

Beilage im
Deutschen Ärzteblatt
Heft 26 vom 29.06.2001

Kassenärztliche Bundesvereinigung, K.d.ö.R., Köln

Neufassung

Kapitel O und Kapitel U

Mit den Änderungen durch Beschlussfassung des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 3 SGB V und den Änderungen aufgrund der vertraglichen Vereinbarungen zwischen den Spitzenverbänden der Primär- bzw. Ersatzkassen einerseits und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung andererseits.

Gültig ab 01.07.2001

KBV

Kassenärztliche Bundesvereinigung

Mitteilungen

Zur Beschlussfassung des Bewertungsausschusses und zu den vertraglichen Änderungen des Kapitels O und der Kostenpauschalen des Kapitels U

Der Bewertungsausschuss hat mit Wirkung ab 1.7.2001 den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) im Kapitel O (Labor) teilweise geändert. Hervorzuheben ist, dass der prozentuale Aufschlag in Höhe von 24 % auf die Kostensätze des Abschnitts O III, der bis zur Abrechnung einer bestimmten Gesamtmenge von Leistungen aus diesem Abschnitt gewährt wurde, ab dem 1.7.2001 entfällt.

Außerdem wird die Befristung der Kennziffern für Ausnahmeindikationen bei Fällen, in denen die erbrachten Laborleistungen nicht auf das Laborbudget angerechnet werden, gestrichen. Damit sind die Kennziffern 3480 bis 3499 weiter gültig und zwar unbefristet.

Um den Vertragsärzten die geänderte Fassung des Kapitels O besser verdeutlichen zu können, wird nachfolgend das komplette Kapitel O, in welches sowohl die EBM-Änderungen als auch die vertraglichen Änderungen der Kostensätze in DM bzw. EURO eingearbeitet sind, als Beilage in das Deutsche Ärzteblatt eingelegt.

Die Kostensätze des Kapitels O sind durch Fettdruck hervorgehoben. Das gilt somit auch für die bereits jetzt vorgenommene Ausweisung der Kosten in EURO, die nach der Währungsumstellung ab dem 1.1.2002 Anwendung findet.

Die Beschlussfassung des Bewertungsausschusses zu den EBM-Änderungen des Kapitels O finden Sie im Anschluss an den vollständigen Ausdruck des Laborkapitels. Hier können die Änderungen nachgelesen werden, die in der vorliegenden Fassung des Kapitels O aufgrund der Beschlussfassung des Bewertungsausschusses bereits eingearbeitet sind. Um die Handhabung des neugefassten Laborkapitels zu vereinfachen, wurden in dieser Beilage zum Deutschen Ärzteblatt die Beschlussänderungen eingearbeitet und es wird deswegen lediglich auf die anhängend im Wortlaut beigefügte Beschlussfassung des Bewertungsausschusses hingewiesen.

Da auch die Sachkostenpauschalen des Kapitel U zum 1. Januar 2001 auf EURO umgestellt werden, ist im Anschluss an das Laborkapitel auch die entsprechende Neufassung des Kapitels U "Pauschalerstattungen" beigefügt. Auch diese Änderungen werden durch die Vertragspartner auf Seiten der Krankenkassen einerseits und der Ärzteseite andererseits beschlossen.

O Laboratoriumsuntersuchungen

Hinweis der KBV:

Die Leistungen des Kapitels O sind gemäß den Allgemeinen Bestimmungen A I., Teil B, 5., von der Anrechnung auf die Praxisbudgets ausgenommen. Die arztgruppenbezogenen begrenzten Gesamtpunktzahlen für die Abschnitte O I/II. und O III. (Labor-Teilbudgets) gelten unabhängig von den Praxisbudgets.

Allgemeine Bestimmungen

1. Quantitative Laborleistungen sind nur dann berechnungsfähig, wenn ihre Durchführung nach Maßgabe der Richtlinien der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung in medizinischen Laboratorien in Verbindung mit § 4 der Eichordnung erfolgt. Näheres bestimmen die Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für Verfahren zur Qualitätssicherung gemäß § 135 Abs. 3 SGB V. Alle Maßnahmen zur Qualitätssicherung sind Bestandteil der einzelnen Untersuchungen.
2. Werden Untersuchungsergebnisse im Rahmen eines programmierten Profils oder einer nicht änderbaren Parameterkombination gewonnen, so können nur die Parameter berechnet werden, die indiziert sind.
3. Auch wenn zur Erbringung einer Laborleistung aus demselben menschlichen Körpermaterial mehrfache Untersuchungen, Messungen oder Probenansätze erforderlich sind, kann die entsprechende Leistung nur einmal berechnet werden. Werden aus mehr als einem Körpermaterial dieselben Leistungen erbracht, sind die Leistungen entsprechend mehrfach berechnungsfähig.

Die Bestimmung einer Bezugsgröße für die Konzentration eines anderen abrechnungsfähigen Parameters (z. B. Kreatinin für die Harnkonzentration) ist Bestandteil dieser Leistung und nicht gesondert berechnungsfähig.

4. Werden alle Bestandteile eines Leistungskomplexes bestimmt, so kann nur die für den Leistungskomplex angegebene Nummer abgerechnet werden. Die Summe der Kostenbeträge für einzeln abgerechnete Leistungen, die Bestandteil eines Komplexes sind, darf den für die Komplexleistung festgelegten Kostenbetrag nicht überschreiten.
5. „Ähnliche Untersuchungen“ können nur dann abgerechnet werden, wenn dies die entsprechende Leistungsbeschreibung vorsieht und für den betreffenden Parameter (Meßgröße) keine eigenständige Leistungsposition vorhanden ist. Die Art der Untersuchung ist anzugeben.
6. Die rechnerische Ermittlung von Ergebnissen aus anderen Meßwerten ist nicht berechnungsfähig.
7. Die im Kapitel O enthaltenen Höchstwerte für die entsprechenden Kataloge oder Einzelleistungen umfassen alle Untersuchungen aus demselben Körpermaterial, auch wenn dieses an einem oder an zwei aufeinanderfolgenden Tagen entnommen und an mehreren Tagen untersucht wurde. Das gilt sinngemäß auch, wenn die Nebeneinanderberechnung von Leistungen aus demselben Untersuchungsmaterial durch Begrenzungsregelungen eingeschränkt ist.
8. Vorbereitende Maßnahmen (Aufbereitungen, Vorbehandlungen) am Untersuchungsmaterial oder an Proben davon, z. B. Serumgewinnung, Antikoagulation, Extraktion, Anreicherung, sind Bestandteil der jeweiligen Leistung, soweit nichts anderes bestimmt ist.
9. Die Kosten für die Beschaffung und ggf. die Aufbereitung von Reagenzien, Substanzen und Materialien für in-vitro- und in-vivo-Untersuchungen, die mit ihrer Anwendung verbraucht sind, sowie die Kosten dieser Substanzen selbst sind in den Leistungsansätzen enthalten, soweit nichts anderes bestimmt ist.
10. Die Kosten für zu applizierende Substanzen bei Funktionsprüfungen sind in den abrechnungsfähigen Leistungen nicht enthalten.
11. Die Kosten für eine sachgemäße Beseitigung bzw. Entsorgung aller Materialien sind in den Leistungsansätzen enthalten.

BMÄ und E-GO

12. *Bei Aufträgen zur Durchführung von Laboratoriumsuntersuchungen hat der überweisende Vertragsarzt grundsätzlich Diagnose, Verdachtsdiagnose oder Befunde mitzuteilen und Art und Umfang der Leistungen durch Angabe der Gebührennummer bzw. der Leistungslegende zu definieren (Definitionsauftrag) oder durch Angabe des konkreten Untersuchungsziels einzugrenzen (Indikationsauftrag). Der ausführende Vertragsarzt darf nur diese Leistungen berechnen. Eine Erweiterung des Auftrages bedarf der Zustimmung des Vertragsarztes, der den Auftrag erteilt hat.*

3450	Laborgrundgebühr, je kurativ-ambulanten Behandlungsfall mit Ausnahme von Überweisungsfällen mit Auftragsleistungen	
	Allgemeinärzte, Praktische Ärzte, Hausärztliche Internisten	15
	Frauenärzte	15
	Hautärzte	5
	Kinderärzte	10
	Nuklearmediziner	20
	Strahlentherapeuten	10
	Urologen	30
	fachärztliche Internisten ohne Schwerpunkt (Teilgebiet)	20
	fachärztliche Internisten mit Schwerpunkt (Teilgebiet)	
	Angiologie	10
	Endokrinologie	40
	Gastroenterologie	15
	Hämatologie und Onkologie	110
	Kardiologie	10
	Nephrologie	75
	Pneumologie	10
	Rheumatologie	60

Mit der Laborgrundgebühr nach Nr. 3450 sind für die aufgeführten Arztgruppen die ärztlichen Leistungen des Kapitels O mit Ausnahme der Kosten für die laboratoriumsmedizinischen Analysen abgegolten. Diese Kosten sind nach den vertraglich vereinbarten Kostenbeträgen neben der Laborgrundgebühr oder für sich allein berechnungsfähig.

BMÄ und E-GO

Bei Gemeinschaftspraxen wird die Höhe der Laborgrundgebühr als arithmetischer Mittelwert der Laborgrundgebühren der beteiligten und in Nr. 3450 aufgeführten Ärzte errechnet.

Für einen Arzt, der seine vertragsärztliche Tätigkeit unter mehreren Gebiets- oder Schwerpunktbezeichnungen ausübt, wird die Höhe der Laborgrundgebühr als arithmetischer Mittelwert der Laborgrundgebühren der entsprechenden in Nr. 3450 aufgeführten Ärzte errechnet.

3452	Wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen des Kapitels O, je kurativ-ambulanten Behandlungsfall mit Ausnahme von Überweisungsfällen mit Auftragsleistungen	
	Allgemeinärzte, Praktische Ärzte, Hausärztliche Internisten	40
	Anästhesisten	15
	Chirurgen	10
	Frauenärzte	30
	Hautärzte	5
	HNO-Ärzte	5
	Kinderärzte	15
	Nervenärzte, Neurologen, Ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	5
	Notfallärzte	5
	Orthopäden, Ärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin	5
	Nuklearmediziner	45
	Radiologen	5
	Strahlentherapeuten	20
	Urologen	70
	fachärztliche Internisten ohne Schwerpunkt (Teilgebiet)	50
	fachärztliche Internisten mit Schwerpunkt (Teilgebiet)	
	Angiologie	25
	Endokrinologie	80
	Gastroenterologie	35
	Hämatologie und Onkologie	240
	Kardiologie	20
	Nephrologie	165
	Pneumologie	20
	Rheumatologie	130

Ermächtigte Ärzte, Krankenhäuser oder Institute sind entsprechend ihrer Zugehörigkeit zu den aufgeführten Arztgruppen zu berücksichtigen.

Ausgenommen von der – für die Nrn. 3450 und/oder 3452 relevanten – Zählung der kurativ-ambulanten Behandlungsfälle sind Überweisungsfälle zur Befundung von dokumentierten Untersuchungsergebnissen und Fälle, in denen ausschließlich Kostenerstattungen des Kapitels U – mit Ausnahme der Pauschalerstattungen nach Nrn. 7180, 7181 und 7215 – abgerechnet werden.

BMÄ und E-GO

Bei Gemeinschaftspraxen wird die Höhe der Leistungsbewertung der Nr. 3452 als arithmetischer Mittelwert der Leistungsbewertungen für die beteiligten und in Nr. 3452 aufgeführten Ärzte errechnet.

Für einen Arzt, der seine vertragsärztliche Tätigkeit unter mehreren Gebiets- oder Schwerpunktbezeichnungen ausübt, wird die Höhe der Leistungsbewertung der Nr. 3452 als arithmetischer Mittelwert der Leistungsbewertungen für die entsprechenden in Nr. 3452 aufgeführten Ärzte errechnet.

- 3454 Grundpauschale für Ärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin und ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin bei Probeneinsendung, je kurativ-ambulanten Behandlungsfall mit Auftragsleistung(en) des Kapitels O
für bis zu 6000 Behandlungsfälle mit Auftragsleistungen des Kapitels O 65
für den 6001. bis 12000. Behandlungsfall mit Auftragsleistungen des Kapitels O 10
für jeden weiteren Behandlungsfall mit Auftragsleistungen des Kapitels O 2
- 3456 Grundpauschale für Ärzte aus nicht in Nr. 3454 aufgeführten Arztgruppen bei Probeneinsendung, je kurativ-ambulanten Behandlungsfall mit Auftragsleistung(en) des Kapitels O
für bis zu 12000 Behandlungsfälle mit Auftragsleistungen des Kapitels O 15
für jeden weiteren Behandlungsfall mit Auftragsleistungen des Kapitels O 3

Bei Gemeinschaftspraxen ist die fallzahlbezogene Abstufung der Grundpauschalen nach den Nrn. 3454 und 3456 je beteiligten Arzt anzuwenden.

Bei Gemeinschaftspraxen zwischen den in den Nrn. 3454 und 3456 genannten Arztgruppen ist für die Höhe der Leistungsbewertung und Abstufung die Regelung nach Nr. 3454 anzuwenden.

Die Leistungen nach den Nrn. 3450, 3454 und 3456 sind im Behandlungsfall nicht nebeneinander berechnungsfähig.

O I/II. Allgemeine Laboratoriumsuntersuchungen

Für die Kosten eigenerbrachter, von Laborgemeinschaften bezogener oder als Auftragsleistung überwiesener kurativ-ambulanter Laboratoriumsuntersuchungen nach dem vertraglichen Anhang zu Abschnitt O I/II. wird je Arztpraxis (Abrechnungsnummer) und Abrechnungsquartal eine begrenzte Gesamtpunktzahl gebildet, deren Höhe sich aus dem Produkt aus arztgruppenbezogener Fallpunktzahl und der Zahl kurativ-ambulanter Fälle der Arztpraxis ergibt. In die Berechnung der begrenzten Gesamtpunktzahl gehen nicht ein alle Überweisungsfälle zur ausschließlichen Erbringung von Leistungen der Kapitel O und P, kurativ-ambulante Behandlungsfälle zur Befundung von dokumentierten Untersuchungsergebnissen und Fälle, in denen ausschließlich Kostenerstattungen des Kapitels U – mit Ausnahme der Pauschalerstattungen nach Nrn. 7180, 7181 und 7215 – abgerechnet werden.

Dieser Gesamtpunktzahl steht ein Punktzahlvolumen gegenüber, das sich aus der Umrechnung der €-Beträge (gültig ab 01.01.2002) [DM-Beträge (gültig bis 31.12.2001)] der eigenerbrachten, bezogenen oder überwiesenen kurativ-ambulant Laboratoriumsuntersuchungen des vertraglichen Anhangs zu Abschnitt O I/II. ergibt. In dieses Punktzahlvolumen werden von der Arztpraxis durchgeführte Auftragsleistungen nicht einbezogen.

Die Umrechnung in Punkte erfolgt durch Multiplikation mit dem Faktor 26,6 (gültig ab 01.01.2002) [13,9 (gültig bis 31.12.2001)], wobei auf ganze Zahlen auf- oder abgerundet wird.

Überschreitet die Summe dieser Punkte die begrenzte Gesamtpunktzahl der Arztpraxis, werden die überschreitenden Punkte von dem dieser Praxis zustehenden Punktzahlvolumen, das sich aus Nr. 3452 ergibt, abgezogen.

Bei der Berechnung der begrenzten Gesamtpunktzahl bleibt die Zahl der Behandlungsfälle mit den nachfolgend aufgeführten Krankheitsfällen und bei der Berechnung des Punktzahlvolumens nach Satz 3 bleiben die Leistungen nach dem vertraglichen Anhang zu Abschnitt O I/II. unberücksichtigt, die in diesen Behandlungsfällen erbracht werden. Die entsprechenden Behandlungsausweise sind vom abrechnenden Arzt und im Falle einer Überweisung auch von dem veranlassenden Arzt mit den in den Klammern angegebenen Kennziffern zu versehen.

- Antivirale Therapie der chronischen Hepatitis B oder C mit Interferon und/oder Nukleosidanaloga (3480)
- Erkrankungen oder Verdacht auf Erkrankungen, bei denen eine gesetzliche Meldepflicht besteht, sofern in diesen Krankheitsfällen mikrobiologische, virologische oder infektionsimmunologische Untersuchungen durchgeführt werden, oder Krankheitsfälle mit meldepflichtigem Nachweis eines Krankheitserregers (3481)
 - Vorsorgeuntersuchungen gemäß den Mutterschafts-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen, soweit die Leistungen nach Kapitel O (Laboratoriumsuntersuchungen) abzurechnen sind, oder prä- bzw. perinatale Infektionen (3482)
 - Anfallsleiden unter antiepileptischer Therapie oder Psychosen unter Clozapintherapie (3483)
 - Allergische Erkrankungen bei Kindern bis zum vollendeten 6. Lebensjahr (3484)
 - Therapiepflichtige hämolytische Anämie, Diagnostik und Therapie der hereditären Thrombophilie, des Antiphospholipidsyndroms oder der Hämophilie (3487)
- Tumorerkrankung unter parenteraler tumorspezifischer Behandlung oder progrediente Malignome unter Palliativbehandlung (3488)
 - Diagnostik und Therapie von Fertilitätsstörungen, soweit die Laborleistungen nicht Bestandteil der Leistungen nach den Nrn. 1182 bis 1192 sind (3489)
 - Laboratoriumsdiagnostik vor Beginn der Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger gemäß den Leitlinien der Bundesärztekammer oder substituionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger gemäß den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen (3490)
 - Orale Antikoagulantientherapie (3491)
 - Präoperative Labordiagnostik vor ambulanten oder belegärztlichen Eingriffen in Narkose oder in rückenmarksnaher Regionalanästhesie (3492)
 - Manifeste angeborene Stoffwechsel- und/oder endokrinologische Erkrankung(en) bei Kindern und Jugendlichen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr oder Mukoviszidose (3493)
 - Chronische Niereninsuffizienz mit einer endogenen Kreatinin-Clearance < 25 ml/min (3494)
 - Erkrankungen unter systemischer Zytostatika-Therapie und/oder Strahlentherapie (3495)
 - HLA-Diagnostik vor und/oder Nachsorge unter immunsuppressiver Therapie nach allogener Transplantation eines Organs oder hämatopoetischer Stammzellen (3496)
 - Therapiebedürftige HIV-Infektionen (3497)
 - Manifeste Diabetes mellitus (3498)
 - Rheumatoide Arthritis (PCP) einschl. Sonderformen und Kollagenosen unter immunsuppressiver oder immunmodulierender Langzeit-Basistherapie (3499)

Arztgruppenbezogene Fallpunktzahlen für die Kosten der Leistungen des Abschnitts O I/II.

	Versichertengruppe	
	Allgemein- versicherte	Rentner
Allgemeinärzte, Praktische Ärzte, Hausärztliche Internisten	25	40
Anästhesisten	15	15
Frauenärzte	15	15
Hautärzte	10	10
Kinderärzte	15	15
Nuklearmediziner	25	20
Strahlentherapeuten	35	30
Urologen	35	45
fachärztliche Internisten ohne Schwerpunkt (Teilgebiet)	25	40
fachärztliche Internisten mit Schwerpunkt (Teilgebiet)		
Angiologie	25	40
Endokrinologie	40	55
Gastroenterologie	15	20
Hämatologie und Onkologie	140	165
Kardiologie	10	10
Nephrologie	95	130
Pneumologie	25	30
Rheumatologie	60	80
Nicht aufgeführte Arztgruppen	5	10

Ermächtigte Ärzte, Krankenhäuser oder Institute sind entsprechend ihrer Zugehörigkeit zu den aufgeführten Arztgruppen zu berücksichtigen.

BMÄ und E-GO

Die arztgruppenbezogene Fallpunktzahl einer Gemeinschaftspraxis wird je Allgemeinversicherten und je Rentner als arithmetischer Mittelwert der Fallpunktzahlen der beteiligten Ärzte errechnet.

Für einen Arzt, der seine vertragsärztliche Tätigkeit unter mehreren Gebiets- oder Schwerpunktbezeichnungen ausübt, wird die arztgruppenbezogene Fallpunktzahl je Allgemeinversicherten und je Rentner als arithmetischer Mittelwert der entsprechenden Fallpunktzahlen errechnet.

In einer fachübergreifenden Gemeinschaftspraxis mit Kinderärzten wird bei der Berechnung der arztgruppenbezogenen Fallpunktzahl für Rentner der arithmetische Mittelwert ohne Berücksichtigung der Kinderärzte gebildet.

Kosten in € (gültig ab 01.01.2002)	Kosten in DM (gültig bis 31.12.2001)
---	---

BMÄ und E-GO**Anhang zu Abschnitt O I/II.****Kostenliste für allgemeine Laboratoriumsuntersuchungen****1. Basisuntersuchungen**

Der Nachweis von Eiweiß und/oder Glukose im Harn (ggf. einschl. Kontrolle auf Ascorbinsäure) sowie die Bestimmung des spezifischen Gewichts und/oder des pH-Wertes im Harn sind nicht berechnungsfähig.

3500 Orientierende Untersuchung mit visueller Auswertung mittels vorgefertigter Reagenzträger oder Reagenzzubereitungen, auch bei apparativer Auswertung und/oder Verwendung von Mehrfachreagenzträgern	0,50 €	0,95 DM
---	---------------	----------------

Können mehrere Bestandteile eines Körpermaterials sowohl durch Verwendung eines Mehrfachreagenzträgers als auch durch Verwendung mehrerer Einfachreagenzträger erfasst werden, so ist in jedem Fall nur einmal die Nr. 3500 berechnungsfähig.

Bei mehrfacher Berechnung der Leistung nach Nr. 3500 ist die Art der Untersuchungen anzugeben.

3501 Mikroskopische Untersuchung des Harns auf morphologische Bestandteile	0,25 €	0,50 DM
--	---------------	----------------

3503 Bestimmung des pH-Wertes durch apparative Messung (außer im Harn) .	0,25 €	0,45 DM
--	---------------	----------------

Quantitative Bestimmung mit physikalischer oder chemischer Messung oder Zellzählung, je Untersuchung	0,25 €	0,50 DM
--	---------------	----------------

Katalog

3510 Erythrozytenzählung
3511 Leukozytenzählung
3512 Thrombozytenzählung
3513 Hämoglobin
3514 Hämatokrit

Werden in Akut- bzw. Notfällen Leistungen nach den Nrn. 3510 bis 3514 als Einzelbestimmungen im Eigenlabor erbracht, sind diese Leistungen nach den Nrn. 3510 bis 3514 einzeln berechnungsfähig.

3520 Untersuchung auf Blut im Stuhl in drei Proben	1,45 €	2,85 DM
--	---------------	----------------

3522 Qualitativer immunologischer Nachweis von Albumin im Stuhl	1,65 €	3,20 DM
---	---------------	----------------

3550 Bestimmung der Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit	0,25 €	0,50 DM
---	---------------	----------------

2. Mikroskopische Untersuchungen

3602 Mikroskopische Untersuchung eines Körpermaterials als Nativpräparat, z. B. Kalilauge-Präparat auf Pilze, Untersuchung auf Trichomonaden, und/oder nach einfacher Färbung, z. B. mit Methylenblau, Fuchsin, Laktophenolblau, Lugolscher Lösung, auch mit Phasenkontrastdarstellung und/oder Dunkelfeld	0,25 €	0,50 DM
--	---------------	----------------

Neben der Leistung nach Nr. 3602 ist die Leistung nach Nr. 169 nicht berechnungsfähig.

Mikroskopische Untersuchung eines Körpermaterials nach differenzierender Färbung, ggf. einschl. Zellzählung, je Untersuchung	0,40 €	0,80 DM
--	---------------	----------------

Katalog

3610 Fetal-Hämoglobin in Erythrozyten

	Kosten in € (gültig ab 01.01.2002)	Kosten in DM (gültig bis 31.12.2001)
3611		
3612		
3613		
3615		
	0,40 €	0,80 DM
3620		
	0,40 €	0,80 DM
<i>Die Leistung nach Nr. 3620 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 3842 und 3843 berechnungsfähig.</i>		
3623		
	0,25 €	0,50 DM
 3. Physikalische oder chemische Untersuchungen		
3659		
	2,05 €	4,00 DM
<i>Quantitative Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten, auch mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien, je Untersuchung</i>		
<i>Katalog</i>		
3660	0,25 €	0,45 DM
3661	0,25 €	0,45 DM
3662	0,25 €	0,45 DM
3663	0,40 €	0,75 DM
3664	0,25 €	0,45 DM
3665	0,25 €	0,45 DM
3666	0,25 €	0,45 DM
3667	0,25 €	0,45 DM
3668	0,25 €	0,45 DM
3669	0,25 €	0,45 DM
3670	0,25 €	0,45 DM
3671	0,40 €	0,75 DM
3680	0,25 €	0,45 DM
3681	0,25 €	0,45 DM
3682	0,25 €	0,45 DM
3683	0,25 €	0,45 DM
3685	0,40 €	0,75 DM
3686	0,40 €	0,75 DM
3687	0,25 €	0,45 DM
3688	0,25 €	0,45 DM
3689	0,40 €	0,75 DM

	Kosten in € (gültig ab 01.01.2002)	Kosten in DM (gültig bis 31.12.2001)
3690 HBDH	0,40 €	0,75 DM
3691 Cholinesterase	0,40 €	0,75 DM
3692 Saure Phosphatase	0,25 €	0,45 DM
3693 Prostataphosphatase	0,25 €	0,45 DM
3694 Kalium	0,25 €	0,45 DM
3695 Calcium	0,25 €	0,45 DM
3696 Natrium	0,25 €	0,45 DM
3697 Chlorid	0,25 €	0,45 DM
3698 Eisen	0,25 €	0,45 DM
3700 Phosphor anorganisch	0,40 €	0,75 DM
3701 Lithium	0,60 €	1,10 DM
3705 Glykierte Blut- und/oder Gewebepoteine, z. B. Fructosamin	0,25 €	0,45 DM
3707 Zuschlag für die Leistungen nach den Nrn. 3661, 3668, 3669 oder 3670 oder 3671, 3681, 3682, 3685 oder 3686, 3687, 3694, 3695 und 3696 bei Erbringung mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien im Labor innerhalb der eigenen Praxis als Einzelbestimmung(en), je Leistung	0,80 €	1,50 DM
<i>Der Zuschlag nach Nr. 3707 ist nicht berechnungsfähig bei Bezug der Analyse aus Laborgemeinschaften oder bei Erbringung mit Analysensystemen, die für Serien mit hoher Probenzahl bestimmt sind, z.B. Systeme mit mechanisierter Probenverteilung und/oder pro- grammierten Analysen mehrerer Meßgrößen in einem Untersuchungsablauf.</i>		
<i>Quantitative Bestimmung</i>		
<i>Katalog</i>		
3720 CK-MB	1,15 €	2,25 DM
3721 Chymotrypsin	1,15 €	2,25 DM
3722 Glykierte Hämoglobine (z. B. HbA1 und/oder HbA1c)	4,00 €	7,85 DM
Quantitative Bestimmung mittels Immunoassay, je Untersuchung	3,00 €	5,85 DM
<i>Katalog</i>		
3730 Gesamt-Trijodthyronin (T 3)		
3731 Gesamt-Thyroxin (T 4)		
3732 Indirekte Schilddrüsenhormon-Bindungstests, z. B. thyroxinbindendes Globulin (TBG), T3-uptake, oder Thyroxinbindungskapazität		
3733 Thyrotropin (TSH)		
Höchstwert für die Untersuchungen nach den Nrn. 3730 bis 3733	4,50 €	8,75 DM
<i>Neben der T3-Bestimmung nach Nr. 3730 ist die Bestimmung des fT3 nach Nr. 4152 und neben der T4-Bestimmung nach Nr. 3731 ist die fT4-Bestimmung nach Nr. 4151 nicht berechnungsfähig.</i>		
<i>Neben der Leistung nach Nr. 3732 sind die Leistungen nach den Nrn. 4151 und 4152 nicht berechnungsfähig.</i>		
Quantitative immunochemische Bestimmung im Serum, je Untersuchung	0,60 €	1,20 DM
<i>Katalog</i>		
3740 Immunglobulin A (Gesamt-IgA)		

	Kosten in € (gültig ab 01.01.2002)	Kosten in DM (gültig bis 31.12.2001)
3741 Immunglobulin G (Gesamt-IgG)		
3742 Immunglobulin M (Gesamt-IgM)		
3743 Transferrin		
3800 Elektrophoretische Trennung von Proteinen oder Lipoproteinen im Serum mit quantitativer Auswertung der Fraktionen und graphischer Darstellung	0,75 €	1,50 DM
 4. Gerinnungsuntersuchungen		
<i>Untersuchungen zur Abklärung einer plasmatischen Gerinnungsstörung oder zur Verlaufskontrolle bei Antikoagulantientherapie, je Untersuchung</i>		
<i>Katalog</i>		
3820 Blutungszeit (standardisiert)	0,75 €	1,50 DM
3821 Rekalzifizierungszeit	0,75 €	1,50 DM
3822 Partielle Thromboplastinzeit (PTT)	0,60 €	1,10 DM
3823 Thromboplastinzeit (TPZ) aus Plasma	0,60 €	1,10 DM
3824 Thromboplastinzeit (TPZ) aus Kapillarblut	0,75 €	1,50 DM
3825 Thrombingerinnungszeit (TZ)	0,75 €	1,50 DM
3826 Fibrinogenbestimmung	0,75 €	1,50 DM
3827 Qualitativer Nachweis von Fibrinmonomeren, Fibrin- und/oder Fibrinogen-Spaltprodukten, z. B. D-Dimere	4,60 €	9,00 DM
Höchstwert für die Untersuchungen nach den Nrn. 3820 bis 3826	1,55 €	3,00 DM
 5. Funktions- und Komplexuntersuchungen		
3841 Bestimmung von mindestens zwei der folgenden Parameter: Erythrozytenzahl, Leukozytenzahl (ggf. einschl. orientierender Differenzierung), Thrombozytenzahl, Hämoglobin, Hämatokrit, mechanisierte Retikulozytenzählung, insgesamt	0,50 €	1,00 DM
<i>Neben der Leistung nach Nr. 3841 sind die Leistungen nach den Nrn. 3510, 3511, 3512, 3513, 3514 und 3611 nicht berechnungsfähig.</i>		
3842 Mechanisierte Zählung der Neutrophilen, Eosinophilen, Basophilen, Lymphozyten und Monozyten, insgesamt	0,60 €	1,10 DM
3843 Vollständiger Blutstatus mittels automatisierter Verfahren (Hämoglobin, Hämatokrit, Erythrozyten-, Leukozyten- und Thrombozytenzählung, mechanisierte Zählung der Neutrophilen, Eosinophilen, Basophilen, Lymphozyten und Monozyten, ggf. einschl. mechanisierter Zählung der Retikulozyten und Bestimmung weiterer hämatologischer Kenngrößen), insgesamt	1,10 €	2,10 DM
<i>Neben der Leistung nach Nr. 3843 sind die Leistungen nach den Nrn. 3510, 3511, 3512, 3513, 3514, 3611, 3620, 3841 und 3842 nicht berechnungsfähig.</i>		
3844 Zuschlag zu den Nrn. 3842 oder 3843 bei nachfolgender mikroskopischer Differenzierung und Beurteilung aller korpuskulären Bestandteile des gefärbten Blutausstriches	0,40 €	0,80 DM
3846 Bestimmung der endogenen Kreatininclearance	0,80 €	1,50 DM

	Kosten in € (gültig ab 01.01.2002)	Kosten in DM (gültig bis 31.12.2001)
3848 Bestimmung von mindestens sechs der folgenden Parameter: Erythrozyten, Leukozyten, Thrombozyten, Hämoglobin, Hämatokrit, Kalium, Glukose im Blut, Kreatinin, Gamma-GT vor Eingriffen in Narkose oder in rückenmarksnaher Regionalanästhesie (spinal, peridural)	1,45 €	2,80 DM
Neben der Leistung nach Nr. 3848 sind die Leistungen nach den Nrn. 13, 3510 bis 3514, 3661, 3670, 3671, 3683, 3694, 3841 und 3843 nicht berechnungsfähig.		

6. Serologische Untersuchungen

Immunologischer oder gleichwertiger chemischer Nachweis, ggf. einschl. mehrerer Probenverdünnungen, je Untersuchung

Katalog

3850 C-reaktives Protein	1,15 €	2,20 DM
3851 Rheumafaktor	0,80 €	1,50 DM
3852 Streptolysin O-Antikörper (Antistreptolysin)	1,15 €	2,20 DM
3853 Gesamt-IgM beim Neugeborenen	2,15 €	4,20 DM
3854 Schwangerschaftsnachweis	1,30 €	2,50 DM
3855 Mononucleose	2,05 €	4,00 DM
3857 Myoglobin	3,00 €	5,90 DM
3858 Mikroalbuminurie-Nachweis	1,55 €	3,00 DM
3859 Alpha-1-Mikroglobulinurie-Nachweis	1,85 €	3,60 DM
Drogensuchtest unter Verwendung eines vorgefertigten Reagenzträgers, je Substanz und/oder Substanzgruppe	3,05 €	6,00 DM

Katalog

3860 Amphetamin/Metamphetamin
3861 Barbiturate
3862 Benzodiazepine
3864 Cannabinoide (THC)
3865 Kokain
3866 Methadon
3867 Opiate (Morphin)
3868 Phencyclidin (PCP)

Höchstwert im Behandlungsfall für die Untersuchungen nach den Nrn. 3860 bis 3868 im ersten und zweiten Quartal der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger gemäß den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen

	122,00 €	240,00 DM
--	-----------------	------------------

Höchstwert im Behandlungsfall für die Untersuchungen nach den Nrn. 3860 bis 3868 ab dem dritten Quartal oder außerhalb der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger gemäß den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen

	61,00 €	120,00 DM
--	----------------	------------------

3870 Bestimmung von allergenspezifischem(n) Immunglobulin(en) mit mindestens 9 deklarierten Allergenen auf einem Träger und Differenzierung nach Einzelallergenen, ggf. einschl. Bestimmung des Gesamt-IgE, insgesamt	17,90 €	35,00 DM
---	----------------	-----------------

Die Leistung nach Nr. 3870 ist im Behandlungsfall bis zu zweimal berechnungsfähig.

Kosten in € (gültig ab 01.01.2002)	Kosten in DM (gültig bis 31.12.2001)
---	---

Neben der Leistung nach Nr. 3870 sind die Leistungen nach den Nrn. 4310 bis 4320 nicht berechnungsfähig.

Die Erbringung und/oder die Auftragserteilung zur Durchführung der Leistung nach Nr. 3870 setzt grundsätzlich das Vorliegen der Ergebnisse von vorangegangenen Haut- und/oder Provokationstests voraus, ausgenommen bei Kindern bis zum vollendeten 6. Lebensjahr.

3874 Immunologischer Nachweis von Troponin I und/oder Troponin T auf einem vorgefertigten Reagenzträger bei akutem koronarem Syndrom (ACS), ggf. einschl. apparativer quantitativer Auswertung	11,25 €	22,00 DM
--	----------------	-----------------

Die Untersuchung nach Nr. 3874 sollte bei Verdacht einer Myokardschädigung nur dann durchgeführt werden, wenn der Beginn der klinischen Symptomatik länger als drei Stunden zurückliegt und die Entscheidung über das Vorgehen bei dem Patienten aufgrund der typischen Symptomatik und eines typischen EKG-Befundes nicht getroffen werden kann.

Neben der Leistung nach Nr. 3874 sind die Leistungen nach den Nrn. 3687, 3720, 3857 und 4345 nicht berechnungsfähig.

7. Mikrobiologische Untersuchungen

3884 Kulturelle bakteriologische und/oder mykologische Untersuchung unter Verwendung eines Standardnährbodens und/oder eines Trägers mit einem oder mehreren vorgefertigten Nährböden (z. B. Eintauchnährböden), ggf. einschl. nachfolgender Keimzahlschätzung, Nachweis antimikrobieller Wirkstoffe mittels Hemmstofftest, mikroskopischer Prüfung(en) und einfacher Differenzierung (z. B. Chlamydosporen-Nachweis)	1,15 €	2,25 DM
3888 Orientierender Schnelltest auf A-Streptokokken-Gruppenantigenen aus dem Rachen eines Kindes	2,55 €	5,00 DM
3890 Nachweis von Chlamydia trachomatis-Antigen(en) aus der Zervix auf einem vorgefertigten Testträger	3,85 €	7,50 DM

O III. Spezielle Laboratoriumsuntersuchungen

Für die Kosten eigenerbrachter oder als Auftragsleistung überwiesener kurativ-ambulanter Laboratoriumsuntersuchungen nach dem vertraglichen Anhang zu Abschnitt O III. wird je Arztpraxis (Abrechnungsnummer) und Abrechnungsquartal eine begrenzte Gesamtpunktzahl gebildet, deren Höhe sich aus dem Produkt aus arztgruppenbezogener Fallpunktzahl und der Zahl kurativ-ambulanter Fälle der Arztpraxis ergibt. In die Berechnung der begrenzten Gesamtpunktzahl gehen nicht ein alle Überweisungsfälle zur ausschließlichen Erbringung von Leistungen der Kapitel O und P, kurativ-ambulante Behandlungsfälle zur Befundung von dokumentierten Untersuchungsergebnissen und Fälle, in denen ausschließlich Kostenerstattungen des Kapitels U – mit Ausnahme der Pauschalerstattungen nach Nrn. 7180, 7181 und 7215 – abgerechnet werden.

Dieser Gesamtpunktzahl steht ein Punktzahlvolumen gegenüber, das sich aus der Umrechnung der €-Beträge (gültig ab 01.01.2002) [DM-Beträge (gültig bis 31.12.2001)] der eigenerbrachten, bezogenen oder überwiesenen kurativ-ambulant Laboratoriumsuntersuchungen des vertraglichen Anhangs zu Abschnitt O III. ergibt. In dieses Punktzahlvolumen werden von der Arztpraxis durchgeführte Auftragsleistungen nicht einbezogen. Im Falle der Abstufung von Leistungen sind die DM-Beträge in voller, nicht gestaffelter Höhe umzurechnen.

Die Umrechnung in Punkte erfolgt durch Multiplikation mit dem Faktor 28,6 (gültig ab 01.01.2002) [14,6 (gültig bis 31.12.2001)], wobei auf ganze Zahlen auf- oder abgerundet wird.

Überschreitet die Summe dieser Punkte die begrenzte Gesamtpunktzahl der Arztpraxis, werden die überschreitenden Punkte von dem dieser Praxis zustehenden Punktzahlvolumen, das sich aus Nr. 3452 ergibt, abgezogen.

Bei der Berechnung der begrenzten Gesamtpunktzahl bleibt die Zahl der Behandlungsfälle mit den Krankheitsfällen, die im fünften Absatz der Präambel zum Abschnitt O I./II. aufgeführt sind, und bei der Berechnung des Punktzahlvolumens nach Satz 3 bleiben die Leistungen nach dem vertraglichen Anhang zu Abschnitt O III. unberücksichtigt, die in diesen Behandlungsfällen erbracht werden.

Arztgruppenbezogene Fallpunktzahlen für die Kosten der Leistungen des Abschnitts O III.

	Versichertengruppe	
	Allgemein- versicherte	Rentner
Allgemeinärzte, Praktische Ärzte, Hausärztliche Internisten	40	30
Frauenärzte	60	50
Hautärzte	30	30
Kinderärzte	45	45
Nervenärzte, Neurologen, Ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	15	15
Nuklearmediziner	210	160
Strahlentherapeuten	40	70
Urologen	70	75
fachärztliche Internisten ohne Schwerpunkt (Teilgebiet)	70	50
fachärztliche Internisten mit Schwerpunkt (Teilgebiet)		
Angiologie	70	50
Endokrinologie	850	810

Gastroenterologie	70	50
Hämatologie und Onkologie	200	220
Kardiologie	20	10
Nephrologie	250	300
Pneumologie	65	45
Rheumatologie	310	300
Nicht aufgeführte Arztgruppen	10	10

Ermächtigte Ärzte, Krankenhäuser oder Institute sind entsprechend ihrer Zugehörigkeit zu den aufgeführten Arztgruppen zu berücksichtigen.

BMÄ und E-GO

Die arztgruppenbezogene Fallpunktzahl einer Gemeinschaftspraxis wird je Allgemeinversicherten und je Rentner als arithmetischer Mittelwert der Fallpunktzahlen der beteiligten Ärzte errechnet.

In einer fachübergreifenden Gemeinschaftspraxis mit Kinderärzten wird bei der Berechnung der arztgruppenbezogenen Fallpunktzahl für Rentner der arithmetische Mittelwert ohne Berücksichtigung der Kinderärzte gebildet.

Für einen Arzt, der seine vertragsärztliche Tätigkeit unter mehreren Gebiets- oder Schwerpunktbezeichnungen ausübt, wird die arztgruppenbezogene Fallpunktzahl je Allgemeinversicherten und je Rentner als arithmetischer Mittelwert der entsprechenden Fallpunktzahlen errechnet.

Die Leistungen des vertraglichen Anhangs zu diesem Abschnitt unterliegen einer Staffelung je Arztpraxis (Abrechnungsnummer) in Abhängigkeit von der im Quartal erbrachten Anzahl an Leistungen nach dem vertraglichen Anhang zu Abschnitt O III. Rechnet die Arztpraxis mehr als 450.000 Leistungen nach dem vertraglichen Anhang zu Abschnitt O III. im Quartal ab, wird die Vergütung in € (gültig ab 01.01.2002) [DM (gültig bis 31.12.2001)] der darüber hinaus abgerechneten Kosten des vertraglichen Anhangs zu Abschnitt O III. um 20 % vermindert. Sofern ein Höchstwert zu berechnen ist, zählen die dem Höchstwert zugrunde liegenden Leistungen hinsichtlich der Abstufung insgesamt als eine Leistung.

Kosten in € (gültig ab 01.01.2002)	Kosten in DM (gültig bis 31.12.2001)
---	---

BMÄ und E-GO**Anhang zu Abschnitt O III.****Kostenliste für spezielle Laboratoriumsuntersuchungen****1. Mikroskopische Untersuchungen**

Mikroskopische Untersuchung von Blut- oder Knochenmarkzellen nach zytochemischer Färbung, je Untersuchung

Katalog

3901 Alkalische Leukozyten(Neutrophilen)phosphatase	10,20 €	20,00 DM
3902 Esterasereaktion	5,60 €	11,00 DM
3903 Peroxydasereaktion	5,60 €	11,00 DM
3904 PAS-Reaktion	5,60 €	11,00 DM
3906 Eisenfärbung	5,60 €	11,00 DM
3907 Saure Phosphatase	5,60 €	11,00 DM
3908 Terminale Desoxynukleotidyl-Transferase (TdT)	5,60 €	11,00 DM

Mikroskopische Differenzierung eines Materials als gefärbte(r) Ausstrich(e) oder als Tupfpräparat(e) eines Organpunktates, je Untersuchung

Katalog

3912 Knochenmark	9,20 €	18,00 DM
3913 Lymphknoten	9,20 €	18,00 DM
3914 Milz	9,20 €	18,00 DM
3915 Synovia	5,60 €	11,00 DM
3916 Morphologische Differenzierung des Liquorzellausstrichs	5,60 €	11,00 DM
3920 Mikroskopische Differenzierung eines Materials als gefärbte(r) Ausstrich(e) oder als Tupfpräparat(e) des Knochenmarks einschl. der Beurteilung des Eisenstatus auf Sideroblasten, Makrophageneisen und Therapieeisengranula	15,30 €	30,00 DM

Neben der Leistung nach Nr. 3920 ist die Leistung nach Nr. 3906 nicht berechnungsfähig.

3922 Vergleichende hämatologische Begutachtung von mikroskopisch differenzierten Ausstrichen des Knochenmarks und des Blutes, einschl. Dokumentation	15,30 €	30,00 DM
3925 Mikroskopische Differenzierung von Haaren einschl. deren Wurzeln (Trichogramm), ggf. einschl. Färbung, auch mehrere Präparate, einschl. Epilation	5,60 €	11,00 DM
3928 Mikroskopische Untersuchung eines Körpermaterials auf Treponemen im Dunkelfeld und/oder mit Phasenkontrast	5,60 €	11,00 DM
3929 Mikroskopische Untersuchung des Blutes auf Parasiten, z. B. Plasmodien, Mikrofilarien, im gefärbten Blutausstrich und/oder Dicken Tropfen	5,60 €	11,00 DM

Mikroskopische Untersuchung eines Körpermaterials auf Krankheitserreger nach differenzierender Färbung, je Untersuchung

Katalog

3931 Corynebakterienfärbung nach Neisser	5,60 €	11,00 DM
3932 Ziehl-Neelsen-Färbung auf Mykobakterien	5,60 €	11,00 DM

	Kosten in € (gültig ab 01.01.2002)	Kosten in DM (gültig bis 31.12.2001)
3933 Färbung mit Fluorochromen (z. B. Auramin) auf Mykobakterien	5,60 €	11,00 DM
3934 Giemsa-Färbung auf Protozoen	5,60 €	11,00 DM
3935 Karbolfuchsinfärbung auf Kryptosporidien	5,60 €	11,00 DM
3936 Tuschepräparat auf Kryptokokken	5,60 €	11,00 DM
3937 Färbung mit Fluorochromen (z. B. Acridinorange, Calcofluor weiß) auf Pilze	5,60 €	11,00 DM
3941 Ähnliche Untersuchungen unter Angabe der Erregerart und Art der Färbung	5,60 €	11,00 DM
Mikroskopische Untersuchung eines Körpermaterials auf Krankheitserreger nach differenzierender Färbung, je Untersuchung	7,70 €	15,00 DM
<i>Katalog</i>		
3945 Heidenhain-Färbung auf Protozoen		
3946 Trichrom-Färbung auf Protozoen		
3947 Silberfärbung auf Pneumozysten		
 2. Funktionsuntersuchungen		
3950 Physikalisch-morphologische Untersuchung des Spermas [Menge, Viskosität, pH-Wert, Nativpräparat(e), Differenzierung der Beweglichkeit, Bestimmung der Spermienzahl, Vitalitätsprüfung, morphologische Differenzierung nach Ausstrichfärbung (z. B. Papanicolaou)]	15,90 €	31,00 DM
Funktionsprüfung mit Belastung, einschl. der erforderlichen quantitativen Bestimmungen im Harn oder Blut, je Funktionsprüfung	6,10 €	12,00 DM
<i>Katalog</i>		
3954 Laktosetoleranz-Test		
3955 D-Xylose-Test		
3956 Pancreolauryl-Test		
3961 Ähnliche Untersuchungen (mit Ausnahme von Glukose-Toleranztests), unter Angabe der Art der Untersuchung		
Funktionsprüfung der Nieren durch Bestimmung der Clearance mit mindestens drei quantitativ-chemischen Blut- oder Harnanalysen, je Funktionsprüfung	11,20 €	22,00 DM
<i>Katalog</i>		
3964 Inulin-Clearance		
3965 Phosphat-Clearance		
3969 Ähnliche Untersuchungen, unter Angabe der Art der Untersuchung		
 3. Gerinnungsuntersuchungen		
3975 Thrombelastogramm	11,20 €	22,00 DM
Untersuchung der Gerinnungsfunktion durch Globaltests, ggf. einschl. mehrfacher Bestimmung der Gerinnungszeit, je Untersuchung		
<i>Katalog</i>		
3983 Batroxobin-(Reptilase-)zeit	11,20 €	22,00 DM
3984 Aktiviertes Protein C-Resistenz (APC-Resistenz, APC-Ratio)	12,80 €	25,00 DM
3985 Lupus Antikoagulans (Lupusinhibitoren)	12,80 €	25,00 DM
3988 Ähnliche Untersuchungen unter Angabe der Art der Untersuchung	12,80 €	25,00 DM
Quantitative Bestimmung von Einzelfaktoren des Gerinnungssystems, je Faktor		

	Kosten in € (gültig ab 01.01.2002)	Kosten in DM (gültig bis 31.12.2001)
<i>Katalog</i>		
3990 Antithrombin III	12,80 €	25,00 DM
3991 Plasminogen	12,80 €	25,00 DM
3992 Fibrinmonomere, Fibrin- und/oder Fibrinogenspaltprodukte, z. B. D-Dimere	12,80 €	25,00 DM
3998 Faktor II	12,80 €	25,00 DM
3999 Faktor V	20,50 €	40,00 DM
4000 Faktor VII	30,70 €	60,00 DM
4001 Faktor VIII	25,60 €	50,00 DM
4002 Faktor VIII-assoziiertes Protein	25,60 €	50,00 DM
4003 Faktor IX	25,60 €	50,00 DM
4004 Faktor X	23,50 €	46,00 DM
4005 Faktor XI	18,40 €	36,00 DM
4006 Faktor XII	18,40 €	36,00 DM
4007 Faktor XIII	23,00 €	45,00 DM
4008 Protein C	33,20 €	65,00 DM
4009 Protein S	29,10 €	57,00 DM
4010 Plättchenfaktor 4	33,20 €	65,00 DM
4011 C1-Esterase-Inhibitor (C1-INH)	28,10 €	55,00 DM
4017 Ähnliche Untersuchungen unter Angabe des Faktors	13,80 €	27,00 DM
4020 Untersuchungen der Thrombozytenfunktion mit mehreren Methoden, z. B. Thrombozytenausbreitung, -adhäsion, -aggregation, insgesamt	31,70 €	62,00 DM

4. Klinisch-chemische Untersuchungen

Quantitative chemische oder physikalische Bestimmung, je Untersuchung

Katalog

4025 Methämoglobin	8,70 €	17,00 DM
4026 Fruktose	9,70 €	19,00 DM
4027 Lactat	7,70 €	15,00 DM
4028 Ammoniak	7,20 €	14,00 DM
4029 Fluorid	9,20 €	18,00 DM
4030 Phenylalanin	9,20 €	18,00 DM
4031 Kreatin	28,10 €	55,00 DM
4033 Gesamteiweiß nach Fällung im Liquor oder Harn	7,70 €	15,00 DM
4034 Plasmaviskosität	4,10 €	8,00 DM
4035 Aldolase	20,50 €	40,00 DM
4036 Angiotensin-I-Converting Enzyme (ACE)	12,30 €	24,00 DM
4037 Leucin-Arylamidase (LAP)	13,80 €	27,00 DM
4038 Knochen-AP (Isoenzym der Alkalischen Phosphatase) nach Lektinfällung	12,30 €	24,00 DM

	Kosten in € (gültig ab 01.01.2002)	Kosten in DM (gültig bis 31.12.2001)
4039 Osmotische Erythrozyten-Resistenzbestimmung	9,70 €	19,00 DM
4040 Osmolalität (apparative Bestimmung)	9,70 €	19,00 DM
4041 Gallensäuren	11,20 €	22,00 DM
4048 Ähnliche Untersuchungen unter Angabe der Art der Untersuchung	11,80 €	23,00 DM
<i>Quantitative chemische oder physikalische Bestimmung, je Untersuchung</i>		
<i>Katalog</i>		
4051 Spektralphotometrische Bilirubin-Bestimmung im Fruchtwasser oder im Blut des Neugeborenen	12,30 €	24,00 DM
4052 Carboxyhämoglobin	18,40 €	36,00 DM
4053 Carnitin	21,50 €	42,00 DM
4054 Stuhlfett-Ausscheidung pro 24 Stunden	28,10 €	55,00 DM
4055 Fetales (HbF) oder freies Hämoglobin	17,90 €	35,00 DM
4056 Hydroxyprolin	17,90 €	35,00 DM
4057 Lezithin	15,30 €	30,00 DM
4058 Citronensäure/Citrat	15,30 €	30,00 DM
4059 Oxalsäure/Oxalat	15,90 €	31,00 DM
4060 Phosphohexose-Isomerase (PHI)	17,90 €	35,00 DM
4061 Glucose-6-Phosphat-Dehydrogenase (G6P-DH)	15,90 €	31,00 DM
4062 Pyruvatkinase	15,90 €	31,00 DM
4066 Ähnliche Untersuchungen unter Angabe der Art der Untersuchung	12,80 €	25,00 DM
<i>Quantitative physikalische Bestimmung von Elementen mittels Atomabsorption, je Untersuchung</i>		
<i>Katalog</i>		
4068 Calcium im Harn	8,20 €	16,00 DM
4069 Magnesium	8,20 €	16,00 DM
4070 Zink	8,20 €	16,00 DM
4071 Nickel	10,70 €	21,00 DM
4072 Arsen	10,70 €	21,00 DM
4075 Aluminium	8,20 €	16,00 DM
4076 Blei	9,20 €	18,00 DM
4077 Cadmium	6,60 €	13,00 DM
4078 Chrom	10,20 €	20,00 DM
4079 Eisen im Harn	12,80 €	25,00 DM
4080 Gold im Serum	10,70 €	21,00 DM
4081 Kobalt	10,70 €	21,00 DM
4082 Kupfer im Harn oder Gewebe	7,70 €	15,00 DM
4083 Mangan	8,20 €	16,00 DM
4084 Quecksilber	8,20 €	16,00 DM
4085 Selen	9,70 €	19,00 DM

	Kosten in € (gültig ab 01.01.2002)	Kosten in DM (gültig bis 31.12.2001)
4086 Thallium	10,70 €	21,00 DM
4087 Zinn	8,70 €	17,00 DM
4091 Spurenelemente unter Angabe der Art der Untersuchung	8,20 €	16,00 DM
Höchstwert für die Untersuchungen nach den Nrn. 4068 bis 4091	18,50 €	36,20 DM
<i>Qualitativer chromatographischer Nachweis einer oder mehrerer Substanz(en), je Untersuchungsgang</i>		
<i>Katalog</i>		
4101 Aminosäuren	17,90 €	35,00 DM
4102 Porphyrine	30,70 €	60,00 DM
4103 Drogen	18,90 €	37,00 DM
4104 Arzneimittel	18,90 €	37,00 DM
4108 Ähnliche Untersuchungen unter Angabe der Substanz(en) oder Substanzgruppe	18,90 €	37,00 DM
<i>Neben der Leistung nach Nr. 4103 sind die Leistungen nach den Nrn. 3860 bis 3868 nicht berechnungsfähig.</i>		
<i>Quantitative chromatographische Bestimmung(en) einer oder mehrerer Substanz(en), ggf. einschl. qualitativem chromatographischem Nachweis, je Untersuchungsgang</i>		
<i>Katalog</i>		
4111 Katecholamine und/oder Metabolite	26,60 €	52,00 DM
4112 Serotonin und/oder Metabolite	12,80 €	25,00 DM
4113 Porphyrine	15,30 €	30,00 DM
4114 Porphobilinogen	25,60 €	50,00 DM
4115 Delta-Amino-Lävulinsäure	25,60 €	50,00 DM
4116 Arzneimittel	18,90 €	37,00 DM
4117 Vitamine	27,10 €	53,00 DM
4118 Drogen	18,90 €	37,00 DM
4119 Pyridinolin und/oder Desoxypyridinolin	18,90 €	37,00 DM
4120 Homocystein	18,90 €	37,00 DM
4121 Phenylalanin	18,90 €	37,00 DM
4122 Aminosäuren	18,90 €	37,00 DM
4123 Exogene Gifte	31,70 €	62,00 DM
4127 Ähnliche Untersuchungen unter Angabe der Substanz(en) oder Substanzgruppe	20,50 €	40,00 DM
4129 Bestimmung von Substanzen mittels DC, GC und/oder HPLC und anschließender Massenspektrometrie und EDV-Auswertung, je Körper- material unter Angabe der Art der Untersuchung	63,40 €	124,00 DM
4130 Analytische Auswertung einer oder mehrerer Atemproben eines 13C-Harnstoff-Atemtests nach Nr. 742, ggf. einschl. Probenvorbereitung (z. B. chromatographisch), insgesamt	11,20 €	22,00 DM
4132 Vollständige chemische Analyse zur Differenzierung eines Steins	9,20 €	18,00 DM

	Kosten in € (gültig ab 01.01.2002)	Kosten in DM (gültig bis 31.12.2001)
4134 Analyse zur Differenzierung eines Steins in seinen verschiedenen Schichtungen mittels Infrarot-Spektrographie	18,90 €	37,00 DM
Neben der Leistung nach Nr. 4134 ist die Leistung nach Nr. 4132 nicht berechnungsfähig.		
<i>Quantitative Bestimmung der freien Schilddrüsenhormone, je Untersuchung</i>		
<i>Katalog</i>		
4151 Freies Thyroxin (fT4)	4,10 €	8,00 DM
4152 Freies Trijodthyronin (fT3)	4,10 €	8,00 DM
<i>Quantitative Bestimmung, je Untersuchung</i>		
<i>Katalog</i>		
4160 Digoxin	7,20 €	14,00 DM
4164 Carcinoembryonales Antigen (CEA)	4,90 €	9,50 DM
4166 Ferritin	4,90 €	9,50 DM
<i>Quantitative Bestimmung von Drogen mittels Immunoassay, je Untersuchung</i>		
<i>Katalog</i>		
4180 Amphetamine	8,20 €	16,00 DM
4181 Barbiturate	9,20 €	18,00 DM
4182 Benzodiazepine	8,20 €	16,00 DM
4183 Cannabinoide	7,70 €	15,00 DM
4184 Kokain	9,70 €	19,00 DM
4185 Methadon	10,20 €	20,00 DM
4186 Opiate	8,70 €	17,00 DM
4190 Ähnliche Untersuchungen unter Angabe der Art der Untersuchung	9,20 €	18,00 DM
Höchstwert für die Untersuchungen nach den Nrn. 4180 bis 4190	26,50 €	51,70 DM
<i>Quantitative Bestimmung von Arzneimitteln mittels Immunoassay, je Untersuchung</i>		
<i>Katalog</i>		
4193 Antiarrhythmika	15,30 €	30,00 DM
4194 Antibiotika	15,30 €	30,00 DM
4195 Antiepileptika	8,70 €	17,00 DM
4196 Digitoxin	7,70 €	15,00 DM
4197 Zytostatika, z. B. Methotrexat	15,90 €	31,00 DM
4198 Theophyllin	8,20 €	16,00 DM
4204 Ähnliche Untersuchungen unter Angabe der Art der Untersuchung	12,80 €	25,00 DM
<i>Quantitative Bestimmung mittels Immunoassay, je Untersuchung</i>		
<i>Katalog</i>		
4207 Alpha-Fetoprotein (AFP)	6,60 €	13,00 DM
4208 Prostataspezifisches Antigen (PSA) oder freies PSA	5,60 €	11,00 DM
4210 Choriongonadotropin (HCG und/oder β -HCG)	6,60 €	13,00 DM
4211 Follitropin (FSH)	5,10 €	10,00 DM
4212 Lutropin (LH)	5,60 €	11,00 DM

	Kosten in € (gültig ab 01.01.2002)	Kosten in DM (gültig bis 31.12.2001)
4214 Prolaktin	5,10 €	10,00 DM
4215 Östradiol	5,10 €	10,00 DM
4217 Progesteron	4,60 €	9,00 DM
4218 Testosteron und/oder freies Testosteron	6,10 €	12,00 DM
4219 Insulin	7,20 €	14,00 DM
4220 Sexualhormonbindendes Globulin (SHBG)	12,80 €	25,00 DM
4225 Ähnliche Untersuchungen unter Angabe der Art der Untersuchung	8,20 €	16,00 DM
<i>Leistungen nach den Nrn. 4207 bis 4225 sind im Rahmen eines Stimulations- oder Suppressionstestes bis zu zweimal, im Rahmen eines Tagesprofils bis zu dreimal berechnungsfähig.</i>		
<i>Quantitative Bestimmung mittels Immunoassay, je Untersuchung</i>		
<i>Katalog</i>		
4228 C-Peptid	18,40 €	36,00 DM
4230 Gastrin	16,40 €	32,00 DM
4231 Cortisol	7,20 €	14,00 DM
4232 17-Hydroxy-Progesteron	10,20 €	20,00 DM
4233 Dehydroepiandrosteron (DHEA) und/oder -sulfat (DHEA-S)	8,20 €	16,00 DM
4234 Wachstumshormon (HGH), Somatotropin (STH)	14,30 €	28,00 DM
4235 Insulin-like growth factor I (IGF-I) bzw. Somatomedin C (SM-C) und/oder IGF-I bindendes Protein 3 (IGFBP-3)	40,90 €	80,00 DM
4236 Folsäure	6,60 €	13,00 DM
4237 Vitamin B 12	5,40 €	10,50 DM
4238 Cyclosporin	28,10 €	55,00 DM
4239 Trypsin	25,30 €	49,50 DM
4240 β 2-Mikroglobulin	12,30 €	24,00 DM
4241 Pankreas-Elastase	25,30 €	49,50 DM
4242 Neopterin	19,40 €	38,00 DM
4243 Tacrolimus (FK 506)	28,10 €	55,00 DM
4244 Eosinophiles kationisches Protein (ECP)	22,20 €	43,50 DM
4246 Ähnliche Untersuchungen unter Angabe der Art der Untersuchung	12,80 €	25,00 DM
<i>Quantitative Bestimmung mittels Immunoassay, je Untersuchung</i>		
<i>Katalog</i>		
4248 Aldosteron	12,80 €	25,00 DM
4249 Renin	34,80 €	68,00 DM
4250 Androstendion	15,30 €	30,00 DM
4251 Corticosteron	53,70 €	105,00 DM
4252 11-Desoxycortisol	53,70 €	105,00 DM
4253 CA 125	9,70 €	19,00 DM
4254 CA 15-3	8,20 €	16,00 DM

	Kosten in € (gültig ab 01.01.2002)	Kosten in DM (gültig bis 31.12.2001)
4255 CA 19-9	9,20 €	18,00 DM
4256 CA 50	30,70 €	60,00 DM
4257 CA 72-4 (TAG 72)	26,60 €	52,00 DM
4258 Neuronenspezifische Enolase (NSE)	19,90 €	39,00 DM
4259 Squamous cell carcinoma Antigen (SCC)	14,30 €	28,00 DM
4260 Tissue Polypeptide Antigen (TPA, TPS)	25,60 €	50,00 DM
4261 Mucin-like cancer associated antigen (MCA)	33,20 €	65,00 DM
4262 CA 549	23,50 €	46,00 DM
4263 Cytokeratin-19-Fragmente (CYFRA 21-1)	25,60 €	50,00 DM
4264 Dihydrotestosteron	25,60 €	50,00 DM
4265 Erythropoetin	28,60 €	56,00 DM
4266 Pyridinolin, Desoxypyridinolin und/oder Typ I-Kollagen-Telopeptide	18,90 €	37,00 DM
4267 Knochen-AP (Isoenzym der Alkalischen Phosphatase) und/oder Typ I-Prokollagen-Propeptide	20,50 €	40,00 DM
4272 Ähnliche Untersuchungen unter Angabe der Art der Untersuchung	23,50 €	46,00 DM
Die Leistungen nach den Nrn. 4164, 4207, 4208, 4210, 4253 bis 4263, 4272 und 4290 sind nebeneinander bis zu zweimal berechnungsfähig. Davon abweichend sind die Leistungen nach den Nrn. 4254, 4261 und 4262 nicht nebeneinander berechnungsfähig.		
<i>Quantitative Bestimmung mittels Immunoassay, je Untersuchung</i>		
<i>Katalog</i>		
4275 Calcitonin	34,80 €	68,00 DM
4276 Intaktes Parathormon	16,40 €	32,00 DM
4277 Corticotropin (ACTH)	21,00 €	41,00 DM
4278 25-Hydroxy-Cholecalciferol (Vitamin D)	23,00 €	45,00 DM
4279 Osteocalcin	28,10 €	55,00 DM
4280 Antidiuretisches Hormon (ADH, Vasopressin)	33,20 €	65,00 DM
4288 Ähnliche Untersuchungen unter Angabe der Art der Untersuchung	25,60 €	50,00 DM
Leistungen nach den Nrn. 4228 bis 4288 sind im Rahmen eines Stimulations- oder Suppressionstestes bis zu fünfmal, im Rahmen eines Tagesprofils bis zu dreimal berechnungsfähig.		
<i>Quantitative Bestimmung mittels Immunoassay, je Untersuchung</i>		
<i>Katalog</i>		
4290 Thyreoglobulin, einschl. Bestätigungstest	24,50 €	48,00 DM
4291 1,25 Dihydroxy-Cholecalciferol (Vitamin D3)	37,30 €	73,00 DM
4298 Ähnliche Untersuchungen unter Angabe der Art der Untersuchung	33,20 €	65,00 DM
4301 Hormonrezeptor-Aufbereitung aus dem Operationsmaterial	28,60 €	56,00 DM
4303 Hormonrezeptor-Differenzierung aus dem Gewebe (z. B. für Östrogene, Gestagene u. a.), je Untersuchung unter Angabe der Art der Untersuchung ..	126,80 €	248,00 DM

Kosten in € (gültig ab 01.01.2002)	Kosten in DM (gültig bis 31.12.2001)
---	---

5. Immunologische Untersuchungen

Die Erbringung und/oder die Auftragserteilung zur Durchführung der Leistungen nach den Nrn. 4310 bis 4320 setzt grundsätzlich das Vorliegen der Ergebnisse von vorangegangenen Haut- und/oder Provokationstests voraus, ausgenommen bei Kindern bis zum vollendeten 6. Lebensjahr.

4310	Quantitative Bestimmung von Gesamt-IgE	4,60 €	9,00 DM
4314	Untersuchung auf allergenspezifische Immunglobuline in Einzelansätzen, bis zu 10 Allergenen oder Allergengemischen, je Ansatz	7,70 €	15,00 DM
4315	Untersuchung auf allergenspezifische Immunglobuline in Einzelansätzen, jede weitere, über die Leistung nach Nr. 4314 hinausgehende Bestimmung bis zu insgesamt 15 Allergenen oder Allergengemischen, je Ansatz ..	6,10 €	12,00 DM
4320	Untersuchung auf allergenspezifische Immunglobuline mit mindestens 20 deklarierten Allergenen auf einem Träger und Differenzierung nach Einzelallergenen, insgesamt	33,20 €	65,00 DM
	Neben der Leistung nach Nr. 4320 sind die Leistungen nach den Nrn. 3870 und 4310 bis 4315 nicht berechnungsfähig.		
	Die Leistung nach Nr. 4320 ist im Behandlungsfall bis zu zweimal berechnungsfähig.		
4325	Qualitativer Nachweis von humanen Proteinen mittels Immunpräzipitation, je Nachweis unter Angabe der Art des Proteins	4,90 €	9,50 DM
	Höchstwert für Untersuchungen nach Nr. 4325	12,90 €	25,00 DM

Quantitative Bestimmung von humanen Proteinen oder anderen Substanzen mittels Immunnephelometrie, Immunturbidimetrie, Immunpräzipitation, Fluorometrie, Immunoassay oder anderer gleichwertiger Verfahren, je Untersuchung

Katalog

4330	Albumin	6,90 €	13,50 DM
4331	Alpha-1-Glykoprotein	7,70 €	15,00 DM
4332	Alpha-1-Mikroglobulin	9,20 €	18,00 DM
4333	Alpha-1-Antitrypsin (Alpha-1-Proteinase-Inhibitor, Alpha-1-Pi)	12,00 €	23,50 DM
4334	Alpha-2-Makroglobulin	9,20 €	18,00 DM
4335	Coeruloplasmin	12,80 €	25,00 DM
4336	Haptoglobin	8,20 €	16,00 DM
4337	Hämopexin	9,20 €	18,00 DM
4338	Komplementfaktor C 3	9,70 €	19,00 DM
4339	Komplementfaktor C 4	9,20 €	18,00 DM
4340	Immunglobulin D (IgD)	12,30 €	24,00 DM
4341	Freie Kappa-Ketten	8,70 €	17,00 DM
4342	Freie Lambda-Ketten	8,70 €	17,00 DM
4343	Immunglobulin A, G oder M im Liquor	10,20 €	20,00 DM
4344	Immunglobulin G im Harn	8,20 €	16,00 DM
4345	Myoglobin	9,70 €	19,00 DM
4346	Apolipoprotein A-I	8,20 €	16,00 DM

	Kosten in € (gültig ab 01.01.2002)	Kosten in DM (gültig bis 31.12.2001)
4347 Apolipoprotein B	8,20 €	16,00 DM
4350 Granulozyten-(PMN-)Elastase	12,30 €	24,00 DM
4351 Lysozym	9,20 €	18,00 DM
4360 Ähnliche Untersuchungen unter Angabe der Art der Untersuchung	9,70 €	19,00 DM
4363 Quantitative Bestimmung des Lipoproteins(a)	12,80 €	25,00 DM
Höchstwert für die Untersuchungen nach den Nrn. 4330 bis 4363	41,50 €	81,20 DM
<i>Quantitative Bestimmung mittels Immunnephelometrie, Immunturbidimetrie, Immunpräzipitation, Immunoassay oder anderer gleichwertiger Verfahren, je Untersuchung</i>		
<i>Katalog</i>		
4365 C-reaktives Protein (CRP)	5,40 €	10,50 DM
4366 Rheumafaktor (RF)	6,60 €	13,00 DM
4368 Quantitative Bestimmung einer Immunglobulinsubklasse	25,60 €	50,00 DM
<i>Elektrophoretische Trennung von humanen Proteinen, z. B. Agarosegel-, Polyacrylamidgel-, Disk-Elektrophorese, isoelektrische Fokussierung, ggf. einschl. Färbereaktion und quantitativer Auswertung, je Untersuchungsgang</i>		
<i>Katalog</i>		
4370 Oligoklonale Banden im Liquor und im Serum	23,00 €	45,00 DM
4371 Harnproteine	15,90 €	31,00 DM
4372 Lipoproteine, einschl. Polyanionenpräzipitation	22,00 €	43,00 DM
4373 Hämoglobine (außer glykierte Hämoglobine nach Nr. 3722)	22,00 €	43,00 DM
4375 Isoenzyme der Alkalischen Phosphatase (AP)	22,00 €	43,00 DM
4376 Isoenzyme der Creatinkinase (CK)	22,00 €	43,00 DM
4377 Isoenzyme der Lactatdehydrogenase (LDH)	22,00 €	43,00 DM
4379 Alpha-1-Antitrypsin, Phänotypisierung	22,00 €	43,00 DM
4380 Acetylcholinesterase (AChE) im Fruchtwasser	22,00 €	43,00 DM
4381 Proteine in Punktaten	9,20 €	18,00 DM
4385 Ähnliche Untersuchungen (mit Ausnahme der Leistung nach Nr. 3800) unter Angabe der Art der Untersuchung	18,90 €	37,00 DM
4389 Elektrophoretische Trennung von humanen Proteinen durch Polyacrylamidgel-Elektrophorese oder ähnliche Verfahren mit Antigentransfer und anschließender Immunreaktion (Immunoblot) je Untersuchungsgang unter Angabe der Art der Untersuchung	25,60 €	50,00 DM
<i>Untersuchungen zum Nachweis von Antikörpern gegen körpereigene Antigene (Autoantikörper) sind nicht nach Nr. 4389 berechnungsfähig.</i>		
4395 Immunfixationselektrophorese oder Immunelektrophorese mit bis zu drei Antiseren, ggf. einschl. Serumeiweiß-Elektrophorese nach Nr. 3800	15,90 €	31,00 DM
4397 Immunfixationselektrophorese oder Immunelektrophorese bei Dys- und Paraproteinämie mit mindestens vier Antiseren, ggf. einschl. isoelektrischer Fokussierung oder ähnlicher Verfahren, ggf. einschl. Serumeiweiß-Elektrophorese nach Nr. 3800	18,90 €	37,00 DM
<i>Die Leistungen nach den Nrn. 4395 und 4397 sind bei demselben Körpermaterial nicht nebeneinander berechnungsfähig.</i>		

	Kosten in € (gültig ab 01.01.2002)	Kosten in DM (gültig bis 31.12.2001)
4398 Qualitativer Nachweis und/oder quantitative Bestimmung von Gliadin-Antikörpern mittels indirekter Immunfluoreszenz oder Immunoassay, je IgG und IgA	15,90 €	31,00 DM
<i>Qualitativer Nachweis und/oder quantitative Bestimmung von Antikörpern gegen körpereigene Antigene (Autoantikörper) mittels indirekter Immunfluoreszenz, Immunoassay oder Immunoblot, je klinisch relevanter Antikörperspezifität und/oder je Blot</i>		
<i>Katalog</i>		
4405 Antinukleäre Antikörper (ANA) als Suchtest	8,20 €	16,00 DM
4406 Antikörper gegen native Doppelstrang-DNS (anti-ds-DNS)	11,20 €	22,00 DM
4407 Antikörper gegen Zellkern- oder zytoplasmatische Antigene, z. B. Sm-, U1-RNP-, SS-A-, SS-B-, Scl-70-, Jo-1-, Histon-Antikörper	11,20 €	22,00 DM
4408 Antikörper gegen Zentromerantigene, z. B. CENP-B-Antikörper	9,20 €	18,00 DM
4409 Antimitochondriale Antikörper (AMA), auch Subtypen, z. B. AMA-M2	7,70 €	15,00 DM
4410 Leberspezifische Antikörper, z. B. gegen Leber-/Nieren-Mikrosomen (LKM-Antikörper), lösliches Leberantigen (SLA-Antikörper), Asialoglykoprotein Rezeptor (ASGPR-Antikörper)	12,80 €	25,00 DM
4411 Antikörper gegen zytoplasmatische Antigene neutrophiler Granulozyten (ANCA), z. B. c-ANCA (Proteinase 3-Antikörper), p-ANCA (Myeloperoxidase-Antikörper)	11,20 €	22,00 DM
4412 Antikörper gegen glatte Muskulatur	12,80 €	25,00 DM
4413 Herzmuskel-Antikörper	11,80 €	23,00 DM
4414 Antikörper gegen Skelettmuskulatur	8,70 €	17,00 DM
4415 Antikörper gegen Inselzellen, z. B. ICA, Glutaminsäuredecarboxylase-Antikörper (GADA)	12,50 €	24,50 DM
4416 Insulin-Antikörper	12,50 €	24,50 DM
4417 Antikörper gegen Schilddrüsenperoxidase (?mikrosomen) und/oder Thyreoglobulin	8,70 €	17,00 DM
<i>Die Leistung nach Nr. 4417 ist im Behandlungsfall nur einmal berechnungsfähig.</i>		
4419 Phospholipid-Antikörper, z. B. Cardiolipin-Antikörper	8,70 €	17,00 DM
4420 Thrombozyten-Antikörper	23,00 €	45,00 DM
4430 Ähnliche Untersuchungen unter Angabe des Antikörpers	11,20 €	22,00 DM
Höchstwert für die Untersuchungen nach den Nrn. 4405 bis 4430	48,50 €	95,00 DM
4431 Mixed antiglobulin reaction (MAR-Test) zum Nachweis von spermiengebundenen Antikörpern	7,40 €	14,50 DM
4432 Nachweis von Antikörpern gegen Spermien, ggf. mit mehreren Methoden, insgesamt	19,90 €	39,00 DM
<i>Neben der Leistung nach Nr. 4432 ist die Leistung nach Nr. 4431 nicht berechnungsfähig.</i>		
4433 Quantitative Bestimmung von TSH-Rezeptor-Antikörpern	11,20 €	22,00 DM
<i>Die Leistung nach Nr. 4433 ist im Behandlungsfall nur einmal berechnungsfähig.</i>		

	Kosten in € (gültig ab 01.01.2002)	Kosten in DM (gültig bis 31.12.2001)
4434 Quantitative Bestimmung von Acetylcholin-Rezeptor-Antikörpern	56,20 €	110,00 DM
4438 Dichtegradienten- oder immunomagnetische Isolierung von Zellen als vorbereitende Untersuchung	6,90 €	13,50 DM
<i>Differenzierung und Quantifizierung von Zellen (Immunphänotypisierung) mittels Durchflußzytometrie und/oder mikroskopisch und mittels markierter monoklonaler Antikörper, je Untersuchung</i>		
<i>Katalog</i>		
4440 B-Lymphozyten	10,20 €	20,00 DM
4441 T-Lymphozyten	8,70 €	17,00 DM
4442 CD4-T-Zellen	10,20 €	20,00 DM
4443 CD8-T-Zellen	10,20 €	20,00 DM
4444 Natürliche Killerzellen	10,20 €	20,00 DM
4445 Aktivierte T-Zellen	10,20 €	20,00 DM
4446 Zytotoxische T-Zellen	10,20 €	20,00 DM
4452 Ähnliche Untersuchungen unter Angabe der Art der Untersuchung	12,80 €	25,00 DM
4455 Nachweis eines HLA-Merkmals, z. B. HLA-B27, ggf. einschl. Spezifitätskontrolle	15,90 €	31,00 DM
Höchstwert für Untersuchungen nach Nr. 4455	63,60 €	124,00 DM
4458 Gewebegruppentypisierung (HLA-A-, -B-, -C-, ?DR-Antigene), je untersuchte Person	76,70 €	150,00 DM
4463 Nachweis von zytotoxischen Alloantikörpern, ggf. einschl. HLA-Spezifizierung.	48,60 €	95,00 DM
4464 Serologische Verträglichkeitsprobe (Kreuzprobe) im Gewebe-System, je Spender	42,90 €	84,00 DM
4468 Lymphozyten-Transformations-Test, einschl. Kontrollkultur(en) ggf. mit mehreren Mitogenen und/oder Antigenen	153,40 €	300,00 DM
4471 Untersuchung der Leukozytenfunktion, auch unter Anwendung mehrerer Methoden, z. B. Chemotaxis, Phagozytose, insgesamt	25,60 €	50,00 DM
4473 Prüfung der Zytostatikasensitivität maligner Tumoren, z. B. Tumorstammzellenassay, mit einer oder mehreren Substanzen, insgesamt	117,60 €	230,00 DM

6. Blutgruppenserologische Untersuchungen

4480 Nachweis der Blutgruppenmerkmale A (ggf. einschl. Untergruppe), B, 0 und Rh-Faktor D, einschl. der Serumeigenschaften	9,20 €	18,00 DM
4482 Nachweis eines Blutgruppenmerkmals (Antigens) mit agglutinierenden oder konglutinierenden Testseren, z. B. Rh-Merkmale, Lewis, M, N, P1, je Untersuchung unter Angabe der Art des Antigens	4,60 €	9,00 DM
4484 Nachweis eines Blutgruppenmerkmals (Antigens) mittels Antiglobulintest (Coombs-Test), z. B. Dweak, Duffy, Kell, Kidd, je Untersuchung unter Angabe der Art des Antigens	7,20 €	14,00 DM
4486 Nachweis von Erythrozytenantikörpern im direkten Antiglobulintest mit zwei verschiedenen polyspezifischen Antiglobulinseren	6,40 €	12,50 DM
4488 Nachweis von Erythrozytenantikörpern ohne Antiglobulinphase, z. B. Kälteagglutinine	5,40 €	10,50 DM

	Kosten in € (gültig ab 01.01.2002)	Kosten in DM (gültig bis 31.12.2001)
4490 Antikörpersuchtest in mehreren Techniken einschl. indirekter Antiglobulintests mit mindestens zwei Testerythrozyten-Präparationen	7,20 €	14,00 DM
4492 Antikörperdifferenzierung in mehreren Techniken einschl. indirekter Antiglobulintests gegen mindestens acht Testerythrozyten-Präparationen . . .	15,30 €	30,00 DM
<i>Nachweis oder quantitative Bestimmung von Blutgruppenantigenen oder -antikörpern mit aufwendigen Verfahren, je Antigen oder Antikörper</i>		
<i>Katalog</i>		
4494 Antiglobulintest mit monospezifischem Antihumanglobulin	12,80 €	25,00 DM
4495 Chemische oder thermische Elution von Erythrozytenantikörpern	12,80 €	25,00 DM
4496 Absorption von Erythrozytenantikörpern an vorbehandelte Zellen	10,70 €	21,00 DM
4497 Nachweis von Hämolysin(en) mit Komplementzusatz	12,00 €	23,50 DM
4498 Quantitative Bestimmung eines Erythrozytenantikörpers	8,70 €	17,00 DM
4502 Ähnliche Untersuchungen unter Angabe der Art der Untersuchung	8,70 €	17,00 DM
4507 Serologische Verträglichkeitsprobe (Kreuzprobe) mit indirektem Antiglobulintest, je Konserve	13,30 €	26,00 DM

7. Infektionsimmunologische Untersuchungen

Quantitative Bestimmung von Streptokokken-Antikörpern, je Untersuchung

Katalog

4523 Antistreptolysin O-Reaktion	7,40 €	14,50 DM
4524 Anti-DNase-B-Reaktion (Antistreptodornase)	12,80 €	25,00 DM
4525 Antistreptokokken-Hyaluronidase	10,20 €	20,00 DM
4526 Antistreptokinase	12,80 €	25,00 DM
4528 Quantitative Antistaphylolysinbestimmung, ggf. einschl. qualitativem Suchtest	12,80 €	25,00 DM
4530 Qualitativer und/oder quantitativer Cardiolipin-Flockungstest (z. B. VDRL-Test)	5,60 €	11,00 DM
4531 Treponemenantikörper-Nachweis im TPHA oder mittels Immunoassay . . .	5,10 €	10,00 DM
4532 Treponemenantikörper-Nachweis im FTA-Abs-Test	9,70 €	19,00 DM
4533 Nachweis von Treponema pallidum-IgM-Antikörpern im 19S-IgM-FTA-Abs-Test, einschl. IgG-Abtrennung	22,00 €	43,00 DM
4535 Toxoplasmaantikörper-Nachweis (qualitativer Suchtest)	6,10 €	12,00 DM
4536 Quantitative Bestimmung von Toxoplasma-IgM-Antikörpern nach positivem Suchtest	10,20 €	20,00 DM
4537 Quantitative Bestimmung von Toxoplasmaantikörpern nach positivem Suchtest, ggf. einschl. qualitativem Suchtest unter Angabe der Art der Untersuchung	8,70 €	17,00 DM
4538 Rötelnantikörper-Nachweis im Hämagglutinationshemmungstest	6,60 €	13,00 DM
4539 Rötelnantikörper-Nachweis im HIG-Test	5,10 €	10,00 DM
4540 Rötelnantikörper-Nachweis mittels Immunoassay	10,70 €	21,00 DM
4543 HIV (Humanes Immunschwäche-Virus)-1- und/oder HIV-1/2-Antikörper-Nachweis mittels Immunoassay	4,60 €	9,00 DM

	Kosten in € (gültig ab 01.01.2002)	Kosten in DM (gültig bis 31.12.2001)
4544 HIV (Humanes Immunschwäche-Virus)-2-Antikörper-Nachweis mittels Immunoassay	4,60 €	9,00 DM
<i>Die Nrn. 4543 und 4544 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig, wenn die Untersuchungen in einem Ansatz (Kombinations-Test) erfolgen.</i>		
4545 HIV (Humanes Immunschwäche-Virus)-Antikörper-Nachweis mittels Immunfluoreszenz	10,20 €	20,00 DM
<i>Qualitativer Nachweis und/oder quantitative Bestimmung von Antikörpern gegen Krankheitserreger mittels Immunoassay, indirekter Immunfluoreszenz, Komplementbindungsreaktion, Immunpräzipitation (z.B. Ouchterlony-Test), indirekter Hämagglutination, Hämagglutinationshemmung oder Bakterienagglutination (Widal-Reaktion), einschl. der Beurteilung des Infektions- oder Immunstatus, je Krankheitserreger oder klinisch relevanter Immunglobulinklasse, z. B. IgG-, IgM-Antikörper</i>		
<i>Katalog</i>		
4550 Bordetella pertussis-Antikörper	11,80 €	23,00 DM
4551 Borrelia burgdorferi-Antikörper	7,70 €	15,00 DM
4552 Brucella-Antikörper	6,10 €	12,00 DM
4553 Campylobacter-Antikörper	8,20 €	16,00 DM
4554 Chlamydien-Antikörper	11,20 €	22,00 DM
4555 Coxiella burnetii-Antikörper	9,20 €	18,00 DM
4556 Gonokokken-Antikörper	8,20 €	16,00 DM
4557 Legionellen-Antikörper	8,20 €	16,00 DM
4558 Leptospiren-Antikörper	9,20 €	18,00 DM
4559 Listerien-Antikörper	5,10 €	10,00 DM
4560 Mycoplasma pneumoniae-Antikörper	6,60 €	13,00 DM
4561 S. typhi- oder S. paratyphi-Antikörper	5,10 €	10,00 DM
4562 Tetanus-Antitoxin	9,70 €	19,00 DM
4563 Yersinien-Antikörper	5,60 €	11,00 DM
4564 Leptospiren-Antikörper mittels Mikroagglutinationsreaktion mit Lebendkulturen	31,70 €	62,00 DM
4565 Chlamydien-Antikörper (speziesspezifisch) mittels Mikroimmunfluoreszenztest (MIF)	18,90 €	37,00 DM
4569 Adenoviren-Antikörper	13,30 €	26,00 DM
4570 Cytomegalievirus-Antikörper	10,70 €	21,00 DM
4571 Cytomegalievirus-IgM-Antikörper	11,80 €	23,00 DM
4572 Coxsackieviren-Antikörper	7,70 €	15,00 DM
4573 EBV-EA-Antikörper	8,70 €	17,00 DM
4574 EBV-EBNA-Antikörper	8,70 €	17,00 DM
4575 EBV-VCA-Antikörper	9,70 €	19,00 DM
4576 EBV-VCA-IgM-Antikörper	10,70 €	21,00 DM
4577 Echoviren-Antikörper	7,20 €	14,00 DM
4578 Enteroviren-Antikörper	9,20 €	18,00 DM

	Kosten in € (gültig ab 01.01.2002)	Kosten in DM (gültig bis 31.12.2001)
4579 FSME-Virus-Antikörper	12,80 €	25,00 DM
4580 HAV-Antikörper	6,60 €	13,00 DM
4581 HAV-IgM-Antikörper	7,20 €	14,00 DM
4582 HBc-Antikörper	6,60 €	13,00 DM
4583 HBc-IgM-Antikörper	8,70 €	17,00 DM
4584 HBe-Antikörper	8,70 €	17,00 DM
4585 HBs-Antikörper	6,10 €	12,00 DM
4586 HCV-Antikörper	11,20 €	22,00 DM
4587 HDV-Antikörper bei nachgewiesener HBV-Infektion	22,00 €	43,00 DM
4588 HDV-IgM-Antikörper bei nachgewiesener HBV-Infektion	22,00 €	43,00 DM
4590 HSV-Antikörper	11,20 €	22,00 DM
4591 Inflenzaviren-Antikörper	7,70 €	15,00 DM
4592 Masernvirus-Antikörper	12,80 €	25,00 DM
4593 Mumpsvirus-Antikörper	12,80 €	25,00 DM
4594 Parainfluenzaviren-Antikörper	8,70 €	17,00 DM
4595 Parvoviren-Antikörper	18,90 €	37,00 DM
4596 Polioviren-Antikörper	8,70 €	17,00 DM
4597 RSV-Antikörper	8,70 €	17,00 DM
4598 Varicella-Zoster-Virus-Antikörper	12,30 €	24,00 DM
4599 Varicella-Zoster-Virus-IgM-Antikörper	15,90 €	31,00 DM
4600 Aspergillus-Antikörper	7,20 €	14,00 DM
4601 Candida-Antikörper	9,70 €	19,00 DM
4602 Coccidioides-Antikörper	16,90 €	33,00 DM
4603 Histoplasma-Antikörper	18,40 €	36,00 DM
4607 Cysticercus-Antikörper	18,40 €	36,00 DM
4608 Echinococcus-Antikörper	13,30 €	26,00 DM
4609 Entamoeba histolytica-Antikörper	13,80 €	27,00 DM
4610 Leishmania-Antikörper	18,90 €	37,00 DM
4611 Plasmodien-Antikörper	15,90 €	31,00 DM
4612 Bestimmung der Avidität von Toxoplasma-IgG-Antikörpern als Abklärungs- test nach positiver IgM-Antikörper-Bestimmung, in mehreren Ansätzen, insgesamt	17,90 €	35,00 DM
4625 Ähnliche Untersuchungen unter Angabe der Antikörperspezifität	12,30 €	24,00 DM

Neben der Leistung nach Nr. 4612 ist die Bestimmung von Toxoplasma-IgA-Antikörpern nach Nr. 4537 nicht berechnungsfähig.

Antikörperuntersuchungen auf vorgefertigten Testträgern (z. B. immunchromatographische Schnellteste) oder Schnellteste mit vorgefertigten Reagenzzubereitungen (z. B. Latexteste) sind nicht nach den Nrn. 4550 bis 4625 berechnungsfähig.

	Kosten in € (gültig ab 01.01.2002)	Kosten in DM (gültig bis 31.12.2001)
Höchstwert für die Untersuchungen nach den Nrn. 4535 bis 4537, 4550 bis 4625 und 4628 bis 4639	72,90 €	142,60 DM
4628 Nachweis neutralisierender Antikörper mittels Zellkultur(en), in vivo oder im Brutei, je Untersuchung unter Angabe des Antikörpers	17,90 €	35,00 DM
<i>Untersuchungen auf Antikörper gegen Krankheitserreger mittels Immunreaktion mit elektrophoretisch aufgetrennten und/oder diagnostisch gleichwertigen rekombinanten mikrobiellen/viralen Antigenen (Immunoblot) als Bestätigungs- oder Abklärungstest nach positivem oder fraglich positivem Antikörperrnachweis</i>		
<i>Katalog</i>		
4632 HIV-1- und/oder HIV-2-Antikörper (Westernblot)	56,20 €	110,00 DM
4634 HCV-Antikörper	56,20 €	110,00 DM
4635 Borrelia-Antikörper	24,00 €	47,00 DM
4636 Yersinien-Antikörper, auch als Eingangstest	24,00 €	47,00 DM
4639 Ähnliche Untersuchungen unter Angabe des Krankheitserregers	22,50 €	44,00 DM
<i>Die Leistungen nach den Nrn. 4632 bis 4639 sind je Krankheitserreger bis zu zweimal berechnungsfähig.</i>		
8. Parasitologische Untersuchungen		
4643 Nachweis von Parasiten-Antigenen aus einem Körpermaterial (Direktnachweis) mittels Immunfluoreszenz und/oder Immunoassay mit photometrischer oder gleichwertiger Messung, je Untersuchung unter Angabe des Antigens	9,50 €	18,50 DM
4645 Kulturelle Untersuchung auf Protozoen, z. B. auf Trichomonaden, Lamblien, ggf. einschl. nachfolgender mikroskopischer Prüfung(en), je Untersuchung unter Angabe der Art der Untersuchung	3,80 €	7,50 DM
4648 Systematische parasitologische Untersuchung auf einheimische und/oder tropische Helminthen und/oder Helmintheneier nach Anreicherung, z. B. MIF-Konzentration, Zink-Sulfat-Anreicherung, einschl. aller mikroskopischen Untersuchungen	6,10 €	12,00 DM
9. Mykologische Untersuchungen		
4650 Nachweis von Pilz-Antigenen aus einem Körpermaterial (Direktnachweis) mittels Agglutination und/oder Immunpräzipitation, je Untersuchung unter Angabe des Antigens	6,90 €	13,50 DM
4653 Nachweis von Pilz-Antigenen aus einem Körpermaterial (Direktnachweis) mittels Immunfluoreszenz und/oder Immunoassay mit photometrischer oder gleichwertiger Messung, je Untersuchung unter Angabe des Antigens	9,20 €	18,00 DM
4658 Kulturelle mykologische Untersuchung nach Aufbereitung (z. B. Zentrifugation, Auswaschung) und/oder unter Verwendung von mindestens zwei Nährmedien und/oder als Langzeitkultivierung, ggf. einschl. Keimzahlbestimmung, nachfolgender mikroskopischer Prüfung(en) und Kultur(en), unter Angabe der Art des Untersuchungsmaterials	5,10 €	10,00 DM
<i>Die mykologische Untersuchung von Haut- oder Schleimhautabstrichen ist nicht nach Nr. 4658, sondern nach Nr. 3884 berechnungsfähig.</i>		

	Kosten in € (gültig ab 01.01.2002)	Kosten in DM (gültig bis 31.12.2001)
4662 Morphologische Differenzierung gezüchteter Pilze außer Hefen mittels kultureller Verfahren und mikroskopischer Prüfung, ggf. einschl. biochemischer Differenzierung, je Pilzart	4,10 €	8,00 DM
4663 Biochemische Differenzierung von Hefen in Reinkultur mit mindestens acht Reaktionen, ggf. einschl. kultureller Verfahren, je Hefeart	7,20 €	14,00 DM
4665 Differenzierung gezüchteter Pilze mittels mono- oder polyvalenter Seren, je Antiserum	2,30 €	4,50 DM
Höchstwert für die Untersuchung nach Nr. 4665	11,50 €	22,50 DM
4667 Orientierende Empfindlichkeitsprüfung(en) von Hefen in Reinkultur, insgesamt je Körpermaterial	5,10 €	10,00 DM

10. Bakteriologische Untersuchungen

4670 Nachweis von Bakterien-Antigenen aus einem Körpermaterial (Direktnachweis) mittels Agglutination und/oder Immunpräzipitation, je Untersuchung unter Angabe des Antigens	6,60 €	13,00 DM
--	--------	----------

Nachweis von Bakterien-Antigenen aus einem Körpermaterial (Direktnachweis) mittels Immunfluoreszenz und/oder Immunoassay mit photometrischer oder gleichwertiger Messung, je Untersuchung

Katalog

4672 Chlamydia trachomatis	9,70 €	19,00 DM
4673 Neisseria gonorrhoeae	7,20 €	14,00 DM
4674 Mycoplasma pneumoniae	9,70 €	19,00 DM
4675 Shigatoxin (Verotoxin), ggf. einschl. kultureller Anreicherung	9,70 €	19,00 DM
4676 Helicobacter pylori-Antigen im Stuhl	20,50 €	40,00 DM
4679 Ähnliche Untersuchungen unter Angabe des Antigens	9,20 €	18,00 DM

Die Leistung nach Nr. 4676 ist grundsätzlich nur berechnungsfähig zur Erfolgskontrolle nach Eradikationstherapie einer Helicobacter pylori-Infektion (frühestens 4 Wochen nach Ende der Therapie) oder zum Ausschluss einer Reinfektion bei einer gastroduodenoskopisch gesicherten Ulcus-duodeni-Erkrankung.

Neben der Leistung nach der Nr. 4676 sind die Leistungen nach den Nrn. 742 und 4130 nicht berechnungsfähig.

4688 Mikrobiologischer Nachweis angeborener Enzymdefekte, z. B. Phenylketonurie, Galaktosämie, im Hemmtest nach Guthrie, je Nachweis	5,60 €	11,00 DM
--	--------	----------

Kulturelle Untersuchung auf ätiologisch relevante Bakterien, ggf. einschl. Keimzahlbestimmung, Nachweis antimikrobieller Wirkstoffe mittels Hemmstofftest, nachfolgender mikroskopischer Prüfung(en) und Kultur(en), je Untersuchung

Katalog

4690 Urinuntersuchung mit mindestens zwei Nährböden (ausgenommen Eintauchnährböden) und/oder mit apparativer Wachstumsmessung	4,90 €	9,50 DM
4691 Untersuchung von Sekreten des Respirationstrakts, z. B. Sputum, Bronchialsekret, mit mindestens drei Nährböden	5,60 €	11,00 DM
4692 Stuhluntersuchung mit mindestens fünf Nährböden, ggf. einschl. anaerober Untersuchung, z. B. auf Clostridien	7,70 €	15,00 DM

	Kosten in € (gültig ab 01.01.2002)	Kosten in DM (gültig bis 31.12.2001)
4693 Stuhluntersuchung mit mindestens fünf Nährböden, einschl. Untersuchung auf Yersinien, Campylobacter und ggf. weitere darmpathogene Bakterien, ggf. einschl. anaerober Untersuchung, z. B. auf Clostridien	10,70 €	21,00 DM
4694 Aerobe oder anaerobe Untersuchung von Blut	9,70 €	19,00 DM
4695 Untersuchung von Liquor, Punktat, Biopsie-, Bronchiallavage- oder Operationsmaterial, ggf. einschl. anaerober Untersuchung, unter Angabe der Materialart	10,20 €	20,00 DM
4697 Untersuchung eines Abstrichs, Exsudats, Sekrets oder anderen Körpermaterials mit mindestens drei Nährböden unter Angabe der Materialart . .	6,60 €	13,00 DM
4698 Untersuchung eines Abstrichs, Exsudats, Sekrets oder anderen Körpermaterials mit mindestens fünf Nährböden, ggf. einschl. anaerober Untersuchung unter Angabe der Materialart	9,20 €	18,00 DM
<i>Neben den oder anstelle der Leistungen nach den Nrn. 4690 bis 4694 sind die Leistungen nach den Nrn. 4695 bis 4698 bei demselben Körpermaterial nicht berechnungsfähig.</i>		
<i>Gezielte kulturelle Untersuchung auf bestimmte Krankheitserreger unter Verwendung spezieller Nährböden und/oder Kulturverfahren, ggf. einschl. Keimzahlbestimmung, Nachweis antimikrobieller Wirkstoffe, nachfolgender mikroskopischer Prüfung(en) und Kultur(en), je Untersuchung</i>		
Katalog		
4702 Untersuchung auf betahämolyisierende Streptokokken, z. B. aus dem Rachen, mit mindestens zwei Nährböden	5,40 €	10,50 DM
4703 Untersuchung auf Neisseria gonorrhoeae unter vermehrter CO ₂ -Spannung, ggf. einschl. Oxidase- und/oder β-Lactamaseprüfung	5,40 €	10,50 DM
4704 Untersuchung auf Aktinomyzeten	6,60 €	13,00 DM
4705 Untersuchung auf Borrelien	6,60 €	13,00 DM
4706 Untersuchung auf Mykoplasmen, ggf. auch mehrere Gattungen (z. B. Mycoplasma, Ureaplasma)	6,60 €	13,00 DM
4707 Untersuchung auf Legionellen	6,60 €	13,00 DM
4708 Untersuchung auf Leptospiren	6,60 €	13,00 DM
4712 Untersuchung auf Mykobakterien mit mindestens einem flüssigen und zwei festen Kulturmedien	31,70 €	62,00 DM
<i>Neben der Leistung nach Nr. 4702 sind bei demselben Körpermaterial die Leistungen nach den Nrn. 4691, 4697 und 4698 nicht berechnungsfähig. Neben den Leistungen nach den Nrn. 4703 bis 4708 sind bei demselben Körpermaterial die Leistungen nach den Nrn. 4694, 4695 und 4698 nicht berechnungsfähig.</i>		
4714 Bakteriologische Untersuchung in vivo, z. B. Toxinnachweis, ggf. einschl. nachfolgender kultureller und mikroskopischer Untersuchungen, je Untersuchungsmaterial unter Angabe des Krankheitserregers.	9,20 €	18,00 DM
<i>Die Leistung nach Nr. 4714 ist nicht für die Untersuchung auf Mykobakterien berechnungsfähig.</i>		
4715 Nachweis bakterieller Toxine, z. B. Verotoxine, mittels Zellkultur(en), je Untersuchungsmaterial unter Angabe des Toxins	12,80 €	25,00 DM
4719 Differenzierung gezüchteter Bakterien mittels mono- oder polyvalenter Seren, je Antiserum	2,60 €	5,00 DM
Höchstwert für die Untersuchung nach Nr. 4719	26,00 €	50,00 DM

	Kosten in € (gültig ab 01.01.2002)	Kosten in DM (gültig bis 31.12.2001)
<i>Differenzierung von in Reinkultur gezüchteten Bakterien mittels biochemischer und/oder kultureller Verfahren oder mittels Nukleinsäuresonden, ggf. einschl. Subkultur(en), je Bakterienart und/oder -typ</i>		
<i>Katalog</i>		
4721 Verfahren mit bis zu drei Reaktionen	4,10 €	8,00 DM
4722 Verfahren mit mindestens vier Reaktionen	4,60 €	9,00 DM
4724 Verfahren mit mindestens zehn Reaktionen	8,90 €	17,50 DM
4726 Differenzierung von strikten Anaerobiern	11,50 €	22,50 DM
4728 Differenzierung von Tuberkulosebakterien (<i>M. tuberculosis</i> , <i>M. bovis</i> , <i>M. africanum</i> , BCG-Stamm)	18,90 €	37,00 DM
4729 Differenzierung von Mykobakterien, die nicht Tuberkulosebakterien sind (sog. ubiquitäre Mykobakterien), mit Verfahren mit mindestens zehn Reaktionen oder mittels Nukleinsäuresonden	23,00 €	45,00 DM
<i>Die Leistungen nach den Nrn. 4721 bis 4729 sind bei derselben Bakterienart nicht nebeneinander berechnungsfähig.</i>		
4734 Empfindlichkeitsprüfungen von in Reinkultur gezüchteten, ätiologisch relevanten Bakterien aus dem Urin oder anderen Materialien im standardisierten Agar-Diffusionstest oder mittels Breakpoint-Methode gegen drei bis sieben Chemotherapeutika, höchstens zwei Bakterienarten je Untersuchungsprobe, je Art	5,10 €	10,00 DM
4736 Empfindlichkeitsprüfungen von in Reinkultur gezüchteten, ätiologisch relevanten Bakterien außer aus Urin im standardisierten Agar-Diffusionstest oder mittels Breakpoint-Methode gegen mindestens acht Chemotherapeutika, höchstens zwei Bakterienarten je Untersuchungsprobe, je Art	8,20 €	16,00 DM
<i>Die Leistung nach Nr. 4736 ist bei demselben Körpermaterial nicht neben der Leistung nach Nr. 4734 berechnungsfähig.</i>		
4738 Bestimmung der minimalen Hemmkonzentration (MHK) von in Reinkultur gezüchteten, ätiologisch relevanten Bakterien, außer aus Sputum, Urin, Stuhl und von Oberflächenabstrichen von Haut und Schleimhäuten, in mindestens acht Verdünnungsstufen, je Untersuchungsprobe, insgesamt	17,90 €	35,00 DM
4739 Zuschlag zur Leistung nach Nr. 4738 bei Bestimmung der minimalen bakteriziden Konzentration (MBK) durch Subkulturen, je Untersuchungsprobe	6,10 €	12,00 DM
4741 Empfindlichkeitsprüfungen von Mykobakterien in Reinkultur, je Bakterienstamm und je Chemotherapeutikum in mindestens jeweils zwei Abstufungen	9,20 €	18,00 DM
Höchstwert für Untersuchungen nach Nr. 4741, je Mykobakterienart	46,00 €	90,00 DM
4747 Herstellung einer Autovaccine für parenterale Verabfolgung, einschl. der notwendigen bakteriologischen Vorarbeiten und Sterilitätskontrolle, je Körpermaterial	19,40 €	38,00 DM

11. Virologische Untersuchungen

Nachweis von Virus-Antigenen aus einem Körpermaterial (Direktnachweis) mittels Immunfluoreszenz und/oder mittels Immunoassay mit photometrischer oder gleichwertiger Messung, je Untersuchung

Katalog

4754 Hepatitis A-Virus (HAV)	7,70 €	15,00 DM
--	---------------	-----------------

	Kosten in € (gültig ab 01.01.2002)	Kosten in DM (gültig bis 31.12.2001)
4755 Hepatitis B-Oberflächenantigen (HBsAg)	6,10 €	12,00 DM
4756 Hepatitis B-e-Antigen (HBeAg)	10,50 €	20,50 DM
4757 Humanes Immunschwäche-Virus (HIV)	24,50 €	48,00 DM
4758 Cytomegalievirus (CMV)	12,30 €	24,00 DM
4759 Herpes simplex-Viren	12,80 €	25,00 DM
4760 Influenzaviren	6,10 €	12,00 DM
4761 Parainfluenzaviren	6,10 €	12,00 DM
4762 Respiratory-Syncytial-Virus (RSV)	12,30 €	24,00 DM
4763 Adenoviren	8,20 €	16,00 DM
4764 Rotaviren	7,70 €	15,00 DM
4772 Ähnliche Untersuchungen unter Angabe des Antigens	11,80 €	23,00 DM
4786 Elektronenmikroskopischer Nachweis von Viren, ggf. unter Verwendung spezifischer Antiseren	46,00 €	90,00 DM
4788 Anzüchtung von Viren, Rickettsien oder Chlamydien in Zellkulturen oder in vivo, ggf. einschl. Folgekulturen (Passagen)	31,70 €	62,00 DM
4790 Anzüchtung von Viren oder Rickettsien in einem Brutei	10,20 €	20,00 DM
Höchstwert für die Untersuchungen nach den Nrn. 4786, 4788 und 4790, je Körpermaterial	72,20 €	141,40 DM
4794 Typisierung von Viren in Zellkulturen, in vivo oder im Brutei, je Antiserum	9,20 €	18,00 DM

12. Molekularbiologische Untersuchungen

4805 Nachweis mikrobieller/viraler Nukleinsäure aus einem Körpermaterial (Direktnachweis) mittels Hybridisierung ohne Amplifikation, ggf. einschl. Aufbereitung (z. B. Nukleinsäureisolierung, ?denaturierung, -transfer), je Erregerart oder -typ unter Angabe der Art oder des Typs	16,40 €	32,00 DM
--	---------	----------

Die Leistung nach der Nr. 4805 ist je Erregerart und -typ insgesamt bis zu zweimal berechnungsfähig.

Neben der Leistung nach Nr. 4805 sind kulturelle Untersuchungen und/oder Antigennachweise zum Nachweis desselben Erregers nicht berechnungsfähig.

Nachweis mikrobieller/viraler Nukleinsäure aus einem Körpermaterial
(Direktnachweis) mittels einer Amplifikationsmethode (z. B. Polymerase-
Kettenreaktion), einschl. Aufbereitung (z. B. Zellisolierung,
Nukleinsäureisolierung, -denaturierung) und Spezifitätskontrolle des
Amplifikats (z. B. mittels Elektrophorese und markierter Sonden), ggf. einschl.
reverser Transkription und mehreren aufeinanderfolgenden Amplifikationen, je
Erregerart und/oder -typ

Katalog

4821 Hepatitis C-Virus-RNA nach positivem Antikörpertest	40,90 €	80,00 DM
Die Leistung nach Nr. 4821 ist im Behandlungsfall einmal berechnungsfähig.		
4822 Quantitative Bestimmung der Hepatitis B-Virus-DNA oder Hepatitis C-Virus-RNA vor oder während der antiviralen Therapie mit Interferon und/oder Nukleosidanaloga	89,50 €	175,00 DM

	Kosten in € (gültig ab 01.01.2002)	Kosten in DM (gültig bis 31.12.2001)
4823 HIV (Humanes Immunschwäche-Virus)-RNA zur Bestimmung der Virusmenge für die Entscheidung über den Beginn einer medikamentösen antiretroviralen Therapie bei HIV-Infizierten nach positivem Antikörpernachweis und zur Überwachung und ggf. Umstellung der antiretroviralen Therapie oder zum Nachweis einer HIV-Infektion des Neugeborenen einer HIV-antikörperpositiven Mutter	112,50 €	220,00 DM
<i>Die Leistung nach Nr. 4823 ist im Behandlungsfall nur einmal berechnungsfähig. Davon abweichend sind Bestimmungen der Virusmenge zu Beginn oder bei einer Umstellung der medikamentösen antiretroviralen Therapie bis zu dreimal im Behandlungsfall berechnungsfähig.</i>		
<i>Neben der Leistung nach Nr. 4823 sind die Leistungen nach den Nrn. 4240, 4242 und 4757 in demselben Behandlungsfall nicht berechnungsfähig.</i>		
4824 DNA und/oder RNA des Mycobacterium tuberculosis Complex (MTC) aus respiratorischen Sekreten von Patienten mit begründetem Verdacht auf eine Lungentuberkulose, wenn mikroskopisch keine säurefesten Stäbchen nachweisbar sind, aus respiratorischen Sekreten von AIDS-Patienten auch bei mikroskopisch positivem Befund, oder aus Liquor cerebrospinalis bei Verdacht auf Meningitis tuberculosa	61,40 €	120,00 DM
<i>Die Leistung nach Nr. 4824 ist im Behandlungsfall bis zu dreimal berechnungsfähig.</i>		
4825 Chlamydia trachomatis-DNA und/oder -RNA.	16,40 €	32,00 DM
<i>Neben der Leistung nach Nr. 4825 sind kulturelle Untersuchungen und/oder Antigennachweise zum Nachweis von C. trachomatis nicht berechnungsfähig.</i>		
4826 Bestimmung des Hepatitis C-Virus-Genotyps vor antiviraler Therapie mit Interferon und/oder Nukleosidanaloga	102,30 €	200,00 DM
<i>Die Leistung nach Nr. 4826 ist im Krankheitsfall einmal berechnungsfähig.</i>		
<i>Neben den Leistungen nach den Nrn. 4821 bis 4826 ist die Leistung nach Nr. 4805 zum Nachweis desselben Erregers nicht berechnungsfähig.</i>		

Kosten in € (gültig ab 01.01.2002)	Kosten in DM (gültig bis 31.12.2001)
---	---

U Pauschalerstattungen

BMÄ und E-GO

Die Pauschalerstattung nach Nr. 7103 ist nur einmal im Behandlungsfall und nur von dem Arzt, dem der Überweisungsauftrag zur Probenuntersuchung erteilt wurde, berechnungsfähig. Wird die Auftragsleistung von dem annehmenden Arzt ganz oder teilweise zur Durchführung an einen anderen Arzt weiterüberwiesen, ist die Nr. 7103 in demselben Behandlungsfall für die Weitergabe weder vom weitergebenden noch vom annehmenden Arzt berechnungsfähig.

Kosten für Versandmaterial, für die Versendung bzw. den Transport des Untersuchungsmaterials und die Übermittlung des Untersuchungsergebnisses innerhalb einer Apparate- bzw. Laborgemeinschaft oder innerhalb eines Krankenhausgeländes sind nicht berechnungsfähig.

Psychologische Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten können im Zusammenhang mit ihren Leistungen folgende Kostenerstattungen des Kapitels U abrechnen: Nrn. 7120 bis 7123, 7130, 7140, 7160 und 7161.

Sind zur Durchführung der Leistungen von Psychologischen Psychotherapeuten bzw. von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten Besuchsleistungen (z. B. Begleitungen bei Konfrontationstherapien) erforderlich, so können Wegepauschalen entsprechend den vertraglichen Vereinbarungen nach den Nrn. 7234 bis 7239 bzw. nach den regionalen Vereinbarungen berechnet werden.

1. Pauschalerstattungen für Versandmaterial, Versandgefäße usw. sowie für die Versendung bzw. den Transport von Untersuchungsmaterial, Röntgenaufnahmen und Filmfolien

BMÄ und E-GO

7103* Pauschalerstattung für Versandmaterial, Versandgefäße usw. sowie für die Versendung bzw. den Transport von Untersuchungsmaterial, ggf. auch von infektiösem Untersuchungsmaterial, einschl. der Kosten für die Übermittlung von Untersuchungsergebnissen der

– Laboratoriumsdiagnostik, ggf. einschl. der Kosten für die Übermittlung der Gebührennummern und der Höhe der Kosten überwiesener kurativ-ambulanter Auftragsleistungen des Kapitels O

– Histologie

– Zytologie

– Zytogenetik und Molekulargenetik

einmal im Behandlungsfall **2,60 €** **5,10 DM**

7111* Pauschalerstattung für Versandmaterial sowie für die Versendung bzw. den Transport von Röntgenaufnahmen und/oder Filmfolien mit dokumentierten Untersuchungsergebnissen bildgebender Verfahren, je Versand . . . **3,50 €** **6,90 DM**

7112* Pauschalerstattung für Versandmaterial sowie für die Versendung bzw. den Transport von Langzeit-EKG-Datenträgern, je Versand **1,50 €** **3,00 DM**

Bei Mitgabe von Röntgenaufnahmen, Filmfolien, Szintigrammen oder Langzeit-EKG-Datenträgern sind die Nrn. 7111 oder 7112 nicht berechnungsfähig.

Kosten in € (gültig ab 01.01.2002)	Kosten in DM (gültig bis 31.12.2001)
---	---

2. Pauschalerstattungen für die Versendung bzw. den Transport von Briefen, Szintigrammen und/oder schriftlichen Unterlagen, Kostenpauschale für Telefax

BMÄ und E-GO

7120* Pauschalerstattung für die Versendung bzw. den Transport von Briefen und/oder schriftlichen Unterlagen bis 20 g (z. B. im Postdienst Standardbrief) oder für die Übermittlung eines Telefax	0,60 €	1,10 DM
7121* Pauschalerstattung für die Versendung bzw. den Transport von Briefen und/oder schriftlichen Unterlagen bis 50 g (z. B. im Postdienst Kompaktbrief)	1,10 €	2,20 DM
7122* Pauschalerstattung für die Versendung bzw. den Transport von Briefen und/oder schriftlichen Unterlagen bis 500 g (z. B. im Postdienst Großbrief)	1,50 €	3,00 DM
7123* Pauschalerstattung für die Versendung bzw. den Transport von Briefen und/oder schriftlichen Unterlagen bis 1000 g (z. B. im Postdienst Maxibrief)	2,30 €	4,40 DM

Kosten für die Versendung, den Transport bzw. die Übermittlung laboratoriumsdiagnostischer, histologischer, zytologischer oder zytogenerischer Untersuchungsergebnisse können für die Fälle nicht nach den Pauschalerstattungen Nrn. 7120 bis 7123 berechnet werden, in denen die Nr. 7103 abgerechnet worden ist.

3. Sonstige Pauschalerstattungen Dokumentationsbogen ambulantes Operieren, Krankheitsbericht, Kurplan, Fotokopien, Testbriefchen, Wegekosten nach ambulanten Operationen, Pauschale für Besuche durch Mitarbeiter, Diabetikerschulung, Wegepauschalen

BMÄ und E-GO

7125* Pauschalerstattung für die Dokumentation (Datenerhebungsbogen oder Datensatz) nach Anlage 2 der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen beim ambulanten Operieren gem. § 14 des Vertrages nach § 115 b Abs. 1 SGB V, je dokumentierten Fall	3,10 €	6,00 DM
7130* Pauschale für Leistungen nach den Nrn. 73 oder 77, bei Abfassung in freier Form, wenn vereinbarte Vordrucke nicht verwendet werden können, pro Schreibmaschinenseite	1,50 €	3,00 DM
7140* Pauschale für fotokopierte oder EDV-technisch reproduzierte Befundmitteilungen, Berichte, Arztbriefe und andere patientenbezogene Unterlagen ausschließlich für den mit- oder weiterbehandelnden oder konsiliarisch tätigen Arzt oder den Arzt des Krankenhauses, pro Seite	0,10 €	0,25 DM
7150* Kostenersatz für drei ausgegebene Testbriefchen, wenn die Leistungen nach den Nrn. 159 oder 3520 nicht erbracht werden konnten	1,30 €	2,50 DM
7151* Kostenersatz für ein ausgegebenes Testbriefchen für den Nachweis von Albumin im Stuhl, wenn die Leistung nach Nr. 3522 nicht erbracht werden konnte	1,50 €	3,00 DM
7152* Pauschalerstattung der Kosten bei Durchführung der Leistung nach Nr. 742 für den Bezug des 13C-Harnstoffs gemäß den Allgemeinen Bestimmungen A I., Teil A, 2.	25,60 €	50,00 DM

	Kosten in € (gültig ab 01.01.2002)	Kosten in DM (gültig bis 31.12.2001)
7154 Pauschalerstattung der Kosten bei Durchführung eines medikamentös ausgelösten Schwangerschaftsabbruchs nach der Nr. 196 für den Bezug von Mifepreston	81,80 €	160,00 DM
<i>Der Bezug von Mifepreston ist nur auf dem gesetzlich zulässigen Weg möglich.</i>		

E-GO

7160* Wegepauschale für Besuche in einem Bereich jenseits des Radius von 10 km ausschließlich bei konsiliarischer Tätigkeit nach Nr. 42 oder als erster Besuch nach ambulanter Durchführung von operativen Leistungen bei Tage zwischen 8.00 und 20.00 Uhr	10,70 €	21,00 DM
7161* Wegepauschale für Besuche in einem Bereich jenseits des Radius von 10 km ausschließlich bei konsiliarischer Tätigkeit nach Nr. 42 oder als erster Besuch nach ambulanter Durchführung von operativen Leistungen bei Nacht zwischen 20.00 und 8.00 Uhr	14,80 €	29,00 DM

BMÄ und E-GO

7180* Pauschalerstattung einschl. Wegekosten – entfernungsunabhängig – für das Aufsuchen eines Kranken durch einen vom behandelnden Arzt beauftragten angestellten Mitarbeiter der Praxis mit abgeschlossener Ausbildung in einem nichtärztlichen Heilberuf zur Verrichtung medizinisch notwendiger delegierbarer Leistungen	5,10 €	10,00 DM
7181* Pauschalerstattung einschl. Wegekosten – entfernungsunabhängig – für das Aufsuchen eines weiteren Kranken derselben sozialen Gemeinschaft (auch z. B. Altenheime) in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit dem Aufsuchen eines Kranken nach Nr. 7180	2,60 €	5,00 DM

Die Pauschalen nach den Nrn. 7180 und 7181 können nur berechnet werden, wenn der Kranke aus medizinischen Gründen die Arztpraxis nicht aufsuchen kann.

Der mit dem gesonderten Aufsuchen beauftragte Mitarbeiter darf nur die Leistungen erbringen, die an ihn vom Arzt im Einzelfall delegiert worden sind. Diese Leistungen sind neben den Pauschalen nach den Nrn. 7180 und 7181 berechnungsfähig.

Neben den Pauschalerstattungen nach den Nrn. 7180 und 7181 sind die Leistungen nach den Nrn. 25 bis 32 und 40 nicht berechnungsfähig.

E-GO

7200* Kostenersatz bei Vorhalten eines vom Belegarzt zu vergütenden ärztlichen Bereitschaftsdienstes, je Patient und Pflergetag	3,10 €	6,00 DM
7215* Programmierte ärztliche Schulung und Betreuung von Typ-II-Diabetikern in Gruppen in der Praxis des behandelnden Arztes bei einer Teilnehmerzahl von 4 bis 10 Personen, je Teilnehmer und Sitzung.	7,70 €	15,00 DM
Behandlung von Typ-II-Diabetikern aus dem Vertragsgebiet Ost	5,40 €	10,50 DM

Die Abrechnung der Nr. 7215 bedarf der Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung.

	Kosten in € (gültig ab 01.01.2002)	Kosten in DM (gültig bis 31.12.2001)
7234* Pauschale für Besuche im Kernbereich bis zu 2 km Radius bei Tage zwischen 8 und 20 Uhr	3,20 €	6,20 DM
7235* Pauschale für Besuche im Randbereich bei mehr als 2 km bis zu 5 km Radius bei Tage zwischen 8 und 20 Uhr	6,30 €	12,40 DM
7236* Pauschale für Besuche im Fernbereich bei mehr als 5 km Radius bei Tage zwischen 8 und 20 Uhr	9,20 €	18,00 DM
7237* Pauschale für Besuche im Kernbereich bis zu 2 km Radius bei Nacht zwischen 20 und 8 Uhr	6,30 €	12,40 DM
7238* Pauschale für Besuche im Randbereich bei mehr als 2 km bis zu 5 km Radius bei Nacht zwischen 20 und 8 Uhr	9,80 €	19,15 DM
7239* Pauschale für Besuche im Fernbereich bei mehr als 5 km Radius bei Nacht zwischen 20 und 8 Uhr	13,20 €	25,90 DM

Hinweis

Für Besuche jenseits eines Radius von 10 km zur Durchführung konsiliarischer Tätigkeit oder als erster Besuch nach ambulanter Durchführung von operativen Leistungen sind als Sonderregelung Wegepauschalen nach den Nrn. 7160 und 7161 berechnungsfähig.

Erläuterungen der KBV:

Die Pauschalen nach den Nrn. 7160 und 7161 sowie 7200 bis 7239 sind Gegenstand regionaler Regelungen in den Gesamtverträgen zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Landesverbänden der Primärkassen und aus den diesbezüglichen Abrechnungsbestimmungen der Kassenärztlichen Vereinigungen zu entnehmen.

4. Pauschalerstattungen bei Herzkatheteruntersuchungen und koronaren Rekanalisationsbehandlungen

BMÄ und E-GO:

7250* Sachkosten für die Durchführung der Leistung nach der Nr. 5120	181,50 €	355,00 DM
7251* Sachkosten für die Durchführung einer PTCA nach der Nr. 5122 an einem Gefäß, ggf. einschl. Stent(s)	1058,40 €	2070,00 DM
7252* Sachkosten für die Durchführung einer PTCA nach der Nr. 5122 an mehreren Gefäßen, ggf. einschl. Stents, zusätzlich zur Sachkostenpauschale Nr. 7251	690,20 €	1350,00 DM

Die Sachkostenpauschalen nach den Nrn. 7250 bis 7252 enthalten alle Sachkosten, einschl. der Kosten für Kontrastmittel und Sprechstundenbedarf. Die Allgemeinen Bestimmungen A I., Teil A, 4. finden keine Anwendung.

Erläuterung der KBV:

Die einzeitige Mehrgefäßdilatation am Herzen beinhaltet die Dilatation mehrerer verschiedener Gefäße (A. coronaria dextra, A. coronaria sinistra, Ramus interventricularis anterior und/oder Bypass) in einer Sitzung.

B E S C H L U S S

**zu Änderungen des
Einheitlichen Bewertungsmaßstabes
(EBM)
durch den Bewertungsausschuss
nach § 87 Abs. 3 SGB V
in der 67. Sitzung
(schriftliche Beschlussfassung)
mit Wirkung zum 1. Juli 2001**

**1. Aufnahme eines Hinweises zu den Allgemeinen Bestimmungen A I, Teil B,
Anlage 2**

Hinweis der KBV:

Da sich die in den Allgemeinen Bestimmungen A I., Teil B, Anlage 2, zugrundegelegten Angaben in DM bzw. Dpf. ausschließlich auf das Jahr 1994 beziehen und für die Ermittlung der Fallpunktzahlen keine Relevanz haben, wird insofern auf eine Umrechnung in € verzichtet.

**2. Aufnahme eines Hinweises zu den Allgemeinen Bestimmungen A I, Teil B,
Anlage 3**

Hinweis der KBV:

Da sich die in den Allgemeinen Bestimmungen A I., Teil B, Anlage 3, zugrundegelegten Angaben in DM bzw. Dpf. ausschließlich auf das Jahr 1994 beziehen und für die Ermittlung der Fallpunktzahlen keine Relevanz haben, wird insofern auf eine Umrechnung in € verzichtet.

**3. Änderung des 2. und 3. Absatzes zur Präambel des Abschnitts O I/II.
Allgemeine Laboratoriumsuntersuchungen**

Dieser Gesamtpunktzahl steht ein Punktzahlvolumen gegenüber, das sich aus der Umrechnung der **€-Beträge (gültig ab 01.01.2002)** [DM-Beträge **(gültig bis 31.12.2001)**] der eigenerbrachten, bezogenen oder überwiesenen kurativ-ambulanten Laboratoriumsuntersuchungen des vertraglichen Anhangs zu Abschnitt O I/II. ergibt. In dieses Punktzahlvolumen werden von der Arztpraxis durchgeführte Auftragsleistungen nicht einbezogen.

Die Umrechnung in Punkte erfolgt durch Multiplikation mit dem Faktor **26,6 (gültig ab 01.01.2002)** [~~13,5~~ **13,9 (gültig bis 31.12.2001)**], wobei auf ganze Zahlen auf- oder abgerundet wird.

4. Streichung der zeitlichen Befristung bei folgenden Kennziffern

Die Zeitangabe „(gültig bis 30. Juni 2001)“ bei den Kennziffern 3480 bis 3490, 3493 und 3496 wird gestrichen.

5. Änderung des 2. und 3. Absatzes zur Präambel des Abschnitts O III. Spezielle Laboratoriumsuntersuchungen

Dieser Gesamtpunktzahl steht ein Punktzahlvolumen gegenüber, das sich aus der Urechnung der ~~nicht gestaffelten~~ **€-Beträge (gültig ab 01.01.2002)** [DM-Beträge **(gültig bis 31.12.2001)**] der eigenerbrachten, bezogenen oder überwiesenen kurativ-ambulanten Laboratoriumsuntersuchungen des vertraglichen Anhangs zu Abschnitt O III. ergibt. In dieses Punktzahlvolumen werden von der Arztpraxis durchgeführte Auftragsleistungen nicht einbezogen. Im Falle der Abstufung von Leistungen sind die DM-Beträge in voller, nicht gestaffelter Höhe umzurechnen.

Die Umrechnung in Punkte erfolgt durch Multiplikation mit dem Faktor **28,6 (gültig ab 01.01.2002)** [~~16,4~~ **14,6 (gültig bis 31.12.2001)**], wobei auf ganze Zahlen auf- oder abgerundet wird.

6. Änderung des letzten Absatzes zur Präambel des Abschnitts O III.

Die Leistungen des vertraglichen Anhangs zu diesem Abschnitt unterliegen einer Staffelung je Arztpraxis (Abrechnungsnummer) in Abhängigkeit von der im Quartal erbrachten Anzahl an Leistungen nach dem vertraglichen Anhang zu Abschnitt O III. ~~Rechnet die Arztpraxis bis zu höchstens 450.000 Leistungen nach dem vertraglichen Anhang zum Abschnitt O III. im Quartal ab, wird die Vergütung in DM aus der Summe der abgerechneten Kosten des vertraglichen Anhangs zu Abschnitt O III. zuzüglich eines prozentualen Aufschlages in Höhe von 24 % zur Summe der Kosten, jedoch höchstens bis zu einer auszahlenden Gesamtsumme von DM 6.200.000,-, die sich aus dem zum Zeitpunkt der Auszahlung anerkannten Leistungsbedarf der Praxis ergibt, berechnet. Rechnet die Arztpraxis mehr als 450.000 Leistungen nach dem vertraglichen Anhang zu Abschnitt O III. im Quartal ab, gilt die vorgenannte Regelung nicht, sondern wird die Vergütung in € (gültig ab 01.01.2002) [DM (gültig bis 31.12.2001)] der darüber hinaus abgerechneten Kosten des vertraglichen Anhangs zu Abschnitt O III. wird um 20 % vermindert. Sofern ein Höchstwert zu berechnen ist, zählen die dem Höchstwert zugrunde liegenden Leistungen hinsichtlich der Abstufung insgesamt als eine Leistung.~~