

Analoge Bewertungen

Für eine Analogie ist nur dort Raum, wo die Gebührenordnung eine Abrechnungslücke gelassen hat. In diesen Fällen kann der Arzt eine (ggf. mehrere in Kombination!) nach Art, Kosten- und Zeitaufwand vergleichbare Leistung der GOÄ ansetzen.

In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass formal betrachtet zwar nur Leistungen analog berechnet werden dürfen, „die in das Gebührenverzeichnis nicht aufgenommen sind“ (§ 6 Abs. 2). Die zivilrechtliche Rechtsprechung hat jedoch schon vor etlichen Jahren klargestellt, dass eine „ausfüllungsbedürftige Regelungslücke“ in der GOÄ auch dann besteht, wenn das Leistungsverzeichnis zwar eine Gebührenordnungsposition enthält, diese aber „wegen einer wesentlichen Änderung der Verhältnisse so wenig sachgerecht ist, dass der Regelungscharakter verloren gegangen ist“.

Angesichts der mangelnden Aktualisierung der derzeit gültigen GOÄ und der seit langem ausstehenden Anpassung der Bewertungen an die wirtschaftliche Entwicklung, kann nahezu die gesamte GOÄ als „nur noch wenig sachgerecht“ beurteilt werden. Trotzdem kann die Aussage der Rechtsprechung nicht dahin missverstanden werden, dass nunmehr ein „Freibrief“ für individuell angemessene Höherbewertungen bestehe. Andererseits ist aber auch dem Ansinnen vieler privater Krankenversicherungen unter Hinweis auf diese Rechtsprechung entgegenzutreten, die versuchen, Weiterentwicklungen der Medizin grundsätzlich auf dem Niveau veralteter Leistungsbeschreibungen zu halten, ohne moderne therapeutische oder differenziertere diagnostische Möglichkeiten zu würdigen.

Hinweise der Bundesärztekammer zu den Analogen Bewertungen

Die Bundesärztekammer informiert im Deutschen Ärzteblatt 1996:

„... Die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) enthält in § 6 Abs. 2 die Grundlagen dafür, dass der Arzt – anders als im vertragsärztlichen Bereich, in dem nur im EBM enthaltene Leistungen berechenbar sind – eine nicht in der GOÄ enthaltene Leistung analog einer anderen, in der GOÄ enthaltenen Leistung abrechnen kann. Dies berücksichtigt, dass der rasch fortschreitende medizinische Fortschritt in der GOÄ nicht kurzfristig widerspiegelt werden kann, aber auch, dass es schon bei Verfassung des Gebührenverzeichnisses nicht möglich ist, den ärztlichen Alltag in all seinen Facetten zu erfassen.

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

Der Vorstand der Bundesärztekammer hat schon zur GOÄ von 1982 „Grundsätze analoger Bewertungen“ beschlossen, auf deren Basis im Nachfolgenden das Verfahren bei analogen Bewertungen dargestellt wird.

Selbstständigkeit der Leistung

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

So ist beispielsweise keine Analogbewertung für die besonders lange Dauer der Ausführung einer Leistung möglich. Zum Beispiel bleibt eine Beratung von 30 Minuten eine Beratung und nur nach Nr. 3 abrechenbar (und nicht nach Nr. 31 – homöopathische Folgeanamnese – analog). Für die Berücksichtigung des Umfangs einer Leistung ist in der GOÄ in § 5 der Steigerungsfaktor zutreffend, gegebenenfalls kommt auch eine Abdingung nach § 2 in Betracht.

Abgriffverfahren

Wenn eine analoge Abrechnung in Frage kommt, muss eine GOÄ-Position gewählt werden, die in der technischen Durchführung, im Zeitaufwand, im Schwierigkeitsgrad und in den Kosten der erbrachten Leistung möglichst nahe kommt.

Beim Analogabgriff hat eine GOÄ-Position aus demselben Leistungsabschnitt Vorrang, da hier in der Regel die Vergleichbarkeit am offensichtlichsten ist. Legitim ist aber auch der Abgriff aus einem anderen Kapitel der GOÄ als dem „primär zuständigen“. Möglich ist auch der analoge Abgriff durch eine Summation mehrerer GOÄ-Positionen.

Analoge Abrechnung bereits bekannter Leistungen

Ärztliche Leistungen, die zum Zeitpunkt des In-Kraft-Tretens der GOÄ bereits allgemein anerkannt waren, sind zwar im Grundsatz von einer Analogbewertung nicht ausgeschlossen: in solchen Fällen muss jedoch besonders sorgfältig geprüft werden, ob nicht diese Leistungen bisher als Bestandteil einer anderen, im Gebührenverzeichnis enthaltenen Leistung angesehen wurden oder lediglich abweichende Modalitäten gegenüber einer im Gebührenverzeichnis befindlichen Leistung darstellen.

In der GOÄ fehlende EBM-Leistungen

Da der EBM häufiger aktualisiert wird als die GOÄ, sucht man oft vergebens EBM-Leistungen in der GOÄ. In diesem Fall muss jedoch sorgfältig geprüft werden, ob die oben genannten Voraussetzungen erfüllt sind. Oft handelt es sich nur um die Modifikation einer in der GOÄ enthaltenen Leistung. Da der EBM keinen Steigerungsfaktor kennt, sind im EBM auch Modifikationen einer Leistung als selbstständige Positionen enthalten, besonders häufig in Form von Zuschlägen.

Gleichwertigkeit der Leistungen

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

Rechnungserstellung bei analoger Bewertung

Nach § 12 Abs. 4 GOÄ muss die gewählte Position entweder mit dem Zusatz „analog“ oder „entsprechend“ gekennzeichnet werden und die erbrachte Leistung kurz, aber eindeutig beschrieben werden. Die Nummer und die Bezeichnung der analog abgerechneten Leistung muss angegeben werden („Platzhalter“ siehe nachfolgend „Nummerierung im Analogverzeichnis der Bundesärztekammer“).

Verzeichnis der Analogen Bewertungen (GOÄ) der Bundesärztekammer und des Zentralen Konsultationsausschusses für Gebührenordnungsfragen bei der Bundesärztekammer – Änderungen Stand April 2006

Gemäß § 6 Abs. 2 GOA können selbstständige, nicht im Gebührenverzeichnis aufgeführte ärztliche Leistungen entsprechend einer nach Art, Kosten und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung des Gebührenverzeichnisses berechnet werden. Mit der zum 1. Januar 1996 in Kraft getretenen Vierten Änderungsverordnung zur GOÄ wurden die von der Bundesärztekammer empfohlenen analogen Bewertungen weitgehend in das Gebührenverzeichnis aufgenommen. Auf der Grundlage der Vierten Änderungsverordnung hat die Bundesärztekammer dann seit dem 1. Januar 1996 weitere analoge Bewertungen beschlossen. Diese analogen Bewertungen, die mit dem Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung, dem Bundesministerium des Innern und dem Verband der privaten Krankenversicherung im Zentralen Konsultationsausschuss abgestimmt wurden, sind nachfolgend wiedergegeben. Es handelt sich um Analogbewertungen der fetalen Missbildungssono-graphie, von augenärztlichen Operationen und augenärztlichen Leistungen, der Hernien-chirurgie und der Kapselendoskopie.

Das Verzeichnis enthält des Weiteren die seit 1996 von der Bundesärztekammer empfohlenen Analogbewertungen, die zwar nicht auf Beschlüssen des Zentralen Konsultationsaus-schusses beruhen, jedoch mit den Mitgliedern dieses Ausschusses schriftlich abgestimmt wurden. Diese Analogbewertungen sind vielen Abschnitten des Gebührenverzeichnisses der GOÄ zuzuordnen, Grundleistungen und Allgemeine Leistungen, Kontrastmittelein-bringung, Innere Medizin, Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik, Urologie, Laboratoriums-untersuchungen u.a. Einige Analogbewertungen sind nicht in der nachstehenden Liste, sondern im folgenden Abschnitt „Abrechnungsempfehlungen zur GOÄ“ aufgeführt wegen des fachlichen Zusammenhangs; dies betrifft die Beschlüsse des Zentralen Konsultations-ausschusses zu den GOÄ-Anwendungsempfehlungen der Abschnitte HNO-Operationen und -Leistungen, Bandscheibenoperationen und herzchirurgische Operationen und die Abrechnungsempfehlungen des Gebührenordnungsausschusses der Bundesärztekammer, die nicht mit den Mitgliedern des Zentralen Konsultationsausschusses abgestimmt sind.

Im nachstehenden Analogverzeichnis ist jede Analogbewertung mit einem großen „A“ und einer Nummer, der sogenannten Platzhalternummer, gekennzeichnet, welche die jeweilige Analogbewertung dem entsprechenden Fachkapitel in der GOÄ zuordnet. Die Verwendung dieser Nummer in der Rechnung ist möglich, aber nicht nach der GOÄ (§ 12) vorgeschrieben; sie ersetzt jedoch in keinem Falle die Wiedergabe des Inhaltes der Analogbewertung und der Gebührenordnungsnummer der in der GOÄ analog abgegriffenen Gebührenposition.

Die Analogbewertungen der augenärztlichen Operationen und -Leistungen sind zum größ-ten Teil mit 7000er-Nummern als Platzhalter versehen worden, weil im Kapitel I. Augenheilkunde in der Nummernfolge (1200f.) selbst keine Lücke mehr für die Vielzahl der augenärztlichen Analogbewertungen vorhanden war.

Eine Sonderregelung ist für Laborleistungen zu beachten; bei Leistungen der Abschnitte M II bis M IV muss bei analoger Bewertung einer nicht im Verzeichnis befindlichen Leistung die analog abgegriffene Gebührenposition durch Voranstellen des Buchstabens „A“ gekennzeichnet werden (vgl. Allgemeine Bestimmungen Nr. 8 zu Abschnitt M).

Für die Abrechnung mit den gesetzlichen Unfallversicherungsträgern (Berufsgenossen-schaften) gelten die „Analogen Bewertungen“ nicht. Die entsprechenden Leistungen kön-nen dort entweder (noch) nicht abgerechnet werden (nachfolgend gekennzeichnet mit „-“) oder sind im Leistungsverzeichnis gesondert ausgewiesen (gekennzeichnet mit „¹⁴“).

A 36	Strukturierte Schulung einer Einzelperson mit einer Mindestdauer von 20 Min. bei Asthma bronchiale, Hypertonie, einschließlich Evaluation zur Qualitätssicherung zum Erlernen und Umsetzen des Behandlungsmanagements, einschließlich Auswertung standardisierter Fragebögen, je Sitzung (analog Nr. 33)	300 17,49	40,22 61,20
A 72	Vorläufiger Entlassungsbericht im Krankenhaus (analog Nr. 70)	40 2,33	5,36 9,16
A 353	Einbringung eines Kontrastmittels mittels intraarterieller Hochdruckinjektion zur selektiven Arteriographie (z. B. Nierenarterie) einschließlich Röntgenkontrolle und ggf. einschließlich fortlaufender EKG-Kontrolle, je Arterie (analog Nr. 351)	500 29,14	67,03 102,00
A 409	A-Bild-Sonographie (analog Nr. 410)	200 11,66	26,81 40,80
A 482	Relaxometrie während und/oder nach einer Allgemein-anästhesie bei Vorliegen von der Wirkungsdauer von Muskelrelaxantien verändernden Vorerkrankungen (z. B. AChE-Hemmer-Mangel) oder gravierenden pathophysiologischen Zuständen (z. B. Unterkühlung) (analog Nr. 832)	158 9,21	21,18 32,23
A 496	Drei-in-eins-Block, Knie- oder Fußblock (analog Nr. 476)	380 22,15	50,94 77,52
A 618*	H ₂ -Atemtest (z. B. Laktosetoleranztest), einschließlich Verabreichung der Testsubstanz, Probeentnahmen und Messungen der H ₂ -Konzentration, einschl. Kosten (analog Nr. 617)	341 19,88	35,78 49,69
A 619*	Durchführung des 13C-Harnstoff-Atemtests, einschließlich Verabreichung der Testsubstanz und Probeentnahmen (analog Nr. 615)	227 13,23	23,82 33,08
A 658	Hochverstärktes Oberflächen-EKG aus drei orthogonalen Ableitungen mit Signalermittlung zur Analyse ventrikulärer Spätpotentiale im Frequenz- u. Zeitbereich (Spätpotential-EKG) (analog Nr. 652)	445 25,94	59,66 90,78
A 704	Analonometrie (analog Nr. 1791)	148 8,63	19,84 30,19
A 707	Untersuchung des Dünndarms mittels Kapselendoskopie und Auswertung des Bildmaterials bei unklarer gastro-intestinaler Blutung, nach vorausgegangener Endoskopie des oberen und unteren Gastrointestinaltraktes (analog Nr. 684)	1200 69,94	160,87 244,81
	plus Nr. 687	1500 87,43	201,09 306,01

Voraussetzung für das Erbringen der Kapselendoskopie ist die Gebietsbezeichnung Facharzt/ Fachärztin für Innere Medizin mit Schwerpunkt Gastroenterologie (zukünftig Facharzt/ Fachärztin für Innere Medizin und Schwerpunkt Gastroenterologie).

Ein Arzt oder eine Ärztin, die/der im Rahmen ihrer bisherigen Tätigkeit Kapselendoskopien durchgeführt hat, darf diese Leistungen auch weiterhin erbringen und abrechnen, sofern die für das Erbringen der Kapselendoskopie notwendige fachliche Qualifikation nach der jeweils geltenden Weiterbildungsordnung, insbesondere eingehende Kenntnisse und Erfahrungen mit endoskopischen Verfahren des Gastrointestinaltraktes, nachgewiesen wird.

Der Zeitaufwand für die Auswertung der Videodokumentation beträgt durchschnittlich zwei Stunden. Ist er im konkreten Fall deutlich niedriger oder deutlich höher, ist dies beim Ansatz des Steigerungsfaktors zu berücksichtigen.

A 795	Kiptisch-Untersuchung mit kontinuierlicher EKG- und Blutdruckregistrierung (analog Nr. 648)	605 35,26	81,11 123,42
A 796*	Ergometrische Funktionsprüfung mittels Fahrrad-/oder Laufbandergometer (physikalisch definierte und reproduzierbare Belastungsstufen), einschl. Dokumentation (analog Nr. 650)	152 8,86	15,95 22,15
A 888	Psychiatrische Behandlung zur Reintegration eines Erwachsenen mit psychopathologisch definiertem Krankheitsbild als Gruppenbehandlung (in Gruppen von 3 bis 8 Teilnehmern) durch syndrombezogene verbale Intervention als therapeutische Konsequenz aus den dokumentierten Ergebnissen der selbsterbrachten Leistung nach Nr. 801, Dauer mindestens 50 Minuten, je Teilnehmern und Sitzung (analog Nr. 887)	200 11,66	26,81 40,80
A 1006*	Gezielte weiterführende sonographische Untersuchung zur differenzialdiagnostischen Abklärung und/oder der Überwachung bei aufgrund einer Untersuchung nach Nr. 415 GOÄ ¹ erhobenem Verdacht auf pathologische Befunde (Schädigung eines Fetus durch Fehlbildung oder Erkrankung oder ausgewiesener besonderer Risikosituation aufgrund der Genetik, Anamnese oder einer exogenen Noxe), je Sitzung (analog Nr. 5373*) Die Indikationen ergeben sich aus der Anlage 1c II.2 der Mutterschafts-Richtlinien in der jeweils geltenden Fassung. Die weiterführende sonographische Diagnostik kann gegebenenfalls mehrfach, zur gezielten Ausschlussdiagnostik bis zu dreimal im gesamten Schwangerschaftsverlauf berechnet werden. Im Positivfall einer fetalen Fehlbildung oder Erkrankung ist die Berechnung auch häufiger möglich. Das zur Untersuchung genutzte Ultraschallgerät muss mindestens über 64 Kanäle im Sende- und Empfangsbereich, eine variable Tiefenfokussierung, mindestens 64 Graustufen und eine aktive Vergrößerungsmöglichkeit für Detaildarstellungen verfügen.	1900 110,75	199,34 276,87
A 1007	Farbkodierte Doppler-echokardiographische Untersuchung eines Fetus einschließlich Bilddokumentation bei Verdacht auf Fehlbildung oder Erkrankung des Fetus, einschließlich eindimensionaler Doppler-echokardiographischer Untersuchung, gegebenenfalls einschließlich Untersuchung mit cw-Doppler und Frequenzspektrumanalyse, gegebenenfalls einschließlich zweidimensionaler echokardiographischer Untersuchung mittels Time-Motion-Verfahren (M-Mode),		

	analog Nrn. 424	700 40,80	93,84 142,80
	plus analog Nr. 404 (Einfachsatz)	250 14,57	– –
	plus analog Nr. 406 (Einfachsatz)	200 11,66	11,66 –
	Die Indikationen ergeben sich aus der Anlage 1d der Mutterschafts-Richtlinien in der jeweils geltenden Fassung. Die Dopplerechokardiographie kann gegebenenfalls neben den Leistungen nach den Nrn. A 1006 und A 1008 berechnet werden.		
A 1008	Weiterführende differentialdiagnostische sonographische Abklärung des fetomaternalen Gefäßsystems mittels Duplexverfahren bei Verdacht auf Gefährdung oder Schädigung des Fetus, gegebenenfalls farbkodiert und/oder direktionale Doppler-sonographische Untersuchung im fetomaternalen Gefäßsystem, einschließlich Frequenzspektrumanalyse (analog Nr. 689)	700 40,80	93,84 142,80
	Die Indikationen ergeben sich aus der Anlage 1d der Mutterschafts-Richtlinien in der jeweils geltenden Fassung. Die Duplex-sonographische Untersuchung nach A 1008 kann gegebenenfalls neben den Leistungen nach den Nrn. 415, A 1006 und A 1007 berechnet werden. Bei Mehrlingen sind die Leistungen nach den Nrn. A 1006, A 1007 und A 1008 entsprechend der Zahl der Mehrlinge mehrfach berechnungsfähig. Voraussetzung für das Erbringen der Leistungen nach Nr. A 1006, A 1007 und A 1008 ist das Vorliegen der Qualifikation zur Durchführung des fetalen Ultraschalls im Rahmen der Erkennung von Entwicklungsstörungen, Fehlbildungen und Erkrankungen des Fetus nach der jeweils für die Ärztin/den Arzt geltenden Weiterbildungsordnung.		
A 1157	Chorionzottenbiopsie, transvaginal oder transabdominal unter Ultraschalllicht (analog Nr. 1158)	739 43,07	99,07 150,76
A 1387	Netzhaut-Glaskörper-chirurgischer Eingriff bei anliegender oder abgelöster Netzhaut ohne netzhautablösende Membranen, einschl. Parsplana-Vitrektomie, Retinopexie, ggf. einschl. Membran-Peeling (analog Nr. 2551)	7500 437,16	1005,46 1530,04
	Neben Nr. A 1887 sind keine zusätzlichen Eingriffe an Netzhaut oder Glaskörper berechnungsfähig.		
A 1387.1	Netzhaut-Glaskörper-chirurgischer Eingriff bei anliegender und/oder abgelöster Netzhaut mit netzhautablösenden Membranen und/oder therapierefraktärem Glaukom und/ oder sumakulärer Chirurgie, einschl. Pars-plana-Vitrektomie, Buckelchirurgie, Retinopexie, Glaskörper-Tamponade, Membran-Peeling, ggf. einschl. Rekonstruktion eines Iris- Diaphragmas, ggf. einschl. Daunomycin-Spülung, ggf. einschl. Zell-Transplantation, ggf. einschl. Versiegelung eines Netz- hautlochs mit Thrombozytenkonzentraten, ggf. einschl. weiterer mikrochirurgischer Eingriffe an Netzhaut oder Glaskörper (z. B. Pigmentgewinnung und -implantation) (analog Nr. 2551 + Nr. 2531)	15.000 4874,32	2010,92 3060,08
	Neben Nr. A 1887 sind keine zusätzlichen Eingriffe an Netzhaut oder Glaskörper berechnungsfähig.		

Ergänzende Abrechnungsempfehlung zu den Nrn. A 1387 und A 1387.1:

Die Abschlussbestimmungen bei den Nrn. A 1387 und A 1387.1, wonach keine zusätzlichen Gebührenpositionen für weitere Eingriffe an Netzhaut oder Glaskörper berechnungsfähig sind, gelten nicht für Netzhaut-Glaskörper-chirurgische Eingriffe bei Ruptur des Augapfels mit oder ohne Gewebeerlust oder bei Resektion uveater Tumoren und/oder Durchführung einer Macula-Rotation. Neben Leistungen nach den Nrn. A 1387 und A 1387.1 können in diesen Ausnahmefällen – je nach Indikation – die genannten Maßnahmen als zusätzliche Leistungen berechnet werden, wie z.B. die Nr. A 1387.2 für die Macula-Rotation.

A 1387.2	Macula-Rotation (analog Nr. 1375)	3500 204,01	469,21 714,02
A 1716	Spaltung einer Harnröhrenstriktur unter Sicht (z. B. nach Sachse) (analog Nr. 1802)	739 43,07	99,07 150,76
A 1833a	Wechsel eines suprapubischen Harnblasenfistelkatheters, einschl. Spülung, Katheterfixation und Verband (analog Nr. 1833)	237 13,81	31,77 48,35
A 3289	Operation eines großen Leisten- oder Schenkelbruches oder Rezidivoperation eines Leisten- oder Schenkelbruches, jeweils einschließlich Implantation eines Netzes, (analog Nr. 3286)	2000 116,57	268,12 408,01
A 3732*	Troponin-T-Schnelltest (analog Nr. 3741)	200 11,66	13,41 15,16
A 3733*	Trockenchemische Bestimmung von Theophyllin (analog Nr. 3736)	120 7,00	8,04 9,09
A 3734*	Qualitativer immunologischer Nachweis von Albumin im Stuhl (analog Nr. 3736)	120 7,00	8,04 9,09
A 3757*	Eiweißuntersuchung aus eiweißarmen Flüssigkeiten (z. B. Liquor-, Gelenk- oder Pleurapunktat) (analog Nr. 3760)	70 4,08	4,69 5,30
A 4463*	Qualitative Bestimmung von Antikörpern mittels Ligandenassay – gegebenenfalls einschließlich Doppel- bestimmung und aktueller Bezugskurve (analog Nr. 4462)	230 13,41	15,42 17,43
A 5830*	Computergestützte Individual-Ausblendung (Multileaf- Kollimatoren = MLC) einmal je Feld und Bestrahlungsserie, einschließlich Programmierung (analog Nr. 5378)	1000 87,43	104,92 218,58

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

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

Eine Berechnung von Auslagen nach § 10 GOÄ für die Herstellung individueller Ausblendungen mittels Bleiblöcken neben der Berechnung der Individualausblendung mittels MLC nach Nummer 5878 GOÄ analog ist ausgeschlossen.

A 5860*	Radiochirurgisch stereotaktische Bestrahlung benigner Tumoren mittels Linearbeschleuniger – einschließlich Fixierung mit Ring oder Maske –, einschließlich vorausgegangener Bestrahlungsplanung, einschließlich Anwendung eines Simulators und Anfertigung einer Körperquerschnittszeichnung oder Benutzung eines Körperquerschnitts anhand vorliegender Untersuchungen, einschließlich individueller Berechnung der Dosisverteilung mit Hilfe eines Prozessrechners (analog 6 x Nr. 5855*)	6x 6900 6x 402,18	6x 723,93 6x 1005,46
	<p>Unter radiochirurgischer Bestrahlung (Radiochirurgie) ist die einzeitige stereotaktische Bestrahlung mittels Linearbeschleuniger zu verstehen.</p> <p>Die Radiochirurgie ist nur einmal in sechs Monaten berechnungsfähig.</p> <p>Diese Therapie ist grundsätzlich bei folgenden Indikationen geeignet: Akustikusneurinom, Hypophysenadenom, Meningeom, Arteriovenöse Malformation, medikamentös oder operativ therapierefraktäre Trigeminalalgesie, Chordom.</p> <p>Die nach § 10 GOÄ zulässigen Kosten für Material können zusätzlich berechnet werden.</p>		
A 5861*	Radiochirurgisch stereotaktische Bestrahlung primär maligner Tumoren oder von Hirnmetastasen mittels Linearbeschleuniger – einschließlich Fixierung mit Ring oder Maske –, einschließlich vorausgegangener Bestrahlungsplanung, einschließlich Anwendung eines Simulators und Anfertigung einer Körperquerschnittszeichnung oder Benutzung eines Körperquerschnitts anhand vorliegender Untersuchungen, einschließlich individueller Berechnung der Dosisverteilung mit Hilfe eines Prozessrechners (analog 3,5 x Nr. 5855*)	3,5x 6900 3,5x 402,18	3,5x 723,93 3,5x 1005,46
	<p>Unter radiochirurgischer Bestrahlung (Radiochirurgie) ist die einzeitige stereotaktische Bestrahlung mittels Linearbeschleuniger zu verstehen.</p> <p>Die Radiochirurgie ist nur einmal in sechs Monaten berechnungsfähig.</p> <p>Diese Therapie ist grundsätzlich bei folgenden Indikationen geeignet: Inoperabler primärer Hirntumor oder Rezidiv eines Hirntumors, symptomatische Metastase ZNS, Aderhautmelanom.</p> <p>Die nach § 10 GOÄ zulässigen Kosten für Material können zusätzlich berechnet werden.</p>		
A 7001	Untersuchung der alters- oder erkrankungsbedingten Visusäquivalenz, zum Beispiel bei Amblyopie, Medientrübung oder fehlender Mitarbeit (analog Nr. 1225)	121 7,05	16,22 24,68
A 7002	Qualitative Aniseikonieprüfung mittels einfacher Trennverfahren (analog Nr. 1200)	59 3,44	7,91 12,04
	<p>Die Untersuchung der Nr. A 7002 kann nur bei besonderer Begründung und dann auch zusätzlich zur Kernleistung nach Nr. 1200 berechnet werden.</p>		
A 7003	Quantitative Aniseikoniemessung, gegebenenfalls einschließlich qualitativer Aniseikonieprüfung (analog Nr. 1226)	182 10,61	24,40 37,13
A 7006	Bestimmung elektronisch vergrößernder Sehhilfen, je Sitzung (analog Nr. 1227)	248 14,46	33,25 50,59

A 7007	Quantitative Untersuchung der Hornhautsensibilität (analog Nr. 825) Nr. A 7007 ist nicht berechnungsfähig neben Nr. 6.	83	11,13
		4,84	16,93
A 7008	Konfokale Scanning-Mikroskopie der vorderen Augenabschnitte, einschließlich quantitativer Beurteilung des Hornhautendothels und Messung von Hornhautdicke und Streulicht, ggf. einschließlich Bilddokumentation, je Auge (analog Nr. 1249)	484 28,21	64,89 98,74
A 7009	Quantitative topographische Untersuchung der Hornhautbrechkraft mittels computergestützter Videokeratographie, gegebenenfalls an beiden Augen (analog Nr. 415 GOÄ)	300 17,49	40,22 61,20
A 7010	Laserscanning-Ophthalmoskopie (analog Nr. 1249)	484 28,21	64,89 98,74
A 7011	Biomorphometrische Untersuchung des hinteren Augenpols, gegebenenfalls beidseits (analog Nr. 423)	500 29,14	67,03 102,00
A 7012	Frequenz-Verdopplungs-Perimetrie oder Rauschfeld-Perimetrie (analog Nr. 1229)	182 10,61	24,40 37,13
A 7013	Überschwellige und/oder schwellenbestimmende quantitativ abgestufte, rechnergestützte statische Rasterperimetrie, einschließlich Dokumentation (analog Nr. 1227)	248 14,46	33,25 50,59
A 7014	Ultraschall-Biomikroskopie der vorderen Augenabschnitte, einmal je Sitzung (analog Nr. 413)	280 16,32	37,54 57,12
A 7015	Optische und sonographische Messung der Vorderkammertiefe und/oder der Hornhautdicke des Auges (analog Nr. 410) für die Untersuchung des anderen Auges in der gleichen Sitzung (analog Nr. 420)	200 11,66	26,81 40,80
		80 4,66	10,73 16,32
A 7016	Berechnung einer intraokularen Linse, je Auge (analog Nr. 1212)	132 7,69	17,70 26,93
A 7017	Zweidimensionale Laserdoppler-Untersuchung der Netzhautgefäße mit Farbkodierung, gegebenenfalls beidseits (analog Nr. 424) plus Nr. 406	700 40,80 200 11,66	93,84 142,80 – –
A 7018	Einlegen eines Plastikröhrchens in die ableitenden Tränenwege bis in die Nasenhöhle, gegebenenfalls einschließlich Nahtfixation, je Auge (analog Nr. 1298)	132 7,69	17,70 26,93

A 7019	Prismenadaptionstest vor Augenmuskeloperationen, je Sitzung (analog Nr. 1215)	121 7,05	16,22 24,69
A 7020*	Präoperative kontrollierte Bulbushypotonie mittels Okulopression (analog Nr. 1257*)	242 14,11	25,39 35,26
A 7021	Operative Reposition einer intraokularen Linse (analog Nr. 1353)	832 48,50	111,54 169,73
A 7022	Chirurgische Maßnahmen zur Wiederherstellung der Pupillenfunktion und/oder Einsetzen eines Irisblendenrings (analog Nr. 1326)	1100 64,70	148,81 226,45
A 7023	Messung der Zyklotropie mittels haploskopischer Verfahren und/oder Laserscanning-Ophthalmoskopie (analog Nr. 1217)	242 14,11	32,45 49,39
A 7024	Differenzierende Analyse der Augenstellung beider Augen mittels Messung von Horizontal-, Vertikal- und Zyκλο-Deviation an Tangentenskalen in 9 Blickrichtungen, einschließlich Kopfneige-Test (analog Nr. 1217)	242 14,11	32,45 49,39
A 7025	Korrektur dynamischer Schielwinkelveränderungen mittels retroäquatorialer Myopexie (so genannte Fadenoperation nach Cüppers) an einem geraden Augenmuskel (analog Nr. 1376)	1480 86,27	198,42 301,95
A 7026	Chirurgische Maßnahmen bei Erkrankungen des Aufhängeapparates der Linse (analog Nr. 1326) Eine Berechnung der Nr. A 7026 neben einer Katarakt-Operation, zum Beispiel nach den Nrn. 1349 bis 1351, Nr. 1362, Nr. 1374 oder Nr. 1375, ist in gleicher Sitzung nur bei präoperativer Indikationsstellung zu diesem Zweiteingriff aufgrund des Vorliegens einer besonderen Erkrankung (z. B. subluxierte Linse bei Marfan-Syndrom oder Pseudoexfoliationssyndrom) zulässig.	1110 64,70	148,81 226,45
A 7027	Operation einer Netzhautablösung mit eindellenden Maßnahmen, einschließlich Kryopexie der Netzhaut und/oder Endolaser-Applikation (analog Nr. 1368)	3030 176,61	406,20 618,14
A 7028	Untersuchung und Beurteilung einer okulär bedingten Kopfwangshaltung, beispielsweise mit Prismenadaptionstest oder Disparometer (analog Nr. 1217)	242 14,11	32,45 49,39
A 7029	Isolierte Kryotherapie zur Behandlung oder Verhinderung einer Netzhautablösung, als alleinige Leistung (analog Nr. 1366)	1110 64,70	148,81 226,45