenen teilstationären Entgelten wird für jeden Patienten, der wegen derselben Erkrankung regelmäßig oder mehrfach behandelt wird, je Quartal ein Fall gezählt.

§ 9 Kostenträgerwechsel

Vorbehaltlich einer anderweitigen gesetzlichen Regelung gilt:

Tritt bei Fallpauschalenpatienten während der stationären Behandlung ein Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers ein, wird der gesamte Krankenhausfall mit dem Kostenträger abgerechnet, der am Tag der Aufnahme leistungspflichtig ist. Tritt hingegen während der mittels tagesbezogener Entgelte nach § 6 Abs. 1 des Krankenhausentgeltgesetzes sowie tagesbezogener teilstationärer Fallpauschalen vergüteten Behandlung ein Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers ein, sind die Kosten der einzelnen Belegungstage mit dem Kostenträger abzurechnen, der am Tag der Leistungserbringung leistungspflichtig ist.

§ 10 Laufzeit der Entgelte

(1) Die Fallpauschalen nach Anlage 1 und die Zusatzentgelte nach Anlage 2 bzw. 5 sind abzurechnen für Patientinnen oder Patienten, die ab dem 1. Januar 2010 in das Krankenhaus aufgenommen werden. Können die Fallpauschalen noch nicht mit der für das

Jahr 2010 vereinbarten oder festgesetzten Höhe des krankenhausindividuellen Landesbasisfallwerts gewichtet werden, sind sie nach Maßgabe des § 15 Abs. 1 des Krankenhausentgeltgesetzes mit der bisher geltenden Höhe des Landesbasisfallwerts zu gewichten und in der sich ergebenden Entgelthöhe abzurechnen.

(2) Bis zum Beginn der Laufzeit der nach § 6 Abs. 1 des Krankenhausentgeltgesetzes zu vereinbarenden Entgelte für teilstationäre Leistungen, die nicht in Anlage 3b aufgeführt sind und im Jahr 2010 nicht mit DRG-Fallpauschalen abgerechnet werden können, werden die für diese Leistungen bisher nach § 6 Abs. 1 des Krankenhausentgeltgesetzes vereinbarten Entgelte weiter abgerechnet.

ABSCHNITT 4: GELTUNGSDAUER, INKRAFTTRETEN

§ 11 Geltungsdauer

Die Vorschriften der Abschnitte 1 bis 3 gelten vom 1. Januar bis zum 31. Dezember 2010. Können die Entgeltkataloge 2010 erst nach dem 1. Januar 2011 angewendet werden, sind nach Maßgabe des § 15 Abs. 1 und 2 des Krankenhausentgeltgesetzes die Leistungen weiterhin nach den Anlagen 1 bis 6 dieser Vereinbarung abzurechnen. Solange noch keine neuen Abrechnungsregeln vereinbart oder in Kraft getreten sind, gelten die Abrechnungsbestimmungen nach dieser Vereinbarung weiter.

§ 12 Inkrafttreten

Diese Vereinbarung tritt zum 01.01.2010 in Kraft.

Anlagen

Anlage 1	Fallpauschalen-Katalog gem. § 1 Abs. 1 Satz 1, Teil a: Bewertungsrelationen bei Versorgung durch Hauptabteilungen; Teil b: Bewertungsrelationen bei Versorgung durch Belegabteilungen; Teil c: Bewertungsrelationen bei teilstationärer Versorgung
Anlage 2	Zusatzentgelte-Katalog (Liste) gem. § 5 Abs. 1
Anlage 3a	Nicht mit dem Fallpauschalen-Katalog vergütete Leistungen gem. § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1
Anlage 3b	NIcht mit dem Fallpauschalen-Katalog vergütete teilstationäre Leistungen gem. § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1
Anlage 4	Zusatzentgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG (Liste) gem. § 5 Abs. 2
Anlage 5	Zusatzentgelte-Katalog (Definition und differenzierte Beträge) gem. § 5 Abs. 1
Anlage 6	Zusatzentgelte nach § 6 Abs. 1 des KHEntgG gem. § 5 Abs. 2

(Anlagen hier nicht abgedruckt)

IV. Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses

Vereinbarung von Zuschlägen für die Aufnahme von Begleitpersonen nach § 17b Abs. 1 Satz 4 KHG vom 16. September 2004

zwischen

dem AOK-Bundesverband, Bonn
dem BKK Bundesverband, Essen
dem IKK-Bundesverband, Bergisch Gladbach
der See-Krankenkasse, Hamburg
dem Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, Kassel
der Bundesknappschaft, Bochum
dem Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V., Siegburg
dem AEV-Arbeiter-Ersatzkassenverband e.V., Siegburg und
dem Verband der Privaten Krankenversicherung, Köln
gemeinsam und einheitlich

sowie

der Deutschen Krankenhausgesellschaft, Berlin

Präambel

§ 17b Abs. 1 Satz 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) in Verbindung mit § 7 Satz 1 Nr. 4 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) sieht eine bundeseinheitliche Regelung über Zuschläge für die Aufnahme von Begleitpersonen ab dem 01. Januar 2005 vor. Die Einzelheiten hierzu werden in dieser Vereinbarung geregelt.

§ 1 Aufnahme von Begleitpersonen

(1) Zu den allgemeinen Krankenhausleistungen gehört gemäß § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 KHEntgG auch die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson des Patienten. Die Unterbringung der Begleitperson soll in unmittelbarer Nähe zum Patienten erfolgen.

(2) Über die medizinische Notwendigkeit entscheidet der Krankenhausarzt und dokumentiert diese in den Krankenunterlagen.

§ 2 Zuschlagshöhe

Für den Aufnahmetag und jeden weiteren Tag des vollstationären Krankenhausaufenthalts (Berechnungstage) können 45,00 Euro für Unterkunft und Verpflegung abgerechnet werden. Entlassungs- und Verlegungstage, die nicht zugleich Aufnahmetag sind, können bei vollstationären Behandlungen nicht abgerechnet werden.

§ 3 Inkrafttreten/Kündigung

(1) Die Vereinbarung tritt am 01.01.2005 in Kraft. Diese kann von jedem Vereinbarungspartner mit einer Frist von sechs Monaten zum Ende eines Kalenderjahres durch eingeschriebenen Brief – allerdings von den Spitzenverbänden der Krankenkassen und dem Verband der privaten Krankenversicherung nur gemeinsam und einheitlich – gekündigt werden.

(2) Die Vereinbarungspartner erklären ihre Bereitschaft, nach erfolgter Kündigung an der Verabschiedung einer Anschlussvereinbarung mitzuwirken.

Vereinbarung nach

§ 17b Abs. 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG)

zur Umsetzung des DRG-Systemzuschlags

zwischen dem GKV-Spitzenverband, Berlin

und dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V., Köln

gemeinsam und einheitlich

sowie

der Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V., Berlin

Präambel

Mit dem Gesetz zur Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) und der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) (DRG-Systemzuschlags-Gesetz) vom 16. März 2001 hat der Gesetzgeber die Selbstverwaltungspartner nach § 17b KHG verpflichtet, die Finanzierung der Pflege und Weiterentwicklung des neuen Entgeltsystems über eine Vereinbarung sicherzustellen. Der mit dem Zweiten Gesetz zur Änderung der Vorschriften zum diagnose-orientierten Fallpauschalensystem für Krankenhäuser und zur Änderung anderer Vorschriften (Zweites Fallpauschalenänderungsgesetz – 2. FPÄndG) neu gefasste § 17b Abs. 5 Satz 2 KHG sieht zusätzlich pauschalierte Zahlungen für die Teilnahme von Krankenhäusern an der Kalkulation vor, die über den DRG-Systemzuschlag finanziert werden sollen. Die Selbstverwaltungspartner kommen der damit verbundenen Aufgabe der Regelung dieses Zuschlags mit der vorliegenden Vereinbarung nach. Die Einzelheiten hierzu werden in dieser Vereinbarung geregelt.

§ 1 Erhebung des Zuschlags

(1) Für jeden abgerechneten voll- und teilstationären Krankenhausfall wird vom Krankenhaus ein Systemzuschlag – im folgenden Zuschlag genannt – zusätzlich in Rechnung gestellt. Werden Entgelte nach der BPflV abgerechnet, gelten für die Erhebung des Zuschlags die Vorgaben der Fußnoten 11 und 11a in Anhang 2 zu Anlage 1 der BPflV. Werden Entgelte nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) abgerechnet, erfolgt die Erhebung des Zuschlags analog der Fallzählung gemäß § 8 der Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2009 (FPV 2009).

(2) Hinsichtlich der Rechnungslegung und des Einzugs gelten die Regelungen in den Verträgen nach § 112 SGB V bzw. der jeweiligen Pflegesatz- bzw. Budgetvereinbarung. Die Bestimmungen zur Datenübermittlung nach § 301 SGB V sind anzuwenden.

(3) Der Zuschlag unterliegt gemäß § 17b Abs. 5 KHG nicht der Begrenzung der Pflegesätze durch den Grundsatz der Beitragssatzstabilität. Er geht nicht in den Gesamtbetrag nach § 6 BPflV, das Erlösbudget nach § 4 KHEntgG und die Erlössumme nach § 6 Abs. 3 KHEntgG ein und wird bei der Ermittlung der entsprechenden Erlösausgleiche nicht berücksichtigt.

§ 2 Überweisung der Zuschlagssumme

(1) Das Krankenhaus meldet bis zum 15, März 2009 die für die Erhebung des DRG-Systemzuschlags im Jahr 2004 zu Grunde gelegten Ist-Fallzahlen:

1. Bei allen Krankenhäusern und Krankenhausbereichen, die im Jahr 2004 dem Anwendungsbereich des KHEntgG unterlagen und
   a. ab dem 1. Januar 2004 Entgelte nach dem KHEntgG abgerechnet haben, ergibt sich die Ist-Fallzahl aus der Summe der Ist-Daten für das abgelaufene Kalenderjahr gemäß E1 Spalte 2 (DRG-Fallpauschalen), gegebenenfalls E3.1 Spalte 5 (fallbezogene Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG) und gegebenenfalls E3.3 Spalte 2 (tagesbezogene Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG) der Aufstellung der Entgelte und Budgetermittlung (AEB).
   b. nach § 15 Abs. 1 Satz 3 KHEntgG im gesamten Jahr 2004 die bisher geltenden Entgelte nach der BPflV weiter erhoben haben, ergibt sich die Ist-Fallzahl aus der Summe von L1, Zeile 13, 18 und 19 Spalte 2 der Leistungs- und Kalkulationsaufstellung (LKA) (in der bis zum 31.12.2003 gültigen Fassung).
   c. nach § 15 Abs. 1 Satz 3 KHEntgG zunächst die bisher geltenden Entgelte nach der BPflV weiter erhoben haben und im Laufe des Jahres 2004 nach dem KHEntgG abgerechnet haben, können sich die für die Erhebung des DRG-Systemzuschlags zu Grunde gelegten Ist-Fallzahlen weder auf Basis einer ganzjährigen AEB noch einer ganzjährigen LKA ergeben. Bis zum Umstiegszeitpunkt ergibt sich die Ist-Fallzahl in entsprechender Anwendung von Nr. 1b, ab dem Umstiegszeitpunkt in entsprechender Anwendung von Nr. 1a.
2. Bei den Krankenhäusern und Krankenhausbereichen, die dem Anwendungsbereich der BPflV unterliegen, ergibt sich die Ist-Fallzahl aus der Summe von L1, Zeile 13 und 18 Spalte 2 der LKA (in der ab dem 01.01.2004 gültigen Fassung).

Die InEK gGmbH gibt das entsprechende Melde- und Korrekturverfahren bekannt.

(2) Das Krankenhaus überweist bis zum 1. Juli 2009 die Zuschlagssumme an die InEK gGmbH. Der zu überweisende Betrag ergibt sich für das Jahr 2009 aus den Ist-Fallzahlen gemäß Abs. 1 multipliziert mit dem Zuschlagsbetrag nach § 5 Abs. 3. Für Krankenhäuser, die im Laufe des Jahres zur Krankenhausbehandlung gemäß § 108 SGB V zugelassen werden, erfolgt die Überweisung erstmalig im folgenden Jahr auf der Basis der Ist-Fallzahlen des Eröffnungsjahres. Krankenhäuser, deren Schließung im laufenden Jahr erfolgt, können vor dem Zahlungstermin gemäß Satz 1 eine anteilige Berechnung bzw. nach erfolgter Zahlung eine anteilige Erstattung bei der InEK gGmbH beantragen.

(3) Ist eine Zahlung bis zum 31. Juli 2009 nicht eingegangen, werden durch die InEK gGmbH Zinsen in Höhe von 2 % über dem Basiszinssatz nach § 247 BGB erhoben. Einer gesonderten Mahnung bedarf es hierfür nicht. Diese Zinsen dürfen vom säumigen Krankenhaus nicht auf die Zuschläge umgelegt werden.

(4) Weigert sich ein Krankenhaus, die entsprechenden Zahlungen zu leisten, so wird die InEK gGmbH geeignete Schritte einleiten. Die InEK gGmbH informiert den Krankenhaus-Entgelt-Ausschuss über die Krankenhäuser, die keine Zahlung geleistet haben.

(5) In den Pflegesatz- bzw. Budgetverhandlungen für das Folgejahr erfolgt die Prüfung der Höhe der Zuschlagssumme durch die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 KHG. Die Prüfung erfolgt durch einen Abgleich der Zahlungsaufforderung der InEK gGmbH mit den Abschnitten E1, gegebenenfalls E3.1 und E3.3 der AEB bzw. L1 der LKA. Für Krankenhäuser und Krankenhausbereiche gemäß Abs. 1 Nr. 1 c erfolgt der Abgleich durch die Vorlage der erforderlichen Daten aus den Abschnitten E1, gegebenenfalls E3.1 und E3.3 der AEB und L1 der LKA für den maßgeblichen unterjährigen Zeitraum.

§ 3 Mittelverwendung

(1) Der Einsatz der aus dem Zuschlag zur Finanzierung der InEK gGmbH gewonnenen Finanzmittel ist nur zur Entwicklung, Einführung und laufenden Pflege des Vergütungssystems zulässig. Mit dem Betrag werden die laufenden Ausgaben der InEK gGmbH (Zuschlagsanteil ‚inEK') finanziert. Der Zuschlagsanteil in „InEK" beinhaltet auch die Kosten für die Begleitforschung gem. § 17b Abs. 8 Satz 3 KHG.

(2) Der Einsatz der aus dem Zuschlag für die an der Kalkulation teilnehmenden Krankenhäuser (Zuschlagsanteil ‚Kalkulation') ist nur für die pauschalierten Zahlungen an diese zulässig. Die Bestimmung des festen Grundbetrags je Krankenhaus und der ergänzenden Finanzierung in Abhängigkeit von Anzahl und Qualität der übermittelten Datensätze wird in einer gesonderten Vereinbarung festgelegt.

(3) Die InEK gGmbH verpflichtet sich, jährlich einen Mittelverwendungsnachweis aufzustellen und eine Abschlussprüfung durch eine externe Stelle durchzuführen. Diese Unterlagen sind den Vertragsparteien zur Prüfung vorzulegen. Im Mittelpunkt dieser Prüfung steht dabei die gesetzmäßige Mittelverwendung. Das Prüfungsergebnis wird an geeigneter Stelle veröffentlicht.

§ 4 Ausgleiche

Retrospektive Ausgleiche finden nicht statt.

§ 5 Zuschlagshöhe

(1) Maßgeblich für die Zuschlagserhebung und die Zuschlagshöhe ist der Aufnahmetag.

(2) Können sich die Vertragsparteien bis zum 31. Oktober 2009 nicht über den Zuschlagsbetrag nach Abs. 3 für das Folgejahr einigen, entscheidet die Bundesschiedsstelle nach § 18a KHG auf Antrag. Steht der neue Betrag am 31. Dezember 2009 noch nicht fest, so gilt der bisher vereinbarte Zuschlag nach Abs. 3 bis zum Neuabschluss einer Vereinbarung weiter.

(3) Der Zuschlag wird für das Jahr 2009 in Höhe von 1,03 Euro pro Fall festgelegt, davon entfallen auf den Zuschlag für die pauschalierten Zahlungen für die Teilnahme von Krankenhäusern an der Kalkulation (Zuschlagsanteil ‚Kalkulation') 0,70 Euro und auf den Zuschlag für die Finanzierung der InEK gGmbH (Zuschlagsanteil ‚InEK') 0,33 Euro.

§ 6 Inkrafttreten, Laufzeit

Die Vereinbarung tritt am 01.01.2009 in Kraft und endet mit Ablauf des 31.12.2009. Sie ersetzt die für 2008 gültige Vereinbarung.

Beschluss

des Gemeinsamen Bundesausschusses

über die Grundsätze
des
Systemzuschlags im stationären Sektor

vom 10. Dezember 2007

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat schriftlich am 10. Dezember 2007 beschlossen, die Systemzuschlagsfinanzierung des Gemeinsamen Bundesausschusses und des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen nach § 91 Abs. 2 SGB V i.V.m. § 139c Abs. 1 SGB V für den stationären Sektor im Jahr 2008 wie folgt zu regeln:

1 Systemzuschlag

1.1 Für jeden abgerechneten voll- und teilstationären Krankenhausfall wird vom Krankenhaus ein Systemzuschlag – im folgenden Zuschlag genannt – zusätzlich in Rechnung gestellt. Werden Entgelte nach der BPflV abgerechnet, gelten für die Erhebung des Zuschlags die Vorgaben der Fußnoten 11 und 11a in Anhang 2 zu Anlage 1 der BPflV. Werden Entgelte nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) abgerechnet, erfolgt die Erhebung des Zuschlags analog der Fallzählung gemäß § 8 der Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2008 (FPV 2008).

1.2 Das Krankenhaus weist diesen Zuschlag gesondert in der Rechnung aus. Hinsichtlich der Rechnungslegung und des Einzugs gelten die Regelungen in den Verträgen nach § 112 SGB V bzw. der jeweiligen Pflegesatz- bzw. Budgetvereinbarung. Die Bestimmungen zur Datenübermittlung nach § 301 SGB V sind anzuwenden.

1.3 Der Zuschlag unterliegt gemäß § 17b Abs. 5 KHG nicht der Begrenzung der Pflegesätze durch den Grundsatz der Beitragssatzstabilität. Er geht nicht in den Gesamtbetrag nach § 6 BKIV, das Erlösbudget nach § 4 KHEntgG und die Erlössumme nach § 6 Abs. 3 KHEntgG ein und wird bei der Ermittlung der entsprechenden Erlösausgleiche nicht berücksichtigt.

2 Überweisung des Zuschlags

2.1 Das Krankenhaus meldet bis zum 7. März 2008 die für die Erhebung des Systemzuschlags im Jahr 2006 zugrunde gelegten Ist-Fallzahlen:

2.1.1 Bei allen Krankenhäusern und Krankenhausbereichen, die im Jahr 2004 dem Anwendungsbereich des KHEntgG unterlagen und

a. ab dem 1. Januar 2006 Entgelte nach dem KHEntgG abgerechnet haben, ergibt sich die Ist-Fallzahl aus der Summe der Ist-Daten für das abgelaufene Kalenderjahr gemäß E1 Spalte 2 (DRG-Fallpauschalen), gegebenenfalls E3.1 Spalte 5 (fallbezogene Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG) und gegebenenfalls E3.3 Spalte 2 (tagesbezogene Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG) der Aufstellung der Entgelte und Budgetermittlung (AEB).

b. nach § 15 Abs. 1 Satz 3 KHEntgG im gesamten Jahr 2006 die bisher geltenden Entgelte nach der BPflV weiter erhoben haben, ergibt sich die Ist-Fallzahl aus der Summe von L1, Zeile 13, 18 und 19 Spalte 2 der Leistungs- und Kalkulationsaufstellung (LKA) (in der bis zum 31.12.003 gültigen Fassung).

c. nach § 15 Abs. 1 Satz 3 KHEntgG zunächst die bisher geltenden Entgelte nach der BPflV weiter erhoben haben und im Laufe des Jahres 2006 nach dem KHEntgG abgerechnet haben, können sich die für die Erhebung des DRG-Systemzuschlags zu Grunde gelegten Ist-Fallzahlen weder auf Basis einer ganzjährigen AEB noch einer ganzjährigen LKA ergeben, Bis zum Umstiegszeitpunkt ergibt sich die Ist-Fallzahl in entsprechender Anwendung von Nr. lb, ab dem Umstiegszeitpunkt in entsprechender Anwendung von Nr.1a.

2.1.2 Bei den Krankenhäusern und Krankenhausbereichen, die dem Anwendungsbereich der BPflV unterliegen, ergibt sich die Ist-Fallzahl aus der Summe von L1, Zeile 13 und 18 Spalte 2 der LKA (in der ab dem 01.01.2006 gültigen Fassung).

Der Gemeinsame Bundesausschuss gibt das entsprechende Melde- und Korrekturverfahren auf seinen Internetseiten bekannt.

2.2 Das Krankenhaus überweist bis zum 1. Juli 2008 die Zuschlagssumme an den Gemeinsamen Bundesausschuss. Der zu überweisende Betrag ergibt sich für das Jahr 2008 aus den Ist-Fallzahlen gemäß 2.1 multipliziert mit dem vom Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossenen Zuschlagsbetrag. Für Krankenhäuser, die im Laufe des Jahres zur Krankenhausbehandlung gemäß § 108 SGB V zugelassen werden, erfolgt die Überweisung erstmalig im folgenden Jahr auf der Basis der Ist-Fallzahlen des Eröffnungsjahres. Krankenhäuser, deren Schließung im laufenden Jahr erfolgt, können vor dem Zahlungstermin gemäß Satz 1 eine anteilige Berechnung bzw. nach erfolgter Zahlung eine anteilige Erstattung beim Gemeinsamen Bundesausschuss beantragen.

2.3 Ist eine Zahlung bis zum 31. Juli 2008 nicht eingegangen, werden durch den Gemeinsamen Bundesausschuss Zinsen in Höhe von 2 % über dem Basiszinssatz nach § 247 BGB erhoben. Einer gesonderten Mahnung bedarf es hierfür

nicht. Diese Zinsen dürfen vom säumigen Krankenhaus nicht auf die Zuschläge umgelegt werden.

2.4 Weigert sich ein Krankenhaus, die entsprechenden Zahlungen zu leisten, so wird der Gemeinsame Bundesausschuss geeignete Schritte einleiten. Der Gemeinsame Bundesausschuss informiert informiert seine Mitglieder über die Krankenhäuser, die keine Zahlung geleistet haben.

2.5 In den Pflegesatz- bzw. Budgetverhandlungen für das Folgejahr erfolgt die Prüfung der Höhe der Zuschlagssumme durch die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 KHG. Die Prüfung erfolgt durch einen Abgleich der Zahlungsaufforderung des Gemeinsamen Bundesausschusses mit den Abschnitten E1, gegebenenfalls E3.1 und E3.3 der AEB bzw. L1 der LKA. Für Krankenhäuser und Krankenhausbereiche gemäß 2.1.1 c erfolgt der Abgleich durch die Vorlage der erforderlichen Daten aus den Abschnitten E1, gegebenenfalls E3.1 und E3.3 der AEB und L1 der LKA für den maßgeblichen unterjährigen Zeitraum.

3 Ausgleiche

Retrospektive Ausgleiche finden nicht statt.

4 Zugschlagserhebung durch das Krankenhaus

Maßgeblich für die Zuschlagserhebung und Zuschlagshöhe ist der Aufnahmetag.

5 Inkrafttreten

Dieser Beschluss tritt am 1. Januar 2008 in Kraft.

Siegburg, den 10.12.2007

Gemeinsamer Bundesausschuss
Der Vorsitzende

Beschluss
des Gemeinsamen Bundesausschusses
über
die Höhe des Systemzuschlages

vom 22. November 2007

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 22. November 2007 die Höhe des Systemzuschlags nach § 91 Abs. 2 SGB V i.V.m. § 139c Abs. 1 SGB V für das Jahr 2008 wie folgt beschlossen:

im vertragsärztlichen Sektor:

1,9061373 Cent pro Fall

im vertragszahnärztlichen Sektor:

1,9109955 Cent pro Fall

im stationären Sektor:

0,64 Euro pro Fall

Berlin, 22. November 2007

Gemeinsamer Bundesausschuss
Der Vorsitzende
Hess

Bundespflegesatzverordnung (BPflV)

I. Wissenswertes zur Bundespflegesatzverordnung

1. Allgemeines

Die vollstationären und teilstationären Leistungen der Krankenhäuser und Abteilungen, die nach § 17b Abs. 1 Satz 1 zweiter Halbsatz KHG nicht in das DRG-Vergütungssystem einbezogen sind, werden nach den Bestimmungen der Bundespflegesatzverordnung vergütet. Dies sind die Krankenhäuser und Abteilungen der Psychiatrie, Psychotherapeutischen Medizin und Psychosomatik.

Die BPflV gilt nicht für die Krankenhäuser, die nicht vom Geltungsbereich des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) erfasst werden und die nicht nach dem KHG geförderten Krankenanstalten:

- Krankenhäuser im Straf- oder Maßregelvollzug
- Polizeikrankenhäuser
- Krankenhäuser der Träger der gesetzlichen Rentenversicherungsträger oder der gesetzlichen Unfallversicherung
- Krankenhäuser, die nicht die in § 67 AO genannten Voraussetzungen zur Gemeinnützigkeit erfüllen
- Vorsorge- und Rehabiltationseinrichtungen nach § 107 Abs. 2 SGB V

2. Allgemeine Krankenhausleistungen

Die BPflV nennt ebenso wie das KHEntgG als Krankenhausleistungen:

- Allgemeine Krankenhausleistungen
- Wahlleistungen

Die Regelungen hinsichtlich der Allgemeinen Krankenhausleistungen (§ 2 BPflV und § 2 KHEntgG) sind nahezu identisch. Deshalb wird auf die Ausführungen in Abschnitt II. Nummer 2 verwiesen. Hinsichtlich der Aufnahme von Begleitpersonen sind jedoch weitere Anmerkungen erforderlich. Die allgemeinen Krankenhausleistungen umfassen auch die aus medizinischen Gründen notwendige Aufnahme einer Begleitperson im Krankenhaus. Mit den in Nr. 3 dargestellten Entgelten sind, anders als nach dem KHEntgG, auch die Leistungen des Krankenhauses für die Aufnahme der Begleitperson

abgegolten. Die Berechnung eines zusätzlichen Entgeltes durch das Krankenhaus ist also nur zulässig, wenn die Aufnahme einer Begleitperson nicht aus medizinischen Gründen erfolgt.

3. Vergütung der Allgemeinen Krankenhausleistungen

Die allgemeinen Krankenhausleistungen der Krankenhäuser, die der BPflV unterfallen, werden nach § 10 BPflV mit folgenden Entgelten vergütet:

- tagesgleiche Pflegesätze nach § 13 BPflV, durch die das Budget den Patienten bzw. Kostenträgern anteilig berechnet wird
- Zuschlag für Ausbildungsstätten (§ 17a Abs. 6 KHG) und Ausbildungsvergütungen (§ 17a KHG) für den Behandlungsfall

Tagesgleiche Pflegesätze sind der Basis- und der Abteilungspflegesatz. Der Basispflegesatz ist das Entgelt für die nicht durch die ärztliche und pflegerische Tätigkeit veranlassten Leistungen des Krankenhauses (Unterkunft und Verpflegung). Der Abteilungspflegesatz hingegen ist das Entgelt für ärztliche und pflegerische Tätigkeiten und der durch diese veranlassten Leistungen. Mit den beiden Entgelten werden alle für die Versorgung eines Patienten erforderlichen allgemeinen Krankenhausleistungen vergütet. Für Belegpatienten sind gesonderte tagesgleiche Entgelte zu vereinbaren und zu berechnen (siehe S. 551). Dies gilt auch, wenn die Leistungen der Krankenhäuser teilstationär erbracht werden.

Das Wichtigste in Kürze

1. Die Bundespflegesatzverordnung ist maßgebend für die Entgelte der Krankenhäuser und Abteilungen der Psychiatrie, Psychotherapeutischen Medizin und Psychosomatik.
2. Die allgemeinen Krankenhausleistungen umfassen:
   - ärztliche Leistungen
   - Pflege
   - Versorgung mit Arzneimitteln
   - Unterkunft und Verpflegung
   - die vom Arzt veranlassten Leistungen Dritter (z. B. Konsiliarärzte)

- die medizinisch notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson

Sie beinhalten die komplette Leistung des Krankenhauses, und zwar unabhängig vom Status des Patienten.

3. Die allgemeinen Krankenhausleistungen werden im Wesentlichen durch tagesgleiche Pflegesätze, dem Basis- und dem Abteilungspflegesatz, vergütet.
4. Die Patienten können neben den allgemeinen Krankenhausleistungen mit dem Krankenhaus Wahlleistungen vereinbaren. Dies sind insbesondere:
   - Wahlleistung Unterkunft (Ein- und Zweibettzimmer)
   - wahlärztliche Leistungen
   - oder beides zusammen

Dies hat zur Folge, dass sich die Kosten einer Krankenhausbehandlung beträchtlich erhöhen, da für die Wahlleistung Unterkunft ein tagesbezogener Zuschlag berechnet wird und die wahlärztlichen Leistungen nach der GOÄ/GOZ abgerechnet werden.

4. Leistungen der Belegärzte und Vergütung dieser

Nach § 22 BPflV gilt für Belegärzte seit dem 1. Januar 2005 § 18 KHEntgG. Danach sind Leistungen eines Belegarztes:

- seine persönlichen Leistungen
- der ärztliche Bereitschaftsdienst für Belegärzte
- die von ihm veranlassten Leistungen nachgeordneter Ärzte des Krankenhauses, die bei der Behandlung seiner Belegpatienten in demselben Fachgebiet wie der Belegarzt tätig werden
- die von ihm veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses

Für Belegpatienten sind gesonderte tagesgleiche Entgelte (Basis- und Abteilungspflegesatz) zu vereinbaren und zu berechnen, mit denen alle für die Versorgung eines Patienten erforderlichen all-

gemeinen Krankenhausleistungen vergütet werden. Auch bei belegärztlicher Tätigkeit sind für eine teilstationäre Leistungserbringung entsprechend geminderte Entgelte zu vereinbaren und zu berechnen.

5. Vor- und nachstationäre Behandlung

Nach § 115a SGB V dürfen Krankenhäuser bei Verordnung von Krankenhausbehandlung Patienten in geeigneten Fällen ohne Unterkunft und Verpflegung behandeln um:

- die Erforderlichkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung zu klären oder die vollstationäre Krankenhausbehandlung vorzubereiten (vorstationäre Behandlung)
- im Anschluss an eine vollstationäre Krankenhausbehandlung den Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen (nachstationäre Behandlung)

Die Abrechnung der Entgelte ist beschränkt auf:

- bis zu 3 Behandlungstage bei vorstationärer Behandlung
- bis zu 7 Behandlungstage bei nachstationärer Behandlung

Die vor- und nachstationären Leistungen werden nicht nach BPflV, sondern nach den zu diesen Vorschriften erzielten Vergütungsvereinbarungen honoriert.

6. Vergütung der teilstationären Behandlungen

Bei teilstationärer Behandlung wird der Patient physisch und organisatorisch in das spezifische Versorgungssystem des Krankenhauses teileingegliedert, also ggf. auch durch die Bereitstellung von Unterkunft (Krankenbett) und Verpflegung. Die Behandlung (Betreuung) im Krankenhaus umfasst nicht den vollen Kalendertag. Die teilstationäre Behandlung ist Krankenhauspflege i. S. des § 39 SGB V; sie unterscheidet sich deshalb von der ambulanten Versorgung der Patienten im Krankenhaus. Die teilstationären Leistungen werden mit gesondert vereinbarten tagesgleichen Pflegesätzen (vgl. Abschnitt 3), die vereinfacht aus den vollstationären Pflegesätzen abgeleitet werden (§ 13 Abs. 4 BPflV), vergütet und berechnet.

7. Wahlleistungen

Neben den allgemeinen Krankenhausleistungen kann der Patient aufgrund besonderer schriftlicher Vereinbarung Wahlleistungen des Krankenhauses in Anspruch nehmen (§ 2 Abs. 1 Satz 1 BPflV). Nach § 22 BPflV gilt für die Vereinbarung und Berechnung von Wahlleistungen seit dem 1. Januar 2005 § 17 und § 19 KHEntgG. Deshalb wird insoweit auf die Ausführungen ab S. 553 verwiesen.

8. Unterrichtung der Patienten

Die Krankenhäuser sind nach § 14 Abs. 5 BPflV verpflichtet, dem selbst zahlenden Patienten oder seinem gesetzlichen Vertreter die für ihn voraussichtlich maßgebenden Pflegesätze so bald wie möglich schriftlich bekannt zu geben; gesetzlich Versicherte können dies verlangen. Dabei ist auszuweisen, welcher Teilbetrag für Unterkunft und Verpflegung in dem Basispflegesatz enthalten ist. Stehen bei der Aufnahme eines Privatpatienten die Pflegesätze noch nicht endgültig fest, ist er hierauf hinzuweisen. Dabei hat ihm das Krankenhaus mitzuteilen, dass der Unterschiedsbetrag zum neuen Pflegesatz vom Patienten auszugleichen ist, wenn dieser rückwirkend in Kraft tritt, oder dass der zu zahlende Pflegesatz sich erhöht, wenn der neue Pflegesatz während der stationären Behandlung in Kraft tritt. Die voraussichtliche Pflegesatzsteigerung ist anzugeben.

Die Verpflichtung der Krankenhäuser dient dem Verbraucherschutz, soll aber auch die Krankenhäuser zu einer möglichst wirtschaftlichen Leistungserbringung anhalten.

II. Verordnung zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Bundespflegesatzverordnung – BPflV)

Vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750)

zuletzt geändert durch
Artikel 4 des Gesetzes vom 17. März 2009 (BGBl. I S. 534)

– Auszug –

Die Verordnung wurde als Artikel 1 der Verordnung vom 26. September 1994 mit Zustimmung des Bundesrates erlassen:

Erster Abschnitt

Allgemeine Vorschriften

§ 1 Anwendungsbereich

(1) Nach dieser Verordnung werden die vollstationären und teilstationären Leistungen der Krankenhäuser oder Krankenhausabteilungen vergütet, die nach § 17b Abs. 1 Satz 1 zweiter Halbsatz des Krankenhausfinanzierungsgesetzes nicht in das DRG-Vergütungssystem einbezogen sind.

(2) Diese Verordnung gilt nicht für

1. die Krankenhäuser, auf die das Krankenhausfinanzierungsgesetz nach seinem § 3 Satz 1 Nr. 1 bis 4 keine Anwendung findet,
2. die Krankenhäuser, die nach § 5 Abs. 1 Nr. 2, 4 oder 7 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes nicht gefördert werden.

(3) Die vor- und nachstationäre Behandlung wird für alle Benutzer einheitlich nach § 115a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vergütet.

§ 2 Krankenhausleistungen

(1) Krankenhausleistungen nach § 1 Abs. 1 sind insbesondere ärztliche Behandlung, Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, die für die Versorgung im Krankenhaus notwendig sind, sowie Unterkunft und Verpflegung; sie umfassen allgemeine Krankenhausleistungen und Wahlleistungen. Zu den Krankenhausleistungen gehören nicht die Leistungen der Belegärzte (§ 18 des Krankenhausentgeltgesetzes) sowie der Beleghebammen und -entbindungspfleger.

(2) Allgemeine Krankenhausleistungen sind die Krankenhausleistungen, die unter Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung des Patienten notwendig sind. Unter diesen Voraussetzungen gehören dazu auch

1. die während des Krankenhausaufenthalts durchgeführten Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten im Sinne des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
2. die vom Krankenhaus veranlassten Leistungen Dritter,
3. die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson des Patienten,
4. (weggefallen)

Nicht zu den Krankenhausleistungen gehört eine Dialyse.

Zweiter Abschnitt

Grundlagen der Entgeltbemessung

§§ 3 bis 9 (hier nicht abgedruckt)

Dritter Abschnitt

Entgeltarten und Abrechnung

§ 10 Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen

(1) Die allgemeinen Krankenhausleistungen werden vergütet durch

1. einen Gesamtbetrag nach § 12 (Budget) sowie tagesgleiche Pflegesätze nach § 13, durch die das Budget den Patienten oder ihren Kostenträgern anteilig berechnet wird,
2. einen Zuschlag nach § 17a Abs. 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes für die Finanzierung der Ausbildungsstätten und der Ausbildungsvergütung nach § 17a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes für den Behandlungsfall.

(2) Mit den Pflegesätzen werden alle für die Versorgung des Patienten erforderlichen allgemeinen Krankenhausleistungen vergütet.

(3) Bei Patienten, die im Rahmen einer klinischen Studie behandelt werden, sind die Entgelte für allgemeine Krankenhausleistungen nach den Absätzen 1 und 2 zu berechnen; dies gilt auch für klinische Studien mit Arzneimitteln.

§ 11 (aufgehoben)

§ 12 Flexibles Budget

(1) Die Vertragsparteien vereinbaren für den Pflegesatzzeitraum das Budget auf der Grundlage der voraussichtlichen Leistungsstruktur und -entwicklung des Krankenhauses.

(2) Weicht die Summe der auf den Pflegesatzzeitraum entfallenden Gesamterlöse des Krankenhauses aus den Pflegesätzen nach § 13 von dem Budget ab, werden die durch eine abweichende Belegung entstandenen Mindererlöse ab dem Jahr 2007 zu 20 vom Hundert, Mehrerlöse bis zur Höhe von 5 vom Hundert zu 85 vom Hundert und Mehrer-

löse über 5 vom Hundert zu 90 vom Hundert ausgeglichen (flexible Budgetierung); die aufgrund von § 14 Abs. 7 Satz 1 berechneten Pflegesätze sind einzubeziehen, Erlöse nach § 3 Abs. 4 sowie Zu- und Abschläge nach § 21 Abs. 2 Satz 1 erster Halbsatz bleiben außer Betracht; Mindererlöse werden nicht ausgeglichen, soweit diese darauf zurückzuführen sind, dass Leistungen im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 oder aufgrund vertraglicher Vereinbarungen über integrierte Versorgung nach § 140b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vergütet wurden. Die Vertragsparteien können im Voraus andere Vomhundertsätze vereinbaren, wenn dies der Struktur oder der angenommenen Entwicklung von Leistungen und Kosten des Krankenhauses besser entspricht. Die Vertragsparteien können ergänzend oder anstelle des Ausgleichs nach Satz 1 einen Ausgleich vereinbaren, bei dem Veränderungen der Fallzahl und der Verweildauer berücksichtigt werden. Mehr- oder Mindererlöse im Sinne des Satzes 1, die einem Zuschlag nach § 18b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in der bis zum 31. Dezember 2003 geltenden Fassung zuzurechnen sind, werden abweichend von Satz 1 in voller Höhe ausgeglichen. Der Ausgleichsbetrag ist über das Budget des folgenden Pflegesatzzeitraums abzurechnen. Steht bei der Pflegesatzverhandlung der Ausgleichsbetrag noch nicht fest, sind Teilbeträge als Abschlagszahlung auf den Ausgleich zu berücksichtigen.

(3) Die Vertragsparteien sind an das Budget gebunden. Auf Verlangen einer Vertragspartei ist bei wesentlichen Änderungen der der Vereinbarung des Budgets zugrunde gelegten Annahmen das Budget für den laufenden Pflegesatzzeitraum neu zu vereinbaren. Die Vertragsparteien können im Voraus vereinbaren, dass in bestimmten Fällen das Budget nur teilweise neu vereinbart wird. Der Unterschiedsbetrag zum bisherigen Budget ist über das neu vereinbarte Budget abzurechnen; § 21 Abs. 2 Satz 3 gilt entsprechend.

(…)

§ 13 Tagesgleiche Pflegesätze

(1) Die Vertragsparteien vereinbaren auf der Grundlage des Budgets und der voraussichtlichen Belegung Abteilungspflegesätze, einen Basispflegesatz und entsprechende teilstationäre Pflegesätze. Die Pflegesätze sindnach Maßgabe der Leistungs- und Kalkulationsaufstellung zu ermitteln.

(2) Als Entgelt für ärztliche und pflegerische Tätigkeit und die durch diese veranlassten Leistungen ist für jede organisatorisch selbstständige bettenführende Abteilung, die von einem fachlich nicht weisungsgebundenen Arzt mit entsprechender Fachgebietsbezeichnung geleitet wird, ein Abteilungspflegesatz zu vereinbaren. Pflegesätze nach Satz 1 sind auch für die Behandlung von Belegpatienten zu vereinbaren; für Fachbereiche mit sehr geringer Bettenzahl kann ein gemeinsamer Pflegesatz vereinbart werden.

(3) Als Entgelt für nicht durch ärztliche und pflegerische Tätigkeit veranlasste Leistungen des Krankenhauses ist ein Basispflegesatz zu vereinbaren.

(4) Soweit die nach den Absätzen 2 und 3 zu vergütenden Leistungen teilstationär erbracht werden, sind entsprechende Pflegesätze zu vereinbaren. Sie sollen vereinfacht aus den vollstationären Pflegesätzen abgeleitet werden. Eine Kalkulationsaufstellung nach Abschnitt K 6 oder K 7 der Anlage 1 ist nicht vorzulegen.

§ 14 Berechnung der Pflegesätze

(1) Die Pflegesätze für allgemeine Krankenhausleistungen sind für alle Benutzer einheitlich zu berechnen; § 17 Abs. 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes bleibt unberührt. Sie dürfen nur im Rahmen des Versorgungsauftrags berechnet werden; dies gilt nicht für die Behandlung von Notfallpatienten.

(2) Die Abteilungspflegesätze und der Basispflegesatz sowie die entsprechenden teilstationären Pflegesätze werden für den Aufnahmetag und jeden weiteren Tag des Krankenhausaufenthalts berechnet (Berechnungstag); der Entlassungs- oder Verlegungstag, der nicht zugleich Aufnahmetag ist, wird nur bei teilstationärer Behandlung berechnet. Satz 1 erster Halbsatz gilt entsprechend bei internen Verlegungen; wird ein Patient an einem Tag mehrfach intern verlegt, berechnet nur die zuletzt aufnehmende Abteilung den Pflegesatz.

(3) Krankenhäuser in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet berechnen für jeden Berechnungstag den Investitionszuschlag nach Artikel 14 Abs. 3 des Gesundheitsstrukturgesetzes bis zum 31. Dezember 2014. Absatz 2 Satz 1 gilt entsprechend.

(4) Für Krankenhausaufenthalte, die voraussichtlich länger als eine Woche dauern, kann das Krankenhaus angemessene Vorauszahlungen verlangen. Soweit Kostenübernahmeerklärungen von Sozialleistungsträgern, sonstigen öffentlich-rechtlichen Kostenträgern oder privaten Krankenversicherungen vorliegen, können Vorauszahlungen nur von diesen verlangt werden. Die Sätze 1 und 2 gelten nicht, soweit andere Regelungen über eine zeitnahe Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen in für das Krankenhaus verbindlichen Regelungen nach den §§ 112 bis 114 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder in der Pflegesatzvereinbarung getroffen werden.

(5) Das Krankenhaus hat dem selbstzahlenden Patienten oder seinem gesetzlichen Vertreter die für ihn voraussichtlich maßgebenden Pflegesätze so bald wie möglich schriftlich bekanntzugeben; gesetzlich versicherte Patienten können dies verlangen. Dabei ist mitzuteilen, welcher Teilbetrag für Unterkunft und Verpflegung in dem Basispflegesatz nach § 13 Abs. 3 enthalten ist. Stehen bei der Aufnahme eines selbstzahlenden Patienten die Pflegesätze nach § 13 noch nicht endgültig fest, ist hierauf hinzuweisen. Dabei ist mitzuteilen, dass der Unterschiedsbetrag zum neuen Pflegesatz auszugleichen ist, wenn dieser rückwirkend in Kraft tritt, oder dass der zu zahlende Pflegesatz sich erhöht, wenn der neue Pflegesatz während der stationären Behandlung des Patienten in Kraft tritt. Die voraussichtliche Pflegesatzsteigerung ist anzugeben.

(6) Hält das Krankenhaus seine Verpflichtung zur Qualitätssicherung nicht ein, sind von den Pflegesätzen nach § 10 Abschläge nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vorzunehmen.

Vierter Abschnitt
Pflegesatzverfahren

§§ 15 bis 21 (hier nicht abgedruckt)

Fünfter Abschnitt
Sonstige Vorschriften

§ 22 Gesondert berechenbare ärztliche und andere Leistungen

(1) Ab dem 1. Januar 2005 gilt für Belegeärzte § 18 des Krankenhausentgeltgesetzes. Die Vereinbarung und Berechnung von Wahlleistungen richtet sich ab dem 1. Januar 2005 nach den §§ 17 und 19 des Krankenhausentgeltgesetzes.

(2) Bis zum 31. Dezember 2004 sind die §§ 22 bis 24 in der am 31. Dezember 2003 geltenden Fassung weiter anzuwenden.

§§ 23 bis 26 (hier nicht abgedruckt)

Anlage 1 und 2 und Anhang 1–3 (hier nicht abgedruckt)