L. Krimmel · B. Kleinken

MEGO

MedWell-Gebührenverzeichnis
für Individuelle
Gesundheitsleistungen

L. Krimmel • B. Kleinken

MEGO

MedWell-Gebührenverzeichnis für Individuelle Gesundheitsleistungen

Ausgabe 2011

ecomed
MEDIZIN

Hinweis:

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutzgesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

In diesem Werk werden Rechtsvorschriften mitgeteilt. Der Leser darf darauf vertrauen, dass Autor und Verlag größte Mühe darauf verwandt haben, diese Angaben bei Fertigstellung des Werkes bzw. der Ergänzungslieferung genau dem Wissensstand entsprechend zu bearbeiten; dennoch sind Fehler nicht vollständig auszuschließen. Aus diesem Grund können Autor und Verlag keine Gewähr für die Richtigkeit der mitgeteilten Daten und Angaben übernehmen; eine Verpflichtung oder Haftung kann aus ihnen nicht herbeigeführt werden.

Mit freundlicher Empfehlung Autor und Verlag

Bibliografische Information Der Deutschen Bibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

L. Krimmel · B. Kleinken
MEGO
MedWell-Gebührenverzeichnis für Individuelle Gesundheitsleistungen
Ausgabe 2011

© 2011 ecomed MEDIZIN, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH
Justus-von-Liebig-Str. 1, 86899 Landsberg/Lech
Telefon 08191/125-0, Telefax 08191/125-292, Internet: http://www.ecomed-medizin.de

Alle Rechte, insbesondere das Recht der Vervielfältigung und Verbreitung sowie der Übersetzung vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form (durch Fotokopie, Mikrofilm oder ein anderes Verfahren) ohne schriftliche Genehmigung des Verlages reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Systeme gespeichert, verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.

Satz: WMTP Wendt-Media Text-Processing GmbH, 69488 Birkenau
Druck: Fuldaer Verlagsanstalt GmbH & Co. KG, 36037 Fulda
ISBN 978-3-609-16437-3

Inhaltsverzeichnis

Geleitwort des Präsidenten der DGVP 7

Die Autoren 9

12 Jahre IGeL: Rückblick und Ausblick 11

Einführung 21

- Warum IGeL-Leistungen 21
- Abgrenzung IGeL/GKV-Leistungen 23
- Inhalte und Struktur der MEGO 25
- IGeL-Leistungen bei Privatpatienten 28
- Behandlungsvertrag und Honorarvereinbarung 29
- Grundlagen der Abrechnung 34

Exkurs: IGeL und Steuern 49

Exkurs: IGeL und Arzneimittelgesetz 55

Exkurs: IGeL und DL-InfoV 55

Gebührenverzeichnis 57

A – Allgemeine Bestimmungen 59

B – Grundleistungen und allgemeine Leistungen 61

B I – Beratungen 61

B II – Besondere Therapierichtungen / Umweltmedizin 75

B III – Serviceleistungen 83

C – Nichtgebietsbezogene Sonderleistungen 99

C I – Verbände 99

C II – Injektionen 101

C III – Allergologie 107

C IV – Sonographie 109

D – Anästhesieleistungen 113

E – Physikalisch-medizinische Leistungen 117

F I – Innere Medizin 121

F II – Kinder- und Jugendheilkunde 139

F III – Dermatologie 141

G – **Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie** 161
H – **Gynäkologie und Geburtshilfe** 171
I – **Augenheilkunde** 183
J – **Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde** 199
K – **Urologie** 207
L I – **Chirurgie** 215
L II – **Orthopädie** 221
M – **Laboratoriumsuntersuchungen** 233
M I/II – **Gemeinschaftslabor** 235
M III/IV – **Speziallabor** 243
N – **Histologie, Zytologie und Zytogenetik** 269
O – **Strahlendiagnostik, Nuklearmedizin, Magnetresonanztomographie und Strahlentherapie** 273
Stichwortregister 279

Geleitwort zur MEGO 2009

Der kontinuierliche Abbau von Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, der sich auch in den nächsten Jahren fortsetzen wird, hat u.a. auch zu einer vermehrten Nachfrage der Versicherten und Patienten nach Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) geführt. Die Aktivitäten des G-BA (Gemeinsamer Bundesausschuss) und des IQWIG (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen) mit dem übergeordneten Fokus der Kosten-Nutzen-Bewertung werden die Tendenz zu Leistungskürzungen durch die GKV und damit die Inanspruchnahme von IGeL noch verstärken.

Auf der anderen Seite stehen die Mediziner. Sie möchten ihren Patienten auch Leistungen anbieten, die außerhalb des reduzierten Leistungskatalogs der Kassen liegen. Und teilweise bleibt ihnen wohl auch nichts anderes übrig. Denn auch unter neuen Vergütungsformen muss weiterhin mit einer „Mangelverwaltung“ durch die GKV gerechnet werden, wird die Vergütung diagnostischer und therapeutischer Leistungen immer weniger ausreichend sein. Fakt ist, dass die Ärzte mit der Erbringung reiner Kassenleistungen schon längst nicht mehr das wirtschaftliche Überleben ihrer Praxis sichern können. Es ist auch kein Geheimnis, dass Privatmedizin und Selbstzahlerleistungen in den Praxen den Kassenbereich quasi „finanzieren“. Wen also wundert es, dass Ärzte vermehrt Leistungen anbieten, die die Versicherten aus der eigenen Tasche bezahlen.

In diesem Umfeld nun müssen die Versicherten entscheiden, was für ihre medizinische Versorgung richtig und wichtig ist und welche Leistungen sie über das Angebot ihrer Krankenversicherung hinaus in Anspruch nehmen sollten. Da ist auch im Zeitalter von Verbrauchermagazinen und Internet Verunsicherung und Verwirrung vorprogrammiert.

Ein Stück weit Sicherheit kann hier die MEGO geben – und zwar sowohl Ärzten als auch Versicherten. Alle Leistungen sind hinsichtlich der Kriterien der medizinischen Relevanz, der Patientennachfrage und der rechtlichen Zuordnung zur Privatmedizin überprüft. Während der Arzt darüber hinaus zahlreiche Hinweise erhält, wie er ökonomisch sinnvoll, zugleich aber im absolut zulässigen Rahmen, abrechnen kann, können sich Versicherte und Patienten mit der MEGO einen Überblick über mögliche seriöse Angebote und vor allem deren Preisrahmen verschaffen.

Damit kann die MEGO ein Instrument sein gegen die oft zitierte – und teilweise leider auch praktizierte – „Abzocke“ im IGeL-Bereich, in dem selbstverständlich auch eine eingehende Aufklärung und Beratung sowie eine saubere Rechnungsstellung nicht fehlen dürfen. Aber auch dazu gibt es in der MEGO hilfreiche Hinweise und Formulare.

So möge die vorliegende aktualisierte Ausgabe der MEGO 2009 im Sinne einer optimalen Gesundheitsversorgung möglichst allen relevanten Gruppen zugute kommen – sowohl dem medizinischen Personal auf der einen als auch den Versicherten und Patienten auf der anderen Seite.

Heppenheim, im Juni 2008

Wolfram-Armin Candidus

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Versicherte und Patienten (DGVP)

Die Autoren

Dr. med. Lothar Krimmel wurde am 30. Januar 1957 in Würzburg geboren. Von 1975 bis 1981 studierte er Humanmedizin an der Universität Köln als Stipendiat der Studienstiftung des deutschen Volkes. 1981 erhielt er die Approbation als Arzt und 1984 die Promotion. Die Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin absolvierte er 1981 bis 1986 in den Gebieten Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Chirurgie, Anästhesiologie sowie Gynäkologie und Geburtshilfe. 1986 wechselte Dr. Krimmel zur Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), wo er zunächst als Referent in der Honorarabteilung und ab 1988 als stv. Leiter der Vertragsabteilung tätig war. Von 1992 bis 1999 war er als stv. Hauptgeschäftsführer mitverantwortlich für die gesundheitspolitische Positionierung der Kassenärzteschaft. In dieser Zeit entwickelte er u.a. das Konzept der Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL). 1999 stellte Dr. Krimmel Konzepte für einen „Zweiten Gesundheitsmarkt“ vor und gründete die MedWell Gesundheits-AG, deren Vorstand er bis 2003 war. Von 2004 bis 2008 war er Geschäftsführer für den Bereich „Strategie, Marketing und Vertrieb“ bei der Bioscientia Institut für Medizinische Diagnostik GmbH in Ingelheim. Seither ist er Geschäftführer der IMAGE Institut für Management im Gesundheitsmarkt GmbH in Berlin. Dr. Krimmel ist Autor zahlreicher Bücher aus Bereichen des Gesundheitsmarkts sowie von mehr als 100 wissenschaftlichen und gesundheitspolitischen Publikationen. Seit 1999 ist er Mitglied des Vorstands der Ludwig-Sievers-Stiftung zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung über Wesen und Bedeutung der Freien Berufe.

Dr. Lothar Krimmel
Geschäftsführer
Image Institut für Management im Gesundheitsmarkt GmbH
Marienstr. 28
10117 Berlin

Dr. med. Bernhard Kleinken, geboren 1947, studierte Chemie und Medizin. Nach der klinischen Tätigkeit als urologischer Oberarzt arbeitete er etwa zehn Jahre bei der Bundesärztekammer. Zuletzt als stv. Dezernent waren seine Hauptarbeitsgebiete die Weiterentwicklung der GOÄ und Anwendungsfragen zur GOÄ. Er war Autor des Kommentars zur GOÄ aus dem Deutschen Ärzteverlag (des „Brück“). Von 2000 bis 2003 leitete er bei der MedWell Gesundheits-AG die Forschungs- und Entwicklungsabteilung. Seit 2003 berät er bei der PVS Consult in Köln ärztliche Verbände und die PVS Consult tragenden PVSen in Fragen der Privatliquidation. Seit 2004 ist er Autor und Herausgeber des GOÄ-Kommentars „Hoffmann“ (Kohlhammer-Verlag). Zu seinen Publika-

tionen zählen der Kommentar zur GOP (Deutscher Ärzteverlag) und zahlreiche Beiträge zur Privatliquidation und IGeL in Zeitschriften und Magazinen für niedergelassene Ärzte und Krankenhausärzte. Ergänzt wird dies durch Seminar- und Vortragstätigkeit.

Dr. med. Bernhard Kleinken
Ingendorfer Straße 51
50259 Pulheim-Stommeln

12 Jahre IGeL: Rückblick und Ausblick

Am 18. März 1998 gab die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) den medialen Startschuss für das Konzept der Individuellen Gesundheitsleistungen. Damals dürfte kaum jemand geahnt haben, dass sich die interne Projektbezeichnung „IGeL“ innerhalb weniger Jahre zu einem Gattungsbegriff des Gesundheitsmarkts entwickeln würde, der sowohl in der medizinischen als auch in der allgemeinen Öffentlichkeit eine überragende Bekanntheit erlangt.

Systematisch gehören Individuelle Gesundheitsleistungen zur Privatmedizin, obwohl sie überwiegend bei GKV-Versicherten erbracht werden. Die IGeL sind – trotz des stürmischen Wachstums der letzten Jahre – nach wie vor der kleinere der beiden Bereiche des Zweiten Gesundheitsmarkts, also des Gesundheitsmarkts außerhalb der Kassenmedizin (vgl. Abb. 1).

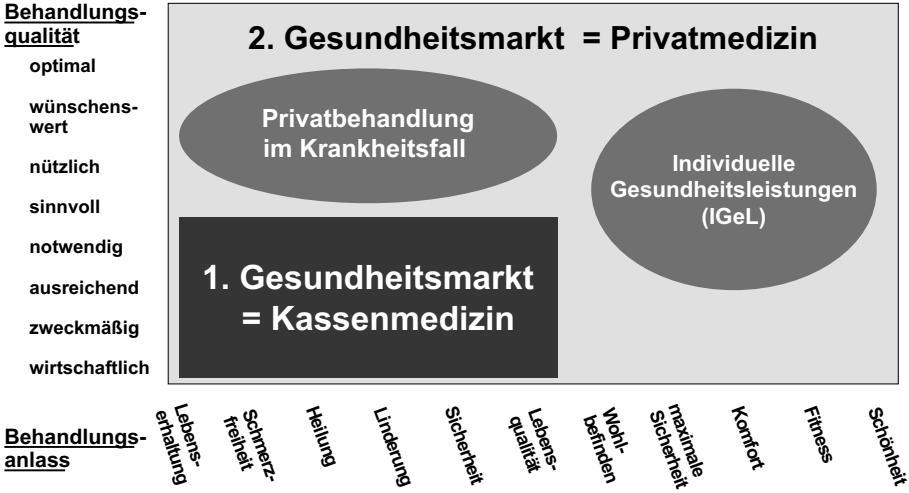

Abb. 1: Definition und Abgrenzung der Privatmedizin

Der weitaus wichtigere Bereich betrifft die Privatbehandlung im Krankheitsfall. Diese ist durch eine ganze Fülle von anstehenden Maßnahmen der Gesundheitspolitik (Gesundheitsfonds, Basistarif, GOÄ-Novellierung) derzeit besonders stark in Gefahr. Das diesem Beitrag angefügte „Manifest eines Privatpatienten“ mag insbesondere verdeutlichen, dass die Ansprüche und Interessen der mehr als 8 Millionen Privatversicherten in Deutschland nicht nur legitim sind, sondern unter dem besonderen Schutz des Grundgesetzes stehen.

Doch zurück zu den IGeL: Zehn Jahre nach der Vorstellung des IGeL-Konzepts sind die vom Autor dieses Beitrags geprägten Begriffe „Individuelle Gesundheitsleistungen“ und „Zweiter Gesundheitsmarkt“ zu festen Größen in der gesundheitspolitischen Debatte und erst recht im ärztlichen Alltag geworden (vgl. Abb. 2). Dass aus der Ecke ideologisch fixierter Medizinkritiker überwiegend Kritik am Angebot von IGeL-Leistungen geübt wird, kann dabei nicht überraschen. Denn ohne Zweifel sitzt dort der Stachel nach wie vor tief, dass sich die Ärzteschaft mit einer eigenen Strategie den „All-Inclusive-Ansprüchen“ von Politik und Krankenkassen widersetzt hat.

• **IGeL-Umsatz > 1.000 Mio. € pro Jahr**	**(WIdO, 2005)**
• **16 Mio. IGeL-Leistungen pro Jahr**	**(WIdO, 2005)**
• **75% der Praxen bieten IGeLan**	**(GfK, 2005)**
• **IGeL-Umsatz im Durchschnitt bei 20.000 €/Jahr**	**(Kuntz, 2006)**
• **IGeLim Durchschnitt 5% des Praxis-Umsatzes**	**(St. Ges., 2006)**
• **19% der Versicherten bekamen IGeL-Angebot**	**(KBV, 2006)**
• **58% dieser Versicherten haben angenommen**	**(KBV, 2006)**

Abb. 2: Aktuelles zum IGeL-Markt

Dementsprechend sind die Beispiele für vermeintlich unsinnige Leistungsangebote zumeist ebenso an den Haaren herbeigezogen wie die Kritik an einem angeblich aggressiven Aufdrängen von IGeL-Leistungen. Die IGeL-Angebote als unsinnig oder gar überflüssig darzustellen ist so, als wolle man dem Autofahrer vermitteln, er brauche doch nur das, was der TÜV unbedingt vorschreibe, und alles andere seien völlig überflüssige Angebote geldgieriger Autoverkäufer – von CD-Radio und Schiebedach über Xenon-Scheinwerfer und Klima-Anlage bis zum Seitenairbag für die Kinder auf den Rücksitzen.

Insbesondere die unreflektierte Selbstverständlichkeit, mit der legitime individuelle Gesundheitswünsche – von der Glatzenbehandlung bis zur LASIK-Operation – als „unnötig“ und das ärztliche Gespräch hierüber als „unärztlich“ hingestellt werden, verrät die Kritiker als Anhänger eines patriarchalischen Medizinverständnisses, in dem sich der Patient bedingungslos den Vorgaben von Expertengremien zu unterwerfen hat. Dabei sind diese Vorgaben in aller Regel auf Patientenkollektive ausgerichtet und daher schon vom Ansatz her unvereinbar mit dem individuellen Anspruch des Patienten auf eine nach seinem Empfinden optimale Behandlung im Einzelfall.

Die gesundheitspolitischen Gründe, die ab Mitte der 90er Jahre zur Entwicklung des IGeL-Konzepts geführt haben, sind unverändert gültig. Die bis 1998 von den Kassen als „kostenlos“ propagierte Untersuchung auf Hautkrebs ist ein schlagendes Beispiel für den Erfolg der ärztlichen IGeL-Strategie. Denn in den Jahren ab 1998 erwies sich das Angebot der Hautkrebsvorsorge in Form der IGeL-Leistung als überlebensnotwendig für zahlreiche der unter besonderem Budgetdruck leidenden Hautarztpraxen. Und die Einführung des Hautkrebs-Screenings zum 01.07.2008 wäre ohne die vorherige „Ausgliederung“ auf die IGeL-Liste nicht zustande gekommen.

In den ersten Jahren des 21. Jahrhunderts verlief das Wachstum des IGeL-Markts außerordentlich dynamisch, wie auch das Wissenschaftliche Institut der AOK (WIdO) in mehreren Untersuchungen aufgezeigt hat (vgl. Abb. 3). Von daher darf es nicht überraschen, dass gegen Ende des ersten Jahrzehnts Zeichen einer allmählichen Abflachung dieses Wachstums erkennbar werden. Das WIdO hat sich in seinen Untersuchungen auch mit der Entwicklung einzelner Leistungen des IGeL-Markts befasst. Dabei erwiesen sich die „TOP-IGeL-Leistungen“ als erstaunlich konstant (vgl. Abb. 4).

Interessant ist dabei auch die „Realisierungsquote“ der von Ärzten angebotenen IGeL (vgl. Abb. 5). Mit großem Abstand führen die Labor-Angebote sowie die beiden IGeL-Kernleistungen der Dermatologen und der Augenärzte. Offenbar vermitteln Laborparameter in besonderer Weise den „Added Value“, also den zusätzlichen Nutzen Individueller Gesundheitsleistungen, der über eine be-

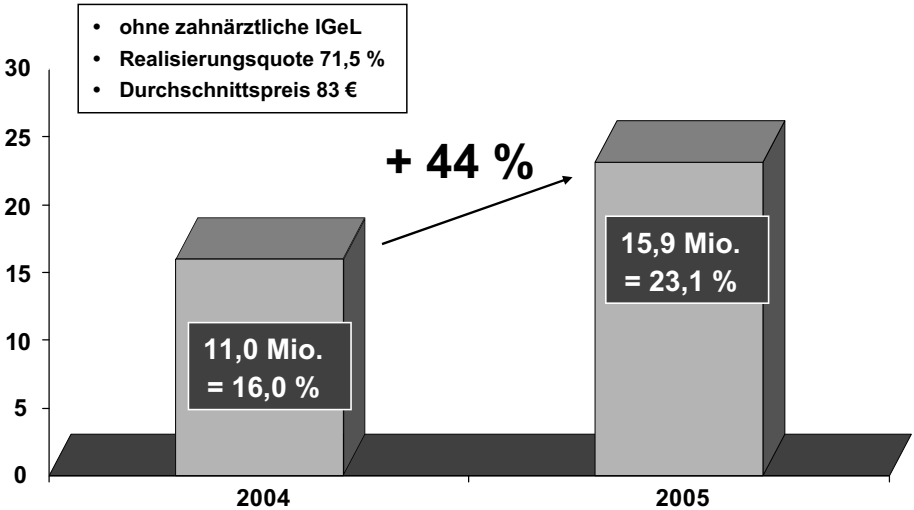

Abb. 3: Entwicklung des IGeL-Markts von 2004 bis 2005 (Anteil der auf IGeL angesprochenen Versicherten, WIdO-Studie 2005)

1.	**Ultraschalluntersuchung**	**21,8 %**
2.	**Augeninnendruckmessung**	**16,0 %**
3.	**Krebsfrüherkennung Frauen**	**10,5 %**
4.	**Laborleistungen allgemein**	**7,6 %**
5.	**PSA-Bestimmung**	**6,6 %**
6.	**Hautkrebsvorsorge**	**4,0 %**
7.	**Knochendichtemessung**	**3,5 %**
8.	**Kosmetische Leistungen**	**1,9 %**
9.	**Impfungen**	**1,8 %**
10.	**EKG**	**1,1 %**

Abb. 4: Die TOP 10 der IGeL-Angebote (relative Häufigkeit nach WIdO, 2005)

sondere Form der Entängstigung ein allgemeines Wohlbefinden auslöst, das in ein teils länger anhaltendes positives Lebensgefühl mündet. Die kleinliche Diskussion darüber, ob die betreffenden Labor-IGeL unter streng wissenschaftlichen Kriterien tatsächlich ein solches Lebensgefühl auslösen dürften und ob der Arzt dies bestärken dürfe, ist nachgerade absurd und geht am Patienteninteresse komplett vorbei.

1.	**PSA-Bestimmung**	**90,4 %**
2.	**Hautkrebsvorsorge**	**84,4 %**
3.	**Laborleistungen allgemein**	**80,0 %**
4.	**Augeninnendruckmessung**	**77,2 %**
5.	**Ultraschalluntersuchung**	**68,8 %**
6.	**Kosmetische Leistungen**	**66,7 %**
7.	**Impfungen**	**64,3 %**
8.	**Knochendichtemessung**	**57,1 %**
9.	**EKG**	**55,6 %**
10.	**Krebsfrüherkennung Frauen**	**55,4 %**

Abb. 5: Realisierungsquoten von IGeL-Angeboten (Anteil der angenommenen Angebote nach WIdO, 2005)

Bei den Arztgruppen, die am häufigsten IGeL anbieten, dominieren seit jeher die Fachgebiete der sog. „GOUDA"-Gruppe, also der Gynäkologen, Orthopäden, Urologen, Dermatologen und Augenärzte (vgl. Abb. 6). Allgemeinärzte und Internisten tauchen in dieser Hitliste nur wegen ihrer großen Zahl in den vorderen Rängen auf. Bei Betrachtung der IGeL-Angebote pro Arzt wird der erhebliche Abstand zur „GOUDA"-Gruppe besonders gut erkennbar (vgl. Abb. 7).

1.	***Gynäkologen***	**32,4 %**
2.	***Augenärzte***	**19,0 %**
3.	**Allgemeinärzte**	**16,0 %**
4.	***Orthopäden***	**8,2 %**
5.	***Urologen***	**7,1 %**
6.	***Dermatologen***	**5,8 %**
7.	**Internisten**	**6,3 %**

kursiv = „GOUDA-Gruppe"

Abb. 6: Die TOP IGeL-Arztgruppen (relative Häufigkeit nach WIdO, 2005

1.	***Augenarzt***	**594**
2.	***Gynäkologe***	**541**
3.	***Urologe***	**450**
4.	***Dermatologe***	**285**
5.	***Orthopäde***	**267**
6.	**Allgemeinarzt**	**61**
7.	**Internist**	**36**

kursiv = „GOUDA-Gruppe"

Abb. 7: Durchschnittliche Zahl der IGel-Angebote pro Arzt und Jahr (nach WIdO, 2005)

Ungeachtet der Unterschiede bei den einzelnen Fachgruppen ist die grundsätzliche Wachstumsdynamik im IGeL-Markt weiterhin intakt. Dies liegt insbeson-

dere an dem sich ergänzenden Wachstum im Bereich der folgenden vier unterschiedlichen Wachstumsfaktoren:

- Der Anteil der IGeL-Leistungen anbietenden Praxen nimmt weiter kontinuierlich zu.
- Der Anteil der IGeL-Angebote nachfragenden Patienten pro Praxis steigt ebenfalls stetig an.
- Die Zahl der pro Patient nachgefragten IGeL-Angebote wächst angesichts zufriedener Kunden.
- Schließlich steigt auch die Zahl der für IGeL-Angebote in Frage kommenden Leistungen aufgrund medizinischer Innovationen und zunehmender Ausgliederungen aus dem GKV-Leistungsangebot.

Auch die politischen Rahmenbedingungen sind unverändert auf eine weitere Festigung des IGeL-Markts ausgerichtet (vgl. Abb. 8). Daran kann auch eine deutliche Aufstockung der kassenärztlichen Honorare nichts ändern.

- **IGeL-Angebote des Arztes sind elementarer Ausdruck des Grundrechts auf freie Berufswahl (Art. 12 Abs. 2 Grundgesetz)**
- **Die Inanspruchnahme von IGeL-Angeboten ist Ausdruck des Grundrechts auf freie Entfaltung der Persönlichkeit im Bereich der eigenen Gesundheit (Art. 2 Abs. 1 Grundgesetz)**
- **Die dauerhaft angespannte Finanzlage der GKV wird die GKV-Leistungen begrenzt halten und das IGeL-Segment stärken.**
- **Die Nachfrage nach Angeboten zur Optimierung der persönlichen Gesundheit wird weiter zunehmen.**
- **Innovation und medizinischer Fortschritt werden auch in Zukunft neue Angebote außerhalb der GKV-Medizin hervorbringen.**

Abb. 8: Warum der IGeL-Markt zukunftssicher ist und weiter expandieren wird

Neben dem „Entlastungseffekt“, den der IGeL-Markt für die Anbieter und Nachfrager von Gesundheitsleistungen angesichts eines kollektivistisch reglementierten Ersten Gesundheitsmarkts bewirkt hat, darf die überragende politische Dimension des IGeL-Ansatzes nicht in Vergessenheit geraten (vgl. Abb. 9). IGeL sind und bleiben insoweit auch das Aushängeschild für eine freie Gesellschaft, in der Patienten und Ärzte außerhalb staatlicher Gängelung frei über

das Angebot und die Inanspruchnahme zusätzlicher Gesundheitsleistungen entscheiden können.

Weg von entmündigender staatlicher Fürsorge,	**➠ hin zur freien Wahl der Versorgungsform**
Weg vom patriarchalischen Entscheidungsmonopol,	**➠ hin zu individuellen Gesundheitsbedürfnissen**
Weg von kollektivierter Unverantwortlichkeit,	**➠ hin zur Verantwortung für Prävention und Lebensstil**
Weg vom Arbeitsplatzabbau im Gesundheitswesen,	**➠ hin zum Wirtschaftsfaktor Gesundheit**

Abb. 9: Die IGeL-Idee: Ein Beitrag zur Zukunft von Wirtschaft und Gesellschaft

Manifest eines Privatpatienten

I. Grundsätzliches

1. Die freie Entfaltung meiner Persönlichkeit gerade auch im höchstpersönlichen Bereich meiner eigenen Gesundheit betrachte ich als ein unveräußerliches Grundrecht, welches mir in Artikel 2 des Grundgesetzes garantiert wird.

2. Ich möchte in allen Bereichen, die meine Gesundheit betreffen, in Absprache mit meinem Arzt frei entscheiden können. Ich möchte ausdrücklich nicht, dass staatlich kontrollierte Gremien unter finanziellen Aspekten entscheiden, was ich zur Förderung meiner Gesundheit oder im Krankheitsfall in Anspruch nehmen darf. Ich bin bereit, für diese Freiheit einen entsprechenden Preis zu bezahlen.

3. Ich bin bereit, zu Gunsten der Investition in meine Gesundheit ggf. auf andere teure Wahlentscheidungen wie Luxusauto oder Luxusvilla zu verzichten. Ich erwarte, dass ein demokratischer Rechtsstaat seinen Bürgern die Freiheit garantiert, private Mittel aufgrund solcher persönlicher Erwägungen einzusetzen.

II. Meine Ansprüche

4. Ich möchte, dass mein Arzt mir im Krankheitsfall die aus seiner Sicht optimale Behandlung anbieten kann, ohne hiervon aufgrund sozialrechtlicher Einschränkungen, finanzieller Erwägungen oder der Zwänge des Wirtschaftlichkeitsgebots Abstriche machen zu müssen. Ich bin bereit, für den Anspruch auf optimale Behandlung entsprechend mehr zu zahlen.

5. Ich möchte unter verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten die für mich komfortabelste wählen können, auch wenn diese Behandlung nach den Kriterien der gesetzlichen Krankenversicherung als „unwirtschaftlich“ gelten sollte. Ich bin bereit, für diesen Komfort entsprechend mehr zu zahlen.

6. Ich möchte einen ungeschmälerten Zugang zu allen medizinischen Innovationen haben und nicht davon abhängig sein, ob und wann staatlich kontrollierte Gremien eine bestimmte Innovation als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung anerkennen. Ich bin bereit, für diesen Anspruch entsprechend mehr zu zahlen.

7. Ich möchte von meinem Arzt jeweils so ausführlich wie möglich beraten werden und alle für mich relevanten Fragen eingehend erörtern können, auch wenn der erhöhte Zeitaufwand meines Arztes nach den Kriterien der gesetzli-

chen Krankenversicherung als „unwirtschaftlich“ gelten sollte. Ich bin bereit, die erhöhte Beratungszeit entsprechend zu vergüten.

8. Ich möchte bei Bedarf einen umgehenden Termin bei meinem Arzt erhalten können, auch wenn dies mit erhöhtem organisatorischem oder zeitlichem Aufwand der Praxis verbunden ist. Ich bin bereit, meinem Arzt den erhöhten Aufwand entsprechend zu vergüten.

9. Ich möchte bei Wahrnehmung meines Behandlungstermins keine Wartezeiten in Kauf nehmen müssen, auch wenn dies mit erhöhtem organisatorischem oder zeitlichem Aufwand der Praxis verbunden ist. Ich bin bereit, meinem Arzt den erhöhten Aufwand entsprechend zu vergüten.

10. Ich möchte, dass mich mein Arzt im Krankheitsfall auf meinen Wunsch auch dann zu Hause besuchen kann, wenn es mir zumutbar wäre, ihn in der Praxis aufzusuchen. Ich bin bereit, diesen Komfort entsprechend zu vergüten.

11. Ich möchte Zugang zu allen Ärzten haben und nicht auf die im System der gesetzlichen Krankenversicherung tätigen Ärzte beschränkt sein. Dies gilt insbesondere für meinen Wunsch, bei schwerwiegenden Erkrankungen den für die betreffende Behandlung besten Experten aufsuchen zu können. Ich bin bereit, hierfür entsprechend mehr zu zahlen.

12. Ich möchte, dass ich auch für die Behandlung meiner Kinder diese Freiheiten in Anspruch nehmen kann. Ich bin bereit, auch für deren Behandlung einen entsprechend höheren Preis zu zahlen.

13. Ich möchte, dass mein Arzt für meine Behandlung eine angemessene und im Vorhinein kalkulierbare Vergütung erhält, damit unser Vertrauensverhältnis nicht durch eine unklare oder unangemessen niedrige Vergütung gestört wird. Ich bin bereit, hierfür entsprechend mehr zu zahlen.

III. Meine Verantwortung

14. Ich wünsche eine ausreichende medizinische Versorgung für alle Menschen, nicht nur in Deutschland. Ich bin bereit, mich an der Realisierung dieses Anliegens in dem mir möglichen Rahmen zu beteiligen.

15. Meine besondere Verantwortung gilt der Sicherstellung einer ausreichenden medizinischen Versorgung für alle Bürger in Deutschland. Ich bin bereit, mich über Steuerzahlungen an der Finanzierung der medizinischen Versorgung derjenigen Bürger zu beteiligen, die sich eine solche Versorgung nicht aus eigener Kraft leisten können. Diese Solidarität setzt allerdings voraus,

dass die betreffenden Bürger sich durch gesundheitsbewusstes Verhalten und Begrenzung der Inanspruchnahme auf die unbedingt notwendigen Leistungen ebenfalls solidarisch verhalten.

16. Als Bürger dieses Staates halte ich das Gesundheitswesen für einen wichtigen Zukunftsmarkt mit hohem Beschäftigungspotenzial. Ich bin davon überzeugt, dass meine überdurchschnittlichen Beiträge zur Finanzierung meiner überdurchschnittlichen gesundheitlichen Ansprüche auch volkswirtschaftlich sinnvoll sind und damit dem Wohl der Allgemeinheit dienen.

IV. Mein Widerstand

17. Ich erwarte von Seiten des Staates, dass alles unterlassen wird, was mein Grundrecht auf freie Entfaltung meiner Persönlichkeit im Bereich meiner Gesundheit einschränken könnte. Ich werde allen denjenigen entschieden entgegentreten, die dieses elementare Grundrecht in verfassungswidriger Weise unter Bezugnahme auf Parolen des Klassenkampfes einschränken wollen.

18. Ich habe stets einen überdurchschnittlichen Beitrag zur privaten Krankenversicherung entrichtet. Die für meine privatmedizinische Behandlung gebildeten Rückstellungen sind mein Eigentum und unterstehen dem besonderen Schutz des Artikels 14 des Grundgesetzes. Ich werde mich gegen jeden Versuch der Enteignung zur Wehr setzen.

19. Ich lehne es entschieden ab, zwangsweise in ein Versorgungssystem einbezogen zu werden, in dem staatliche und halbstaatliche Stellen nach von mir nicht beeinflussbaren Kriterien darüber entscheiden, auf welche Leistungen ich im Krankheitsfall Anspruch habe oder nach welchen Vorgaben mich mein Arzt im Krankheitsfall behandeln soll.

20. Falls ich gegen meinen Willen zur Mitgliedschaft in einer gesetzlichen Krankenversicherung gezwungen werden sollte, werde ich umgehend Wege beschreiten, meine individuellen gesundheitlichen Ansprüche auf anderem Wege zu realisieren.

MEGO
MedWell-Gebührenverzeichnis für Individuelle Gesundheitsleistungen

Ausgabe 2011

Einführung

Warum IGeL-Leistungen?

Zu Lasten der GKV darf der Arzt nur solche Leistungen berechnen, die gemäß § 2 BMV-Ä in den Umfang der vertragsärztlichen Versorgung fallen. Leistungen, für die eine Leistungspflicht der Krankenkassen nicht besteht, darf der Arzt nur im Rahmen einer Privatbehandlung (IGeL) erbringen (§ 3 BMV-Ä).

Was Umfang der vertragsärztlichen Versorgung und in der Leistungspflicht der GKV ist, wird durch eine Vielzahl an untereinander verschachtelten Regelwerken bestimmt. Vorrangig sind dazu BMV-Ä, SGB V, Richtlinien der Bundesausschüsse und der EBM zu beachten. Aus diesem Dickicht an Bestimmungen sind die wichtigsten Gründe, die eine ärztliche Leistung zur IGeL-Leistung machen, die Folgenden:

Nach § 16 BMV-Ä hat der Vertragsarzt die vertragsärztlichen Leistungen „nach den Regeln der ärztlichen Kunst“ zu erbringen. Eingeschränkt wird dies aber in demselben Paragraphen dadurch, dass das Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 SGB V zu beachten ist und die Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen (§ 92 SGB V) verbindlich sind.

Ebenso fordert die ärztliche Berufsordnung die Behandlung nach den „Regeln der ärztlichen Kunst“ (Anhang C der MBO Nr. 2 „Grundsätze korrekter ärztlicher Berufsausübung“). Zu beachtende „Regeln der ärztlichen Kunst“ i.S. der Berufsordnung sind in erster Linie die Leitlinien und Empfehlungen von Fachgesellschaften sowie der Stand der medizinischen Literatur. Die persönliche Erfahrung des Arztes und Umstände des Einzelfalles ergänzen diese Regeln und können ggf. auch ein Abweichen begründen.

Durch die Einschränkungen der für die vertragsärztliche Versorgung geltenden Regelungen wird offensichtlich, dass sich die „Regeln der ärztlichen Kunst“ i.S. des BMV-Ä nicht mit denen decken müssen, die der Arzt i.S. der Berufsordnung zu beachten hat und der Notwendigkeitsbegriff der GKV ein anderer ist

als der der medizinischen Wissenschaft. Es dauert oft Jahre, bis von der medizinischen Wissenschaft längst als notwendig angesehene Leistungen in den Leistungskatalog der GKV kommen. Die nach mancher Auffassung „nicht notwendige“ IGeL-Leistung mutiert in solchen Fällen „über Nacht“ durch die Übernahme in die Richtlinien (nach §§ 25, 26 u.a SGB V) und in den EBM zur „notwendigen“ GKV-Leistung. Viele solcher Leistungen finden sich in den Bereichen der Prävention und Vorsorge. Beispiele dafür aus jüngerer Zeit sind die Vorsorge-Koloskopie, das Mammographie-Screening, Akupunktur, Hautkrebs-Screening, phototherapeutische Keratektomie, PET/CT bei Brust- und Lymphdrüsenkrebs, die erweiterte, laborgestützte Neugeborenen-Untersuchung und das Neugeborenen-Hörscreening.

IGeL-Leistungen aus medizinischer Notwendigkeit ergeben sich aber nicht nur durch die systembedingten Unterschiede im Notwendigkeitsbegriff von GKV und medizinischer Wissenschaft, sondern auch aus patientenindividuellen Gründen. Die Notwendigkeit der Einführung einer Leistung in die GKV-Leistungspflicht kann nur unter Berücksichtigung des Nutzens der Leistung für das gesamte Kollektiv der GKV-Versicherten erfolgen. Dies muss sich nicht mit dem Nutzen der Leistung aus Sicht des einzelnen Patienten decken. Ein Beispiel dafür ist die Früherkennung des Gestationsdiabetes durch Glukosetoleranztest. Bisher ist die Beratung im G-BA dazu ausgesetzt, v.a. weil Grenzwerte nicht festgelegt werden konnten und für die Beurteilung des Nutzens eines Screeningsprogramms Bezugsdaten zwischen Blutzuckerwerten und Komplikationsrate fehlten. Nach entsprechender Aufklärung durch den Arzt als IGeL-Leistung durchgeführt, kann jedoch der Glukosetoleranztest im Einzelfall dazu führen, mögliche Komplikationen eines vorher unentdeckten Gestationsdiabetes abzuwenden. Anm.: Nach Vorliegen neuerer Erkenntnisse (insbes. der HAPO-Studie) könnte die Glucosetolerenztestung zum Screening auf Gestationsdiabetes in absehbarer Zeit zur GKV-Leistung werden.

Ein anderer Grund für die Zuordnung einer Leistung als IGeL-Leistung ist, dass manche Leistung nur durch vertragliche Regelungen zwischen Krankenkassen und Ärzten zu Lasten der GKV erbringbar ist (IV-Verträge). Beispiele dafür sind homöopathische Behandlung, die ambulante Ernährungsberatung und Akupunktur außerhalb der GKV-Indikation.

IGeL-Leistungen ergeben sich auch daraus, dass der Arzt keine Leistungen zu Lasten der GKV erbringen darf, die nicht der Verhütung, Früherkennung und Behandlung von „Krankheiten“ i.S. des SGB V (bes. § 11) oder nicht vom Sicherstellungsauftrag (§ 75 SGB V) umfasst sind. Grob und schlagwortartig kann man dies abgrenzen durch „krank oder Richtlinien-Früherkennung = GKV / gesund = IGeL“. Beispiele für medizinisch unumstrittene Leistungen,

die aus diesem Grund nur als IGeL-Leistungen möglich sind, sind Leistungen der Sport- und Reisemedizin sowie Berufseignungsuntersuchungen.

Nur als IGeL-Leistungen erbringbar, aber unzweifelhaft ärztliche Leistungen sind sämtliche Leistungen, deren Indikation nur im Bereich der Ästhetik liegt (z.B. sog. „Schönheitsoperationen“).

Weiter sind die Behandlungsmöglichkeiten des Arztes zu Lasten der GKV dadurch eingeschränkt, dass nur das als GKV-Leistung abgerechnet werden darf, was im EBM enthalten ist (§ 87 SGB V) und bei neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, wozu die Bundesausschüsse eine Empfehlung gegeben haben (§ 135 SGB V). Ist ein Verfahren in keiner EBM-Legende enthalten, ist es IGeL-Leistung (z.B. Otolithen-Befreiungsmanöver). Sämtliche Verfahren der Anlage II der Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung“ („Methoden, die nicht als vertragsärztliche Leistungen zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden dürfen“) sind nur als IGeL-Leistungen erbringbar.

Schließlich dürfen zu Lasten der GKV nur Leistungen berechnet werden, die „ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich“ (§ 12 SGB V) sind. Was unter diesen Kriterien „notwendig“ ist, kann aber wiederum aus individueller Sicht des Patienten völlig anders beurteilt werden als aus der kollektiven Sicht der GKV. Ein Beispiel für die IGeL-Leistung aus „individuellem Sonderwunsch“ heraus ist die Warzenentfernung mit Laser anstelle der Behandlung mit Externa.

Abgrenzung IGeL/GKV-Leistungen

Ob eine Leistung zu Lasten der GKV erbracht werden darf oder nur als IGeL-Leistung möglich ist, ergibt sich im Wesentlichen aus den o.a. Kriterien. In der praktischen Vorgehensweise heißt das, zu prüfen

a) Ist die Leistung im EBM enthalten?

b) Ist sie als Vorsorge- oder Früherkennungsleistung in den Früherkennungs- bzw. Gesundheitsuntersuchungsrichtlinien enthalten? Ist der Patient in den von den Richtlinien gesetzten Grenzen anspruchsberechtigt?

c) Ist die Leistung in der Anlage II der Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung“ enthalten oder ist sie noch in der Beratung?

d) Fällt die Leistung unter den im SGB V definierten Leistungsumfang der GKV?

e) Steht der Leistung eine im Sinne des SGB V wirtschaftlichere Behandlungsmethode gegenüber?

Durch die Vielfalt und Unübersichtlichkeit der Regelungen reicht diese Prüfung aber manchmal nicht aus, um die Leistung als IGeL-Leistung zu begründen. Relativ einfach und eindeutig ist die Frage „IGeL oder GKV“ nur zu beantworten in den Fällen a) bis c).

Sogar die selbe Leistung kann in einem Fall IGeL-Leistung, im anderen GKV-Leistung sein. Nimmt der Arzt z.B. an einem entsprechenden Vertrag (z.B. zur integrierten Versorgung) teil, ist die Leistung zu den Bedingungen des Vertrages ggf. als GKV-Leistung möglich (z.B. Homöopathische Behandlung). Bei einem anderen Arzt, der nicht am Vertrag teilnimmt, ist sie IGeL-Leistung. Oder: Wenn der am Vertrag teilnehmende Arzt die Leistung abweichend von den Bedingungen des Vertrages erbringt, wird sie zur IGeL-Leistung.

Die Zuordnung derselben Leistung zur IGeL- oder GKV-Leistung kann auch indikationsbezogen sein. Beispiel: Lidplastik bei Einschränkung des Sehfeldes: GKV-Leistung. Lidplastik zur Verbesserug des Aussehens: IGeL-Leistung.

Bei der Prüfung, ob eine Leistung nicht im EBM enthalten ist, sind auch die EBM-Anhänge zu beachten. Viele Leistungen, die in früheren EBM-Ausgaben noch selbständig aufgeführt waren, sind inzwischen in neuen EBM-Pauschalleistungen aufgegangen. Nicht zulässig ist, die Leistung deshalb als IGeL-Leistungen anzubieten.

Umstritten ist, ob der Vertragsarzt Leistungen, die bei anderen Vertragsärzten zu Lasten der GKV möglich wären, als IGeL-Leistung anbieten darf. Ein Beispiel: Gastroskopie bei einem Internisten der hausärztlichen Versorgung. Wünscht der Patient (z.B. aufgrund eines besonderen Vertrauensverhältnisses) die Leistung durch den betreffenden Arzt und ist er insbesondere auch darüber aufgeklärt, dass die Leistung bei anderen Ärzten zu Lasten der GKV möglich wäre, ist nach Auffassung der Autoren die IGeL-Leistung zulässig. Um evtl. Disziplinarmaßnahmen der KV zu vermeiden, empfehlen wir in solchen Fällen die Information bei der jeweiligen KV.

Nicht zulässig ist, Leistungen als IGeL-Leistungen anzubieten, weil sie Höchstwertregelungen im EBM übersteigen oder Mengenbegrenzungen des EBM (Regelleistungsvolumina) überschreiten.

IGeL und Kostenerstattung

Dass sich der Zeitraum von der Aufnahme der Beratungen im G-BA bis zur Einführung einer entsprechenden EBM-Ziffer in der Regel über mehrere Jahre erstreckt, führt dazu, dass GKV-en zu von ihnen für ihre Versicherten gewünschten IGeL-Leistungen mit Ärzten (regional, Verbände, KV-en) Verträge

schließen. Damit wird die Erbringung der Leistung zwar zu Lasten der betreffenden GKV möglich, sie bleibt aber eine IGeL-Leistung! Hinsichtlich der Abrechnung können sich durch solche Verträge Besonderheiten ergeben, als teils die GOÄ-Abrechnung des Arztes (und ggf. Privatrezepte) zur Kostenerstattung bei der betreffenden Krankenkasse eingereicht wird, teils die Abrechnung ohne Vorleistung des Patienten mit sog. Pseudoziffern direkt mit der Krankenkasse oder einer beauftragten Stelle erfolgt.

Inhalte und Struktur der MEGO

Um Ärzten und Patienten mehr Sicherheit bei der Zuordnung einer Leistung als IGeL-Leistung zu geben, kann sich so genannter „IGeL-Listen“, z.B. von KVen, Berufsverbänden oder anderen ärztlichen Verbänden bedient werden. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat zusammen mit ärztlichen Verbänden bereits im Jahre 1998 eine Liste der Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) herausgegeben. Diese Liste hat weiterhin sehr hohen Stellenwert, kann aber weder abschließend noch aktuell sein. Nur zum Teil umfassen die IGeL-Listen auch die zu der jeweiligen Leistung anwendbaren Abrechnungsziffern der GOÄ.

Das Deutsche Institut für Privatmedizin (DIP) hat es in den vergangenen Jahren übernommen, die ursprünglich von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den ärztlichen Verbänden herausgegebene Liste in Form eines medizinischen Gebührenverzeichnisses (**MEGO**) weiterzuentwickeln. Seit der MEGO 2007 übernimmt die MedWell Gesundheits-AG diese Aufgabe.

Die in der MEGO wiedergegebenen Individuellen Gesundheitsleistungen werden kontinuierlich hinsichtlich der Kriterien der medizinischen Relevanz, der Patientennachfrage und der rechtlichen Zuordnung zur Privatmedizin überprüft und ergänzt. Das vorliegende MEGO-Verzeichnis umfasst **386 IGeL-Angebote**.

Es enthält Individuelle Gesundheitsleistungen aus folgenden fünf Bereichen der vom Deutschen Institut für Privatmedizin einst entwickelten **VITAL**-Systematik für IGeL-Angebote:

1. **V orsorge und Prävention**
2. **I nnovationen und Spitzenmedizin**
3. **T op-Service und Komfortmedizin**
4. **A lternativ- und Umweltmedizin**
5. **L ifestyle- und Wellness-Medizin**

Bei Leistungen aus den Bereichen „Vorsorge und Prävention“ sowie „Innovationen und Spitzenmedizin“ erfolgt die Aufnahme in die MEGO nur, wenn der Nutzen des betreffenden Verfahrens für den Patienten aus der Literatur und Stellungnahmen von Experten nachgewiesen ist. In den übrigen Bereichen sind für die Aufnahme in die MEGO die Patienten-Nachfrage sowie die rechtliche Zuordnung zur Privatmedizin ausschlaggebend.

Die MEGO ist in Abschnitte gegliedert, die der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) entsprechen. Die MEGO enthält ähnlich der GOÄ allgemeine, arztgruppenübergreifende und facharztbezogene Leistungen. Die Zuordnung zu den Fachgebiets-Abschnitten der GOÄ erfolgt aus Sicht der vorrangig stattfindenden Patientennachfrage und ist berufsrechtlich nicht ausgrenzend. In vielen Fällen können die einem Fachgebiet zugeordneten IGeL-Angebote im Rahmen der Bestimmungen der Berufsordnung auch von Ärzten anderer Gebietsbezeichnungen erbracht werden.

In der MEGO sind den IGeL-Angeboten mit einem „M“ gekennzeichnete Nummern zugeordnet. Dies sind keine GOÄ-Nummern, sondern MEGO-Nummern (vgl. „Grundlagen der Abrechnung“, dort zu § 12). Den zur Abrechnung kommenden GOÄ-Nummern ist teils zur Klarheit der Text der erbrachten IGeL-Leistung nachgestellt, nicht der angewandten GOÄ-Nummer (besonders bei Analogansätzen). In der Rechnung ist außerdem der originäre GOÄ-(Kurz)Text anzugeben (vgl. „Grundlagen der Abrechnung“, dort zu § 12).

Es werden nicht zu jedem IGeL-Angebot die entsprechenden GOÄ-Positionen aufgeführt, da manche Leistungen zwar als Oberbegriff (Leistungsziel) definiert werden können, die Inhalte jedoch im Einzelfall sehr verschieden sind. Bei komplexen Leistungsangeboten werden häufig nur die zutreffenden „Kernleistungen“ der GOÄ und nicht die je nach Verfahren darüber hinaus berechnungsfähigen Zusatzleistungen angegeben. Da in der MEGO somit in der Regel komplexe IGeL-Angebote mit mehreren, je nach Einzelfall abzurechnenden GOÄ-Positionen aufgeführt sind (z.B. „Großer Gesundheits-Check“ nach M 602), wird auf die Angabe eines „Endpreises“ verzichtet. Bei allgemeinen Leistungsbeschreibungen mit hoher Variabilität der in Frage kommenden GOÄ-Positionen (z.B. „Laparoskopischer Refertilisationseingriff“ nach M 1143) werden nur die Leistungslegenden sowie ggf. Anmerkungen aufgeführt, nicht aber die möglichen GOÄ-Positionen.

Da die Höhe der einzelnen Gebühr nach GOÄ und Berufsordnung individuell festzulegen ist, enthält das Verzeichnis keine Angaben zu den im Einzelfall zu berechnenden Steigerungssätzen. Angegeben sind vielmehr jeweils ausschließlich der Einfachsatz und der Schwellenwert der GOÄ. Bei Privatpatienten wer-

den derzeit in mehr als 90 % aller GOÄ-Abrechnungen die Schwellenwerte angesetzt (2,3fach für persönliche, 1,8fach für sog. technische und 1,15fach für Laborleistungen). Nach dem Urteil des BGH vom 08.11.2007 (AZ III ZR 54/07) können durchschnittliche ärztliche Leistungen mit dem jeweiligen Schwellenwert berechnet werden. Allerdings führt bei IGeL-Angeboten die Abrechnung im mittleren Bereich zwischen Einfachsatz und Schwellenwert erfahrungsgemäß zu einer höheren Akzeptanz seitens der GKV-Patienten. Bei der Abrechnung gegenüber Patienten ist der Einfachsatz der GOÄ i.d.R. auch der „Mindestsatz". Nur in Einzelfällen (z.B. bei Bedürftigen) darf der Arzt auch nach unten abweichende oder sogar keine Gebühren berechnen. Er darf jedoch den GOÄ-Einfachsatz nicht regelhaft und/oder „in unlauterer Weise" – also z.B. zu Wettbewerbszwecken – unterschreiten. Näheres zur Anwendung der GOÄ bei IGeL-Leistungen finden Sie im Abschnitt „**Grundlagen der Abrechnung**".

Die Nummerierung der MEGO orientiert sich an der Systematik der GOÄ. Den MEGO-Positionen wird zur Unterscheidung von GOÄ-Ziffern stets ein „M" vorangestellt. EBM-Positionen wird der Ausdruck „EBM" angefügt. Bei denjenigen IGeL-Angeboten, die nach Einschätzung der Verfasser in der Regel umsatzsteuerpflichtig sind, wird hinter der jeweiligen MEGO-Position ein „(U)" angefügt (vgl. nachfolgenden Exkurs „**IGeL und Steuern**" sowie Anmerkungen unter den jeweiligen MEGO-Positionen).

Ggf. zur IGeL-Leistung berechenbarer Auslagenersatz (§ 10 GOÄ) und Entschädigungen (§ 7 ff. GOÄ) sind in der MEGO in der Regel nicht gesondert angeführt, ebenso nicht ggf. als IGeL-Leistungen zu erbringende Voruntersuchungen, begleitende Leistungen (z.B. histologische Untersuchungen, Zuschläge zu ambulanten Operations- oder Anästhesieleistungen) oder spätere Nachbehandlungen. Wo es angebracht erscheint, werden im Anschluss an die Leistungslegenden und GOÄ-Positionen kommentierende Hinweise in Gestalt von Anmerkungen gegeben.

Wichtiger Hinweis

In der MEGO werden Rechtsvorschriften berührt. Es wurde größte Mühe darauf verwandt, die rechtlichen Rahmenbedingungen (z.B. SGB, Beschlüsse von Bundesausschuss und Bewertungsausschuss, Gebührenordnungen, Gerichtsurteile) zu beachten. Dennoch sind Fehler nicht völlig auszuschließen. Eine Gewähr für die Richtigkeit der Angaben wird daher nicht übernommen. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) sind, so weit bekannt, kenntlich gemacht.

Trotz der häufig erfolgenden Aktualisierungen kann auch die MEGO nicht abschließend sein. Insbesondere können neue Verfahren als IGeL-Leistungen existieren, die zum Zeitpunkt der jeweiligen Manuskriptfassung noch nicht allgemein bekannt oder in ihrem Nutzen für den Patienten noch nicht genügend sicher beurteilbar sind. Änderungen in der Gesetzgebung und Beschlüsse der Bundesausschüsse können in der MEGO enthaltene IGeL-Leistungen zu GKV-Leistungen oder bestehende GKV-Leistungen zu IGeL-Leistungen werden lassen.

IGeL-Leistungen bei Privatpatienten

Auch bei Privatpatienten gibt es Leistungen, die zwar – zumindest individuell gesehen – notwendig sein können, aber nicht in die Erstattungspflicht der PKV fallen. Ob die PKV für eine bestimmte Leistung erstattungspflichtig ist, richtet sich nach dem jeweiligen Versicherungsvertrag. In der Regel beziehen sich die Versicherungsverträge auf die Musterbedingungen des PKV-Verbandes. Danach besteht Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle „und andere im Vertrag genannte Ereignisse“ (§ 1.1 MB/KK). Nicht eingeschlossen im Versicherungsschutz sind dadurch z.B. Leistungen aus kosmetischer Indikation (z.B. „Schönheitsoperationen“). Hinsichtlich Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen beziehen sich die Versicherungsbedingungen auf „gesetzlich eingeführte Programme“ (§ 1.2b MB/KK). Der erstattungsfähige Umfang der Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen ist dadurch beim Privatpatienten derselbe wie beim GKV-Patienten.

Neben dem Bezug auf die MB/KK ist zu beachten, dass im jeweiligen Versicherungstarif oder Versicherungsvertrag spezielle Einschränkungen getroffen sein können. So gibt es Versicherungstarife, die analog berechnete Leistungen nur dann als erstattungsfähig vorsehen, wenn sie in der Analogliste der BÄK aufgeführt sind. Das Recht des Arztes auf Analogabrechnung berührt dies grundsätzlich nicht. Ist die Einschränkung der Erstattung dem Arzt jedoch vor Erbringung der analog abzurechnenden Leistung ersichtlich (z.B. durch Hinweis des Patienten), so ist der Patient über die Analogabrechnung und den für ihn evtl. entstehenden wirtschaftlichen Schaden aufzuklären (vgl. nachfolgend).

Hinsichtlich neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden ist der Privatpatient deutlich besser gestellt als der GKV-Versicherte. Im Wesentlichen richtet sich sein Erstattungsanspruch nach dem, was medizinisch notwendig ist. Es bedarf keiner Zustimmung irgendeines Bundesausschusses, und Leistungen, die aus dem Grund des Fehlens im EBM IGeL-Leistung sind, sind bei Fehlen in der GOÄ gemäß § 6.2 GOÄ analog abrechenbar. Ebenso ist das Wirtschaftlich-

keitsgebot bei Privatbehandlung (im § 1.2 GOÄ) erheblich weniger stringent gefasst als im SGB V.

Grundsätzlich ist also festzuhalten, dass auch bei Privatpatienten die PKV nicht für jede Leistung erstattungspflichtig ist. Während in der GKV-Behandlung aber der Arzt derjenige ist, der über die Leistung als IGeL-Leistung und die Zahlungspflicht des Patienten informieren muss, ist in der PKV-Behandlung in erster Linie der Patient selber in der Verantwortung zur Wahrung seiner wirtschaftlichen Interessen. Unter Umständen kann zwar der Arzt in einer sog. wirtschaftlichen Aufklärungspflicht sein, den Patienten auf eine evtl. Nicht- oder Mindererstattung hinzuweisen, die Kenntnis aller Versicherungsbedingungen wird ihm aber nicht zugemutet. Nur, wenn dem Arzt unterstellt werden kann, dass er von den Erstattungseinschränkungen wusste, kann er vom Patienten in die wirtschaftliche Verantwortung genommen werden. Das kann z.B. der Fall sein bei bestimmten alternativen Heilmethoden, zu denen PKVen häufig die Erstattung ablehnen. Vor der Behandlung nach evtl. Einschränkungen der Versicherung zu fragen, vermeidet nachträglichen Ärger.

In der Praxis spielen IGeL-Leistungen für Privatversicherte, abgesehen von kosmetisch indizierten Leistungen oder Anti-Aging-Behandlungen jedoch eine quantitativ relativ geringe Rolle.

Behandlungsvertrag und Honorarvereinbarung

Der Behandlungsvertrag zwischen Arzt und Patient wird in der Regel durch sog. konkludentes Verhalten geschlossen: Mit dem Akzeptieren der Behandlung weiß der Patient, dass daraus ihm gegenüber ein Honoraranspruch des Arztes entsteht. Als GKV-Versicherter verlässt sich der Patient darauf, dass die Krankenkasse zahlt, ohne dass er in Vorleistung treten muss, als Privatversicherter, dass er die Arztrechnung erstattet bekommt. Einer schriftlichen Vereinbarung bedarf es in der Regel nicht.

Bei IGeL-Patienten ist dies anders: Nach § 18 Abs. 8 Nr. 2 des BMV darf der Arzt vom (GKV-)Versicherten eine Vergütung nur fordern, wenn und soweit der Versicherte vor Beginn der Behandlung ausdrücklich verlangt, auf eigene Kosten behandelt zu werden, und dieses dem Vertragsarzt schriftlich bestätigt – eben einen schriftlichen Behandlungsvertrag abschließt.

Dahinter steht, dass es dem (GKV-)Patienten in der Regel an einem Bewusstsein der eigenen Kostentragungspflicht fehlt. Der Arzt hat hier einen erheblichen „Informationsvorsprung“ und muss deshalb den Patienten über dessen eigene Zahlungspflicht aufklären. GKV-Versicherte sind aus ihrem „Informationsnachteil“

heraus sozusagen „schutzbedürftig“. Dies umfasst auch den Schutz vor erheblichen finanziellen Risiken, so dass auch über die Höhe der Zahlungspflicht aufgeklärt werden muss („wirtschaftliche Aufklärungspflicht“).

Fehlt es an einer schriftlichen Vereinbarung, verstößt der Arzt nicht nur gegen vertragsärztliche Pflichten, sondern hat im Streitfall vor dem Hintergrund des § 18 BMV auch keine begründete Aussicht, seine Honorarforderung durchsetzen zu können. Liegt nur eine einfache „schriftliche Bestätigung“ vor und verweigert der Patient später die Bezahlung der Rechnung (z.B. aufgrund falscher Auskünfte der Krankenkasse oder mit dem Hinweis, er hätte die Höhe der Kosten nicht gewusst), kann der Arzt seine Honorarforderung zumindest in der Höhe nicht durchsetzen, ohne dass er belegen kann, auch seiner wirtschaftlichen Aufklärungspflicht nachgekommen zu sein.

Abgesehen von den formalen Erfordernissen und „worst case“-Betrachtungen muss es aber auch für jeden Arzt selbstverständlich sein, den IGeL-Patienten genauso gut zu informieren, wie man selber bei der Inanspruchnahme anderer Dienstleister informiert werden möchte.

Aus diesen Gründen, Erfahrungen und der Rechtsprechung hat sich herauskristallisiert, was ein IGeL-Behandlungvertrag beinhalten sollte, um auch im Streitfall „wasserdicht“ zu sein:

- Eine Kennzeichnung des Formulars als „Vertrag“, „Vereinbarung“ oder „Erklärung“, z.B. in einer Überschrift
- Angaben zur Person von Patient und Arzt
- Ort, Datum und Unterschrift von Patient (ggf. Elternteil) und Arzt
- Dass die Vereinbarung auf Wunsch des Patienten (der Eltern) zustande kommt
- Dass zu der Vereinbarung nicht gedrängt wurde
- Dass der Patient (die Eltern) wissen, dass die Leistungen nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkasse gehören
- Dass die Kosten vom Patienten (dem Zahlungspflichtigen) selber zu tragen sind
- Dass der Patient (der Zahlungspflichtige) weiß, dass die Kosten von der Krankenkasse nicht übernommen werden können, auch nicht teilweise
- Dass die Leistungen auf Grundlage der GOÄ liquidiert werden
- Eine Aufstellung der Leistungen mit Anzahl, GOÄ-Nummer, Kurzbezeichnung der Leistungen, dem Steigerungsfaktor und des daraus resultierenden

Betrages der Leistung, ggf. Sachkosten sowie der Gesamtsumme. Steht der Leistungsumfang vor Behandlungsbeginn nicht fest (z.B. Anzahl der Sitzungen), sollte eine Spanne angegeben werden. Ggf. ist die Umsatzsteuer anzuführen

- Soll das Honorar über eine PVS eingezogen werden, kann, aber muss nicht, ein entsprechender Hinweis aufgenommen werden. Die Einverständniserklärung zur PVS-Abrechnung kann auch getrennt erfolgen
- Schließlich, dass der Patient (Elternteil) ein Exemplar (Kopie) der Vereinbarung erhalten hat

(Dadurch, dass für Kinder kein eigener (GKV-)Beitrag gezahlt wird, ist das Bewusstsein der Eltern für die eigene Kostentragungspflicht noch weniger ausgeprägt als bei der Behandlung von Erwachsenen. Deshalb ist die Aufzählung auch auf diesen Fall abgestellt)

Medizinische Aufklärung

Neben der wirtschaftlichen Aufklärung im Behandlungsvertrag ist bei IGeL, wie bei anderen ärztlichen Eingriffen, auch medizinisch aufzuklären. Kommt eine so genannte „Außenseitermethode“ zur Anwendung, gelten besondere Anforderungen an die Sorgfaltspflicht. Im Urteil vom 22.05.2007 (AZ VI ZR 35/06) formulierte der BGH (hier ging es um die Anwendung des so genannten Racz-Katheters bei Bandscheibenbeschwerden), dass der Arzt während der gesamten Behandlung diese zu überprüfen habe, da in besonderem Maße mit unbekannten Risiken und Nebenwirkungen zu rechnen sei. Der Arzt müsse nicht nur auf die Risiken und Gefahren der Methode hinweisen, sondern auch darauf, dass der geplante Eingriff (noch) nicht medizinischer Standard und seine Wirksamkeit statistisch (noch) nicht abgesichert sei. Der Grundsatz der „verschärften Anforderung“ an die medizinische Aufklärungspflicht ist auch auf weniger oder nicht-invasive „Außenseitermethoden“ übertragbar.

Nachfolgend finden Sie eine Mustererklärung der MedWell Gesundheits-AG. Muster für IGeL-Behandlungsverträge werden auch von Berufsverbänden, Ärztekammern und Privatärztlichen Verrechnungsstellen zur Verfügung gestellt.

Aufklärungspflicht zu IGeL-Leistungen

Dadurch, dass die Versorgungspflicht des Vertragsarztes nur den Leistungskatalog der GKV umfasst, kann er in Konflikt mit dem Arzthaftungsrecht kommen, wonach sich das Maß der Sorgfalt, mit der ein Patient zu behandeln ist, nach dem gesicherten Stand der medizinischen Wissenschaft, der ärztlichen Er-

fahrung und der anerkannten medizinischen Praxis richtet. Das medizinisch Erforderliche hat Vorrang vor wirtschaftlichen Grenzen, was grundsätzlich auch für GKV-Versicherte gilt.

Der Vertragsarzt kann sich jedoch den Einschränkungen des GKV-Leistungsbereichs nicht entziehen. Entsprechen die im Rahmen der GKV vorgesehenen Leistungen nicht oder nicht mehr dem medizinischen Standard, wird somit die Frage aufgeworfen, ob der Arzt den Patienten über eine entsprechende IGeL-Leistung aufklären muss.

Dies ist durchaus umstritten. So wird die Auffassung vertreten, dass generelle Defizite im Gesundheitssystem sich ebenso wenig zur haftungsrechtlichen Abwälzung auf den Arzt eigneten wie das Krankheitsrisiko des Patienten. In der Konsequenz ergäbe sich, dass das Haftungsrecht keine höheren Anforderungen stellen könne als das Sozialrecht.

Jedoch gibt es dazu auch andere Sichtweisen. Danach ist allein Sache des Patienten, zu entscheiden, welche Versorgung er sich leisten kann oder will (z.B. OLG Oldenburg, Urteil vom 14.11.2007, AZ 5 U 61/07). Eine selbstbestimmte Interessenabwägung kann aber nur der Patient vornehmen, der über das Bestehen alternativer Behandlungsmöglichkeiten aufgeklärt ist.

In Streitfällen wegen der Unterlassung zusätzlicher diagnostischer oder therapeutischer Maßnahmen, die über den medizinischen Standard hinausgingen, ergingen gerichtliche Entscheidungen stark auf die Umstände des Einzelfalles bezogen.

Der Schluss ist erlaubt, dass man den Umfang der Aufklärungspflicht zu IGeL-Leistungen ebenso auf die Umstände des Einzelfalles abstellen muss. Der Arzt muss abwägen, ob eine nur als IGeL-Leistung erbringbare Behandlung gegenüber dem, was der GKV-Leistungsumfang ermöglicht, dem Patienten gravierende medizinische Vorteile bringt. Dies richtet sich insbesondere nach Empfehlungen der Fachgesellschaften und der Literaturlage.

Bei der Abstellung auf die Umstände des Einzelfalles muss auch das Sicherheitsbedürfnis des Patienten einbezogen werden. Patienten, die Präventionsleistungen in Anspruch nehmen, haben i.d.R. ein höheres Sicherheitsbewusstsein als Patienten, die den Arzt nur in Akutsituationen aufsuchen.

Um mögliche Haftungsrisiken („Wäre die Krebserkrankung bei Anwendung des XY-Tests früher aufgedeckt worden? Führte die Unterlassung zu Nachteilen für den Patienten?“) geringer zu halten, sollte deshalb insbesondere bei Präventionsleistungen – unabhängig von der juristischen Bewertung des Einzelfalles – von einer generellen Unterrichtungspflicht des Arztes zu wissenschaftlich gesicherten IGeL-Leistungen ausgegangen werden.

medswell
GESUNDHEITS-AG

Vereinbarung über die Inanspruchnahme Individueller Gesundheitsleistungen (IGeL)

_____ _____
Name Vorname

_____ _____
Straße, Nr. PLZ, Wohnort

Ich wünsche, durch _____ die private Behandlung durch folgende Leistungen, die
Arzt

auf Grundlage der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnet werden, in Anspruch zu nehmen:

Leistung	GOÄ-Ziffer	Faktor	Betrag [€]

Ggf. zzgl. Sachkosten _____ Euro

Ggf. zzgl. Umsatzsteuer _____ Euro

Die Gesamtkosten betragen _____ Euro

Mir ist bekannt, dass diese Leistungen nicht zum Leistungskatalog meiner gesetzlichen Krankenversicherung gehören und deshalb die Kosten von ihr (auch nicht teilweise) übernommen oder erstattet werden können und der oben genannte Betrag von mir selbst zu tragen ist.

Die Vereinbarung schließe ich auf meinen Wunsch, ich wurde zu ihr nicht gedrängt.

Ich habe ein Exemplar dieser Vereinbarung erhalten.

_____ _____
Ort Datum

_____ _____
Unterschrift Patient Unterschrift Arzt (ggf.) Praxisstempel

Grundlagen der Abrechnung

Vorbemerkung

Die Volltexte der GOÄ übersteigen das hier publizierbare Maß. Bitte schlagen Sie hier nicht zitierte in Ihrer GOÄ-Ausgabe nach. Die Ausführungen beziehen sich auf Rechnungserstellungen durch den Arzt, nicht auf Fälle, in denen eine juristische Person (z.B. eine GmbH) den Behandlungsvertrag schließt und selber abrechnet.

IGeL: Immer nach GOÄ

§ 1 GOÄ

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

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

IGeL-Leistungen sind berufliche Leistungen der Ärzte. Die Ausnahme von Bundesgesetzen trifft für IGeL-Leistungen nicht zu. Ebenso wenig trifft die vom BGH im Urteil vom 15.12.2009 (AZ ZR 100/09) festgestellte Ausnahme im Verhältnis zwischen Leistungsträgern auf IGeL-Leistungen gegenüber Patienten nicht zu. Damit müssen sie nach der GOÄ abgerechnet werden. Umstritten ist, ob Leistungen, die auch von anderen Berufen (z.B. Kosmetikerin) in gleicher Weise erbracht werden, auch nach GOÄ abgerechnet werden müssen. Werden die Leistungen als delegierte Leistungen des Arztes erbracht, kommt auch dabei das berufliche Wissen und Können des Arztes zum Tragen. Da § 1 GOÄ nicht auf „berufstypische“ Leistungen, sondern auf „berufliche“ Leistungen des Arztes abstellt, können wir deshalb auch bei solchen Leistungen nicht zu einem Abweichen von der GOÄ raten. Davon unbenommen ist, dass Leistungen von einer anderen Person in deren eigenem Verantwortungsbereich erbracht werden können (z.B. in einem „Institut“). Dann fehlt es aber auch an der Grundlage für die Berechnung als eigene Leistung des Arztes.

Teils wird die Auffassung vertreten, medizinisch nicht notwendige Leistungen (insbesondere Gutachten für private Versicherungen, Schönheitsoperationen) müssten nicht nach GOÄ berechnet werden. Man beruft sich dabei darauf,

dass Abs. 2 des § 1 GOÄ auf die Berechnung nur „medizinisch notwendiger“ Leistungen abstellt. Dies verkennt jedoch, dass es sich auch dabei um „berufliche Leistungen“ des Arztes handelt, somit auch für medizinisch nicht notwendige Leistungen des Arztes der § 1 Abs. 1 GOÄ gilt und aus der Formulierung in Abs. 2 Satz 1 anderenfalls geschlossen werden müsste, dass dem Arzt für medizinisch nicht notwendige Leistungen überhaupt keine Vergütung zustände. § 1 Abs. 2 GOÄ ist also nur eine Spezialregelung des Abs. 1 hinsichtlich der Wirtschaftlichkeit privatärztlicher Leistungen und der Transparenz von Verlangensleistungen für Patient und Kostenträger.

Der BGH stellte im Urteil vom 23.03.2006 (Az III ZR 223/05) fest: „Die Gebührenordnung für Ärzte ist auch auf die Abrechnung medizinisch nicht indizierter kosmetischer Operationen anzuwenden.“ In der Begründung führt der BGH aus, „berufliche Leistungen der Ärzte“ seien in einem umfassenden Sinne zu verstehen, es komme nicht darauf an, ob sich die ärztliche Heilbehandlung auf die Feststellung, Heilung oder Linderung von Krankheiten, Leiden oder Körperschäden bei Menschen beschränke.

- Fazit: Alle IGeL-Leistungen sind vom Arzt nach der GOÄ zu liquidieren. (Zur möglichen Ausnahme bei Kostenerstattung vgl. Abschnitt „Abgrenzung IGeL/GKV-Leistungen“)

Die Bindung an die GOÄ bringt mit sich, dass die Vergütung erst dann fällig wird, wenn dem Zahlungspflichtigen eine der GOÄ entsprechende Rechnung erteilt worden ist (§ 12 GOÄ). Ohne Rechnung nach GOÄ ist also auch der IGeL-Patient grundsätzlich nicht zahlungspflichtig. Ist die Rechnung nicht korrekt erstellt, ist der Patient erst einmal nur für die Punkte zahlungspflichtig, die unstrittig sind (vgl. unten zu „Formalien der Rechnungsstellung“).

Keine Pauschalberechnung

Durch die Bindung an die GOÄ ist auch bei IGeL-Leistungen nicht zulässig, Pauschalbeträge zu berechnen (Urteil des BGH vom 23.03.2006, AZ III ZR 223/05). Nicht verboten ist, durch Berechnung „krummer“ Steigerungsfaktoren zu Beträgen zu kommen, die einer Pauschale ähneln. Bsp.: Nr. 1 mit Faktor 2,145 ergibt glatte 10 €.

Analogabrechnung

In GKV- und BG-Behandlung dürfen nur in EBM bzw. UV-GOÄ enthaltene Leistungen berechnet werden. In der Privat-(IGeL-)Behandlung kann jede ärzt-

liche Leistung nach GOÄ berechnet werden. Grundlage dafür ist der § 6 Abs. 2 GOÄ:

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

Entscheidend bei der Anwendung (der Findung des „richtigen" Analogabgriffs") ist der Begriff der „Gleichwertigkeit" (BGH am 23.01.2003, AZ III ZR 161/02). Als Kriterien für die Gleichwertigkeit der analog abzugreifenden Leistung gibt die GOÄ die Vergleichbarkeit nach Art, Kosten- und Zeitaufwand vor. Ist dies bei einer der tatsächlich erbrachten – und nicht in der GOÄ enthaltenen – Leistung von der Leistungsbeschreibung her nahe kommenden GOÄ-Position nicht der Fall (z.B. aufwändigere Behandlung, höhere Kosten), können auch z.B. Leistungen anderer Art (Art der Untersuchung oder Therapie), an anderen Organen, aus anderen GOÄ-Kapiteln oder eine Summe mehrerer Leistungen analog abgegriffen werden.

Eine Willkür im Analogabgriff ist damit jedoch nicht erlaubt. Auch die Analogabrechnung unterliegt uneingeschränkt der juristischen Überprüfbarkeit. Die „Gleichwertigkeit" (Angemessenheit) des Analogabgriffs muss immer gewahrt werden.

Hilfestellung bei der Findung des „richtigen" Analogabgriffs bieten sog. Analoglisten. Rechtlich verbindlich sind diese aber – wie auch die MEGO – nicht. Empfehlungen von Ärztekammern wirken eingeschränkt verbindlich über das ärztliche Berufsrecht. Deshalb – und auch wegen der höheren Durchsetzbarkeit – empfiehlt es sich, bei der Abrechnung von Leistungen, die im Analogverzeichnis der BÄK enthalten sind, sich nach der BÄK-Empfehlung zu richten. Wurde die Analogabrechnung gar im Zentralen Konsultationsausschuss der BÄK mit der PKV abgestimmt (z.B. dermatologische Laserbehandlungen), würde ein Abweichen davon den dort erreichten und oft segensreichen Konsens gefährden.

Dies schließt ein begründetes (z.B. durch Kalkulation) Abweichen von Ärztekammer-Empfehlungen nicht aus. In erster Linie sollte dann aber der Dialog mit der Ärztekammer geführt werden. Bisher sind den Verfassern der MEGO nur wenige Fälle bekannt geworden, in denen eine Empfehlung der Ärztekammer als unangemessen angesehen wurde. Die „Beweisführung" durch Kalkulation konnte aber auch in diesen Fällen nicht erbracht werden. Die MEGO berücksichtigt deshalb Empfehlungen von Ärztekammern bevorzugt. Ärztekammer-Empfehlungen zur Analogabrechnung liegen jedoch nur zu relativ wenigen IGeL-Leistungen vor. Zum einen ist dies dadurch begründet, dass die Beratungen nur sukzessive erfolgen können, zum anderen nahm die BÄK

ausdrücklich keine Positionen für Leistungen der so genannten „Außenseitermedizin“ oder Leistungen von allzu speziellem Charakter auf.

Zu beachten beim Analogabgriff ist insbesondere, dass mit dem Analogabgriff (da „gleichwertig“) grundsätzlich auch die Rahmenbedingungen (z.B. Abrechnungsausschlüsse, Gebührensatz, Punktzahlen, Mindestzeiten) der analog abgegriffenen GOÄ-Leistung übernommen werden. Ist mit dem Analogabgriff ein angemessenes Honorar nicht zu erreichen, kann zur abweichenden Vereinbarung (vgl. zu § 2 GOÄ – Abdingung) gegriffen werden. Rechnungsstellung bei Analogabrechnung: vgl. zu „Formalien der Rechnungsstellung“.

Gebührenrahmen (Multiplikator)

Der sich aus der Multiplikation von Punktzahl einer Leistung und dem Punktwert der GOÄ (z.Zt. 5,82873 Cent) ergebende „Einfachsatz“ (auch „Gebührensatz“) der GOÄ kann mit einem Multiplikator gesteigert werden (§ 5 GOÄ).

Danach können sog. „persönlich-ärztliche“ Leistungen bis zum 3,5fachen, sog. „technische“ Leistungen bis zum 2,5fachen, Laborleistungen bis zum 1,3fachen gesteigert werden (sog. „Gebührenrahmen“ der GOÄ). Die Spanne reicht demnach vom „Einfachsatz“ bis zum „Höchstsatz“ von 3,5 bzw. 2,5 bzw. 1,3. Innerhalb dessen sind Schwellen vorgegeben, bei deren Überschreitung die Wahl des höheren Faktors (höher als 2,3 bzw. 1,8 bzw. 1,15fach) begründet werden muss („Begründungsschwellen“).

Als zulässige Kriterien für ein Überschreiten der Begründungsschwelle gibt der § 5 „Schwierigkeit und Zeitaufwand der einzelnen Leistung“ sowie „Umstände bei der Ausführung“ vor. „Umstände bei der Ausführung“ bezieht sich auf äußere Umstände (z.B. Leistung am Notfallort), kommen bei IGeL-Leistungen also kaum zum Tragen. Für Leistungen außer aus den Abschnitten A, E, M und O der GOÄ kann auch die „Schwierigkeit des Krankheitsfalles“ (z.B. schwierige Differentialdiagnose, komplizierende Begleiterkrankungen) als Begründung herangezogen werden. Damit ist dies z.B. auch für Leistungen aus den Abschnitten F und L zulässig, dürfte aber ebenfalls bei IGeL-Leistungen selten infrage kommen.

Die Kosten der Leistung sind vom § 5 nicht als zulässiges Kriterium genannt! Bedingen hohe Kosten einer Leistung ein höheres Honorar als mit dem Höchstsatz der GOÄ erreichbar ist, muss zur „Abdingung“ gegriffen werden (vgl. nachfolgend zu § 2 GOÄ).

Ist das angemessene Honorar einer IGeL-Leistung wegen der mit ihr verbundenen Kosten nur mit einem Überschreiten der Begründungsschwelle, aber noch

innerhalb des Höchstsatzes erreichbar, muss in der Rechnung eine Begründung stehen, die sich auf die Schwierigkeit oder den Zeitaufwand der Leistung bezieht. In der Praxis stellt dies kaum vor Probleme, da in der Regel Leistungen mit besonderen Kosten auch mit erhöhter Schwierigkeit oder Zeitdauer der Leistung verbunden sind.

Wesentlich zu beachten ist, dass die Begründung zur jeweiligen Leistung passen muss. So wird eine „aufwändige Modifikation mit erhöhtem Zeitbedarf für Leistungsdurchführung und Auswertung“ zwar zu einer Video-Dermatoskopie, kaum aber zu einem Allergie-Check passen.

Quantitativ ist die Zahl der Auseinandersetzungen um die Berechnung einer IGeL-Leistung aufgrund des mit dem Patienten geschlossenen Behandlungsvertrages und der daraus vorherigen Kenntnis der Kosten relativ gering. Ist die Rechnung aber nicht korrekt, wird es im Streitfall schwierig oder gar unmöglich, die Honorarforderung auch durchzusetzen. Zudem werden nicht korrekte IGeL-Abrechnungen „gerne“ von den Gegnern des IGeLns aufgegriffen und sprechen sich evtl. auch im Patientenkreis herum.

Kein Unterschreiten des Einfachsatzes

Es ist anzutreffen, dass IGeL-Leistungen (besonders Laborleistungen) auch unter dem Einfachsatz der GOÄ berechnet werden. Dies ist nach der GOÄ, der ärztlichen Berufsordnung und aus Wettbewerbsgründen eindeutig untersagt (LG Kleve am 19.12.2000, AZ 8 O 57/00). Ausnahmen sind (außer bei Verwandten und Kollegen) nur zulässig bei einzelnen, individuell bedürftigen Patienten, nicht jedoch generell für bestimmte Leistungen oder Patientengruppen. Das für die Unterschreitung des Einfachsatzes jetzt oft angeführte BGH-Urteil vom 15.12.2009 (AZ.: III ZR 110/09) trifft auf IGeL-Leistungen gegenüber Patienten nicht zu.

Verstöße gegen das Wettbewerbsrecht sind nicht auf die leichte Schulter zu nehmen. Zum einen drohen (zumindest im Wiederholungsfall) hohe Geldstrafen oder gar Haft, zum anderen überziehen darauf spezialisierte Rechtsanwälte die Anbieter mit Abmahnungen und hohen Kostenrechnungen.

Nicht untersagt ist die Abrechnung von IGeL-Leistungen zum Einfachsatz der GOÄ. Ob dies aber (außer evtl. bei Laborleistungen) klug ist, ist eine andere Frage. Das verbleibende Honorar wird gering, evtl. sogar unterdeckend, man erschwert sich, die IGeL-Leistung zu einem anderen Zeitpunkt wieder angemessen zu liquidieren. Das „Hamsterrad“ wird auf IGeL-Leistungen übertragen, zudem unterstützt eine solche Liquidation Forderungen der Politik nach GOÄ-Absenkung und speziellen „Beihilfe-Faktoren“.

Rabatt

„Mengenrabatte“ oder „kostenlose Schnupperangebote“ sind dem Arzt berufsrechtlich, nach GOÄ und Wettbewerbsrecht untersagt. Ein geringerer Preis für „Kennenlernangebote“ oder für die ersten Leistungen einer langdauernden Behandlung können legal durch entsprechenden Umgang mit dem Steigerungsfaktor für diese Leistungen gestaltet werden. Nicht verboten ist die Gewährung eines Skontos im üblichen Rahmen (z.B. 3%) wegen zeitnaher Bezahlung der Rechnung.

Nicht verboten ist auch, Patienten, die sich für Fortbildungszwecke zur Verfügung stellen (nach entsprechender Aufklärung!), keine Rechnung zu stellen. Eine Helferin, die als „Muster“ für eine Ernährungsberatung „dient“ und erheblich abnimmt oder der Angehörige einer Helferin, der für das Erlernen einer Stoßwellenanwendung in der Praxis zur Verfügung steht und schmerzfrei wird, sind zudem noch beste „Werbeträger“.

Ostabschlag

Die frühere Regelung der Gebührenanpassungsverordnung (10% Minderung der Gebühr für im Beitrittsgebiet erbrachte Leistungen) ist mit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz seit dem 1. Januar 2007 entfallen. Seitdem können alle Leistungen der GOÄ bundesweit zu 100% berechnet werden.

Abdingung (§ 2 GOÄ)

Höhere Honorare als die Höchstsätze der GOÄ lassen sich mit einer sog. Abdingung („abweichende Honorarvereinbarung“) gemäß § 2 Abs. 1 GOÄ erreichen. Darin vereinbart man schriftlich mit dem Patienten zu bestimmten Leistungen das Honorar zu einem höheren Steigerungssatz abzurechnen, als der betreffende Höchstsatz der GOÄ es zuließe (z.B. zum 5fachen Satz).

Nur der Steigerungssatz der betreffenden Leistung(en) kann abgedungen werden. Die Abdingung der gesamten GOÄ (z.B. um doch eine Pauschale zu berechnen), abweichender Punktzahlen oder Punktwerte oder eines zeitabhängigen Honorars sind unzulässig. Untersagt ist eine Abdingung zu allen Leistungen der GOÄ-Abschnitte A, E, M und O sowie bei einem nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruch (§ 5a GOÄ). Die Behandlung bei Notfällen und akuten Schmerzen darf nicht von einer Abdingungserklärung abhängig gemacht werden.

Bei der Wahl des Steigerungsfaktors darf nicht willkürlich vorgegangen werden. Nach der Berufsordnung und dem allgemeinen Recht ist auch der durch Abdingung frei vereinbarte Steigerungsfaktor unter Beachtung der „Angemessenheit“ des Honorars zu wählen. Was aber „angemessen“ ist, ist nicht festgelegt. Um sich nicht dem Vorwurf des „Wuchers“ oder der „Sittenwidrigkeit“ auszusetzen, muss der Endbetrag in einem nachvollziehbaren Verhältnis zu Art, Kosten, Schwierigkeit und Zeitaufwand der Leistung und zum üblichen Preisgefüge stehen.

Einen Anhaltspunkt gibt das Urteil des BVerfG vom 25.10.2004 (AZ 1 BvR 1437/02). Dort war der 8,2fache Gebührensatz bei einem Zahnarzt nicht moniert worden.

Eine Abdingung verlangt die Schriftform und die persönliche Vereinbarung (Gespräch) mit dem Arzt vor Erbringung der Leistung. Das Auslegen von Abdingungserklärungen oder ein Abschluss mit der Helferin sind ungültig. Möglich ist aber eine erste Aushändigung und Erläuterung durch die Helferin. Als unbedingt erforderlich wird aber eine „Individualabrede“ durch persönliches Gespräch und gemeinsames Unterzeichnen durch Arzt und Patient auf derselben Urkunde gesehen. Die Unterschrift darf nicht durch Stempel oder Faksimiles ersetzt werden. Ein Exemplar muss dem Patienten ausgehändigt werden.

Die Abdingungsvereinbarung muss die Bezeichnung der Leistung, die GOÄ-Position, den Steigerungssatz und den sich daraus ergebenden Betrag enthalten sowie einen Hinweis, dass eine Erstattung durch Erstattungsstellen möglicherweise nicht gewährleistet ist. Weitere Erklärungen darf sie nicht enthalten. Insbesondere darf in der Vereinbarung – ein Fehler, der häufiger gemacht wird – keine Begründung für das Überschreiten der Schwellenwerte stehen. Allerdings muss eine solche ggf. in die Rechnung (vgl. zu § 12).

Die Abdingungsvereinbarung darf keinen „Formularcharakter“ haben. Man kann zwar Vordrucke verwenden (Urteil des BVerfG vom 25.10.2004, AZ 1 BvR 1437/02), der Grat zum „Formular“ ist aber schmal. Empfehlenswert ist, personenbezogene Daten, Leistungsangaben, Steigerungssatz, Endbetrag und Datum (Unterschriften ohnehin) im Beisein des Patienten handschriftlich einzutragen.

Ob bei IGeL-Leistungen die Abdingungsvereinbarung mit dem Behandlungsvertrag verknüpft werden darf, ist umstritten. Angesichts der strengen Formulierungen in § 2 GOÄ ist davon abzuraten. Unberührt davon ist, dass im Behandlungsvertrag die in der Abdingung vereinbarten Leistungen, Sätze und Beträge angeführt sind (vgl. „Behandlungsvertrag und Honorarvereinbarung“).

Ein Muster für eine Abdingungserklärung ist auf der folgenden Seite wiedergegeben, Empfehlungen und individuelle Unterstützung bei der Abfassung einer Honorarvereinbarung (Abdingung) erhalten sie z.B. bei den Privatärztlichen Verrechnungsstellen.

Muster einer Abdingungserklärung

medswell
GESUNDHEITS-AG

Vergütungsvereinbarung nach § 2 Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)

zwischen _____ als behandelnden Arzt

und _____ als dem Zahlungspflichtigen

wird in persönlicher Absprache durch die Unterzeichnenden folgende Vergütungsvereinbarung geschlossen:

Folgende Leistungen werden jeweils mit dem vereinbarten Betrag vergütet:

GOÄ - Nr.:	Bezeichnung	vereinbarter Steigerungs-satz	vereinbarter Betrag (€)
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Eine Erstattung der Vergütung durch Erstattungsstellen ist möglicherweise nicht in vollem Umfang gewährleistet.

_____
Ort/Datum

_____ _____
Unterschrift des Arztes | Unterschrift des Zahlungspflichtigen

Eigene Leistung (§ 4 GOÄ)

Nach § 613 BGB hat der zur Dienstleistung Verpflichtete die Leistung im Zweifel in eigener Person zu erbringen. Dies gilt auch für den Arzt und bei IGeL-Leistungen. Für ärztliche Leistungen gilt aber auch, dass „unter Aufsicht und fachlicher Weisung“ (§ 4 GOÄ) durch Hilfskräfte erbrachte Leistungen als eigene Leistungen des Arztes berechnet werden dürfen (delegierte Leistungen).

„Fachlich weisen“ kann man nur zu dem, was man auch selbst beherrscht. Auch IGeL-Leistungen müssen deshalb zum Tätigkeitsgebiet des Arztes gehören. Eine Ausweitung von IGeL-Leistungen über ärztliche Gebietsgrenzen hinweg ist deshalb nicht möglich.

Die ärztliche Berufsordnung gilt für IGeL-Leistungen auch hinsichtlich der Delegierbarkeit von Leistungen. IGeL-Leistungen lassen sich also nicht beliebig durch Anstellung von mehr Personal vermehren. Der Arzt muss die geforderte „Aufsicht“ leisten und der Leistung sein persönliches Gepräge geben können. Die „Aufsicht“ ist grundsätzlich durch Anwesenheit des Arztes in der Praxis und stichprobenartige Prüfung der ordnungsgemäßen Durchführung zu gewährleisten. Bei vorübergehender Abwesenheit des Arztes können jedoch bereits vom Arzt angeordnete Leistungen durchgeführt werden. Angeordnete Blutentnahmen können als delegierte Leistungen erbracht werden, wenn der Arzt erreichbar ist und in angemessener Zeit (bis zu einer halben Stunde) in der Praxis erscheinen kann. Bei intravenösen Injektionen und dem Anlegen von Infusionen muss der Arzt – wenn er dies nicht ohnehin persönlich durchführt – in der Praxis anwesend sein. Belastungs-EKGs dürfen nur in Anwesenheit des Arztes durchgeführt werden.

Delegationsfähige und nicht delegationsfähige Leistungen

Nicht delegationsfähig sind operative Eingriffe, Untersuchung und Beratung des Patienten (außer wenigen, speziellen Beratungen wie z.B. die Ernährungsberatung durch besonders qualifiziertes Personal), Psychotherapie (außer durch qualifizierte Psychotherapeuten oder Psychologen), invasive diagnostische Eingriffe und die Entscheidung über diagnostische oder therapeutische Maßnahmen.

Im Einzelfall delegierbar sind Leistungen, bei denen der Arzt sich jeweils in Kenntnis des Krankheitsbildes und der Qualifikation seiner Mitarbeiter entscheiden kann, dass eine Delegation mit den medizinischen Erfordernissen zu vereinbaren ist. Solche Leistungen sind Injektionen, Infusionen und Blutabnahmen, die technische Anfertigung von Röntgenbildern, EKGs und EEGs.

Intravenöse Injektionen (keine Erstapplikationen!) und Infusionen sind an entsprechend qualifizierte nichtärztliche Mitarbeiter delegierbar, wenn der Arzt sich in unmittelbarer Nähe aufhält. Die Durchführung von Blutentnahmen darf nur ad personam an entsprechend qualifizierte Mitarbeiter delegiert werden.

Grundsätzlich delegationsfähig sind Laborleistungen mit Ausnahme des Speziallabors, physikalisch-medizinische Leistungen, Ton- und Sprachaudiometrie und ähnliche Leistungen, Wechsel von Dauerkathetern und einfache Verbände.

In Zweifelsfällen ist die jeweilige Ärztekammer zu befragen. Zur Delegierbarkeit haben die Vorstände der BÄK und KBV im DÄB vom 10.10.2008 eine „Segelanweisung" („Persönliche Leistungserbringung: Möglichkeiten und Grenzen der Delegation ärztlicher Leistungen", auf der die obigen Ausführungen beruhen) gegeben.

Laborleistungen

Eine Ausnahme zur Pflicht von der eigenhändigen oder unter Aufsicht erbrachten Leistung ist in der GOÄ nur für Leistungen des Basislabors (Laborgemeinschaft, Abschnitt M II der GOÄ) gegeben. Danach können auch die nach fachlicher Weisung unter der Aufsicht eines anderen Arztes in Laborgemeinschaften erbrachten Leistungen als eigene Leistungen berechnet werden. Leistungen des Praxislabors (Abschnitt M I der GOÄ) müssen in der Praxis selbst oder beim Hausbesuch erbracht werden.

Speziallaborleistungen (M III und M IV der GOÄ) müssen von dem Arzt berechnet werden, der die Leistungen erbracht hat. Die Berechnung von an einen anderen Arzt gesandte Speziallaborleistungen als eigene Leistungen durch den Einsender ist nicht statthaft.

Speziallaborleistungen können aber nicht nur von Laborärzten oder Mikrobiologen erbracht und berechnet werden. Speziallaborleistungen des entsprechenden Fachgebietes (ggf. der Fachkunde in Laborleistungen) kann der entsprechende Arzt auch selbst erbringen (eigenhändig oder unter seiner persönlichen Aufsicht) und selber abrechnen. Die persönliche Aufsicht wird dabei als persönliche Anwesenheit im Labor während der Leistungserbringung verstanden (OLG Hamburg am 20.02.1996, AZ 312 O 57/96 und LG Duisburg am 18.06.1996, AZ 1 O 139/96).

Das Verbot der Aufnahme von durch einen anderen Arzt erbrachten Speziallaborleistungen in die eigene Rechnung gilt selbst dann, wenn die Leistungen in der Rechnung gekennzeichnet sind („wurden durch Herrn Dr. NN erbracht") und in der Rechnung ausgesagt ist „das Honorar für diese Leistungen

wird in voller Höhe an Herrn Dr. NN weitergeleitet“ (AG Frankfurt/Main am 09.04.2202, AZ 14 U 90/01).

Besonders bei IGeL-Leistungen mit relativ niedrigen Laborhonoraren wäre dies aber sehr wünschenswert: Nur „eine“ Rechnung mit entsprechend niedrigeren Kosten für Rechnungsstellung und Inkasso, der Patient erhielte ein IGeL-Angebot „aus einer Hand“.

Lösungen hierzu bieten Modelle, bei denen sich der Patient bereit erklärt, ein „Gesamtinkasso“ über die Leistungen sowohl des zuweisenden als auch des Laborarztes zu akzeptieren. Beispielhaft sei an dieser Stelle das Labor-IGeL-Konzept der MedWell Gesundheits-AG genannt, das in Zusammenarbeit mit der PVS Baden-Württemberg und dem Großlabor Schottdorf bereits seit mehr als 5 Jahren erfolgreich praktiziert wird. Hier gibt es tatsächlich nur eine Rechnung und einen Zahlungsempfänger (Informationen unter www.medwell.de).

Zielleistungsprinzip

Leistungen können neben einer anderen Leistung dann nicht berechnet werden, wenn sie methodisch notwendiger Bestandteil oder eine besondere Ausführung der anderen Leistung sind (§ 4 Abs. 2a GOÄ). Dabei ist die andere Leistung (auch „Zielleistung“) nur das, was in der jeweiligen Leistungsbeschreibung der GOÄ-Ziffer enthalten ist, nicht das, was aufgrund individueller Umstände der Erkrankung beim Patienten medizinisch notwendig zu erbringen war. Um evtl. Auseinandersetzungen zu dieser Frage zu vermeiden, empfiehlt es sich bei IGeL-Leistungen (besonders bei operativen IGeL-Leistungen), zum Erreichen des angemessenen Honorars wenige Leistungen mit höherem Steigerungsfaktor (ggf. mit Abdingung) anzusetzen als ein ausuferndes Bündel an Leistungsziffern.

Auslagenersatz

Mit der GOÄ-Anwendung gibt es auch für IGeL-Leistungen die Möglichkeit, die nach § 10 GOÄ dort als berechenbar ausgewiesenen Auslagen zusätzlich zu den ärztlichen Gebühren in Rechnung zu stellen. Sachkosten, die nach dem § 10 GOÄ nicht gesondert berechnungsfähig sind, zählen zu den nicht gesondert berechenbaren Praxiskosten und sind Bestandteil der Vergütung der jeweiligen Leistung.

Als Auslagenersatz dürfen nur die tatsächlich entstandenen Kosten weitergegeben werden. Erhaltene Rabatte müssen an den Patienten bei der Berechnung der Auslagen weitergegeben werden. Diese zu unterschlagen oder auf die tat-

sächlichen Kosten einen Aufschlag zu erheben, kann zum Betrugsvorwurf führen. Ein auf die Rechnung wegen unverzüglicher Zahlung erhaltenes Skonto kann jedoch beim Arzt verbleiben.

Lagerkosten sind nicht gesondert berechenbare Praxiskosten. Dies gilt auch dann, wenn das Medikament oder Material nur für bestimmte Patienten vorrätig gehalten wird. Gleiches gilt für Beschaffungs- und Entsorgungskosten.

Die Verwendung von Einmalmaterial muss medizinisch notwendig sein. Eine Verlagerung von nicht berechenbarem Praxisbedarf in den berechenbaren Auslagenersatz durch willkürliche Verwendung von Einmalmaterial statt wieder verwendbarem Material ist nicht statthaft.

Im § 10 Abs. 2 sind die genannten „Kleinmaterialien" beispielhaft, die „folgenden Einmalartikel" aber abschließend aufgeführt. Das hat zur Folge, dass auch nicht im § 10 namentlich genannte „Kleinmaterialien" nicht als Auslagenersatz berechnungsfähig sind, das „Kleinmaterial" übersteigende Auslagen aber berechenbar sind, wenn sie im § 10 Abs. 2 (oder direkt bei der Leistung, z.B. Testsubstanzen bei Allergietests) nicht explizit von der gesonderten Berechnung ausgeschlossen sind. Die Wertgrenze des nicht berechenbaren „Kleinmaterials" ist weder betraglich noch in Relation zu den berechneten Leistungen festgelegt. Als „Faustformel" kann etwa 1 € pro Material angesehen werden. Letztlich wird sich der Arzt an der Größenordnung des Preises der Materialien in Bezug auf die Menge der im Einzelfall verbrauchten Materialien und die Honorarhöhe orientieren.

Formalien der Rechnungsstellung (§ 12 GOÄ)

Die formalen Anforderungen an die Arztrechnung sind im § 12 der GOÄ festgelegt. Die wichtigsten, sich daraus ergebenden Punkte sind:

Der Zahlungspflichtige ist nur für eine „dieser Verordnung entsprechende Rechnung" zahlungspflichtig. Ist die Rechnung (oder ein Teil der Rechnung) nicht den GOÄ-Bestimmungen entsprechend, ist der Patient nicht (bzw. nur für den unstrittigen Teilbetrag) zahlungspflichtig.

Zu den Anforderungen an die Fälligkeit der Arztrechnung sagte der BGH im Urteil vom 21.12.2006 (Az III ZR 117/06): „Die ärztliche Vergütung wird fällig, wenn die Rechnung die formellen Voraussetzungen in § 12 Abs. 2 bis 4 der GOÄ erfüllt, die Fälligkeit wird nicht davon berührt, dass die Rechnung mit dem materiellen Gebührenrecht nicht übereinstimmt."

Daraus schlossen manche Ärzte, dass es nun auf die inhaltliche (materielle) Richtigkeit der Rechnung nicht mehr ankomme – Hauptsache die Rechnung

sei formal (in den vom § 12 GOÄ geforderten Bestandteilen) richtig. Nun bekomme man besonders bei IGeL-Leistungen doch die Freiheit, inhaltlich von der GOÄ abzuweichen. Dies ist unzutreffend. Im Streitfall wollte eine PKV die gesamte Arztrechnung nicht erstatten, weil einzelne Abrechnungspositionen nicht korrekt berechnet waren. Dies wies der BGH zurück. Spätere Rechnungskorrekturen änderten nichts an der Fälligkeit von vornherein unstrittiger Rechnungsbestandteile und die korrigierten Rechnungsbestandteile seien auch fällig, ohne dass der Arzt eine neue Rechnung erstellen müsse. Das BGH-Urteil besagt also gerade nicht, dass man jetzt jeden Unsinn berechnen dürfe.

Die Rechnung muss nicht sofort nach Erhalt gezahlt werden. Nach dem Gesetz zur Beschleunigung fälliger Zahlungen hat der Zahlungspflichtige „automatisch" ein Zahlungsziel von 30 Tagen nach Erhalt der Rechnung. Die Zahlungsfrist („... fällig innerhalb von 30 Tagen") sollte in einem Zusatz der Rechnung genannt werden. Ein Hinweis darauf, dass nach Ablauf dieser Frist auch ohne Mahnung Verzug eintritt, sichert im Falle verspäteter Zahlung den Anspruch auf Verzugszinsen. In anderen Wirtschaftsbereichen üblich, verzichten Ärzte aber meistens auf diesen Zusatz.

Vorauszahlungen sind zwar in manchen Praxen und Leistungsbereichen (z.B. „Schönheitschirurgie") üblich, aber eigentlich nicht statthaft. Zulässig ist, die Rechnung sofort beim Behandlungsabschluss auszudrucken und das Honorar einzunehmen.

Die übrigen Formalien des § 12 sind aus dem Text der Vorschrift selbst erklärend. Hingewiesen sei nur darauf, dass zum Auslagenersatz keine Pauschalen („Auslagenersatz 13 €") oder Sammelposten („Auslagenersatz für ....., 18,30 €") berechnet werden dürfen. Auslagen derselben Art können aber zusammengefasst werden („Medikament ....., 3 Ampullen, 12 €").

Nach § 1 Abs. 2 GOÄ dürfen Leistungen, die über eine medizinisch notwendige ärztliche Versorgung hinausgehen, nur berechnet werden, wenn sie auf Verlangen des Patienten erbracht wurden. Zwar sind IGeL-Leistungen teils auch medizinisch notwendig, sie werden aber immer auf Verlangen des Patienten erbracht. Um unnötige Auseinandersetzungen zu vermeiden, sollten die Leistungen in der Rechnung deshalb gem. § 12 Abs. 3 als „auf Verlangen" gekennzeichnet werden.

Bei Analogabrechnung muss in der Rechnung die tatsächlich erbrachte (!) Leistung verständlich beschrieben werden. Dazu kommt die zur Analogabrechnung herangezogene GOÄ-Leistung, dazu der Zusatz „entsprechend" (gebräuchlich ist auch „analog"), deren Nummer und Bezeichnung sowie die übrigen geforderten Angaben.

Umstritten ist, ob in der Rechnung sog. „Platzhalternummern“ verwendet werden dürfen. „Platzhalternummern“ werden in der Praxissoftware v.a. bei Analogabrechnungen und zum Auslagenersatz eingesetzt. In der Rechnung erscheint dann z.B. die Nr. „A 796“ für die Berechnung einer Laufband-Ergometrie gemäß der Analogliste der BÄK. Auch die MEGO-Nummern sind „Platzhalternummern“. Sie verweisen darauf, wo die IGeL-Leistung in der Systematik der GOÄ anzusiedeln ist und erleichtern die EDV-gestützte Abrechnung.

Die BÄK (DÄ, GOÄ-Ratgeber vom 21. März 2008 und 07. September 2007) hält die Verwendung von Platzhalternummern in der Rechnung für unzulässig. Einzige Ausnahme seien das vorangestellte „A“ bei der Analogabrechnung von Laborleistungen (Allg. Bestimmung Nr. 8 zu Abschnitt M der GOÄ) und die „A-Platzhalternummern“ der Analogen Bewertungen der Bundesärztekammer und des Zentralen Konsultationsausschusses. Letzteres diene der leichteren Erkennbarkeit der konsentierten analogen Bewertungen.

Daraus kann nicht gefolgert werden, die Verwendung von MEGO-Nummern in der Rechnung sei unzulässig. Der GOÄ-Ratgeber bezieht sich auf die korrekte Kennzeichnung von Analogabrechnungen. Aber auch dazu sind die Analogempfehlungen der BÄK, so segensreich sie auch sind, nicht der Verordnungstext. Abs. 2 des § 12 GOÄ sagt, was die Rechnung „insbesondere“ enthalten muss. Dies ist nicht abschließend. Über die vom § 12 geforderten Inhalte hinaus kann die Rechnung somit auch weitere Bestandteile enthalten, wenn diese dem Schutzzweck des § 12 – dass der Zahlungspflichtige eine nachprüfbare und detaillierte Rechnung erhält – nicht entgegenstehen. Die MEGO-Nummern nicht nur in der Praxissoftware, sondern auch erkennbar in der Rechnung zu verwenden, ist deshalb unseres Erachtens zulässig. Dies entbindet jedoch selbstverständlich nicht davon, dass alle übrigen vom § 12 GOÄ geforderten Inhalte erfüllt sein müssen. MEGO-Nummern und deren Text als Gesamtbezeichnung der IGeL-Leistung zeigen dem Patienten, dass die IGeL-Abrechnung auf geprüfter und vertrauenswürdiger Basis erfolgte. Die Anführung von MEGO-Nummern erhöht die Transparenz der Rechnung, da dem mit Privatrechnungen unerfahrenen IGeL-Patienten klar erkennbar wird, worauf sich die nachfolgenden GOÄ-Leistungen beziehen. Die Anführung muss jedoch so vorgenommen werden, dass keine Verwechslung mit GOÄ-Texten erfolgt.

Der § 12 GOÄ ist eine sog. Transparenzvorschrift. Eine korrekte und für den Patienten transparente Rechnungserstellung sichert nicht nur die Durchsetzbarkeit der Forderung im Streitfall, generell stärkt sie das Vertrauen in den Arzt!

Exkurs: IGeL und Steuern

Vorbemerkung

Speziell zu den Exkursen sei nochmals darauf hingewiesen, dass die Ausführungen in der MEGO keine Steuer- oder Rechtsberatung sind oder ersetzen. Sie dienen lediglich der Orientierung und Sensibilisierung für evtl. auftauchende Fragen und der Vorbereitung einer Steuer- bzw. Rechtsberatung.

Erkenntnisse und die Diskussion um die Umsatzsteuerpflicht ärztlicher Leistungen bzw. der anderen Exkurs-Themen schreiten ständig fort. Sich ändernde Rechtsprechung und häufige Änderungen des Spektrums der IGeL-Leistungen machen nicht möglich, eine langfristig haltbare oder gar abschließende Aufstellung der umsatzsteuerpflichtigen IGeL-Leistungen bzw. der Hinweise in den anderen Exkursen zu geben. Besonders für die Hinweise im Leistungsverzeichnis gilt deshalb ausdrücklich, dass sie nur orientierenden Charakter haben.

Umsatzsteuer und Gewerbesteuer

Zunächst zur **Gewerbesteuer**: Gewerbesteuerpflichtig sind nicht einzelne Leistungen, sondern „Gewerbebetriebe“, zu denen Arztpraxen nicht zählen, weil der Arztberuf gemäß Bundesärzteordnung und Berufsordnung ausdrücklich kein Gewerbe ist. Einkünfte aus selbständiger ärztlicher Tätigkeit werden vielmehr dem Einkommenssteuergesetz unterworfen, und zwar auch dann, wenn der Arzt im Einzelfall ärztliche Leistungen erbringt, die aus Sicht der Finanzämter kein Ausüben der Heilkunde sind (z.B. „Baby-TV“).

Der Unterschied zum oft zitierten (entgeltlichen) Cola-Automaten im Wartezimmer, der bei Gemeinschaftspraxen über eine Spezialvorschrift im Einkommenssteuergesetz zur Gewerbesteuerpflicht der gesamten Praxiseinnahmen führen kann, besteht darin, dass die Automatenleistung eine typisch gewerbliche Leistung und eben keine persönliche Dienstleistung höherer Art aufgrund besonderer Qualifikation ist. Bei ärztlichen IGeL-Angeboten handelt es sich stets um eine solche Dienstleistung höherer Art, und zwar auch dann, wenn sie entsprechend den Anforderungen zur persönlichen Leistungserbringung im Auftrag des Arztes von Mitarbeitern durchgeführt wird.

Gewerbesteuer entsteht deshalb grundsätzlich nicht. Auch der Arzt kann aber gewerbesteuerpflichtig werden. Betreibt der Arzt neben seiner freiberuflichen

Tätigkeit einen mit Gewinnerzielungsabsicht verbundenen Handel mit Waren (z.B. mit Nahrungsergänzungsmitteln), ist diese Tätigkeit grundsätzlich gewerbesteuerpflichtig. Nur durch strikte geschäftliche, buchhalterische und organisatorische Trennung der gewerblichen Tätigkeit lässt sich ein „Abfärben" der Gewerbesteuerpflicht auf die gesamten Praxiseinkünfte des Arztes vermeiden. Insbesondere hinsichtlich notwendiger personeller, räumlicher und zeitlicher Trennung von der freiberuflichen Tätigkeit und der Wahl einer evtl. Kooperationsform sind die Anforderungen komplex und erfordern Beratung durch Spezialisten.

Eine **„Gewerbesteuerfalle"** hat sich nach dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz aufgetan, indem dies die Anstellung fachgleicher und fachfremder Kollegen ermöglicht. So sah das Finanzgericht Köln (Urteil vom 11.09.2007, AZ 9 K 2035/07) eine „unechte" Gemeinschaftspraxis als gewerbesteuerpflichtig. Dieses und auch andere Urteile sehen als wesentliches Kriterium für die Freiheit von der Gewerbesteuer nicht die Art der Gewinnverteilung, sondern, ob der angestellte (oder auch freiberuflich tätige) Kollege von dem anderen Arzt fachlich überwacht und angeleitet wird. Wenn sich der Praxisinhaber nur noch um Teilbereiche seiner Praxis kümmert und alles Andere den angestellten Ärzten überlässt, muss man von Gewerbesteuerpflicht ausgehen (Ausnahme: vorübergehender Krankheitsfall). Äußerste Vorsicht ist z.B. geboten bei der Beteiligung von Nichtärzten an MVZ's und fachfremden Ärzten in Teilgemeinschaftspraxen! Bei einer nur kapitalmäßigen Beteiligung des Arztes an der Teilgemeinschaftspraxis muss man von der Gewerblichkeit der gesamten Teilgemeinschaftspraxis ausgehen.

Es gibt zahlreiche zu beachtende Aspekte zur evtl. Gewerbesteuerpflicht. Fachlicher Rat ist unumgänglich, besonders da das größte Interesse an der Gewerbesteuer die Kommunen haben und deren Mitarbeiter die tatsächlichen Gegebenheiten am ehesten kennen.

Die **Umsatzsteuer** (auch Mehrwertsteuer genannt) ist eine allgemeine Verbrauchssteuer, die den Endverbraucher trifft, aber aus technischen Gründen beim Unternehmer erhoben wird, der den Umsatz ausführt. Grundsätzlich sind Umsätze aus ärztlicher Tätigkeit von der Umsatzsteuerpflicht befreit (§ 4 Nr. 14 UStG). Der EuGH urteilte aber am 14. September 2000, dass Leistungen eines Arztes nur dann umsatzsteuerfrei seien, wenn sie „der medizinischen Betreuung von Personen durch das Diagnostizieren und Behandeln von Krankheiten oder anderen Gesundheitsstörungen dienen". In der Folge musste abgegrenzt werden, welche ärztlichen Tätigkeiten diesem Kriterium genügen.

IGeL und Umsatzsteuer

Einige Finanzbehörden sehen IGeL-Leistungen generell als „medizinisch nicht indiziert und damit umsatzsteuerpflichtig“ an. Wissend, dass die medizinische Indikation nicht gleichzusetzen ist mit dem eingeschränkten Leistungsumfang der GKV, erscheint dies unsinnig. Vielmehr muss jede IGeL-Leistung darauf geprüft werden, ob sie den vom EuGH vorgegebenen Kriterien genügt. Man muss aber wissen, dass diese Diskussion noch nicht abgeschlossen ist und Oberfinanzdirektionen zur Umsatzsteuerpflicht bestimmter IGeL-Leistungen unterschiedliche Auffassungen vertreten.

Hilfen zur Abgrenzung

In der Folge des EuGH-Urteils gab es eine Reihe von Stellungnahmen und Listen umsatzsteuerpflichtiger ärztlicher Leistungen. Etwas mehr Klarheit brachte das Urteil des BFH vom 15.07.2004 (AZ V R 27/03) und die nachfolgende Entwicklung. Seitdem gilt als Abgrenzungskriterium, dass nur die Leistungen umsatzsteuerfrei sind, die der Diagnose oder Behandlung oder Linderung von Krankheiten, der Gesunderhaltung oder dem vorbeugenden Gesundheitsschutz von Patienten dienen. Nicht die Methodik einer Leistung, sondern die Indikation ist also entscheidend. Das Urteil des BFH können Sie unter www.bundesfinanzhof.de („Entscheidungen/Recherche“) abrufen. Auf jeden Fall sollten Sie Ihre Leistungen mit der dortigen Aufstellung auf eine evtl. Umsatzsteuerpflicht hin überprüfen. Erschwert wird die Orientierung dadurch, dass verschiedene Oberfinanzbehörden unterschiedliche Auffassungen dazu vertreten, welche ärztlichen Leistungen (auch außerhalb von IGeL-Leistungen) umsatzsteuerpflichtig sind.

Eine Orientierungshilfe ist die im EuGH-Urteil enthaltene Ausführung „Selbst wenn sich herausstellt, dass sich Personen, die sich vorbeugenden Untersuchungen oder anderen ärztlichen Maßnahmen unterziehen, an keiner Krankheit oder Gesundheitsstörung leiden, steht die Einbeziehung dieser Leistungen in den Begriff der Heilbehandlung im Bereich der Humanmedizin im Einklang mit dem Zweck, die Kosten ärztlicher Heilbehandlungen zu senken“. Vor diesem Hintergrund sind z.B. der PSA-Test oder die Gesundheitsuntersuchung ergänzende Untersuchungen in geradezu „klassischer“ Weise als umsatzsteuerfrei zu sehen. Generell müsste dies gelten für alle IGeL-Leistungen aus den Bereichen V, I und A der „VITAL-Gliederung“ des DIP (vgl. im Abschnitt „Einführung/MEGO“). Bei Leistungen aus den Bereichen T („Top-Service und Komfort“) und L („Lifestyle- und Wellnessmedizin“) kommt es hingegen auf das

Ziel der ärztlichen Leistung an. Ist das letztendliche Ziel der Leistung nicht der Schutz einschließlich der Aufrechterhaltung oder Wiederherstellung der Gesundheit, so ist von einer Umsatzsteuerpflicht auszugehen.

Wie groß der Wirrwar ist, zeigt das Beispiel der Reisemedizin. Aus tatsächlicher Sicht als präventive Leistung umsatzsteuerfrei, vertreten trotzdem einige Finanzverwaltungen die Auffassung, die reisemedizinische Beratung und Impfung sei „Lifestyle". Schließlich könne man auch zuhause bleiben und damit sei die reisemedizinische Prävention nicht „nötig".

Im Hinblick auf ärztliche Gutachten ist Anhaltspunkt, dass in der Regel keine Umsatzsteuerbefreiung vorliegt, wenn das Gutachten in keinem direkten Zusammenhang mit einer Behandlung steht (z.B. bei Versicherungsanfragen). Beim Gutachten muss für die Umsatzsteuerfreiheit das therapeutische Ziel im Vordergrund stehen. Nicht von der Umsatzsteuerpflicht befreit müssen somit z.B. Gutachten über die Berufstauglichkeit, zur MdE und Alkoholgutachten gesehen werden.

Als Entscheidungshilfe bietet sich auch die „Kann/Darf-Frage" an: Steht die Frage nach der Eignung (Kann die Person das aus ärztlicher Sicht?) im Vordergrund, so sind die betreffenden ärztlichen Leistungen in der Regel umsatzsteuerpflichtig (z.B. Sehtest für Fahrerlaubnis). Steht dagegen die Frage nach dem Gesundheitsschutz (Darf die Person das aus ärztlicher Sicht?) im Vordergrund, so ist eine Umsatzsteuerpflicht zumeist nicht gegeben (z.B. Tauchfähigkeitsuntersuchung).

Entscheidungshilfe bietet auch der Beitrag von J. Serafini „Gratwanderung: Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL)" in „Praxis Freiberufler-Beratung", Ausgabe 08/2009. Den Beitrag finden Sie unter www.iww.de (und Benutzung der Suchmaske).

Vorbeugen ist besser als Heilen

Da man nie sicher sein kann, wie im eigenen Fall entschieden werden wird, ist unbedingt anzuraten, sich nicht nur mit dem Steuerberater abzustimmen, sondern schon selber gegen nicht angebrachte Forderungen des Finanzamtes vorzubeugen. Grundlage der Vorbeugung ist die sorgfältige Dokumentation, besonders zur diagnostischen, therapeutischen oder präventiven medizinischen Indikation. Ohne eine entsprechende Dokumentation wird es im Streitfall fast unmöglich, die Gründe für die Umsatzsteuerfreiheit einer Leistung nachzuvollziehen und auch durchzusetzen.

Wenn eine Leistung umsatzsteuerpflichtig ist (und nicht die „Kleinunternehmerregelung“ greift), muss der Arzt zum Honorar noch Umsatzsteuer berechnen, muss diese aber ans Finanzamt abführen. Abgesehen vom Verwaltungsaufwand ist das Ergebnis für den Arzt neutral.

Versuchen Sie aber eine so exakte Bestimmung der umsatzsteuerpflichtigen Leistungen wie möglich. Umsatzsteuer allzu großzügig auszudehnen, sozusagen „prophylaktisch“ zu berechnen, macht keinen Sinn. Wer Umsatzsteuer in der Rechnung ausweist, muss sie auch abführen. Stellt sich die Leistung später als umsatzsteuerfrei heraus, freut sich nur das Finanzamt, nicht aber Arzt und Patient.

Andererseits sollte die Umsatzsteuer auch in Zweifelsfällen berechnet werden. Wenn es möglich ist („Spielraum“ bei den GOÄ-Faktoren und der höhere Preis vom Patienten akzeptiert wird), kann man die Umsatzsteuer in den Honoraren „verstecken“. Die Differenz zum ursprünglich kalkulierten Honorar kann dann zur Rücklagenbildung für evtl. spätere Steuerforderungen genutzt werden.

Allerdings befindet sich der bei Überschreitung der „Kleinunternehmerschwelle“ (s.u.) von 17.500 €/Jahr umsatzsteuerpflichtige Arzt dann im Wettbewerb mit nicht umsatzsteuerpflichtigen Ärzten und wäre (bei gleichem Steigerungsfaktor) um 19% „teurer“ als diese. Um einen identischen „Endpreis“ wie der nicht-umsatzsteuerpflichtige Arzt zu erzielen, müsste er dann den Steigerungsfaktor entsprechend niedriger wählen.

Kleinunternehmerprivileg

Auch wenn umsatzsteuerpflichtige Leistungen erbracht werden, muss nach dem sog. Kleinunternehmerprivileg (§ 19 UstG) nicht notwendigerweise Umsatzsteuer abgeführt werden. Die Grenze dafür sind in 2010 ein umsatzsteuerpflichtiger Umsatz von 17.500 € im vorangegangenen Kalenderjahr und dass der umsatzsteuerpflichtige Umsatz im laufenden Kalenderjahr voraussichtlich 50.000 € nicht übersteigen wird. Aber Vorsicht: Dabei zählen auch andere als aus der Patientenbehandlung entstandene umsatzsteuerpflichtige Leistungen des Arztes mit, z.B. aus schriftstellerischer Tätigkeit oder der Vermietung einer Immobilie an einen Unternehmer. Ist der Arzt nicht umsatzsteuerpflichtig, kann er aber zur Umsatzsteuer „optieren“, also „freiwillig“ Umsatzsteuer berechnen und abführen.

Inbesondere aus dem Kleinunternehmerprivileg ergeben sich auch Gestaltungsmöglichkeiten. So kann man Einnahmen so planen, dass sie erst im nächsten

Jahr zufließen (entscheidend ist nicht das Datum der Leistungserbringung, sondern des Zahlungseinganges). Oder in einer Gemeinschaftspraxis können Einnahmen nicht nur gemeinsam, sondern auch von jedem der Ärzte selbständig erbracht und abgerechnet werden.

Eine Möglichkeit, das Kleinunternehmerprivileg ggf. noch nutzen zu können, bietet bei manchen IGeL-Leistungen die Möglichkeit, teure Medikamente oder Materialien zu rezeptieren statt sie als Auslagenersatz (§ 10) in die Arztrechnung zu nehmen. So wird die (im konkreten Fall grundsätzlich umsatzsteuerpflichtige) Arztrechnung entsprechend niedriger.

Bei Überschreiten der Kleinunternehmergrenze infiziert die Umsatzsteuer (im Gegensatz zur Gewerbesteuer) die übrigen Praxiseinnahmen nicht.

Umsatzsteuerpflicht hat auch Vorteile

Wer Umsatzsteuer abführt, kann auch den sog. „Vorsteuerabzug“ in Anspruch nehmen. Vereinfacht heißt das, dass man selber in der Berufsausübung gezahlte Umsatzsteuer (anteilig) vom Finanzamt erstattet bekommt. Demnach kann die Option zur Umsatzsteuer gerade dann günstig sein, wenn im betreffenden Jahr erhebliche Investitionen anstehen. Alternativ können Investitionen auch in ein Jahr verschoben werden, in dem die Kleinunternehmerregelung ohnehin nicht mehr greift.

Umsatzsteuerpflicht macht auch Umstände

Abgesehen vom höheren buchhalterischen Aufwand und der erweiterten Tätigkeit des Steuerberaters muss bei Umsatzsteuerpflicht darauf geachtet werden, dass die eigenen Rechnungen und Rechnungen, die man erhält, den Vorschriften des Umsatzsteuergesetzes genügen. Einzelheiten dazu kennt Ihr Steuerberater. Zu empfehlen ist, bei umsatzsteuerfreien Leistungen in die Rechnung einen Zusatz aufzunehmen wie „Umsatzsteuerfreie, heilberufliche Leistung(en)“.

Fazit

An der Tatsache der Umsatzsteuerpflicht auch von ärztlichen Leistungen – und dass Gewerbesteuerpflicht drohen kann – kommt man nicht mehr vorbei. Die

o.a. Kriterien zur Abgrenzung und die Kennzeichnungen in der MEGO können nur Hilfestellungen bei der Überprüfung des eigenen Leistungsspektrums auf umsatzsteuerpflichtige Leistungen sein. Auf jeden Fall ist fachlicher Rat einzuholen und sind ggf. auch die o.a. Hinweise zum Umgang mit Umsatzsteuerpflicht zu beachten.

Exkurs: IGeL und Arzneimittelgesetz

§ 67 des Arzneimittelgesetztes (AMG) bestimmt, dass Einrichtungen, die Arzneimittel herstellen, dies vor der Aufnahme der Tätigkeit der zuständigen Behörde anzuzeigen haben. In § 4 Abs. 2 AMG sind als Arzneimittel ausdrücklich auch Blutbestandteile oder Zubereitungen aus Blutbestandteilen genannt. § 4 Abs. 3 AMG sieht die Ausnahme von der Anwendung des AMG nur bei Anwendung von Geweben, die innerhalb eines Behandlungsvorganges einer Person entnommen werden, um auf diese ohne Änderung ihrer stofflichen Beschaffenheit rückübertragen werden.

Die sich daraus ergebende Anzeigepflicht betrifft z.B. Eigenblutbehandlungen mit verändertem Eigenblut und die Behandlung mit aus dem Blut des Patienten gewonnenem plättchenreichein Plasma.

Der Arzt sollte deshalb prüfen, ob zu seiner IGeL-Leistung ggf. die Anzeigepflicht nach dem AMG zutrifft. Hilfestellung bei Abgrenzungsfragen und zur Durchführung der Anzeige geben die Ärztekammern.

Exkurs: IGeL und DL-InfoV

Seit dem 12.05.2010 gilt die Dienstleistungs-Informationspflichten-Verordnung (DL-Info-V). Die Verordnung sieht sehr umfangreiche Informationspflichten des Dienstleistungserbringers gegenüber dem Dienstleistungsempfänger vor. Die Verordnung unterscheidet zwischen Informationen, die der Dienstleistungserbringer stets von sich aus zur Verfügung zu stellen hat und solchen, die nur auf Anfrage zu geben sind.

Einzelheiten zur Informationspflicht sind z.B. auf den Internetseiten zahlreicher Industrie- und Handelskammern zu finden.

Einige Ärztekammern sehen Ärzte von der DL-InfoV generell nicht betroffen. Sie berufen sich dabei auf die der DL-InfoV zugrunde liegende Richtlinie

2006/123/EG vom 12.12.2006. Diese sieht in Artikel 2 Abs. 2 die Richtlinie als nicht anwendbar für Gesundheitsdienstleistungen vor.

Dies ist umstritten: In der Richtlinie wird bei der Erläuterung der Gründe für die Richtlinie unter Nr. 22 gesagt „Der Ausschluss des Gesundheitswesens vom Anwendungsbereich dieser Richtlinie sollte Gesundheits- und pharmazeutische Dienstleistungen umfassen, die von Angehörigen eines Berufes im Gesundheitswesen gegenüber Patienten erbracht werden, um deren Gesundheitszustand zu beurteilen, zu erhalten oder wiederherzustellen."

Ähnlich wie bei der Abgrenzung zur Umsatzsteuerpflicht kann man IGeL-Leistungen, die nicht auf den „Gesundheitszustand" abstellen (z.B. „Schönheitsoperationen", Raucherentwöhnungskurse und manche Gutachten) somit von der DL-InfoV betroffen sehen.

Ärzte, die diese Auffassung teilen oder vorbeugend der Informationspflicht nachkommen möchten, können die Informationen am Ort der Leistungserbringung oder des Vertragsabschlusses so vorhalten, dass sie dem Dienstleistungsempfänger leicht zugänglich sind (z.B. als Aushang) oder dem Dienstleistungsempfänger über eine von ihnen angegebene Internetadresse leicht zugänglich machen.

Gebührenverzeichnis MEGO Inhaltsverzeichnis

A –	Allgemeine Bestimmungen	59
B –	Grundleistungen und allgemeine Leistungen	61
B I –	Beratungen	61
B II –	Besondere Therapierichtungen / Umweltmedizin	75
B III –	Serviceleistungen	83
C –	Nichtgebietsbezogene Sonderleistungen	99
C I –	Verbände	99
C II –	Injektionen	101
C III –	Allergologie	107
C IV –	Sonographie	109
D –	Anästhesieleistungen	113
E –	Physikalisch-medizinische Leistungen	117
F I –	Innere Medizin	121
F II –	Kinder- und Jugendheilkunde	139
F III –	Dermatologie	141
G –	Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie	161
H –	Gynäkologie und Geburtshilfe	171
I –	Augenheilkunde	183
J –	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	199
K –	Urologie	207
L I –	Chirurgie	215
L II –	Orthopädie	221
M –	Laboratoriumsuntersuchungen	233
M I/II –	Gemeinschaftslabor	235
M III/IV –	Speziallabor	243
N –	Histologie, Zytologie und Zytogenetik	269
O –	Strahlendiagnostik, Nuklearmedizin, Magnetresonanztomographie und Strahlentherapie	273

A – Allgemeine Bestimmungen

1. Die in diesem Verzeichnis aufgeführten Leistungen sind bei GKV-Versicherten nur dann als Individuelle Gesundheitsleistungen nach GOÄ berechnungsfähig, wenn keine Indikation zur Durchführung als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung vorgelegen hat.

2. Der Vertragsarzt darf vom GKV-Versicherten neben dem GKV-Honorar keine Zuzahlung zu vertragsärztlichen Leistungen fordern. Die Privatbehandlung von GKV-Versicherten ist daher nur statthaft bei Nicht-GKV-Leistungen (Individuellen Gesundheitsleistungen) oder wenn der Versicherte eine Privatbehandlung anstelle der GKV-Sachleistung wünscht. Die Durchführung und Abrechnung privatärztlicher Leistungen setzt stets eine entsprechende schriftliche Vereinbarung zwischen Arzt und Patient voraus.

3. Die Rechnungsstellung hat gemäß den Vorgaben der GOÄ (insbes. § 12) zu erfolgen. Die in der MEGO aufgeführten Positionen beschreiben in der Regel Leistungsziele, insbesondere Komplexleistungen, die in dieser Form in der GOÄ nicht enthalten sind. Sie können in die Arztrechnung aus Gründen der Transparenz ergänzend aufgenommen werden, ersetzen jedoch nicht die Angabe der jeweiligen GOÄ-Positionen.

B – Grundleistungen und allgemeine Leistungen

B I – Beratungen

Vorbemerkungen:

- **Wird neben einer Beratung aus GKV-Anlass in derselben Sitzung auch eine Beratung aus Nicht-GKV-Anlass im Rahmen einer Individuellen Gesundheitsleistung (IGeL) durchgeführt, so kann die Beratungsgebühr nach GOÄ neben der entsprechenden EBM-Gebühr berechnet werden. Werden zwei oder mehr der nachfolgenden IGeL-Angebote, die Beratungen enthalten, anlässlich derselben Inanspruchnahme des Arztes durchgeführt, so ist die Beratungsleistung insgesamt nur einmal berechnungsfähig.**
- **Weitere, überwiegend fachspezifische Beratungsleistungen sind in den entsprechenden MEGO-Abschnitten aufgeführt. Dies gilt insbesondere für Beratungs- in Verbindung mit Untersuchungsleistungen.**

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
M 1	Reisemedizinische Vorsorge, einschl. Impfberatung und schriftlicher Informationen		
	1 – Beratung	4,66	10,72
	5 – Untersuchung	4,66	10,72
	76 analog – Schriftliche Information	4,08	9,38

Anm.:
- die Nr. 5 GOÄ ist nur berechnungsfähig, wenn im Rahmen der reisemedizinischen Vorsorge eine klinische Untersuchung durchgeführt wurde. Ggf. (wenn keine Vorbefunde aus GKV-Leistungen vorliegen), kann auch Nr. 7 oder Nr. 8 GOÄ anfallen.
- die Berechnung der Nr. 76 analog setzt voraus, dass eine auf die jeweiligen Reiseländer bezogene schriftliche Zusam-

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
	menfassung wichtiger reisemedizinischer Informationen ausgehändigt wurde – erfolgt eine Beratung von mindestens 10 Min. Dauer, ist Nr. 3 anstelle der Nr. 1 berechnungsfähig, sofern bei diesem Arzt-Patient-Kontakt nur diese Beratung und ggf. eine Untersuchung abgerechnet wird (Wegfall der Nr. 76) – zur reisemedizinischen Impfung vgl. M 375 – allgemeine Beratungen zum Umgang mit einer bestehenden Erkrankung während der Reise sind zu Lasten der GKV möglich		
M 2	Beratung zur Zusammenstellung und Anwendung einer Haus- oder Reiseapotheke		
	3 – Beratung, z.B. Nr. 3	8,74	20,11
	Anm.: – erfolgt die Beratung zur Reiseapotheke im Rahmen einer umfassenden reisemedizinischen Vorsorge nach Nr. M 1, ist die Beratungsleistung nur einmal berechnungsfähig		
M 4	Beratung im Zusammenhang mit der Labordiagnostik zum Ausschluss wichtiger sexuell übertragbarer Erkrankungen als Vorsorgeleistung außerhalb der GKV-Leistungspflicht (z.B. HIV-Test)		
	1 – Eingangsberatung, z.B. Nr. 1	4,66	10,72
	250 – Blutentnahme	2,33	4,20
	1 – Abschlussberatung, z.B. Nr. 1	4,66	10,72
	Anm.: – Labortests vgl. M 3440 ff.		

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert

	– spezielle, fachärztliche STD-Check's vgl. M 1180, M 1890
	– eine Berechnung der Blutentnahme ist ausgeschlossen, wenn die Blutentnahme auch zur Veranlassung einer GKV-Laborleistung erfolgt ist (dann nur die Beratung als IGeL)
	– bei auffälligem Screening-Test sind Bestätigungstests (z.B. Westernblot) und weitere Folgediagnostik GKV-Leistungen
	– als GKV-Leistungen sind folgende Untersuchungen vorgesehen:
	  – Screening auf Chlamydien-Infektion bei Frauen bis zum vollendeten 25. Lebensjahr, einmal jährlich und Chlamydien-Screening in der Mutterschaftsvorsorge (EBM 01816, 01840, 01915)
	  – Chlamydien-Nachweis bei Schwangerschaftsabbruch (EBM 01915, 01917, 01918)
	  – darüber hinaus im Rahmen der Mutterschafts-Richtlinien serologische Untersuchungen auf Lues, Röteln, Hepatitis B, bei begründetem Verdacht auf Toxoplasmose und andere Infektionen, HIV und blutgruppenserologische Untersuchungen		

M 5	Beratung im Zusammenhang mit der Veranlassung eines PSA-Tests zur Früherkennung des Prostata-Karzinoms als Vorsorgeleistung außerhalb der GKV-Leistungspflicht		
	1 – Eingangsberatung, z.B. Nr. 1	4,66	10,72
	250 – Blutentnahme	2,33	4,20
	1 – Abschlussberatung, z.B. Nr. 1	4,66	10,72
	Anm.: – Labortest vgl. M 3431		

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
	– eine Berechnung der Blutentnahme und/oder der Untersuchung ist ausgeschlossen, wenn die betreffende Leistung Bestandteil einer parallel erbrachten GKV-Leistung ist (dann nur die Beratung als IGeL) – vgl. M 4 – zur erweiterten Krebsvorsorge, einschl. transrektalem Ultraschall, vgl. M 1705		
M 6	Beratung im Zusammenhang mit der Labordiagnostik zur Bestimmung des Atherosklerose-Risikos (z.B. Homocystein, CRP ultrasensitiv) als Vorsorgeleistung		
	1 – Eingangsberatung, z.B. Nr. 1	4,66	10,72
	250 – Blutentnahme	2,33	4,20
	5 – Untersuchung, z.B. Nr. 5	4,66	10,72
	1 – Abschlussberatung, z.B. Nr. 1	4,66	10,72
	Anm.: – Labortests vgl. M 3420 und M 3428 – eine Berechnung der Blutentnahme und/oder der Untersuchung ist ausgeschlossen, wenn die betreffende Leistung Bestandteil einer parallel erbrachten GKV-Leistung ist (dann nur die Beratung als IGeL) – zur Doppler-Sonographie der Hirngefäße („Stroke-Check“) und der Beingefäße („Gefäß-Check“) als Vorsorgeleistung vgl. M 407 und M 409		
M 8	Beratung im Zusammenhang mit der Veranlassung sonstiger laboratoriumsdiagnostischer Wunschleistungen („Labor-IGeL“), ggf. mit Blutabnahme und klinischer Untersuchung		

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
	1 – Eingangsberatung, z.B. Nr. 1	4,66	10,72
	250 – Blutentnahme	2,33	4,20
	5 – Untersuchung, z.B. Nr. 5	4,66	10,72
	1 – Abschlussberatung, z.B. Nr. 1	4,66	10,72

Anm.:
- zum „Labor-IGeL“ vgl. Nrn. M 3400 ff.
- eine Berechnung der Blutentnahme und/oder der Untersuchung ist ausgeschlossen, wenn die betreffende Leistung Bestandteil einer parallel erbrachten GKV-Leistung ist (dann nur die Beratung als IGeL)

M 10 (U)	Medizinisch-kosmetische Beratung		
	3 – Beratung, z.B. Nr. 3	8,74	20,11
	5 – Untersuchung	4,66	10,72

Anm.:
- ggf. zusätzl. Untersuchung nach M 736; dann Beratung nur nach Nr. 1 GOÄ berechnungsfähig
- die medizinisch-kosmetische Beratung ist stets umsatzsteuerpflichtig, da sie nicht in erster Linie dem Schutz der Gesundheit des Betroffenen dient

M 11 (U)	Beratung und Untersuchung vor kosmetischen Behandlungen oder kosmetischen Eingriffen		
	3 – Eingehende Beratung	8,74	20,11
	5 – Untersuchung	4,66	10,72

Anm.:
- soweit die ärztliche Maßnahme in erster Linie dem Schutz der Gesundheit des Betroffenen dient (z.B. Frage der OP-Fähigkeit), ist sie nicht umsatzsteuerpflichtig

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
M 12	Beratung und Betreuung im Rahmen einer Anti-Aging-Behandlung, ggf. einschl. individuell optimierter Hormonsubstitution, außerhalb der GKV-Leistungspflicht		
	3 – Beratung, z.B. Nr. 3	8,74	20,11

Anm.:
- Abrechnung der ärztlichen Leistungen je nach Einzelfall
- zu den entsprechenden Laborleistungen („Labor-IGeL“) vgl. M 3460 ff.
- zur Aging-Male-Behandlung vgl. M 1707
- eine Behandlung im Rahmen moderner Anti-Aging- oder Good-Aging-Konzepte dient zumeist in erster Linie dem Schutz oder der Aufrechterhaltung der Gesundheit und ist dann nicht umsatzsteuerpflichtig

M 13 (U)	Glatzenbehandlung: Begleitende Beratung und Betreuung im Rahmen der strukturierten Arzneimittel-Behandlung der androgenetischen Alopezie bei Männern		
	1 – Beratung	4,66	10,72
	5 – Untersuchung	4,66	10,72
	4860 – Trichogramm	9,33	16,79

Anm.:
- da die androgenetische Alopezie beim Mann als „normale“, allenfalls kosmetisch relevante Alterserscheinung keine behandlungsbedürftige Erkrankung im Sinne des SGB V darstellt, sind auch die ärztlichen Leistungen im Zusammenhang mit dem Einsatz von Mitteln zur

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
	Glatzenbehandlung keine Kassenleistungen – Kontroll-Untersuchungen mit Trichogramm nach 6, 12 und 24 Monaten; dazwischen Kontroll-Untersuchungen ohne Trichogramm nach 3, 9 und 18 Monaten (dann Nr. 3 anstelle Nr. 1 GOÄ möglich) – bei Trichophotogramm Nr. 4860 GOÄ mit höherem Steigerungssatz – bei Photodokumentation Sachkosten gem. § 10 GOÄ berechenbar – zzgl. Medikamentenkosten – da die begleitenden ärztlichen Maßnahmen nicht in erster Linie dem Schutz der Gesundheit des Betroffenen dienen, fallen sie unter die Umsatzsteuerpflicht		
M 15	Beratung zur Selbstmedikation im Rahmen von Prävention und Lebensführung		
	3 – Beratung, z.B. Nr. 3	8,74	20,11
M 16	Beratung zur Behandlung mit Nahrungsergänzungsmitteln, z.B. mit Antioxidantien oder Vitaminpräparaten		
	3 – Beratung, z.B. Nr. 3	8,74	20,11
M 17	Diät-Beratung bei nicht krankhaftem Übergewicht		
	3 – Beratung, z.B. Nr. 3	8,74	20,11
	Anm.: – ggf. zusätzlich erforderliche Untersuchungen nach Nrn. 5–8 GOÄ, ggf. Diätplan nach Nr. 76 – vgl. M 18 ff., M 615 f. – Der Ausschluss für das Übergewicht ursächlicher Erkrankungen und von Folgeerkrankungen ist zu Lasten der GKV		

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
	vorzunehmen, ebenso ggf. deren Behandlung. Als krankhaft (und damit zu Lasten der GKV behandelbar) ist das Übergewicht bei einem Body-Mass-Index (BMI) über 30 anzusehen. – Da die Reduzierung auch nicht krankhaften Übergewichts dem Schutz der Gesundheit dient, sind die dazu erbrachten Leistungen nicht umsatzsteuerpflichtig		
M 18	Ausführliche ernährungsmedizinische Anamnese von mindestens 60 Minuten Dauer, ggf. einschl. Auswertung standardisierter Fragebogen		
	30 analog – Ausführliche ernährungsmedizinische Anamnese	52,46	120,65
	Anm.: – beträgt die Zeitdauer weniger als 60, aber mindestens 30 Min., so kann Nr. 31 analog berechnet werden – vgl. M 17		
M 19	Begleitende Beratung und Betreuung bei Verordnung von Nicht-GKV-Arzneimitteln zur Adipositas-Behandlung		
	3 – Beratung, z.B. Nr. 3	8,74	20,11
	Anm.: – weitere Beratungs- und Untersuchungsleistungen je nach Bedarf, z.B. M 17, M 18, M 616 – gem. der Anlage II der Arzneimittel-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen sind Abmagerungsmittel und Appetitzügler in der GKV nicht verordnungsfähig. Damit		

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
	sind auch die ärztlichen Leistungen im Zusammenhang mit dem Einsatz dieser Mittel keine Kassenleistungen		
M 20	Gruppenbehandlung bei Adipositas		
	20 – Beratung in Gruppen	6,99	16,09
	Anm.: – für Einzelgespräche ggf. zusätzlich M 17 – Gruppenbehandlung ist auch bei krankhafter Adipositas (BMI über 30 kg/m²) IGeL-Leistung – Die Gruppenbehandlung kann auch an eine speziell ausgebildete Helferin delegiert werden. Der Arzt sollte die Gruppenbehandlung aber auch dann über das zur Delegation grundsätzlich erforderliche (z.B. Kontrolle der Durchführung) hinaus begleiten. IGeL-Patienten erwarten mehr Arzt-Zuwendung. Möglich sind z.B. Referate des Arztes zu Themen wie „Grundumsatz und dessen Auswirkung auf das Gewicht." – vgl. M 16, M 17, M 615 – Die Gruppenbehandlung ist eine häufig genutzte Form der Adipositas-Behandlung. Wie die Behandlung erfolgt, muss aber an den Erwartungen des Patienten und den Möglichkeiten der Praxis ausgerichtet werden (z.B. spezielle „Sportprogramme"). Begleitend zur Gruppenbehandlung können z.B. Grundumsatzbestimmungen (Nr. 665 GOÄ), Kontrollen von BMI, Gewicht und Taillenumfang (Nr. 5 GOÄ) und die Erstellung eines Diätplans (Nr. 76 GOÄ, bei besonders umfangreichem Plan auch Nr. 77 GOÄ analog) anfallen. – Da die Adipositas-Behandlung in erster		

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
	Linie dem Schutz der Gesundheit des Betroffenen dient, ist sie als nicht umsatzsteuerpflichtig anzusehen		
M 21	Beratung zur Suchtmittelentwöhnung ohne Vorliegen einer behandlungsbedürftigen Erkrankung		
	3 – Beratung, z.B. Nr. 3	8,74	20,11
	Anm.: – sehr breites individuelles Spektrum, von einmaliger Beratung (Nr. 1 oder 3 GOÄ, ggf. Nr. 4, ggf. Nr. 15, ggf. Nr. 34 analog) bis zu strukturierten Maßnahmen ähnlich des Spezialfalles der Nr. M 22		
M 22	Raucherentwöhnung unter Anwendung strukturierter Programme und ggf. Einsatz von Arzneimitteln		
	1 – Erstberatung	4,66	10,72
	8 – Ganzkörperstatus	15,15	34,86
	605 – Ruhespirographie	14,11	25,39
	605a – Flussvolumenkurve	8,16	14,69
	76 analog – Entwöhnungsplan	4,08	9,38
	Anm.: – weitere diagnostische (z.B. Nr. 652 GOÄ) oder therapeutische Leistungen (z.B. Nrn. 269a, 847, 849 GOÄ) je nach Einzelfall – gem. der Anlage II der Arzneimittel-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen sind Mittel zur Raucherentwöhnung in der GKV nicht verordnungsfähig. Damit sind auch die ärztlichen Leistungen im Zusammenhang mit dem Einsatz dieser Mittel keine Kassenleistungen		

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
	– die Abklärung von Folgeerkrankungen des Rauchens ist GKV-Leistung. Werden Untersuchungen jedoch nur wegen der Raucherentwöhnung durchgeführt, sind sie IGeL. Die Verordnung von Medikamenten zur Nikotinentwöhnung erfolgt auf Privatrezept – zur Lungenkrebs-Vorsorge mittels Sputum-Zytologie vgl. M 679; zum Labor vgl. M 3432		
M 23	Beratung zur Verordnung eines Hormonpräparates nach Verkehr ohne Antikonzeption („Pille danach“)		
	1 – Beratung, z.B. Nr. 1	4,66	10,72
	Anm.: – die Leistung dient im weiteren Sinne in erster Linie der Aufrechterhaltung der Gesundheit der Betroffenen und ist daher nicht umsatzsteuerpflichtig, zumal der eigentliche Zweck für die Umsatzsteuerbefreiung ärztlicher Leistungen, nämlich die Erleichterung des Zugangs zu ärztlicher Behandlung, bei dieser Leistung in besonderem Maße gegeben ist		
M 24 (U)	Beratung und ggf. Arzneimittelverordnung zur Regelverschiebung (z.B. vor Urlaub, sportlichen Aktivitäten)		
	3 – Beratung, z.B. Nr. 3	8,74	20,11
	Anm.: – die Leistung dient zumeist nicht in erster Linie dem Schutz der Gesundheit der Betroffenen und ist daher in der Regel umsatzsteuerpflichtig		

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
M 25	Sexualberatung außerhalb der GKV-Leistungspflicht		
	3 – Beratung, z.B. Nr. 3	8,74	20,11
	Anm.: – zur Umsatzsteuerpflicht vgl. M 23		
M 26	Sportärztliche Untersuchung zur Anmeldung bei Sportvereinen		
	1 – Sportmedizinische Anamnese und Beratung	4,66	10,72
	7 – Sportmedizinischer Status	9,33	21,45
	70 – Bescheinigung	2,33	5,36
	Anm.: – kann auch als Ergänzung einer GKV-Früherkennungsuntersuchung (z.B. Nr. 01719 EBM) oder der Jugendgesundheitsuntersuchung (Nr. 01720 EBM) abgerechnet werden, wenn über den GKV-Leistungsumfang hinaus spezifisch sportmedizinische Anamnese- und Untersuchungsinhalte erbracht wurden – wird zusätzlich eine ergometrische Untersuchung durchgeführt, ist diese analog nach Nr. 650 GOÄ berechnungsfähig – da die sportärztliche Untersuchung in erster Linie dem Schutz der Gesundheit des Betroffenen dient, fällt sie nicht unter die Umsatzsteuerpflicht		

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
M 27	Sportmedizinische Beratung (z.B. zur Wahl einer individuell optimalen Sportart)		
	3 – Beratung, z.B. Nr. 3	8,74	20,11
	Anm.: – ggf. zusätzlich Attest nach Nr. 70 GOÄ – vgl. M 28, M 603, M 604, M 610 – zur Umsatzsteuerpflicht vgl. M 26		
M 28	Ärztliche Trainingsbegleitung, einschl. sportmedizinischer Untersuchungen		
	3 – Beratung, z.B. Nr. 3	8,74	20,11
	Anm.: – M 28 bezieht sich auf die ärztliche Begleitung bei Ausübung einer bestimmten sportlichen Tätigkeit. Eine Standardisierung ist deshalb nicht möglich – vgl. M 27, M 603, M 604, M 610 – die Trainingsbegleitung dient zumeist in erster Linie dem Schutz der Gesundheit des Betroffenen und ist dann nicht umsatzsteuerpflichtig		

B II – Besondere Therapierichtungen / Umweltmedizin

Vorbemerkungen:

- **Der Begriff der besonderen Therapierichtungen wird an dieser Stelle stellvertretend verwendet für vergleichbare Begriffe wie „alternative“, „komplementäre“ oder „unkonventionelle“ Heilverfahren.**
- **Besondere Therapierichtungen sind gem. § 2 Abs. 1 SGB V nicht grundsätzlich aus dem GKV-Leistungsumfang ausgeschlossen. Dennoch sind manche der besonderen Therapierichtungen insgesamt (z.B. aufgrund der Anl. II der Richtlinie „Methoden vertragsärztlicher Versorgung“) und andere (z.B. Akupunktur) zumindest bei bestimmten Indikationen keine GKV-Leistungen.**
- **Individuelle Gesundheitsleistungen aus dem Bereich der besonderen Therapierichtungen sind auch in anderen Abschnitten der MEGO aufgeführt, soweit die entsprechende Abschnitts-Überschrift eher zutreffend ist, z.B. Abschn. C II (Injektionen) und Abschn. E (Physikalisch-medizinische Leistungen).**
- **Die Umweltmedizin ist aus systematischen Gründen in diesem Abschnitt aufgeführt, wenngleich die umweltmedizinischen Verfahren zumeist den schulmedizinischen Standards entsprechen. Die umweltmedizinischen Maßnahmen sind aufgrund zahlreicher ungeklärter leistungsrechtlicher Fragen in der Regel den Individuellen Gesundheitsleistungen zuzuordnen.**

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
M 30	Homöopathische Erst- und Folge-Anamnese außerhalb der GKV-Leistungspflicht auf Wunsch des Patienten		
	30 – Homöopathische Erstanamnese (mind. 60 Min.)	52,46	120,65
	31 – Homöopathische Folgeanamnese (mind. 30 Min.)	26,23	60,33
	Anm.: – die Zuordnung der Homöopathie zum GKV-Leistungsumfang ist umstritten.		

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
	Der Erweiterte Bewertungsausschuss hat am 10.12.2003 entschieden, dass über die Aufnahme der Homöopathie in den EBM erst nach einer Beschlussfassung des GBA zu entscheiden ist. Damit ist die Homöopathie (noch) IGeL. Ausnahme: Leistung im Rahmen sog. IV-Verträge		
M 32	Bioresonanz-Therapie (BRT)		
	838 analog – BRT-Basisdiagnostik, je Sitzung	32,06	73,73
	Anm.: – ggf. zusätzlich Allergie- oder Verträglichkeitstests, z.B. nach Nr. 385 ff. GOÄ		
M 33	Colon-Hydro-Therapie		
	1 – Eingangsberatung	4,66	10,72
	533 analog – Colon-Spülung, je Sitzung	8,74	15,74
	523 – Darmmassage, je Sitzung	3,79	6,82
M 35	Behandlung mittels Anthroposophischer Medizin		
	30 analog – Biographisch-anthroposophische Anamnese	52,46	120,65
	807 analog – Kunsttherapeutische Anamnese und Diagnostik	23,31	53,62
	725 analog – Maltherapie, Einzelbehandlung	17,49	31,48
	20 analog – Maltherapie in Gruppen	6,99	16,09
	725 analog – Musiktherapie, Einzelbehandlung	17,49	31,48
	20 analog – Musiktherapie in Gruppen	6,99	16,09

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
	726 analog – Therapeutische Sprachgestaltung, Einzelbehandlung	17,49	31,48
	20 analog – Therapeutische Sprachgestaltung in Gruppen	6,99	16,09
	870 analog – Anthroposophische Einzel-Gesprächstherapie	43,72	100,55
	20 analog – Anthroposophische Gesprächstherapie in Gruppen	6,99	16,09
	521 analog – Rhythmische Massage	3,79	6,82
	532 analog – Rhythmisches Bewegungsbad	4,43	7,97
	Anm.: – Abrechnung je nach angewandten Verfahren – Gruppentherapien mit 20 analog statt 871 analog, weil keine verhaltenstherapeutische Methode		
M 38	Beratung im Rahmen der mikrobiologischen Therapie („Symbioselenkung“)		
	3 – Beratung, z.B. Nr. 3	8,74	20,11
	Anm.: – individuelle Abrechnung je nach Beratungsumfang – Laboruntersuchung vgl. M 3475		
M 40	Behandlung mittels Traditioneller Chinesischer Medizin (TCM)		
	3 – Beratung, z.B. Nr. 3	8,74	20,11
	Anm.: – Abrechnung der GOÄ-Positionen je nach gewähltem Verfahren und Aufwand – zur Akupunktur vgl. M 269		

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
M 41	Behandlung mittels Ayurvedischer Medizin		
	30 analog – Ayurvedische Erstanamnese (mind. 60 Min.)	52,46	120,65
	31 analog – Ayurvedische Folgeanamnese (mind. 30 Min.)	26,23	60,33
	831 analog – Ayurvedische Pulsdiagnostik	4,66	10,72
	505 analog – Atemtherapie (Pranayama)	4,95	8,92
	846 analog – Yoga-Asana-Therapie, Einzelbehandlung	8,74	20,11
	20 analog – Yoga-Asana-Therapie in Gruppen	6,99	16,09
	846 – Meditation und Entspannungsverfahren, Einzelbehandlung	8,74	20,11
	847 – Meditation und Entspannungsverfahren in Gruppen	2,62	6,03
	500 analog – Aromatherapie	2,21	3,99
	846 analog – Rezeptive Musiktherapie, Einzelbehandlung	8,74	20,11
	20 analog – Rezeptive Musiktherapie in Gruppen	6,99	16,09
	521 analog – Ganzkörper-Ölmassage (Abhyanga)	3,79	6,82
	521 analog – Belebende Ganzkörper-Öl- und Trockenmassage	3,79	6,82
	521 analog plus 530 analog – Synchron-Massage mit Reisbeuteln (Pinda Sweda)	5,83	10,49
	521 analog plus 531 analog – Ganzkörper-Synchronmassage unter fließendem, warmen Öl (Pizzichilli)	6,47	11,65
	521 analog – Stoffwechselaktivierende Ganzkörper-Synchron-Massage (Udvartana)	3,79	6,82
	521 analog – Tiefenmuskelmassage (Vishesh)	3,79	6,82

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
	521 analog plus 530 analog plus 500 analog – Behandlung von Nacken, Schulter und Kopf mit Massage, Überwärmungstherapie, Instillation von Nasenölen und Wärmekompressen (Nasya)	8,05	14,48
	1340 analog – Ayurvedisches Augenbad (Netra Tarpana), je Auge	10,78	24,80
	533 analog – Ayurvedischer Einlauf (Matra Basti)	8,74	15,74
	533 analog plus 56 – Lokale Wärmebehandlung (Lokales Svedana)	19,23	34,63
	532 analog plus 56 – Ganzkörper-Kräuterdampfbad (Svedana, Bashpasvedana)	14,92	26,86
	531 analog plus 846 analog – Sedative Ölstrahltherapie des Kopfes (Shirodara)	11,42	24,94
	531 analog plus 846 analog – Sedatives Ölbad des Kopfes (Shirobasti)	11,42	24,94

Anm.:
– Abrechnung je nach angewandten Verfahren; bei physikalisch-medizinischen Leistungen sind die entsprechenden GOÄ-Nrn. je nach Aufwand bis zu 6 × berechnungsfähig

M 45	Umweltmedizinische Erst- oder Folgeanamnese		
	30 analog – Umweltmedizin. Erstanamnese (mind. 60 Min.)	52,46	120,65
	31 analog – Umweltmedizin. Folgeanamnese (mind. 30 Min.)	26,23	60,33

Anm.:
– zur umweltmedizinischen Labordiagnostik vgl. M 3480 ff.

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
M 46	Eingehende umweltmedizinische Beratung		
	34 analog – Eingehende umweltmedizinische Erörterung	17,49	40,22
	Anm.: – auch für eingehende Erörterung der Ergebnisse umweltmedizinischer Untersuchungen		
M 47	Erstellung eines umweltmedizinisch begründeten Behandlungskonzeptes		
	78 analog – Erstellung eines umweltmedizinischen Behandlungskonzeptes	10,49	24,13
M 48	Umweltmedizinisches Gutachten		
	80 – Gutachten	17,49	40,22
	95 – Schreibgebühren, je angefangene Seite	3,50	
	96 – Kopien, je Seite	0,17	
	Anm.: – vgl. privates Gutachten nach Nr. M 80 – bei aufwändigem Gutachten Nr. 85 GOÄ berechnungsfähig; dann zzgl. Zeitaufwand für Aktenstudium; Zeitaufwand in Anlehnung an Richtwerte der Sozialgerichte bzw. JVEG – zur Umsatzsteuerpflicht vgl. M 49		
M 49	Umweltmedizinische Wohnraumbegehung		
	50 analog – Umweltmedizinische Wohnraumbegehung	18,65	42,90

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellen-wert

Anm.:
- bei Nrn. 50 und 51 GOÄ Wegegeld nach § 8
- ggf. zzgl. Zuschläge A oder E ff. GOÄ
- die Wohnraumbegehung dient stets dem Schutz der Gesundheit des Betroffenen und ist daher nicht umsatzsteuerpflichtig

B III – Serviceleistungen

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
M 50	Hausbesuch als Serviceleistung auf Patientenwunsch		
	50 – Hausbesuch oder	18,65	42,90
	51 – Mitbesuch oder	14,57	33,52
	52 – Helferinnenbesuch	5,83	13,41

Anm.:
- Nr. M 50 ist nur berechnungsfähig, wenn dem Patienten das Aufsuchen der Praxis zumutbar war
- Nr. M 50 ist auch für den „präventiven Hausbesuch“ (z.B. bei älteren Personen) berechnungsfähig
- anlässlich des Besuchs erbrachte GKV-Leistungen sind nach EBM abzurechnen
- bei Nrn. 50 und 51 GOÄ Wegegeld nach § 8
- ggf. zzgl. Zuschläge A oder E ff. GOÄ
- der Hausbesuch auf besonderen Patientenwunsch ist eine Serviceleistung im Rahmen ärztlicher Maßnahmen, die in erster Linie dem Schutz der Gesundheit des Betroffenen dienen, und daher in der Regel nicht umsatzsteuerpflichtig

M 60	Einholen einer „Second Opinion“ oder einer Zweitbefundung auf Wunsch des Patienten		
	60 analog – Patient-Arzt-Konsil oder	6,99	16,09
	80 analog – Gutachtliche Äußerung auf Wunsch des Patienten oder	17,49	40,22
	85 analog – aufwändige gutachtliche Äußerung auf Wunsch des Patienten	29,14	67,03

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
M 70 (U)	Kurze Bescheinigung außerhalb der GKV-Leistungspflicht, z.B. für die Schule oder über die Anwesenheit in der Arztpraxis		
	70 – Kurze Bescheinigung	2,33	5,36

Anm.:
- Abgrenzung GKV / IGeL bei Bescheinigungen:
  im Rahmen der vertragsärztlichen Behandlung werden keine „Eignungsbescheinigungen“ ausgestellt, im Gegenteil sind die meisten GKV-Bescheinigungen „Untauglichkeitsbescheinigungen“, z.B. die AU. Schule oder Kindergarten ist kein „Arbeitsverhältnis“, so dass eine AU nicht verlangt werden kann. Solche Bescheinigungen sind IGeL. GKV-Bescheinigungen sind auf vereinbarten Vordrucken (§ 34 BMV) zu erstellen, sonstige Bescheinigungen im Rahmen der vertragsärztlichen Tätigkeit erfolgen nach Maßgabe der Anlagen zum BMV und weiteren vertraglichen Regelungen (§ 34 BMV). Alle Bescheinigungen, die davon nicht erfasst sind, sind IGeL.
- Bescheinigungen über die Anwesenheit in der Arztpraxis sind demnach auch IGeL. In der Praxis werden diese aber häufig als „Serviceleistung“ der Praxis ohne Berechnung ausgegeben
- bei Eintragungen in sog. Bonushefte der GKV-en handelt es sich nicht um eine GKV-Leistung. Die Bonushefte sind weder Gegenstand der Vordruckvereinbarung, noch gesetzlich vorgeschriebene Information der Krankenkasse. Sie sind lediglich eine freiwillige Satzungsleistung der Krankenkasse (bestätigt von der KV Hessen in info.de Nr. 1 vom Februar

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert

2008, bekräftigt vom Fachausschuss Hausärzte der KV Hessen im Februar 2009.) Anstelle der Eintragung ins Bonusheft verlangen manche Krankenkassen eine Patientenquittung, wofür der Arzt nur eine Aufwandsentschädigung von 1 €, zzgl. Versandkosten, erhält.
- eine sehr hilfreiche Publikation zu Anfragen von Krankenkassen, MDK, Behörden und anderen (auch IGeL-Anfragen) stellt die KVWL zur Verfügung (www.kvwl.de/arzt/recht/kvwl_rechtshinweise/anfragen.htm).
- die Bescheinigung ist nur dann nicht umsatzsteuerpflichtig, wenn sie vom Ziel her dem Schutz der Gesundheit des Betroffenen dient (z.B. Bescheinigung für Befreiung vom Schulsport wegen Krankheit)

M 71	Untersuchung und Bescheinigung bei Reiserücktritt		
	1 – Beratung	4,66	10,72
	7 – Untersuchung	9,33	21,45
	70 – Bescheinigung	2,33	5,36

Anm.:
- beschrieben ist der „Standardfall"; breite individuelle Streuung möglich. Bei mehr als einer AU entsprechendem Umfang Berechnung mit Nr. 75 GOÄ analog
- vgl. zu M 70
- die Untersuchung sowie die Bescheinigung sind immer dann von der Umsatzsteuerpflicht befreit, wenn sie in erster Linie dem Schutz der Gesundheit dienen, also z.B. eine Verschlimmerung der gesundheitlichen Beeinträchtigung des Betroffenen vermeiden helfen

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
M 72 (U)	Kindergarten-Eingangsuntersuchung, mit schriftlichem Attest		
	1 – Beratung	4,66	10,72
	7 – Untersuchung	9,33	21,45
	70 – Bescheinigung	2,33	5,36

Anm.:
- ggf. zusätzlich Zuschlag K 1. Bei mehr als einer AU entsprechendem Umfang Berechnung mit Nr. 75 GOÄ analog
- häufig kann auf eine nicht länger als 12 Monate zurückliegende U7 oder U8 zurückgegriffen werden, dann nur Nr. 70
- mancherorts wird die Tuberkulinprobe gefordert, dann Nr. 384 plus Sachkosten, für die Nachkontrolle Nrn. 1 plus 5
- vgl. zu M 70
- die Kindergarten-Eingangsuntersuchung ist in der Regel umsatzsteuerpflichtig, da sie nicht in erster Linie dem Schutz der Gesundheit des Kindes dient

M 75	Führung eines Patientenbuches		
	75 analog – Anlegen eines Patientenbuches oder	7,58	17,43
	70 – Ergänzung im Patientenbuch	2,33	5,36

Anm.:
- bei Abgabe des Patientenbuches durch den Arzt zzgl. Kosten
- Ergänzung durch die Helferin: Nr. 2 statt Nr. 70
- beinhaltet die Ergänzung eine bloße Befundmitteilung (z.B. Laborwert), so ist dies nicht eigenständig berechenbar

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
	– im Zusammenhang mit Nr. 15 GOÄ sollte das Anlegen eines Patientenbuches nicht eigenständig berechnet werden (Sachkosten aber berechenbar) – vgl. zu M 70		
M 76 (U)	Bearbeitung einer privaten Versicherungsanfrage als Befund-Bericht		
	75 – Befundbericht	7,58	17,43
	Anm.: – der Befundbericht ist immer dann umsatzsteuerpflichtig, wenn er nicht in erster Linie dem Schutz der Gesundheit des Betroffenen dient		
M 77 (U)	Adoptions-Gutachten		
	8 – Ganzkörperstatus	15,15	34,86
	80 – Schriftliches Gutachten	17,49	40,22
	95 – Schreibgebühren, je angefangene Seite	3,50	
	96 – Kopien, je Seite	0,17	
	Anm.: – weitere Leistungen je nach Aufwand – ein Adoptionsgutachten ist stets umsatzsteuerpflichtig, da es weder beim Auftraggeber noch beim Kind in erster Linie dem Schutz der Gesundheit dient		
M 78 (U)	Ärztliche Berufseingangsuntersuchung oder arbeitsplatzbezogene Untersuchung auf Wunsch des Berufs-(Arbeitsplatz-) Anwärters oder des Arbeitgebers (individuelle Anforderungen außerhalb des § 32 ff. Jugendarbeitschutzgesetz)		
	32 analog – Berufseingangsuntersuchung	23,31	53,62

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
	Anm.: – mit Nr. 32 analog ist v.a. die Untersuchung analog des Jugendarbeitsschutzgesetzes bei Berufsanfängern erfasst. Arbeitsplatzbezogene Untersuchungen können darüber hinaus spezielle Fragestellungen enthalten (z.B. spez. Seh- oder Hörprüfungen), die nicht im Untersuchungs-Umfang der Nr. 32 analog enthalten sind – die betreffenden ärztlichen Leistungen sind nicht umsatzsteuerpflichtig, wenn sie in erster Linie dem Schutz der Gesundheit des Betroffenen dienen (z.B. Krankheitsvorbeugung, Krankheitsfrüherkennung, Beobachtung des Gesundheitszustands des Arbeitnehmers) – nach Erlass des Bundesfinanzministeriums (Az IV A5-S7100/07/0011, IV A6-S7170/07/0003) sind die Untersuchungen dann umsatzsteuerfrei, wenn es um die Folgen von Arbeitsbedingungen geht. Die Umsatzsteuerpflicht gelte dagegen für Einstellungsuntersuchungen und für die Beratung von Arbeitgebern zur Arbeitsplatzgestaltung und -sicherheit		
M 79	Ärztliche Begutachtung zur Beurteilung der Wehrtauglichkeit auf Wunsch des Patienten		
	80 – Gutachten oder	17,49	40,22
	85 – Ausführliches Gutachten, je angefangene Stunde	29,14	67,03
	95 – Schreibgebühr, je angefangene Seite, ggf. zusätzl.	3,50	
	96 – Kopien, je Seite	0,17	

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
	Anm.: – zusätzlich Beratungs- und Untersuchungsleistungen je nach Fragestellung – die Beurteilung der Wehrtauglichkeit dient in erster Linie dem Schutz der Gesundheit des Betroffenen und ist daher nicht umsatzsteuerpflichtig		
M 80 (U)	Erstellung eines privaten Gutachtens		
	80 – Gutachten oder	17,49	40,22
	85 – Aufwändiges Gutachten, je angefangene Stunde	29,14	67,03
	95 – Schreibgebühren, je angefangene Seite	3,50	
	96 – Kopien, je Seite	0,17	
	Anm.: – bei Gutachten zzgl. Zeitaufwand für Aktenstudium (in Nr. 85 GOÄ), Zeitaufwand in Anlehnung an Richtwerte der Sozialgerichte bzw. JVEG – das Gutachten ist immer dann umsatzsteuerpflichtig, wenn es nicht in erster Linie dem Schutz der Gesundheit des Betroffenen dient. So sind z.B. Gutachten zum Abschluss oder Neueinstufung privater Versicherungen umsatzsteuerpflichtig, ebenso Gutachten zu Honorar- oder Haftungsfragen. Für Rentenversicherungsträger sind Gutachten zu Rehabilitationsvoraussetzungen umsatzsteuerfrei, ist ein Rentenantrag oder eine Neueinstufung Anlass des Gutachtens, ist es umsatzsteuerpflichtig. Gutachten über die Voraussetzung der Pflegebedürftigkeit oder zur Beurteilung der Pflegestufe sind umsatzsteuerpflichtig, Gutachten zu Ablauf und Inhalt therapeutischer Maßnahmen sind dagegen umsatzsteuerfrei.		

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
M 81	Tauchfähigkeitsuntersuchung, mit schriftlichem Attest		
	1 – Beratung	4,66	10,72
	8 – Ganzkörperstatus, einschl. Otoskopie	15,15	34,86
	605 – Ruhespirographie	14,11	25,39
	605a – Flussvolumenkurve	8,16	14,69
	652 – Belastungs-EKG	25,94	59,66
	3511 – Harnstreifentest	2,91	3,35
	70 – Bescheinigung	2,33	5,36

Anm.:
- M 81 entspricht dem „Standard“ der Tauchfähigkeitsuntersuchung in Anlehnung an die Richtlinien der GTÜM, nicht der Untersuchung bei Berufstauchern oder spez. Fragestellungen (z.B. weitergehende HNO-ärztliche Abklärung, vgl. dazu M 1410)
- ggf. zusätzlich reisemedizinische Beratung und Impfung (vgl. M 1, M 375)
- ggf. zusätzlich Röntgen-Thorax (Nr. 5137 GOÄ) um Luftretentionen (Zysten) auszuschließen
- die Otoskopie ist – ebenso wie eine qualitative Prüfung der Tubenfunktion (z.B. nach Toynbee) und eine orientierende Hörprüfung – neben Nr. 8 nicht berechnungsfähig
- die Beurteilung der Tauchfähigkeit dient in erster Linie dem Schutz der Gesundheit des Betroffenen und ist daher nicht umsatzsteuerpflichtig

M 82 (U)	Eignungsuntersuchung für den Sportbootführerschein, mit schriftlichem Attest		
	1 – Beratung	4,66	10,72
	8 – Ganzkörperstatus	15,15	34,86

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
	1201 – Sehschärfenbestimmung	5,19	11,93
	1228 – Prüfung auf Farbensehen	3,56	8,18
	76 analog – Bescheinigung	4,08	9,38

Anm.:
- ggf. unter Zugriff auf vorliegende Befunde von GKV-Leistungen
- die orientierende Prüfung des Hörvermögens ist Bestandteil der Untersuchung nach Nr. 8
- die Bescheinigung in Form des durch die SpbootFüV vorgeschriebenen Formulars geht über die kurze Bescheinigung (Nr. 70) hinaus
- diese Eignungsuntersuchung ist stets umsatzsteuerpflichtig, da sie nicht in erster Linie dem Schutz der Gesundheit des Betroffenen dient

M 83 (U)	Flugtauglichkeitsuntersuchung, mit schriftlichem Attest		
	1 – Beratung	4,66	10,72
	8 – Ganzkörperstatus	15,15	34,86
	652 – Belastungs-EKG	25,94	59,66
	605 – Lungenfunktion	14,11	25,39
	605a – Flussvolumenkurve	8,16	14,69
	1401 – Hörprüfung	3,50	6,30
	3511 – Harnstreifentest	2,91	3,35
	70 – Bescheinigung	2,33	5,36

Anm.:
- Beispiel für Privatflugzeugführer, Segelflieger usw., nicht Berufspiloten
- ggf. unter Rückgriff auf vorliegende Befunde von GKV-Untersuchungsleistungen
- ggf. zusätzlich augenärztliche Untersuchung

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
	– die Flugtauglichkeitsuntersuchung ist stets umsatzsteuerpflichtig, da sie nicht in erster Linie dem Schutz der Gesundheit des Betroffenen dient		
M 85 (U)	Untersuchung und Bescheinigung über die evtl. Notwendigkeit weiterführender Untersuchungen (nach Anlage 5 Fahrerlaubnisverordnung (FeV))		
	1 – Anamnese	4,66	10,72
	8 – Ganzkörperstatus	15,15	34,86
	250 – Blutabnahme	2,33	4,20
	3514 – Glukose	4,08	4,69
	3520 – Kreatinin	4,08	4,69
	75 analog – Bescheinigung	7,58	17,43
	Anm.: – ggf. unter Rückgriff auf vorliegende Befunde von GKV-Leistungen – zur Umsatzsteuerpflicht vgl. M 88		
M 86 (U)	Verkehrs- oder arbeits-/betriebsmedizinisches Gutachten für Kraftfahrer über die „körperliche und/oder geistige Eignung“ bei Zweifeln an der Eignung nach Fahrerlaubnisverordnung (FeV)		
	1 – Beratung	4,66	10,72
	80 – Gutachten	17,49	40,22
	95 – Schreibgebühr, je angefangene Seite	3,50	
	96 – Kopien, je Kopie	0,17	
	Anm.: – für alle, bei denen Zweifel an der Eignung bestehen, oder bei Wiedererlangung nach Entzug oder Erteilung FE für Minderjährige – zur Umsatzsteuerpflicht vgl. M 88		

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
M 87 (U)	Arbeitsmedizinisches Gutachten bei Bus- oder Taxifahrern ab dem vollendeten 50. bzw. 60. Lebensjahr nach Fahrerlaubnisverordnung (Anl. 5 Nr. 2 FeV)		
	1 – Beratung	4,66	10,72
	80 – Gutachten	17,49	40,22
	95 – Schreibgebühr, je angefangene Seite	3,50	
	96 – Kopien, je Kopie	0,17	
	Anm.: – für Klassen D, D1, DE, DE1 und Fahrgastbeförderung – zur Umsatzsteuerpflicht vgl. M 88		
M 88 (U)	Sehtestbescheinigung im Rahmen der Fahrerlaubnisverordnung (FeV)		
	1 – Beratung	4,66	10,72
	1200 – Subjektive Refraktionsbestimmung	3,44	7,91
	70 – Kurze Bescheinigung	2,33	5,36
	Anm.: – erfolgt die Sehtestbescheinigung anlässlich einer entsprechenden GKV-Leistung, kann nur Nr. 70 berechnet werden – die Sehtestbescheinigung ist (wie alle anderen ärztlichen Leistungen im Rahmen der Fahrerlaubnisverordnung) stets umsatzsteuerpflichtig, da sie nicht in erster Linie dem Schutz der Gesundheit des Betroffenen dient – vgl. M 1205		

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
M 89 (U)	Gutachten bei Nichtbestehen des Sehtests oder bei Zweifeln für die Klassen A, A1, B, BE, M, L, T (Anl. 6 Nr. 2.1 FeV)		
	1 – Beratung	4,66	10,72
	1200 – Subjektive Refraktionsbestimmung	3,44	7,91
	1216 – Untersuchung auf Heterophorie	5,30	12,20
	1226 – Projektionsperimetrie	10,61	24,40
	1240 – Spaltlampenmikroskopie	4,31	9,92
	80 – Gutachten	17,49	40,22
	95 – Schreibgebühr, je angefangene Seite	3,50	
	96 – Kopien, je Kopie	0,17	
	Anm.: – ggf. Nr. 1201 statt Nr. 1200 – ggf. zusätzlich Farbsinnprüfung (Nrn. 1228 oder 1229) und Untersuchung des Dämmerungssehens (Nrn. 1234 oder 1235) – bei Auffälligkeiten (z.B. Medientrübung) sind die Untersuchungen ggf. GKV-Leistung – zur Umsatzsteuerpflicht vgl. M 88		
M 90 (U)	Gutachten bei Führerscheinklassen C, C1, CE, C1E, D, D1, D1E und Fahrgastbeförderung (Anl. 6 Nr. 2.2 FeV)		
	1 – Beratung	4,66	10,72
	1200 – Subjektive Refraktionsbestimmung	3,44	7,91
	1216 – Untersuchung auf Heterophorie	5,30	12,20
	1226 – Projektionsperimetrie	10,61	24,40
	1228 – Farbsinnprüfung mit Pigmentproben	3,56	8,18
	1240 – Spaltlampenmikroskopie	4,31	9,92
	80 – Gutachten	17,49	40,22

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
	95 – Schreibgebühr, je angefangene Seite	3,50	
	96 – Kopien, je Kopie	0,17	

Anm.:
- ggf. statt Nr. 1200 auch Nr. 1201
- ggf. (bei Auffälligkeiten der Untersuchung nach 1228) auch zusätzlich Farbsinnprüfung mit Anomaloskop (Nr. 1229)
- ggf. Untersuchung des Dämmerungssehens (Nrn. 1234 oder 1235)
- bei Auffälligkeiten (z.B. Medientrübung) sind die Untersuchungen i.d.R. GKV-Leistung
- zur Umsatzsteuerpflicht vgl. M 88

M 91 (U)	Kontroll-Untersuchung nach Führerscheinentzug, mit schriftlichem Attest		
	1 – Erstberatung	4,66	10,72
	5 – Symptombezogene Untersuchung	4,66	10,72
	800 – Neurologische Untersuchung	11,37	26,14
	250 – Blutabnahme	2,33	4,20
	3595.H1 – GPT	2,33	2,68
	3592.H1 – γ-GT	2,33	2,68
	3550 – Kleines Blutbild (MCV)	3,50	4,02
	4062 analog – CDT	18,75	21,55
	1 – Abschlussberatung zu den Ergebnissen	4,66	10,72
	80 – Gutachten	17,49	40,22
	95 – Schreibgebühr, je angefangene Seite, ggf. zusätzl.	3,50	
	96 – Kopien, je Kopie	0,17	

Anm.:
- bei der Eingangsuntersuchung ist die Nr. 8 nicht neben Nr. 800 berechenbar, deshalb Nr. 5
- Blutabnahme und Laborwerte initial und jeweils in den angeforderten Abständen

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
	– eine Beratung jeweils vor der erneuten Blutabnahme ist i.d.R. nicht erforderlich – zur Umsatzsteuerpflicht vgl. M 88		
M 95 (U)	Abklärungsdiagnostik im Rahmen der Beweissicherung nach Drittschädigung (z.B. bei HWS-Schleudertrauma)		
	3 – Beratung	8,74	20,11
	7 – Untersuchung, z.B. Nr. 7	9,33	21,45
	Anm.: – zusätzlich spezielle diagnostische Leistungen, z.B. neurologische Untersuchung, fachgebietsspezifische Untersuchungsverfahren, bildgebende Diagnostik, Labor – zu Versicherungsgutachten vgl. M 76 und M 80 – eine Abklärungsdiagnostik ohne medizinische Indikation ist stets umsatzsteuerpflichtig, da sie nicht in erster Linie dem Schutz der Gesundheit des Betroffenen dient		
M 99	Spezifisch privatärztlicher Praxis-Service, insbesondere mit folgenden privatärztlichen Serviceleistungen: – geringere Wartezeit für Terminvereinbarungen – geringere Praxis-Wartezeit, z.B. durch feste Terminvergabe – gesonderte Warte- und ggf. Behandlungsräume – aktiver Telefonservice des Arztes (z.B. bei Befundmitteilungen)		

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
	H analog – (analog Zuschlag H: z.B. für an Sonn- oder Feiertagen erbrachte Leistungen)	19,82	

Anm.:
- die analoge Zuordnung zu Zuschlag H der GOÄ verdeutlicht den Wert des privatärztlichen Praxisservice
- Nr. M 99 sollte i.d.R. nicht berechnet werden, da die Leistung eine unselbständige Serviceleistung im Rahmen ärztlicher Maßnahmen darstellt

C – Nichtgebietsbezogene Sonderleistungen

C I – Verbände

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
M 205	Vakuum-Versiegelungstherapie von Wunden		
	2015 analog – Wundbehandlung mit Vakuumversiegelung	3,50	8,04

Anm.:
- die vorangehende Wundversorgung kann zu Lasten der GKV berechnet werden (z.B. Nr. 18340 EBM)
- angeführt ist die Berechnung der einfachsten Form der Vakuumversiegelungstherapie mit Schwammeinlage und dichter Abdeckung (ggf. mit Ableitung). Mit Anlage einer Spülvorrichtung kann die Nr. 2032 analog (Spül-Saugdrainage) berechnet werden; für Spülbehandlungen können die Nrn. 2093 GOÄ für die manuelle Spülung bzw. die Nr. 274 GOÄ analog für die Dauerspülung berechnet werden
- in der Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung“ ist die Vakuum-Versiegelungstherapie in der Anlage III („Methoden, deren Bewertungsverfahren ausgesetzt ist“) angeführt. Bis 2011 ist sie Gegenstand von Modellvorhaben

C II – Injektionen

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
M 252	Schmerzarme subkutane Arzneimitteleinbringung mittels nadelfreier Hochdruckinjektion auf Wunsch des Patienten		
	252 analog – Injektion, subkutan	2,33	5,36

Anm.:
– die Arzneimitteleinbringung mittels nadelfreier Hochdruckinjektion stellt eine besondere Komfort-Ausführung der Injektion dar, auf die in der gesetzlichen Krankenversicherung kein Anspruch besteht. Daher ist bei entsprechendem Patientenwunsch diese Sonderform der Arzneimitteleinbringung auch dann als Individuelle Gesundheitsleistung nach GOÄ berechnungsfähig, wenn z.B. eine subkutane Injektion als solche im Rahmen der vertragsärztlichen Behandlung medizinisch indiziert war. Die Arzneimitteleinbringung mittels nadelfreier Hochdruckinjektion wird insoweit nicht von der Versichertenpauschale des EBM abgedeckt

M 253	Behandlung mit Vitamin- und Aufbaupräparaten auf Wunsch des Patienten		
	1 – Beratung	4,66	10,72
	5 – Untersuchung	4,66	10,72
	272 – Infusion oder	10,49	24,13
	252 – Injektion, s.c., i.m.	2,33	5,36

Anm.:
– zzgl. Auslagenersatz nach § 10 GOÄ

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
M 267	Neuraltherapie		
	1 – Beratung	4,66	10,72
	267 – Neuraltherapie einer Region oder	4,66	10,72
	268 – Neuraltherapie mehrerer Regionen	7,58	17,43

Anm.:
- der Neuraltherapie liegt ein eigenes Theoriegebäude zugrunde, das vom Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen bislang nicht als GKV-Leistung anerkannt worden ist. Die Injektionstechniken der Neuraltherapie können deswegen nicht einfach dem EBM zugeordnet werden. Somit ist eine vom GKV-Patienten gewünschte Neuraltherapie als Individuelle Gesundheitsleistung nach GOÄ berechnungsfähig

M 268	Mesotherapie		
	1 – Beratung	4,66	10,72
	267 – Neuraltherapie einer Region oder	4,66	10,72
	268 – Neuraltherapie mehrerer Regionen	7,58	17,43

Anm.:
- die Mesotherapie verbindet Methoden der Akupunktur, der Neuraltherapie und der Arzneimitteltherapie. Medikamentenmischungen werden mittels multipler Mikroinjektionen in die Haut appliziert
- die Berechnung jeder einzelnen Injektion mit Nr. 252 GOÄ würde zu unangemessen hohen Honoraren führen

M 269	Akupunktur (z.B. zur Schmerz- oder Allergiebehandlung)		
	1 – Beratung, z.B. Nr. 1	4,66	10,72
	269a – Akupunktur über mind. 20 Min. je Sitzung	20,40	46,92

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert

Anm.:
- Akupunkturbehandlungen zu Lasten der GKV (EBM 30790 und 30791) sind nur bei chronischen Kniegelenksschmerzen durch Gonarthrose oder chronischen Schmerzen der LWS, die länger als 6 Monate bestehen, möglich. Verfahren außerhalb der klassischen Nadelakupunktur (z.B. mit Elektrostimulation, Elektroakupunktur, Laserakupunktur) und/oder bei anderen Indikationen als chronischen LWS- oder gonarthrosebedingten Kniegelenkschmerzen sind auch nach der EBM-Einführung vom 1.1.2007 IGeL
- elektrische Stimulation oder Moxabehandlung bei Akupunktur können über den Steigerungsfaktor berücksichtigt werden

M 284	Eigenblutbehandlung		
	1 – Beratung	4,66	10,72
	5 – Untersuchung	4,66	10,72
	284 – Eigenbluteinspritzung, einschl. Blutentnahme	5,25	12,07

Anm.:
- die Eigenblutbehandlung ist zum 01.10.1987 aus dem EBM entfallen. Es handelt sich um ein eigenständiges komplementäres Therapieverfahren, das seither von der vertragsärztlichen Versorgung nicht umfasst ist
- erfolgt die Eigenblutbehandlung (z.B. bei Kindern) nicht durch Einspritzung, sondern mittels oral einzunehmender homöopathischer Zubereitung, sind i.d.R. die Voraussetzungen zur Berechnung als homöopathische Behandlung gegeben (vgl. M 30)

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
M 293	Quellgasbehandlung (CO2-Insufflationsbehandlung)		
	1 – Beratung	4,66	10,72
	5 – Untersuchung	4,66	10,72
	265a analog – subcutane Insufflation	5,25	12,07
M 295	Große Ozon-Eigenbluttherapie		
	1 – Beratung	4,66	10,72
	5 – Untersuchung	4,66	10,72
	285 – Aderlass	6,41	14,75
	261 analog – Ozonisierung	1,75	4,02
	271 – Eigenblut-Reinfusion	6,99	16,09

Anm.:
- für die Reinfusion ist nur Nr. 271 und nicht Nr. 286 GOÄ berechnungsfähig, da keine Identitätssicherung im ABO-System erfolgt
- verbrauchter Sauerstoff, Vakuumflaschen und Infusionsbesteck nach § 10 GOÄ berechnungsfähig
- vgl. M 284
- zur Hämatogenen Oxidationstherapie (HOT) vgl. M 570

M 375	Reisemedizinische Impfungen		
	375 – Schutzimpfung	4,66	10,72

Anm.:
- auch wenn am Impftermin keine reisemedizinische Beratung nach Nr. M 1 erbracht wird, können zusätzlich zu Nr. 375 die Nrn. 1 GOÄ (Impfberatung) und 5 GOÄ (Impfuntersuchung) zum Ansatz kommen
- je nach Art der Impfung kann ggf. Nr. 376 oder Nr. 377 oder Nr. 378 zum Ansatz kommen. Bei Impfung zu dem

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert

selben Termin der reisemedizinischen Beratung sind die Bestimmungen der GOÄ hinsichtlich des Ausschlusses der Nrn. 1 und 3 neben Nrn. 376 ff. zu beachten
- zzgl. Impfstoffkosten (§ 10 GOÄ oder Rezept)
- Impfungen, die nur aus Anlass der Reise erfolgen, sind IGeL. Zu Lasten der GKV sind jedoch Impfungen möglich, wenn die Impfungen in der Anlage 1 der Schutzimpfungs-Richtlinie aufgenommen sind. Manche Krankenkassen übernehmen die Kosten sogar für Reiseschutzimpfungen, obwohl diese in der Schutzimpfungs-Richtlinie ausdrücklich von der Leistungspflicht der GKV ausgenommen sind. Der Patient sollte sich bei seiner Krankenkasse erkundigen, ob und in welcher Höhe sie die Rechnung des Arztes und die Impfstoffkosten erstattet.

M 379	Andere Impfungen außerhalb der GKV-Leistungspflicht		
	1 – Beratung	4,66	10,72
	375 – Schutzimpfung	4,66	10,72

Anm.:
- falls erforderlich, kann zusätzlich Nr. 5 zum Ansatz kommen
- zzgl. Impfstoffkosten (§ 10 GOÄ oder Rezept)
- die Impfung gegen HPV ist bei Mädchen im Alter zwischen 12 und 17 Jahren inzwischen GKV-Leistung
- Grundsatz ist, dass die Krankenkassen alle Impfungen bezahlen, die von der STIKO empfohlen sind. Damit ist das alte Durcheinander unterschiedlicher re-

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert

gionaler Vereinbarungen beseitigt. Zu beachten ist die Schutzimpfungs-Richtlinie (SiR) des G-BA. Darin ist der Leistungsumfang mit Indikationen, Hinweisen und Anmerkungen gelistet. Einige der Impfungen sind nur als „Indikationsimpfung“ GKV-Leistung. Das heißt, der zu Impfende muss bestimmte Kriterien aufweisen, damit die Impfung zu Lasten der GKV erfolgen kann, z.B. in FSME-Risikogebieten in Deutschland Zecken exponiert sein. Ist der zu Impfende aber beruflich erhöht gefährdet (z.B. Forstarbeiter im Endemiegebiet), ist die Impfung nicht zu Lasten der GKV durchzuführen, sondern zu Lasten des Arbeitgebers (Privatrechnung).

– vgl. M 375

C III – Allergologie

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
M 380	Allergie-Check: Allergologische Diagnostik und Beratung bei Gesunden zur Abklärung einer atopischen Belastung, z.B. vor der Anschaffung von Haustieren		
	1 – Beratung	4,66	10,72
	5 – Untersuchung	4,66	10,72
	380 – Epikutantests, je Test (1.–30. Test)	1,75	4,02
	381 – Epikutantests, je Test (31.–50. Test)	1,17	2,68
	Anm.: – zu Laborleistungen vgl. M 3415, M 3485		
M 381	Tests zum Ausschluss von Metall-Allergien (z.B. Amalgam) ohne Vorliegen anamnestischer oder klinischer Hinweise		
	1 – Beratung	4,66	10,72
	5 – Untersuchung	4,66	10,72
	380 – Epikutantests, je Test (1.–30. Test)	1,75	4,02
	381 – Epikutantests, je Test (31.–50. Test)	1,17	2,68
	Anm.: – M 381 ist eine besonders häufige Ausgestaltung der allgemeinen Leistungsbeschreibung von M 380		
M 390	Allergologische Diagnostik außerhalb des GKV-Wirtschaftlichkeitsgebotes auf Wunsch des Patienten (z.B. bei besonderem Sicherheitsbedürfnis)		

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
	1 – Beratung	4,66	10,72
	380 – Epikutantests, je Test (1.–30. Test)	1,75	4,02
	381 – Epikutantests, je Test (31.–50. Test)	1,17	2,68

Anm.:
– anstelle von Epikutantests auch z.B. Pricktests (Nrn. 385 ff.) oder Intrakutantests (Nr. 390 f.) möglich

M 391	Hauttitration von Allergenen zur Feststellung des Sensibilisierungsgrades oder zur Überprüfung des Therapie-Erfolges außerhalb des GKV-Wirtschaftlichkeitsgebotes auf Wunsch des Patienten		
	1 – Beratung	4,66	10,72
	380 – Epikutantests, je Test (1.–30. Test)	1,75	4,02
	381 – Epikutantests, je Test (31.–50. Test)	1,17	2,68

Anm.:
– M 391 ist eine besonders häufige Ausgestaltung der allgemeinen Leistungsbeschreibung von M 390

C IV – Sonographie

Vorbemerkung:

- **Weitere, überwiegend fachspezifische Sonographie-Leistungen sind in den entsprechenden MEGO-Abschnitten aufgeführt, z.B. in Abschn. F I (Innere Medizin), H (Gynäkologie und Geburtshilfe) und K (Urologie).**

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
M 400	Sono-Check: Ultraschall-Untersuchung der inneren Organe als Wunschleistung		
	1 – Beratung	4,66	10,72
	410 – Sono-Check erstes Organ	11,66	26,81
	420 – Sono-Check weiteres Organ	4,66	10,72
	420 – Sono-Check weiteres Organ	4,66	10,72
	420 – Sono-Check weiteres Organ	4,66	10,72
	Anm.: – bei transkavitärer Untersuchung (z.B. in der Gynäkologie) zusätzlich Nr. 403 GOÄ		
M 407	Stroke-Check: Schlaganfall-Vorsorge durch Doppler-Sonographie der hirnversorgenden Gefäße		
	1 – Beratung	4,66	10,72
	645 – Doppler-Sonographie der hirnversorgenden Gefäße	37,89	68,20
	Anm.: – auch als Duplex-Untersuchung möglich; dann zusätzlich Nrn. 410 und 3 × 420 GOÄ (für Carotiden und Vertebralgefäße bds.); bei Farbkodierung entsprechend höherer Steigerungssatz – weiterführende Diagnostik bei auffälligem Befund ist stets GKV-Leistung		

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
M 408	Endosonographische Gefäßuntersuchung mit Ultraschall		
	408 – Transluminale Sonographie von Blutgefäßen	11,66	26,81
	A 260 – Einbringen eines Gefäßkatheters zur Sonographie	11,66	26,81
M 409	Gefäß-Check: Doppler-Sonographie der Beingefäße als Vorsorgeleistung		
	1 – Beratung	4,66	10,72
	644 – Doppler-Sonographie der Extremitäten-Gefäße	10,49	18,89

Anm.:
- auch als Duplex-Untersuchung möglich; dann zusätzlich Nrn. 410 und 3x420 GOÄ (für Gefäße der Regionen Leiste, Kniekehle, Sprunggelenk bds.); bei Farbkodierung entsprechend höherer Steigerungssatz. Bei Untersuchung von Arterien und Venen ist die Nr. 644 GOÄ zweimal berechnungsfähig (neben 410 plus 3 × 420 GOÄ)
- weiterführende Diagnostik bei auffälligem Befund ist stets GKV-Leistung

M 417	Schilddrüsen-Check: Sonographische Untersuchung der Schilddrüse zur Krankheits-Früherkennung		
	1 – Beratung	4,66	10,72
	5 – Untersuchung	4,66	10,72
	417 – Ultraschalluntersuchung der Schilddrüse	12,24	28,15

Anm.:
- zur Schilddrüsen-Vorsorge mittels TSH-Bestimmung vgl. M 3465

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellen-wert
M 424	Kardio-Check: Zweidimensionale farbkodierte Doppler-Echokardiographie als Vorsorgeleistung		
	1 – Beratung	4,66	10,72
	7 – Untersuchung	9,33	21,45
	424 – Doppler-Echokardiographie des Herzens	40,80	93,84
	406 – Zuschlag bei Farbkodierung	11,66	

D – Anästhesieleistungen

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
M 455	Tumeszenz-Anästhesie		
	478 analog – Tumeszenz-Anästhesie	13,41	30,83
	479 analog – Fortsetzung der Tumeszenz-Anästhesie	6,70	15,42
	614 – Transkutane Messung des Sauerstoffpartialdrucks	8,74	15,74

Anm.:
- analog Nr. 478 (intravenöse Anästhesie)
- das der GOÄ-Nr. 491 zugrunde liegende Verfahren ist für die Tumeszenz-Anästhesie nicht zutreffend. Bei Berechnung mit der Nr. 478 ist die Bestimmung „einer Extremität“ auf eine große Region zu übertragen, z.B. auf eine Oberschenkel-/Gesäß-Region oder auf die Bauchregion

M 482	Intraoperatives Neuro-Monitoring		
	832 analog – Befunderhebung am Nervensystem	9,21	21,18

Anm.:
- wird z.B. angewendet zur Identifikation des N. recurrens bei Schilddrüsenoperationen. Dabei wird nicht ein EMG abgeleitet und ausgewertet, vielmehr erfolgt eine Identifikation des Nerven mit akustischer Signalgebung
- andere, aufwändigere Verfahren wie z.B. die Messung des regionalen Gewebe-pO_2 oder des intrakraniellen Drucks bei neurochirurgischen Operationen oder des transkraniellen Doppler-EEGs nach kar-

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert

diochirurgischen Operationen oder von EEG und SEP bei Carotis-Eingriffen fallen i.d.R. nur bei stationärer Behandlung an

M 499 Anästhesie bei IGeL

Anm.:
- die im Rahmen der IGeL eines anderen Arztes erbrachten Anästhesieverfahren (Narkosen) sind ebenfalls IGeL
- zur Abrechnung kommen neben Voruntersuchungen (soweit nicht auf vorliegende GKV-Befunde zurückgegriffen werden kann) Prämedikation, Narkosevisite und Nachuntersuchungen (bei unkompliziertem Verlauf, sonst GKV-Leistung) die für das jeweilige Anästhesieverfahren zutreffenden GOÄ-Positionen
- „IGeL-Narkosen“ sind auch dann berechnungsfähig, wenn in gleicher Sitzung eine GKV-Leistung durchgeführt wird (Bsp.: Anästhesie bei Korrektur einer nur kosmetisch störenden Narbe anlässlich einer anderen Operation)
- bei derart „gemischten“ Narkosen hat der Patient zu Lasten der GKV Anspruch auf die vollständige Durchführung der Leistung, einschl. der vorbereitenden Maßnahmen, Ein- und Ausleitung sowie Nachbehandlung
- wird mit der „GKV-Narkose“ begonnen, so kann als IGeL nur das berechnet werden, was in der „IGeL-Zeit“ notwendig war: die „Fortsetzungsziffern“ der GOÄ (z.B. 461 oder 463) und ggf. Medikamenteneinbringungen u.Ä. Wird aus zwingenden Gründen mit der „IGeL-Narkose“ begonnen, so sind dafür die

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert

entsprechenden GOÄ-Ziffern (z.B. 460, 462) und dann die Fortsetzung der Narkose zu Lasten der GKV zu berechnen (z.B. EBM 05331). Dabei sollten die besonderen Umstände sorgfältig dokumentiert werden, da mit Nachfragen zu rechnen ist

– müssen speziell für die IGeL zusätzliche Untersuchungen erfolgen, sind auch diese als IGeL berechenbar
– die Aufteilung der Leistungen zu GKV und IGeL ergibt sich daraus, dass auch im Rahmen einer Inanspruchnahme des Arztes IGeL neben GKV-Leistungen erbracht und jeweils im zuständigen Vergütungsbereich abgerechnet werden können. Das Verbot der Doppelberechnung von Leistungen bezieht sich auf das jeweilige Vergütungssystem und darauf, dass nicht dieselbe Leistung doppelt – nämlich privat und nach EBM – abgerechnet werden darf. Stehen aber neben vertragsärztlichen Leistungen auch davon abgrenzbare privatärztliche Leistungen, so dürfen diese neben den vertragsärztlichen Leistungen privat liquidiert werden. Die KBV bestätigte dies mit Schreiben vom 13.06.2001 und 18.06.2001 gegenüber dem Berufsverband der Augenärzte für den Fall der Glaukom-Früherkennungsuntersuchung (M 1238) anlässlich mit der Ordinationsgebühr erfasster augenärztlicher Leistungen und der reisemedizinischen Beratung zusätzlich zu der GKV-Behandlung wegen Sehbeschwerden. Für anästhesiologische Leistungen kann nichts anderes gelten. Selbstverständlich muss der Patient auch vom Anästhesisten aufgeklärt werden und mit ihm eine schriftliche

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
	Vereinbarung über die Inanspruchnahme individueller Gesundheitsleistungen getroffen werden		

E – Physikalisch-medizinische Leistungen

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
M 503	Hyperbare Sauerstofftherapie		
	792 analog – Ärztliche Betreuung bei Inhalationstherapie mit hyperbarem Sauerstoff (Druckkammerfahrt)	25,65	58,99
	Anm.: – verbrauchter Sauerstoff nach § 10 GOÄ berechenbar – zur Sauerstoff-Mehrschritt-Therapie vgl. M 504 lt. Beschluss des GBA auch stationär nicht GKV-Leistung (DÄB v. 08.04.2005). Hyperbare Sauerstofftherapie ist nur bei der Indikation clostridiale Myonekrose, in Verbindung mit Antibiotikatherapie und chirurgischer Therapie und nur als Krankenhausbehandlung zu Lasten der GKV erbringbar (Beschluss des G-BA vom 20.12.2005)		
M 504	Sauerstoff-Mehrschritt-Therapie (SMT) nach Ardenne		
	1 – Beratung	4,66	10,72
	606 analog – Sauerstoff-Mehrschritt-Therapie, je Sitzung	22,09	39,76
	Anm.: – 606 analog gleichermaßen für Schnell- wie Normalprozess; Ergometeranwendung bei Schnellprozess nicht gesondert berechenbar – zzgl. Kosten für „Vitalstoffe“ (ca. 50 €) Krebs-Mehrschritt-Therapie: M 713		

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
M 520	Massagebehandlung außerhalb der GKV-Leistungspflicht (Wellness-Massage)		
	1 – Eingangsberatung	4,66	10,72
	520 – Massagebehandlung	2,62	4,72
	Anm.: – Abrechnung nach den Nrn. 520 ff., je nach angewandtem Verfahren – die Wellness-Massage dient in erster Linie der Aufrechterhaltung der Gesundheit des Betroffenen und ist daher nicht umsatzsteuerpflichtig		
M 526	Apparative Lymphdrainage außerhalb der GKV-Leistungspflicht		
	1 – Eingangsberatung	4,66	10,72
	526 – Intermittierende apparative Kompressionstherapie an mehreren Extremitäten	3,21	5,77
	Anm.: – GKV-Indikationen zu EBM-Nr. 30401 vgl. DÄB vom 28.09.2007		
M 528	Massagebehandlung auf Folienwasserbett		
	1 – Eingangsberatung	4,66	10,72
	527 analog – Folienwasserbett-Massage, je Sitzung (analog Nr. 527 – Unterwasserdruckstrahlmassage)	5,48	9,86
	Anm.: – Teilweise wird auch Nr. 521 GOÄ (Großmassage) als Analogposition empfohlen – die Massage auf Folienwasserbett dient in erster Linie der Aufrechterhaltung der		

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
	Gesundheit des Betroffenen und ist daher nicht umsatzsteuerpflichtig		
M 529	Kinesio-Taping		
	1 – Eingangsberatung	4,66	10,72
	207 analog – Tape-Verband	5,83	13,41
	Anm.: – Nr. 207 analog je angewandtem Pflaster. Die Kinesiotherapie (Medi-Taping) ist zwar Schmerzbehandlung, diese spezielle Form des Tapings ist aber im EBM nicht enthalten (auch nicht in den Pauschalen aufgegangen). Bei Behandlung mit vielen Pflastern sollte zur Wahrung eines angemessenen Honorars die Leistung nur bis zu 10 Pflastern und/oder mit dem Einfachsatz berechnet werden.		
M 540	Behandlung in der Kältekammer bei rheumatischer Erkrankung (Ganzkörperkältetherapie in Gruppen)		
	508 analog – Behandlung in der Kältekammer, je Sitzung	6,41	11,54
	Anm.: – bei Behandlung in Tieftemperaturkammer (-110 °C) ist bei Wahl des Steigerungssatzes ein Überschreiten des GOÄ-Schwellenwertes gerechtfertigt (§ 5 Abs. 2)		
M 541	Wärmetherapie im Sandbett		
	533 analog – Subaquales Darmbad	8,74	15,74

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
M 542	Vibrationstherapie		
	1 – Eingangsberatung	8,74	15,74
	838 analog – Eingangsuntersuchung	32,06	73,73
	558 analog – Muskelfunktionstherapie, je Sitzung	6,99	12,59
M 570	Hämatogene Oxidationstherapie (HOT) nach Wehrli		
	284 – Eigenblutbehandlung	5,25	12,07
	565 analog – Photochemotherapie	6,99	12,59

Anm.:
- vgl. Anm. zu M 295 (große Ozon-Eigenbluttherapie) und M 504 (Sauerstoff-Mehrschritt-Therapie) als Sonderformen der HOT
- zzgl. Vordiagnostik, z.B. mit Lungenfunktion (Nrn. 605 und 605a), Blutgasanalyse (Nr. 3710), Blutbild (Nr. 3550), Eisen (Nr. 3620), sowie im Verlauf transkutaner pO_2-Messung (Nr. 614)

M 573	Wassergefilterte Infrarotlichttherapie (WIRA)		
	567 analog – Phototherapie mit selektivem UV-Spektrum	5,30	9,55

Anm.:
- bei Behandlung verschiedener Areale mit unterschiedlichen Einstellungen auch 2,5fach (13,26 € je Sitzung). Indikationen sind v.a. Schmerztherapie und Warzenbehandlung
- Evtl. erforderliche Curretage und Guttaplast-Verbände können zu Lasten der GKV berechnet werden

F I – Innere Medizin

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
M 600	Check-up-Ergänzung: Ruhe-EKG, Harnsäure und Kreatinin zusätzlich zum GKV-Check		
	651 – Ruhe-EKG	14,75	26,54
	3583.H1 – Harnsäure	2,33	2,68
	3585.H1 – Kreatinin	2,33	2,68

Anm.:
- vgl. Anm. zu M 601, M 602
- nach Herausnahme insbesondere des fakultativen Ruhe-EKGs aus dem GKV-Check ist diese Vorsorgeleistung für viele GKV-Versicherte deutlich entwertet; dies kann durch das Angebot einer Check-up-Ergänzung als IGeL-Angebot kompensiert werden
- außer Harnsäure und Kreatinin können im Rahmen einer Check-up-Ergänzung weitere Laborparameter angeboten werden (vgl. Nrn. M 3400 ff.)

M 601	Kleiner Gesundheits-Check außerhalb des GKV-Leistungsanspruchs		
	29 – Gesundheitsuntersuchung	25,65	58,99
	250 – Blutentnahme	2,33	4,20
	651 – Ruhe-EKG	14,75	26,54
	3501 – BSG	3,50	4,02
	3550 – Blutbild	3,50	4,02
	3551 – Differentialblutbild	1,17	1,34
	3560 – Glukose	2,33	2,68
	3562.H1 – Cholesterin	2,33	2,68
	3583.H1 – Harnsäure	2,33	2,68
	3585.H1 – Kreatinin	2,33	2,68
	3595.H1 – GPT	2,33	2,68

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert

Anm.:
- vgl. Anm. zu M 600, M 602
- die Auswahl der Leistungen entspricht in etwa der GKV-Gesundheitsuntersuchung in der Zeit vor Herausnahme von Ruhe-EKG, Harnsäure und Kreatinin; daher eignet sich der „Kleine Gesundheits-Check vor allem als „Intervall-Check“ zwischen den Jahren, in denen der GKV-Check durchgeführt wird
- die Zusammenstellung der Leistungen stellt einen Vorschlag für den „kleinen Standard-Check“ dar; im Einzelfall mögen sich sinnvolle Abweichungen ergeben
- zu weiteren sinnvollen Laborleistungen vgl. Nrn. M 3400 ff.; vgl. insbesondere M 3428 (CRP quantitativ)

M 602	Großer Gesundheits-Check, einschl. Belastungs-EKG, Lungenfunktionsprüfung, Ultraschall-Untersuchung sowie Untersuchung verschiedener Blut- und Stoffwechselwerte		
	652 – Belastungs-EKG	25,94	59,66
	410 – Sono-Check erstes Organ	11,66	26,81
	420 – Sono-Check weiteres Organ	4,66	10,72
	420 – Sono-Check weiteres Organ	4,66	10,72
	420 – Sono-Check weiteres Organ	4,66	10,72
	605 – Lungenfunktion	14,11	25,39
	605a – Flussvolumenkurve	8,16	14,69
	3501 – BSG	3,50	4,02
	3550 – Blutbild	3,50	4,02
	3551 – Differentialblutbild	1,17	1,34
	3563.H1 – HDL-Cholesterin	2,33	2,68
	3564.H1 – LDL-Cholesterin	2,33	2,68
	3565.H1 – Triglyceride	2,33	2,68
	3583.H1 – Harnsäure	2,33	2,68

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
	3584.H1 – Harnstoff	2,33	2,68
	3585.H1 – Kreatinin	2,33	2,68
	3587.H1 – Alkalische Phosphatase	2,33	2,68
	3592.H1 – γ-GT	2,33	2,68
	3594.H1 – GOT	2,33	2,68
	3595.H1 – GPT	2,33	2,68
	3555 – Kalzium	2,33	2,68
	3557 – Kalium	1,75	2,01

Anm.:
- die Nr. M 602 ergänzt die Nr. 01732 EBM oder die Nr. M 601 zum „Großen Gesundheits-Check“ und soll im Zusammenhang mit den entsprechenden ärztlichen Leistungen durchgeführt werden
- wird die Leistung nach Nr. M 602 anlässlich einer GKV-Gesundheitsuntersuchung erbracht, sind die Bestimmungen von Gesamt-Cholesterin und Glukose nicht berechnungsfähig
- Großer Gesundheits-Check ohne gleichzeitigen GKV-Check: wird die Nr. M 602 neben der Nr. M 601 durchgeführt, kann entweder nur die Nr. 651 oder nur die Nr. 652 GOÄ angesetzt werden. Die jeweiligen Laboratoriumsleistungen können in diesem Fall jeweils nur einmal zum Ansatz kommen
- zu weiteren sinnvollen Laborleistungen vgl. Nrn. M 3400 ff.; vgl. insbesondere M 3428 (CRP quantitativ)

M 603	Sport-Check: Sportmedizinische Vorsorge-Untersuchung, einschließlich Belastungs-EKG, Lungenfunktionsprüfung sowie Untersuchung von Blut- und Stoffwechselwerten		
	29 – Gesundheitsuntersuchung	25,65	58,99
	A 76 – Schriftliche Information	4,08	9,38

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
	605 – Lungenfunktion	14,11	25,39
	605a – Flussvolumenkurve	8,16	14,69
	652 – Belastungs-EKG	25,94	59,66
	3501 – BSG	3,50	4,02
	3550 – Blutbild	3,50	4,02
	3551 – Differentialblutbild	1,17	1,34
	3560 – Glukose	2,33	2,68
	3562.H1 – Cholesterin	2,33	2,68
	3563.H1 – HDL-Cholesterin	2,33	2,68
	3585.H1 – Kreatinin	2,33	2,68
	3592.H1 – γ-GT	2,33	2,68
	3595.H1 – GPT	2,33	2,68

Anm.:
- wird die Leistung nach Nr. M 603 anlässlich einer GKV-Gesundheitsuntersuchung (ab 35 Jahre) erbracht, so ist wegen der Überschneidung in der Anamnese und der körperlichen Untersuchung die Nr. 29 GOÄ nicht „neben“ Nr. 01732 EBM berechenbar. Für die Beratung hinsichtlich der speziellen Inhalte des IGeL-Angebots kann in diesem Fall Nr. 1 GOÄ berechnet werden
- wird die Leistung nach Nr. M 603 anlässlich einer GKV-Gesundheitsuntersuchung erbracht, sind die Bestimmungen von Gesamt-Cholesterin und Glukose Bestandteil der GKV-Leistung und nicht als IGeL-Angebot berechnungsfähig. Die Nr. A 76 GOÄ für die Überlassung schriftlicher sportmedizinischer Informationen sollte nur berechnet werden, wenn der Arzt über die Zusatzbezeichnung „Sportmedizin“ verfügt
- M 603 beinhaltet die allgemeine sportmedizinische Vorsorge-Untersuchung. Sie wird ggf. ergänzt durch Leistungen nach M 28, M 604, M 610

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
	– vgl. M 27, M 28, M 610, M 3304 – zu weiteren sinnvollen Laborleistungen vgl. Nrn. M 3400 ff.; vgl. insbesondere M 3428 (CRP quantitativ)		
M 604	Ergometrische Untersuchung, einschl. Belastungs-EKG, als Wunschleistung („Fitness-Check“)		
	1 – Beratung	4,66	10,72
	650 analog – Ergometrische Funktionsprüfung mittels Fahrrad- oder Laufbandergometer	8,86	15,95
	606 – Spiroergometrische Untersuchung	22,09	39,76
	3511 – Serum-Laktat-Spiegel	2,91	3,35
	715 analog – Motorisch-funktionelle Testverfahren (Kraft-Ausdauer-Tests)	12,82	29,49
	Anm.: – Nr. 3511 nur bei Laktat-Bestimmung in der Praxis; als Auftragsleistung im Speziallabor nach Nr. 3781 GOÄ; vgl. auch M 3494 – Die (eigentlich zu niedrige) Berechnung der Laufband-Ergometrie mit der Nr. 650 GOÄ analog erfolgt aufgrund der Empfehlung im Analogverzeichnis der BÄK – M 604 beantwortet die Frage nach der generellen Fitness hinsichtlich belastender Sportarten – vgl. M 28, M 29, M 603, M 610		

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
M 605	Früherkennung der pAVK (peripheren arteriellen Verschlusskrankheit) mittels computerausgewerteter Messung des systolischen Blutdrucks an den Extremitäten		
	1 – Beratung	4,66	10,72
	643 analog – Messung und Auswertung	6,99	12,59
M 606	Digitale Frequenzanalyse der Funktion künstlicher Herzklappen		
	1 – Beratung	4,66	10,72
	660 analog – erste Analyse durch den Arzt	17,66	31,79
	3211 analog – Einweisung des Patienten in die Selbstmessung	6,99	16,09
	3 – Beratung des Patienten zu den selbst durchgeführten Messungen	8,74	20,11
M 607	Lungen-Check: Lungenfunktionsprüfung als Wunschleistung		
	1 – Beratung	4,66	10,72
	605 – Lungenfunktion	14,11	25,39
	605a – Flussvolumenkurve	8,16	14,69
	Anm.: – der Lungen-Check kann einzeln angeboten werden, ist aber auch in den großen internistischen Gesundheitsuntersuchungen nach den Nrn. M 602 und M 603 enthalten		
M 608	Stickstoffmonoxid (NO)-Messung zur Therapiekontrolle bei Asthmatikern		
	1 – Beratung	4,66	10,72
	617 analog – NO-Messung	19,88	35,78

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
M 609	Nieren-Check		
	1 – Beratung	4,66	10,72
	250 – Blutabnahme	2,33	4,20
	410 – Ultraschall Niere	11,66	26,81
	420 – Ultraschall kontralaterale Niere	4,66	10,72
	3511 – Streifentest	2,91	3,35
	3532 – Urinsediment	5,25	6,03
	3735 – Albumin i.U.	8,74	10,05
	3754a – Cystatin-C	11,66	13,41

Anm.:
- bei der GKV-Gesundheitsuntersuchung ist hinsichtlich der „Früherkennung“ einer Niereninsuffizienz nur ein Streifentest vorgesehen. Mikroalbuminurien und tubuläre Markerproteine werden nicht angezeigt, eine Bewertung der glomerulären Filtrationsrate ist nicht möglich.
- bei Vorliegen anamnestischer oder klinischer Verdachtsmomente ist die Abklärung von Nierenkrankheiten GKV-Leistung
- die Ultraschalluntersuchung ist nur zu Beginn der Nierenvorsorgeuntersuchungen und dann in größeren Zeitabständen erforderlich. Standard-Laboruntersuchungen sind Streifentest, Bestimmung von Albumin i.U., Cystatin-C (glom. Filtrationsrate) und die morphologische Urinuntersuchung. Wünscht der Patient weitere Vorsorge, z.B. hinsichtlich eines Malignoms, können Urinzytologie (Nr. 4852 GOÄ) und NMP-22 (Nr. 3911a GOÄ) ergänzt werden

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
	– Blutabnahme und Streifentest können nur dann berechnet werden, wenn sie ausschließlich für den Nieren-Check erfolgen – Nieren-Basis-Check im Labor vgl. M 3406		
M 610	Sporttauglichkeitsuntersuchung, ggf. mit Belastungs-EKG und Lungenfunktion, mit schriftlichem Attest		
	Anm.: – M 610 bezieht sich auf die Eignung für eine bestimmte sportliche Tätigkeit. Der Inhalt ist deshalb sehr unterschiedlich. Eine Standardisierung ist nur in bestimmten Fällen möglich (vgl. M 81) – vgl. M 28, M 29, M 603, M 604 – die Beurteilung der Sporttauglichkeit dient in erster Linie dem Schutz der Gesundheit des Betroffenen und ist daher nicht umsatzsteuerpflichtig		
M 613	Screening auf schlafbezogene Atemstörungen durch Messung der Atemfluss-Zeitkurve		
	617 analog – Atemfluss-Screening	19,88	35,78
	Anm.: – für Beratungen im Zusammenhang mit Anwendung und Befundbesprechung sind zusätzlich Nrn. 1 oder 3 GOÄ berechnungsfähig – zur apparativen Schlafprofilanalyse vgl. M 818 – zum Rhonchopathie-Screening vgl. M 1412		

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
M 615	Computergestützte Gesundheitsuntersuchung zur Ermittlung individueller Gesundheitsrisiken unter Berücksichtigung der Körperzusammensetzung (Bioelektrische Impedanzanalyse, BIA), einschl. patientenbezogener Ernährungs-, Vitalstoff- und Fitness-Empfehlungen		
	29 analog – computergestützte Gesundheitsuntersuchung	25,65	58,99
	250 – Blutentnahme	2,33	4,20
	651 – Ruhe-EKG	14,75	26,54
	3501 – BSG	3,50	4,02
	3550 – Blutbild	3,50	4,02
	3551 – Differentialblutbild	1,17	1,34
	3560 – Glukose	2,33	2,68
	3562.H1 – Cholesterin	2,33	2,68
	3583.H1 – Harnsäure	2,33	2,68
	3585.H1 – Kreatinin	2,33	2,68
	3595.H1 – GPT	2,33	2,68
	651 analog – BIA bei Messung mit variabel einstellbaren Frequenzen und Ableitung an den Extremitäten unter definiertem Ruhezustand	14,75	26,54
	76 analog – Schriftlicher Gesundheitsplan	4,08	9,38

Anm.:
- M 615 ist eine Sonderform des Kleinen Gesundheits-Checks nach M 601 mit besonderer Betonung der computergestützten Anamnese-Erhebung und Beratung
- zur BIA vgl. insbesondere M 616
- 76 analog ist nur berechnungsfähig, wenn dem Patienten individuelle schriftliche Empfehlungen gegeben werden
- eine ggf. erfolgte Mitberatung des Lebenspartners kann zusätzlich mit Nr. 4 GOÄ berechnet werden

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
	– zu weiteren sinnvollen Laborleistungen vgl. Nrn. M 3400 ff.; insbesondere M 3428 (CRP quantitativ)		
M 616	Bioelektrische Impedanzanalyse (BIA) zur Bestimmung der Körperzusammensetzung (Fettanteil an der Gesamtkörpermasse)		
	1 – Beratung	4,66	10,72
	651 analog – BIA bei Messung mit variabel einstellbaren Frequenzen und Ableitung an den Extremitäten unter definiertem Ruhezustand	14,75	26,54
	Anm.: – bei BIA durch Messung des Wechselstromwiderstandes mittels Waagensystem ist Nr. A 831 GOÄ analog berechnungsfähig, bei infrarotspektroskopischer Messung Nr. A 634 GOÄ analog		
M 617	Bestimmung des biologischen Alters durch Messung und Bewertung von Biomarkern (z.B. durch die Kombination psychometrischer Tests mit altersabhängigen Funktionsuntersuchungen)		
	1 – Eingangsberatung	4,66	10,72
	857 – Psychometrische Tests	6,76	12,17
	Anm.: – individuell sehr unterschiedliche Durchführung und Abrechnung; ggf. mit Rückgriff auf GKV-Befunde (z.B. Lungenfunktion) und ergänzendem IGeL-Angebot nur in Form psychometrischer Tests		

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
	– die Bestimmung des biologischen Alters dient in erster Linie der Aufrechterhaltung der Gesundheit des Betroffenen und ist daher nicht umsatzsteuerpflichtig		
M 618	Computergestützte Bestimmung des biologischen Alters durch programmierte Messung und Bewertung von Biomarkern		
	1 – Eingangsberatung	4,66	10,72
	8 – Ganzkörperstatus	15,15	34,86
	857 – Psychometrische Testverfahren	6,76	12,17
	250 – Blutentnahme	2,33	4,20
	3565.H1 – Triglyceride	2,33	2,68
	3562.H1 – Gesamtcholesterin	2,33	2,68
	3560 – Glukose	2,33	2,68
	3583.H1 – Harnsäure	2,33	2,68
	3621 – Magnesium	2,33	2,68
	3555 – Kalzium	2,33	2,68
	3580.H1 – Phosphat	2,33	2,68
	3594.H1 – GOT	2,33	2,68
	3595.H1 – GPT	2,33	2,68
	3592.H1 – γ-GT	2,33	2,68
	3584.H1 – Harnstoff	2,33	2,68
	3585.H1 – Kreatinin	2,33	2,68
	Anm.: – zusätzlich als Speziallabor-Auftragsleistungen z.B. Nrn. 3742 (Ferritin), 4030 (TSH), 4084 (Homocystein), 3741 (CRP quantitativ), 4078 (Pyridonolin Crosslinks i.U.) – Antioxidantienstatus vgl. M 3463 – zur Umsatzsteuerpflicht vgl. M 617		

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
M 619	Untersuchung auf Helicobacter pylori-Besiedlung mittels ^{13}C-Harnstoff Atemtest als Primärdiagnostik außerhalb der GKV-Leistungspflicht		
	615 analog – Durchführung des ^{13}C-Harnstoff Atemtests	13,23	23,82

Anm.:
- M 619 entspricht Nr. A 619 des GOÄ-Analogverzeichnisses der Bundesärztekammer (BÄK)
- die Substanzkosten sind gesondert berechenbar (§ 10 GOÄ)
- M 619 ist Leistung des klinisch tätigen Arztes. Hinzu kommt die analytische Auswertung durch den Laborarzt nach M 3437. Zur Primärdiagnostik in der GKV ist der ^{13}C Harnstoff-Atemtest nur bei Kindern mit begründetem V.a. Ulcuserkrankung einsetzbar, bei Erwachsenen nur zur Erfolgskontrolle nach Eradikationstherapie frühestens 4 Wochen nach Ende der Therapie (Anm. zu 02400 EBM)
- zum Helicobacter-Test mittels Stuhluntersuchung vgl. M 3436

M 653	Ärztliche Betreuung und Auswertung bei telemetrischem Event-EKG oder telemetrischer Blutdruckmessung (z.B. bei Anwendung eines „Herz-Handys“ oder vom Patienten per SMS übertragener Blutdruckwerte)		
	33 analog – Einweisung des Patienten, mindestens 20 Min. Dauer	17,49	40,22

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
	Anm.: – Abrechnung weiterer GOÄ-Positionen (z.B. für Auswertung, Beratung) je nach Aufwand		
M 659	Langzeit-EKG mit Ereignisrekorder (Event-Rekorder)		
	659 analog – Ereignis-EKG	23,31	41,97
M 660	Subkutane Implantation eines EKG-Ereignisrekorders		
	631 analog – Implantation eines Event-EKGs	64,70	148,81
	491 – Lokalanästhesie	7,05	16,22
M 662	Explantation eines EKG-Ereignisrekorders		
	2354 analog – Explantation des Rekorders	21,57	49,60
	491 – Lokalanästhesie	7,05	16,22
M 667	Kontinuierliches Glukose-Monitoring über mindestens 48 Stunden zur optimierten Behandlung insulinpflichtiger Diabetiker		
	1 – Eingangsberatung	4,66	10,72
	303 analog – Anlegen des Messgerätes	4,66	10,72
	518 analog – Einweisung des Patienten (mind. 20 Min.)	7,00	12,59
	659 analog – Glukose-Monitoring über mind. 48 Stunden	23,32	41,97
	Anm.: – die analoge Berechnung der Nr. 659 (analog Langzeit-EKG) ist gerechtfertigt wegen des langen Geräte-Einsatzes (mind. 48 Std.) sowie der intensiven		

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
	ärztlichen Auswertung, bei der das Blutzuckerprofil anhand der Eintragungen des Patienten ausgewertet werden muss – bei Messung über mehr als 48 Stunden Berücksichtigung mit höherem Steigerungsfaktor zu Nr. 659 analog – die Einweisung des Patienten in den Gebrauch des Monitor-Geräts kann vom Arzt auf eine qualifizierte Fachkraft delegiert werden – die Sachkosten für den Sensor sowie ggf. für einen Duschbeutel sind gem. § 10 GOÄ gesondert berechnungsfähig		
M 678	Früherkennung des Bronchialkarzinoms mittels Fluoreszenz-Bronchoskopie, ggf. mit endobronchialem Ultraschall (EBUS)		
	1 – Beratung	4,66	10,72
	678 analog – Fluoreszenz-Bronchoskopie	52,46	120,66
	Anm.: – bei endobronchialem Ultraschall sind zusätzlich die Nrn. 410 und A 402 GOÄ berechnungsfähig		
M 679	Früherkennung des Bronchialkarzinoms durch zytopathologische Untersuchung des Sputums bei langjährigen Rauchern ab 45 Jahren		
	1 – Eingangsberatung	4,66	10,72
	3 – Abschlussberatung mit Hinweisen zur Raucherentwöhnung	8,74	20,11
	Anm.: – vgl. M 4858 – bei verdächtigen Befunden ist die anschließende DNA-Bildzytometrie Kassenleistung		

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
	– zu labordiagnostischen Angeboten vgl. M 3432		
M 694	Elektrogastrographie (Messung der myoelektrischen Aktivität des Magens bei gestörter Magenentleerung), einschl. Signalanalyse, graphischer Darstellung und Auswertung		
	659 analog – Elektrogastrographie	23,31	41,97
M 695	Langzeit-pH-Metrie des Oesophagus mit Kapselimplantation		
	684 analog – Untersuchung mit Kapselimplantation	69,94	160,87
	687 analog – Aufzeichnung und Auswertung	87,43	201,90
	Anm.: – die Abrechnung erfolgt in Anlehnung an die Empfehlung der BÄK zur Kapselendoskopie – zzgl. Kosten für den Sensor (§10) – die Methode entspricht nicht der Nr. 693 GOÄ, da diese auf das Verfahren mit Nasensonde abgestellt ist – IGeL, weil der EBM dafür keine Leistungsziffer bereithält. EBM 13401 entspricht dem Verfahren mit Nasensonde		

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
M 704	Druckmessung zur Beurteilung der analen Schließmuskelfunktion (Analtonometrie)		
	1 – Beratung	4,66	10,72
	1791 analog – Analtonometrie	8,63	19,84
	Anm.: – entspricht Nr. A 704 des Analogverzeichnisses der Bundesärztekammer (BÄK) – weitere Untersuchungen z.B. im Sinne der Nrn. 5 und 11 GOÄ liegen i.d.R. schon als GKV-Leistungen vor		
M 708	Ärztliche Betreuung eines Patienten bei therapeutischer Apherese (Rheopherese) außerhalb der GKV-Leistungspflicht (z.B. zur Behandlung des Hörsturzes)		
	792 analog – Ärztliche Betreuung eines Patienten bei Apherese-Behandlung	25,65	58,99
	272 – Infusion, intravenös, von mehr als 30 Min. Dauer	10,49	24,13
	Anm.: – zzgl. Sachkosten und Vorhaltekosten – zu den HNO-ärztlichen Leistungen im Rahmen der Apherese bei Hörsturz vgl. M 1420		

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
M 713	Systemische Krebs-Mehrschritt-Therapie		

Anm.:
- Verfahren nach v. Ardenne mit Ganzkörperhyperthermie und Glukoseinfusionen; Gesamtpreis einschl. Krankenhauskosten etwa 7.000 bis 10.000 €
- in Anlage II der Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung“ („nicht anerkannte Untersuchungs- und Behandlungsmethoden“)

F II – Kinder- und Jugendheilkunde

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
M 720	Früherkennungsuntersuchung U 10 im Alter von 7–8 Jahren		
	26 – Kinder-Früherkennung	26,23	60,33
	Anm.: – die Leistungen M 720 bis M 722 stellen jeweils eine sinnvolle Ergänzung der Vorsorge-Angebote in den von den gesetzlichen Früherkennungsuntersuchungen nicht abgedeckten Alterszeiträumen dar. Sie dienen der Untersuchung z.B. der Sprachentwicklung, Grob- und Feinmotorik und des Sozialverhaltens, die J2 (M 723) entspricht einer speziell auf den Jugendlichen abgestellten Gesundheitsuntersuchung.		
M 722	Früherkennungsuntersuchung U 11 im Alter von 9–10 Jahren		
	26 – Kinder-Früherkennung	26,23	60,33
M 723	Früherkennungsuntersuchung J2 im Alter von 16–17 Jahren		
	29 – Gesundheitsuntersuchung	25,65	58,99
	Anm.: – Inhalt sind v.a. die Untersuchung auf Pubertäts- und Sexualitätsstörungen, Stoffwechselerkrankungen und Haltungsstörungen		

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
M 728	Behandlung von Konzentrationsstörungen ohne Vorliegen einer Erkrankung		
	846 – Übende Verfahren, Einzelbehandlung	8,74	20,11
	847 – Übende Verfahren, Gruppenbehandlung	2,62	6,03

Anm.:
- der Ausschluss somatischer Störungen oder von psychischen Störungen mit Krankheitswert ist zu Lasten der GKV durchzuführen
- Hier ist der Arzt in der Verantwortung, noch der Bandbreite nicht krankhafter, aber doch der Behandlung bedürfende Verhaltensstörungen von solchen abzugrenzen, die krankhaft sind. Nicht jedes unaufmerksame oder hyperaktive (M 729) Kind ist im Sinne der GKV krank.
- Abrechnung je nach angewandtem Verfahren: Beratung z.B. mit Nr. 3, intensive Einzelbehandlung mit analog 849
- Testverfahren (NR. 857 GOÄ) sind nur dann berechnungsfähig, wenn sie ausschließlich der Diagnostik oder Verlaufskontrolle der Störung ohne Krankheitswert dienen. Statt der meist zutreffenden Nrn. 846 und 847 GOÄ können behandlungsabhängig ggf. auch die Nrn. 804 analog, 849 analog, 886 analog zum Ansatz kommen

M 729 Behandlung hyperaktiver Kinder ohne Vorliegen einer Erkrankung

Anm.:
Vgl. zu M 728

F III – Dermatologie

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
M 734	UV-Bestrahlungen aus präventiven Gründen (z.B. zur Sonnenexpositionsprophylaxe)		
	1 – Beratung	4,66	10,72
	5 – Symptombezogene Untersuchung	4,66	10,72
	564 – Quarzlampendruckbestrahlung, je Sitzung	5,30	9,55
	Anm.: – die Nr. 5 GOÄ ist nicht obligat; nicht je Sitzung berechnungsfähig – bei Verwendung von Niederdruckstrahlern Nr. 560 statt 564		
M 735	Tests zur Prüfung der Verträglichkeit von Kosmetika		
	380 – Epikutantest, je Test (1.–30. Test)	1,75	4,02
	Anm.: – je nach Untersuchungsumfang und Methodik, ggf. zusätzlich Laboruntersuchungen		
M 736 (U)	Warzenbehandlung außerhalb der GKV-Leistungspflicht		
	1 – Beratung, z.B. Nr. 1	4,66	10,72
	5 – Untersuchung	4,66	10,72
	z.B. 740 – Kryotherapie	4,14	9,52
	Anm.: – zzgl. Sachkosten für verbrauchten Stickstoff. ggf. zzgl. 745 GOÄ (Abradatio)		

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert

– Warzenbehandlung ist nur dann GKV-Leistung, wenn die Warzen aus medizinischen Gründen entfernt werden müssen. In diesem Fall ist Guttaplast-Behandlung und Curettage und/oder Kryotherapie ausreichend. Ohne Beschwerden und/oder andere Verfahren der Warzenbehandlung sind IGeL
– WIRA-Behandlung: vgl. M 573, Lasertherapie vgl. M 744
– Korrektur (Entfernung) anderer störender Hautveränderungen: vgl. M 2370

M 737 (U) Aknebehandlung aus kosmetischer Indikation

1 – Beratung, z.B. Nr. 1	4,66	10,72
5 – Untersuchung	4,66	10,72
209 – Auftragen von Externa	8,74	20,11
523 – Aknemassage	3,79	6,82
530 – Aknepackung	2,04	3,67
535 – Heißluftbehandlung	1,92	3,46
758 – Behandlung von Aknepusteln	4,37	10,05

Anm.:
– dazu die Arbeitsgemeinschaft Ärzte/Ersatzkassen (DÄB vom 28.09.2007): „Kosmetische Maßnahmen zur Aknebehandlung sind nicht Bestandteil des Leistungskataloges der Ersatzkassen“
– da die Aknebehandlung aus kosmetischer Indikation nicht in erster Linie dem Schutz der Gesundheit des Betroffenen dient, fällt sie unter die Umsatzsteuerpflicht
– Tonics und Masken: Auslagenersatz nach § 10
– ggf. mit Nr. 755 (Schleifbehandlung)
– ggf. mit Nr. 483 analog (Oberflächenanästhesie)

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
	– ggf. mit Nr. 34 analog für die Hautpflegeschulung		
M 738 (U)	Fruchtsäure-Peeling-Behandlung zur Verbesserung des Hautreliefs		
	1 – Beratung	4,66	10,72
	5 – Untersuchung	4,66	10,72
	743 analog – Peelingbehandlung	4,37	10,05
	209 analog – Großflächige Hautbehandlung	8,74	20,11
	Anm.: – zzgl. kosmetische Vorbehandlung und Hauttypbestimmung (M 749) – ggf. zzgl. Reinigen und Neutralisieren der Haut (analog Nr. 758 GOÄ) und Kältepackung (530 GOÄ) – zzgl. Substanzkosten (§ 10 GOÄ) – da die Fruchtsäure-Peeling-Behandlung nicht in erster Linie dem Schutz der Gesundheit des Betroffenen dient, fällt sie unter die Umsatzsteuerpflicht		
M 739 (U)	Trichloressigsäure- und Phenol-Peeling-Behandlung zur Verbesserung des tiefen Hautreliefs		
	1 – Beratung	4,66	10,72
	5 – Untersuchung	4,66	10,72
	755 analog – Peelingbehandlung	13,99	32,18
	209 analog – Großflächige Hautbehandlung	8,74	20,11
	Anm.: – zzgl. kosmetische Vorbehandlung und Hauttypbestimmung (M 749) – ggf. zzgl. Reinigen und Neutralisieren der Haut (analog Nr. 758 GOÄ) und Kältepackung (530 GOÄ)		

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
	– Beim Phenol-Peeling ggf. zzgl. EKG (Nr. 650), Sedierung (je nach Verfahren, z.B. Nr. 272), ggf. zzgl. anästhesiologische Betreuung, Bestimmung der Leber- und Nierenwerte – zzgl. Substanzkosten (§ 10 GOÄ) – zur Umsatzsteuerpflicht vgl. M 738		
M 740 (U)	Narbenbehandlung mit Narbengel und Ultraschallanwendungen		
	1 – Beratung	4,66	10,72
	5 – Untersuchung	4,66	10,72
	539 – Ultraschallbehandlung	2,56	4,62
	750 analog – Photodokumentation mit Erläuterung	6,99	16,09
	Anm.: – Gelkosten: Berechnung nach § 10 oder Rezept – bei Zwischenbehandlungen (durch die Arzthelferin) nur Nr. 539 – Narbenbehandlung fällt nur dann in die Leistungspflicht der GKV, wenn die Narbe schwer entstellend oder funktionsbehindernd oder stenosierend ist		
M 742 (U)	Epilation von Haaren – außer bei krankhaftem und entstellendem Haarwuchs an Händen und im Gesicht		
	1 – Beratung	4,66	10,72
	5 – Untersuchung	4,66	10,72
	742 analog – Epilation von Haaren	9,62	22,12
	1323 – Elektrolytische Epilation von Wimpernhaaren	3,91	8,98
	Anm.: – Wahl der angemessenen GOÄ-Nummern je nach Umfang der Behandlung		

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert

- 742 analog, weil in der 742 GOÄ nur Behandlung im Gesicht
- Kennzeichnung der Nr. 1323 als „analog“ nur bei anderer Lokalisation als Wimpern
- GKV-Leistung sind Epilationen nur im Gesicht und an den Händen und nur bei krankhaftem und entstellendem Haarwuchs und nur bei Entfernung mittels Elektrokoagulation (EBM 02300). Kommen andere Methoden zum Einsatz, ist auch die Entfernung eines krankhaften und entstellenden Haarwuchses im Gesicht und an den Händen IGeL
- nicht definiert ist, welche Behaarung als „krankhaft“ und „entstellend“ einzustufen ist. Ggf. ist der Patientin zu verdeutlichen, dass es sich „nur“ um eine individuelle, aber nicht krankhafte Ausprägung handelt. Die ggf. erforderliche Abklärung von Hormonstörungen kann zu Lasten der GKV erfolgen
- zur Umsatzsteuerpflicht vgl. M 737

M 743 (U)	Epilation von Haaren mit gepulstem Licht		
	1 – Beratung	4,66	10,72
	5 – Untersuchung	4,66	10,72
	706 analog – Kleinflächige Epilation von Haaren mit gepulstem Licht, je Sitzung	34,97	80,44

Anm.:
- Abgrenzung IGeL/GKV vgl. zu M 742
- bei Behandlung mittelgroßer oder großer Bezirke sind Nr. A 5805 oder A 1365 GOÄ berechnungsfähig

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert

– der Laserzuschlag gem. Nr. 441 GOÄ ist nicht anwendbar, da es sich nicht um eine Laseranwendung handelt und auch keine entsprechenden Kosten anfallen
– bei der Wahl der Abrechnungsposition ist zu beachten, dass beim IGeL-Angebot die Gesamtkosten der Behandlung vor Behandlungsbeginn transparent gemacht und vereinbart werden. Ein angemessenes Honorar kann auch durch Wahl eines entsprechenden Faktors, ggf. mit Abdingungserklärung gem. § 2 GOÄ, erreicht werden
– zur Umsatzsteuerpflicht vgl. M 737

M 744 (U)	Epilation von Haaren mit Laser		
	1 – Beratung	4,66	10,72
	5 – Untersuchung	4,66	10,72
	2440 analog – Kleinflächige Epilation von Haaren mit Laser, je Sitzung	46,63	107,25
	444 Zuschlag ambulante Operation	75,77	

Anm.:
– Abgrenzung IGeL/GKV vgl. zu M 742
– größere Areale und Abrechnung vgl. nachfolgend:
  – Im DÄB vom 18.01.2002 veröffentlichte die BÄK folgende Abrechnungsempfehlungen:
    „Laserbehandlung von Besenreiservarizen, Teleangiektasien, Warzen u.a. Hautveränderungen, ausgenommen melanozytäre Naevi, sowie aktinischer Präkanzerosen, einschließlich Laser-Epilation, mit einer Ausdehnung bis zu 7 cm² Körperoberfläche, analog Nr. 2440 GOÄ …

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert

… 7 bis 21 cm² … analog Nr. 2885 GOÄ …
… von mehr als 21 cm² analog Nr. 2886 GOÄ …“
Da die Abrechnung der Haarepilation mit Laser gelegentlich strittig war, gab die BÄK dazu die Erläuterung (DÄB vom 0.08.2005 („GOÄ-Ratgeber“), dass die alleinige Berechnung der Epilation mittels Laser von der Berechung der analogen Gebührenpositionen auszuschließen, nicht von der Bundesärztekammer beabsichtigt war, sondern die der Ausdehnung nach zutreffende analoge Gebührenposition angesetzt werden kann. Ggf. werde die BÄK eine klarstellende redaktionelle Änderung („oder“ statt „einschließlich“ Laser-Epilation) oder eine Bekanntmachung im DÄB veröffentlichen.
Zu den Zuschlägen schrieb die BÄK: „Aus gebührenrechtlicher Sicht können die Zuschläge … 441 und 444 … ausschließlich neben der Nr. 2440 GOÄ angesetzt werden, weil nur die Nr. 2440 im abschließenden Katalog … der Präambel zu Abschnitt C VIII der GOÄ aufgeführt ist. Die Vorschriften sind auch dann einzuhalten, wenn Gebührenpositionen … analog berechnet werden …“
Die Abrechnung der Laser-Epilation von Haaren mit den Nrn. 2440 (zzgl. Zuschlag 444) bzw. 2885 bzw. 2886 erfolgt demnach nach Empfehlungen der BÄK

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
	– Der Zuschlag Nr. 441 ist nicht berechenbar, da die Laseranwendung bereits im Text der BÄK-Empfehlung enthalten ist (vgl. zu M 744) – zur Umsatzsteuerpflicht vgl. M 737		
M 747	Haaranalyse („Tricho-Scan“)		
	1 – Beratung	4,66	10,72
	7 – Untersuchung Hautorgan	9,33	21,45
	750 – Auflichtmikroskopie	6,99	16,09
	4860 – Trichogramm	9,33	16,79
	Anm.: – Anstelle Nr. 750 kann auch Nr. 612 analog zum Ansatz kommen – laboranalytisches „Haut-Haare-Nägel-Profil“ s. M 3466		
M 748	Kollagenmessung		
	1 – Beratung	4,66	10,72
	410 analog – Kollagenmessung	11,66	26,81
	Anm.: – 410 analog bei Standardmessung, bei Feinmessung auch analog 423 GOÄ – im Rahmen der Behandlung hautassoziierter Neubildungen oder von krankheitsbedingten plastischen Operationen GKV-Leistung. I.d.R. IGeL im Rahmen kosmetischer oder Anti-Aging-Behandlung oder der Ästhetischen Chirurgie. Die Messung erfolgt mit hochfrequentem Ultraschall		

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
M 749	Sonnenlicht- und Hauttyp-Beratung, einschl. Hautfunktionstest (z.B. Sebumetrie, Corneometrie)		
	1 – Beratung	4,66	10,72
	760 analog – Sebumetrie	7,05	12,70
	831 analog – Feuchtigkeitsmessung	4,66	10,72

Anm.:
- da die Leistung in erster Linie dem Schutz der Gesundheit des Betroffenen dient, fällt sie nicht unter die Umsatzsteuerpflicht

M 750	Hautkrebs-Vorsorgeuntersuchung außerhalb der GKV-Leistungspflicht		
	1 – Beratung	4,66	10,72
	7 – Untersuchung	9,33	21,45
	750 – Auflicht-Mikroskopie	6,99	16,09

Anm.:
- die Hautkrebsfrüherkennungsuntersuchung ist seit dem 1.7.2008 Bestandteil der GKV-Früherkennungsuntersuchungen (EBM 01745 und EBM 01746)
- eine Untersuchung vor dem vollendeten 35. Lebensjahr oder in kürzerem Zeitabstand als zwei Jahren ist weiterhin IGeL
- erfolgt die Untersuchung vor Zeitablauf jedoch wegen einer konkret eingetretenen Hautveränderung ist deren Untersuchung nicht präventiv (IGeL), sondern kurative GKV-Leistung
- die nach hausärztlicher Verdachtsdiagnose verpflichtend durch den Hautarzt erfolgende Überprüfung und Verifizierung (auch Exzision) sowie nachfolgende histologische Untersuchungen sind dann GKV-Leistungen

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
	– die Video-Dermatoskopie ist nicht Bestandteil der GKV-Früherkennung – zur Video-Dermatoskopie vgl. M 751		
M 751	Computergestützte Videountersuchung zur Diagnostik oder Verlaufskontrolle bei Muttermalen		
	1 – Beratung	4,66	10,72
	7 – Untersuchung Hautorgan	9,33	21,45
	612 analog – Video-Dermatoskopie	44,12	79,42
	Anm.: – entspricht Empfehlung der Bundesärztekammer (DÄB v. 10.09.1999 und 18.01.2002) – ggf. zusätzlich Nr. 750 GOÄ, wenn vor der Videodermatoskopie noch andere Muttermale außerhalb der GKV-Leistungspflicht voruntersucht wurden		
M 752	Optische Cohärenz Tomographie (OCT) der Haut		
	1 – Beratung	4,66	10,72
	410 analog – OCT	11,66	26,81
	Anm.: – ggf. zusätzlich bis zu 3 × A 420 bei Untersuchung mehrerer Körperregionen (z.B. Rumpf, Arm, Bein)		
M 753	Behandlung mit polarisiertem Licht zur Hautbehandlung oder zur Behandlung von Sportverletzungen		
	1 – Beratung	4,66	10,72
	5 – Untersuchung	4,66	10,72
	742 analog – Behandlung mit polarisiertem Licht, je Sitzung	9,62	22,12

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
M 754 (U)	Faltenunterspritzung mit Hyaluronsäure		
	1 – Beratung	4,66	10,72
	5 – Untersuchung	4,66	10,72
	2442 analog – Faltenunterspritzung mit Hyaluronsäure	52,46	120,65
	444 – Ambulanzzuschlag	75,77	

Anm.:
- zzgl. Sachkosten gem. § 10 (i.d.R. 300 bis 400 €)
- zur Umsatzsteuerpflicht vgl. M 737
- bei der Behandlung nur eines Areals kann die Abrechnung mit Nr. 2442 evtl. unangemessen sein, Alternativabrechnung: Nrn. 523, 209, 252 (je Injektion)

M 755 (U)	Faltenunterspritzung mit Plasmagel		
	1 – Beratung	4,66	10,72
	5 – Untersuchung	4,66	10,72
	250 – Blutentnahme	2,33	4,20
	4003 analog – Herstellung des Plasmagels	23,31	26,81
	2442 analog – Faltenunterspritzung mit Plasmagel	52,46	120,65
	444 – Ambulanzzuschlag	75,77	

Anm.:
- zur Umsatzsteuerpflicht vgl. M 737
- zur Faltenunterspritzung wird eine aus Blut gewonnene Füllsubstanz verwendet

M 756 (U)	Eigenfettunterspritzung		
	1 – Beratung	4,66	10,72
	5 – Untersuchung	4,66	10,72
	478 analog – Tumeszenz-Anästhesie	13,41	30,83

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
	479 analog – Fortsetzung Tumeszenz-Anästhesie	6,70	15,42
	614 – Sauerstoffpartialdruck, transkutan	8,74	15,41
	2442 analog – Eigenfettunterspritzung	52,46	120,65

Anm.:
- zur Umsatzsteuerpflicht vgl. M 737
- das Eigenfett wird meist in Tumeszenz-Anästhesie gewonnen

M 757 (U) Injektionslipolyse

1 – Beratung	4,66	10,72
5 – Untersuchung	4,66	10,72
530 – Kühlpackung	2,04	3,67
2442 analog – Injektionslipolyse	52,46	120,65

Anm.:
- zur Umsatzsteuerpflicht vgl. M 737
- die sog. „kleine Fettabsaugung“ mittels Injektion von Phosphatidylcholin
- zzgl. Sachkosten (§10), ggf. zzgl. Lokalanästhesie (Nr. 491)

M 758 (U) Entfernung von Tätowierungen

3 – Beratung	8,74	20,11
5 – Untersuchung	4,66	10,72
755 – Hochtouriges Schleifen	13,99	32,17

Anm.:
- Nr. 755 beispielhaft; je nach angewandtem Verfahren, z.B. bei Laseranwendung:
- 2440 (operative Entfernung einer kleinen Tätowierung), ggf. zzgl. 444 (Zuschlag ambulante Operation)
- 2885 (operative Entfernung größerer Tattoos)

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert

– 2886 (operative Entfernung sehr großer Tattoos)
– Zuschläge für ambulante Operationen sind nur zur Nr. 2440 berechenbar, da nur diese in Abschnitt C VIII der GOÄ angeführt ist. Zu Nr. 2440 ist hier der Zuschlag 441 nicht berechenbar, da die Laseranwendung bereits in der Legende der BÄK-Empfehlung enthalten ist
– zur Umsatzsteuerpflicht vgl. M 737

M 759 (U) Eigenhaartransplantation

3 – Beratung	8,74	20,11
7 – Untersuchung Hautorgan	9,33	21,45
491 – Lokalanästhesie Entnahme	7,05	16,22
4800 analog – Präparation Mikrograft	12,65	29,09
2385 – Transplantation haartragenden Hautteiles	69,94	160,87
445 – Zuschlag ambulante Operation	128,23	
491 – Lokalanästhesie Implantation	7,05	16,22
744 analog – Mikrohol-Anlage	4,66	10,72
491 – Lokalanästhesie Implantation	7,05	16,22

Anm.:
– bei krankhaftem Haarausfall ggf. GKV-Leistung. I.d.R. aber IGeL-Leistung, da die „wirtschaftlichere“ Alternative künstlichen Haarersatzes besteht
– zzgl. Sachkosten (z.B. Mikrobohrer), ggf. zzgl. Trichoscan (M 747)
– Nrn. 4800 und 744 je Transplantationseinheit bzw. Mikrohole
– i.d.R. umsatzsteuerpflichtig

M 760 (U) Aptos-Lifting („Faden-Lifting“)

3 – Beratung, z.B. Nr. 3	18,74	20,11
5 – Untersuchung	4,66	10,72
2442 analog – Faden-Lifting	52,46	120,65

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert

Anm.:
- ggf. zzgl. Injektionsbehandlung, z.B. mit Eigenfett
- ggf. zzgl. anästhesiologische Betreuung
- zur Umsatzsteuerpflicht vgl. M 737

M 761 (U) Entfernung von Milien

1 – Beratung	4,66	10,72
5 – Untersuchung	4,66	10,72
758 analog – Milienentfernung	4,37	10,06

Anm.:
- anstelle analog Nr. 758 auch analog Nr. 2403 möglich
- zur Umsatzsteuerpflicht vgl. M 737

M 764 (U) Beseitigung von Besenreiser-Varizen

1 – Beratung	4,66	10,72
5 – Untersuchung	4,66	10,72
644 – Doppleruntersuchung	10,49	18,89
634 – Lichtreflex-Rheographie	6,99	16,09
764 – Verödung	11,07	25,47
204 – Kompressionsverband	5,54	12,74

Anm.:
- bei weiteren Sitzungen sind die Nrn. 764 und 204 jeweils erneut berechnungsfähig
- Abrechnung dargestellt am Beispiel der Verödungsbehandlung; gilt nicht für Laser- oder Lichttherapie
- für die Laserbehandlung empfiehlt die BÄK (DÄB 99, Heft 3 vom 18. Januar 2002):
- A 2440 – Laserbehandlung bis zu einer Ausdehnung von 7 cm^2
- A 2885 – Laserbehandlung bei einer Ausdehnung von 7 bis 21 cm^2

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
	– A 2886 – Laserbehandlung bei einer Ausdehnung von mehr als 21 cm² – zzgl. Sachkosten (§ 10) – Abgrenzung GKV / IGeL vgl. zu M 766 – zur Umsatzsteuerpflicht vgl. M 737		
M 765	CHIVA (Cure conservatrice et Hémodynamique de l'Insuffisance Veineuse en ambulatoire)		
	410 – Sonographie ein Organ	11,66	26,81
	420 x 3 – Sonographie weiterer Organe	4,66 x 3	10,72 x 3
	401 – Duplex-Zuschlag	23,31	
	2883 analog – CHIVA-Crossektomie	69,94	160,87
	2882 analog – CHIVA-Varizenoperation	107,83	248,01
	2801 analog – CHIVA-Seitenastoperation	26,99	62,07
	Anm.: – IGeL, da der EBM für dieses Verfahren keine Leistungsziffer vorsieht – ggf. Nr. 424 analog statt 410 + 420 bei hohem Zeitaufwand der Sonographie (> 20 Minuten) – zzgl. Lokalanästhesie – bei Seitenästen ohne Beteiligung der Stammvene auch Nr. 2881 anstelle 2801 – das Verfahren ist eine duplexsonographische Analyse der Hämodynamik von Varizen mit chirurgischer Korrektur der Rezirkulationskreisläufe – zzgl. Sachkosten (§ 10) – i.d.R. nicht umsatzsteuerpflichtig, da Behandlung einer Erkrankung – vgl. zu M 766		

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
M 766	Varizenoperation mit Radiofrequenz oder Laser		
	2882 analog – RF- oder Laser-Varizenoperation	107,83	248,01

Anm.:
- ggf. zzgl. Crossektomie und Seitenastexstirpation
- zzgl. Sach- (Sonden-)kosten (§ 10)
- Die Duplexkontrolle zur Radiofrequenz- und Lasertherapie selber ist zusätzlich berechenbar, ebenso Tumeszenzanästhesie, Kompressionsverband und bei Radiofrequenzoperation der Zuschlag 441 analog, bei ambulanter Operation der Zuschlag 445 GOÄ.
- Die Beseitigung von Besenreisern oder retikulären Varizen ist immer IGeL, da nur kosmetisch indiziert (M 764). Die Abklärung, ob die Gefäßveränderungen Symptom einer Grunderkrankung (z.B. Kollagenose) sind, kann zu Lasten der GKV erfolgen
- Varizen an sich sind auch noch keine Erkrankung i.S. des SGB V, wohl aber die damit i.d.R. verbundenen Spannungs- oder Schweregefühle. Die primäre Untersuchung, Beratung und Diagnostik (z.B. Phlebodynamometrie, Doppler- und Duplexultraschall, ggf. Phlebographie) können somit zu Lasten der GKV erfolgen.
- Für Verfahren wie CHIVA, Radiofrequenz- oder Lasertherapie enthält der EBM keine Leistungsziffern. Sie sind somit IGeL. Für die Schaumsklerosierung ist dies umstritten, da der EBM in der Nr. 30501 eine der Formulierung nach passende Leistung bereithält. Von deren Erbringung als IGeL muss trotz der un-

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
	zureichenden Honorierung im EBM abgeraten werden – i.d.R. nicht umsatzsteuerpflichtig, da Behandlung einer Erkrankung		
M 767 (U)	Permanent-Make-up (z.B. Lippe, Augenbrauen)		
	1 – Beratung	4,66	10,72
	5 – Untersuchung	4,66	10,72
	2442 analog – Permanent-Make-up	52,46	120,66
	Anm.: – zzgl. Sachkosten (§ 10) – zur Umsatzsteuerpflicht vgl. M 737		
M 768 (U)	Piercing, ggf. einschließlich Lokalanästhesie		
	1 – Eingangsberatung, z.B. Nr. 1	4,66	10,72
	5 – Untersuchung	4,66	10,72
	490 – Lokalanästhesie	3,56	8,18
	2403 analog – Piercing	7,75	17,83
	Anm.: – zzgl. Beratungen und Untersuchungen im Rahmen der Nachschau-Termine – alternative Abrechnung: analog Nr. 2346 (Beck'sche Bohrung); ferner je nach Lokalisation z.B. A 2015 (Ohr) oder analog 2346 (Zunge) – zur Umsatzsteuerpflicht vgl. M 737		
M 787 (U)	Elektronisch gesteuerte Physiotherapie zur Cellulite-Behandlung und/oder Modellierung der Körperkontur		
	1 – Beratung	4,66	10,72
	5 – Untersuchung	4,66	10,72
	521 analog – Cellulite-Behandlung	3,79	6,82

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
	Anm.: – zur Umsatzsteuerpflicht vgl. M 737		
M 789 (U)	Behandlung der fokalen Hyperhidrose (z.B. im Achselbereich) durch Injektion von Botulinumtoxin-A		
	1 – Beratung	4,66	10,72
	5 – Untersuchung	4,66	10,72
	752 analog – Schweißtest	17,48	40,22
	252 – Intradermale Applikation, je Applikation	2,33	5,36
	Anm.: – Beratung, Inspektion und Ausschluss einer symptomatischen Hyperhidrosis (z.B. bei Hyperthyreose) sind GKV-Leistung – Schweißtest mit Jod-Stärke-Applikation zur Markierung – Nr. 252 GOÄ ist je Einstich berechnungsfähig, z.B. bei 10-maliger Behandlung pro Seite insgesamt 20 × – ggf. zusätzlich Lokalanästhesie, ggf. auch als Tumeszens-Anästhesie (vgl. M 455) – zzgl. Medikamentenkosten – die Behandlung kommt als GKV-Leistung nur bei pathologischer Schweißbildung in Betracht. Dies zu beurteilen, wäre Sache des behandelnden Arztes. Da zur Behandlung aber auch die wirtschaftlichere Alternative der chirurgischen Schweißdrüsenentfernung (nicht Suctionscürretage) zur Verfügung steht, ist die Hyperhidrosis-Behandlung mit Botulinumtoxin IGeL – die gesamten Behandlungskosten belaufen sich (einschl. Nachschau) auf ca. 450 €, sofern eine Ampulle Botulinumto-		

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
	xin für die Behandlung beider Seiten ausreichend ist – die Behandlung der nicht-pathologischen Hyperhidrose fällt unter die Umsatzsteuerpflicht – Schweißdrüsenabsaugung: M 2376		

G – Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie

Psychotherapeutische Behandlung als IGeL:

IGeL sind bei psychotherapeutischen Behandlungen im Wesentlichen aus drei Umständen heraus begründet:

1. das Behandlungsverfahren ist methodisch vom GKV-Leistungsumfang ausgeschlossen (Psychotherapie-Richtlinien, Psychotherapie-Vereinbarung). Beispiele: Kunst- und Körpertherapien, Feldenkrais, Tragerwork, Psychofonie, Gestalttherapie, Kompensationstherapie, integrative Therapie
2. grundsätzlich auch zu Lasten der GKV anwendbare Verfahren erfolgen zur Behandlung von Störungen, die i.S. des SGB keine „Krankheiten“ sind. Beispiele: Raucherentwöhnung, Behandlung von Prüfungsangst, Flugangst, Konzentrationsstörungen (nicht: Demenz), beruflichen Konflikten, Stressbewältigung, Selbstbehauptungstraining, Entspannungstraining, Paartherapie außerhalb der GKV-Leistungspflicht (z.B. bei unerfülltem Kinderwunsch), Behandlung nicht-krankhafter Verstimmungen („Winterblues“), Arachnophobie
3. GKV-Verfahren mit GKV-Indikation, aber über den Richtlinien-Inhalt (z.B. Sitzungszahl, Sitzungsfrequenz) hinaus

Da die Behandlungsverfahren bei vielen IGeL-Indikationen der zweiten Gruppe sehr ähnlich sind, sind von diesen nicht alle in der MEGO angeführt

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
M 802	Untersuchung zur Überprüfung des intellektuellen und psychosozialen Leistungsniveaus (z.B. Schullaufbahnberatung auf Wunsch der Eltern)		
	1 – Eingangsberatung	4,66	10,72
	856 – Intelligenz- und Entwicklungstests	21,04	37,88
	3 – Abschlussberatung	8,74	20,11
	Anm.: – soweit die Untersuchung in erster Linie dem Schutz oder der Aufrechterhaltung		

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
	der Gesundheit des Kindes dient, ist sie nicht umsatzsteuerpflichtig		
M 818	Apparative Schlafprofilanalyse zur Diagnostik von Schlafstörungen		
	1 – Eingangsberatung	4,66	10,72
	838 analog – Schlafprofilanalyse	32,06	73,73
	3 – Abschlussberatung	8,74	20,11
	Anm.: – zum Atemfluss-Screening vgl. M 613 – zu Laboruntersuchungen vgl. M 3493		
M 819	Aktigraphie		
	1 – Beratung	4,66	10,72
	828 analog – Aktigraphie mit Auswertung, je Untersuchungstag	35,26	81,11
	Anm.: – bei der Aktigraphie handelt es sich um die apparative Erfassung und Auswertung unwillkürlicher Bewegungen, z.B. zur Diagnostik oder Verlaufskontrolle bei Restless-Legs-Syndrom – die Abklärung der RLS (z.B. Anamnese, Fragebögen, EMG, ENG, Labor und – in bestimmten Fällen die Polysomnographie) ist zu Lasten der GKV möglich. Die Polysomnographie ist nur bei Hinweisen auf eine schlafbezogene Atemstörung GKV-Leistung – zur Eingangsberatung kann alternativ die Nr. 3211 GOÄ (Unterweisung in der Irrigatormethode) berechnet werden. Erfolgt die Messung durch den Patienten zuhause, kann der Arzt dafür keine eigenen Leistungen (außer ggf. Beratungen bei Nachfragen des Patienten) berech-		

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
	nen. In diesen Fällen sollte Nr. 828 analog nur einmal für die Messung und Auswertung berechnet werden. Alternativ kann die Nr. 827a (Langzeit-EEG) zum Ansatz kommen		
M 820	Posturographie (Analyse des Standverhaltens), ggf. mit Gleichgewichtstraining		
	1 – Beratung	4,66	10,72
	828 analog – Posturographie, je Sitzung	35,26	81,11
	Anm.: – ein begleitendes Gleichgewichtstraining (Stichwort: „Haus vom Nikolaus“) ist ebenfalls nach Nr. A 828 GOÄ berechnungsfähig		
M 838	Muskelfunktionsdiagnostik: Elektromyographische Untersuchung der Relaxations- und Kontraktionsfähigkeit der Muskulatur (z.B. zur Vorbereitung einer Myofeedback-Behandlung)		
	1 – Beratung	4,66	10,72
	838 analog – Elektromyographie	32,06	73,74
	Anm.: – M 838 dient der Sichtbarmachung z.B. von muskulären Dysbalancen, Verspannungen, Myogelosen und Kontraktionsdefiziten – zur Myofeedback-Behandlung vgl. M 846		
M 845	Hypnose außerhalb der GKV-Leistungspflicht, z.B. vor Zahn-Behandlung oder vor Narkosen auf Wunsch des Patienten		

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
	3 – Eingangsberatung, z.B. Nr. 3	8,74	20,11
	845 – Hypnosebehandlung	8,74	20,11
M 846	Biofeedback-Behandlung, z.B. als Atemfeedback zur Behandlung von Spannungskopfschmerzen oder als Myofeedback zur Therapie der Harninkontinenz		
	3 – Eingangsberatung, z.B. Nr. 3	8,74	20,11
	846 analog – Biofeedback-Behandlung, je Sitzung	8,74	20,11

Anm.:
- Nr. 3 nur berechnungsfähig, wenn nicht beim selben Arztkontakt auch Biofeedback-Sitzung; ansonsten nur Nr. 1 berechnungsfähig
- beim Myofeedback alternativ Berechnung mit analog 838 oder analog 846 mit 3,5fachem Faktor. Begründung: „Besonders hoher Aufwand wegen Erfordernis der Assistenz während der gesamten Behandlung“
- psychotherapeutische Behandlung (Nr. 849) nicht neben 846 analog. Ansatz für zeitlich getrennte (Zwischen-)Beratung und Behandlung möglich
- evtl. ergänzendes autogenes Training oder Jacobson‘sches Verfahren nach Nr. 846 berechenbar; kann allerdings je nach Indikation Kassenleistung sein
- Biofeedback ist IGeL. Schon 1983 wurde Biofeedback im damaligen NUB-Ausschuss als GKV-Leistung ausgeschlossen, 1986 wurde der Beschluss ausdrücklich für das respiratorische Biofeedback erneuert

M 847 Psychotherapie mit Richtlinien-Verfahren außerhalb der Leistungspflicht der GKV, z.B. durchgehend hochfrequente Psycho-

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
	therapie oder über das Höchstmaß an Sitzungen hinaus		
	3 – Eingangsberatung, z.B. Nr. 3	8,74	20,11
	863 – Je nach angewandtem Verfahren, z.B. analytische Psychotherapie, je Sitzung von mindestens 50 Min. Dauer	40,22	92,50
	Anm.: – leistungsrechtlich ist umstritten, ob dieses IGeL-Angebot auf den EBM-Leistungen aufbauen kann oder ob die gesamte hochfrequente Psychotherapie als IGeL-Angebot berechnet werden muss		
M 848	Kunst- und Körpertherapien, auch als ergänzende Therapie-Verfahren		
	3 – Eingangsberatung, z.B. Nr. 3	8,74	20,11
	861 analog – Kunst- oder Körper-Therapie in Einzelbehandlung	40,22	92,50
	862 analog – Kunst- oder Körper-Therapie in Gruppenbehandlung	20,11	46,25
M 850	Verhaltenstherapie bei Flugangst		
	3 – Eingangsberatung, z.B. Nr. 3	8,74	20,11
	870 – Verhaltenstherapie, Einzelbehandlung	43,72	100,55
	871 – Verhaltenstherapie in Gruppen	8,74	20,11
	Anm.: – wie bei Flugangst kann auch die Behandlung von Phobien IGeL sein. Häufig werden Patienten mit Ängsten zum Nervenarzt überwiesen. Zumindest der Erstkontakt ist dann GKV-Leistung. Stellt sich heraus, dass es sich um eine Angstform im Rahmen der normalen Variationsbreite handelt, ist die Weiterbehandlung nur als IGeL möglich		

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
M 851	Psychotherapeutische Verfahren zur Selbsterfahrung ohne medizinische lndikation		
	864 analog – Psychotherapeutische Selbsterfahrung in Gruppen, mindestens 100 Min. Dauer	20,11	46,25
	Anm.: – Abrechnung der GOÄ-Positionen je nach Verfahren und Aufwand – soweit die Maßnahmen in erster Linie dem Schutz oder der Aufrechterhaltung der Gesundheit des Betroffenen dienen, sind sie nicht umsatzsteuerpflichtig		
M 852	Selbstbehauptungstraining		
	3 – Eingangsberatung, z.B. Nr. 3	8,74	20,11
	846 – Übende Verfahren, Einzelbehandlung	8,74	20,11
	870 – Verhaltenstherapie, Einzelbehandlung	43,72	100,55
	847 – Übende Verfahren, Gruppenbehandlung	2,62	6,03
	871 – Verhaltenstherapie, Gruppenbehandlung	8,74	20,11
	Anm.: – Abrechnung der GOÄ-Positionen je nach Verfahren und Aufwand – soweit die Maßnahmen in erster Linie dem Schutz oder der Aufrechterhaltung der Gesundheit des Betroffenen dienen, sind sie nicht umsatzsteuerpflichtig		
M 853	Stressbewältigungstraining		
	3 – Eingangsberatung, z.B. Nr. 3	8,74	20,11
	846 – Übende Verfahren, Einzelbehandlung	8,74	20,11

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
	870 – Verhaltenstherapie, Einzelbehandlung	43,72	100,55
	847 – Übende Verfahren, Gruppenbehandlung	2,62	6,03
	871 – Verhaltenstherapie, Gruppenbehandlung	8,74	20,11
	Anm.: – Abrechnung der GOÄ-Positionen je nach Verfahren und Aufwand – Ob Erkrankungen für Erschöpfungszustände ursächlich sind, ist zu Lasten der GKV abzuklären		
M 855	Feldenkrais-Behandlung		
	870 analog – Eingangsbehandlung	43,72	100,55
	871 analog – Gruppenbehandlung	8,74	20,11
	Anm.: – die Feldenkrais-Behandlung wird von einigen Krankenkassen bezuschusst		
M 858	Brain-Check: Hirnleistungs-Test mit Anwendung standardisierter Fragebogen zur Früherkennung von Hirnleistungsstörungen – vgl. zu M 860		
	1 – Beratung	4,66	10,72
	857 – Testuntersuchungen	6,76	12,17
M 859	Durchführung von psychometrischen Tests auf Wunsch des Patienten		
	1 – Eingangsberatung	4,66	10,72
	857 – Psychometrische Testverfahren, z.B. 857	6,76	12,17
	3 – Abschlussberatung	8,74	20,11

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
	Anm.: – GOÄ-Positionen je nach durchgeführten Verfahren, i.d.R. Nr. 857 – vgl. zu M 860 – zur Umsatzsteuerpflicht vgl. M 851		
M 860	Hirnleistungstraining		
	846 analog – Hirnleistungstraining in Einzelbehandlung	8,74	20,11
	847 analog – Hirnleistungstraining in Gruppenbehandlung	2,62	6,03
	Anm.: – Abrechnung der GOÄ-Positionen je nach Verfahren und Aufwand – zunächst orientierende Untersuchungen zum Ausschluss einer Erkrankung können zu Lasten der GKV erbracht werden. Steht fest, dass es sich nur um eine Normvariante handelt, sind spezielle Tests (M 859) und Trainingsverfahren IGeL – zerfolgt das Training nur durch den Patienten, so können als IGeL nur die Testverfahren und die ärztliche Anleitung berechnet werden (Nr. 34 GOÄ analog)		
M 872	Transkranielle Magnetstimulation zur Behandlung von Depressionen		
	1 – Beratung	4,66	10,72
	839 analog – Transkranielle Magnetstimulation (TMS), je Sitzung	40,80	93,84
M 873	Bright-light-Therapie der saisonalen Depression		
	1 – Beratung	4,66	10,72
	565 analog – Bright-Light-Therapie, je Sitzung	6,99	12,59

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
	Anm.: – zur Sonnenexpositions-Prophylaxe vgl. M 734		
M 875	Entspannungsverfahren als Präventionsleistung		
	3 – Eingangsberatung, z.B. Nr. 3	8,74	20,11
	846 – Übende Verfahren, Einzelbehandlung	8,74	20,11
	847 – Übende Verfahren, Gruppenbehandlung	2,62	6,03
	870 – Verhaltenstherapie, Einzelbehandlung	43,72	100,55
	871 – Verhaltenstherapie, Gruppenbehandlung	8,74	20,11
	Anm.: – Abrechnung der GOÄ-Positionen je nach Verfahren und Aufwand		
M 880	Migränebehandlung außerhalb der GKV-Leistungspflicht		
	846 analog – Gefäßtraining als Biofeedback	8,74	20,11
	846 – Schmerzbewältigungstraining oder Relaxationstherapie, Einzelbehandlung	8,74	20,11
	847 – Schmerzbewältigungstraining oder Relaxationstherapie, Gruppenbehandlung	2,62	6,03
	269a – Akupunktur	20,40	46,92
	265a analog – Quellgastherapie	5,25	12,07

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert

Anm.:
- außerhalb der GKV-Leistungspflicht sind Behandlungen, die nicht wirtschaftlich sind oder das Maß des Notwendigen überschreiten sowie Behandlungen, die nicht im EBM angeführt sind oder vom GBA als nicht zu Lasten der GKV erbringbar eingestuft sind. Im Rahmen der Migränetherapie kommen dafür die o.a. Verfahren infrage
- zur Akupunktur vgl. M 269, zur Quellgastherapie M 293
- zur Neuraltherapie vgl. M 267, zur Magnetfeldtherapie vgl. M 3350

H – Gynäkologie und Geburtshilfe

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
M 1000	Große Krebsvorsorge für Frauen: Klinische Untersuchung, einschl. Untersuchung von Urin und Vaginalsekret, Blutuntersuchung und Ultraschalluntersuchung der Organe des kleinen Beckens und der Nieren		
	410 – Ultraschall Gebärmutter	11,66	26,81
	420 – Ultraschall rechtes Ovar	4,66	10,72
	420 – Ultraschall linkes Ovar	4,66	10,72
	420 – Ultraschall weitere Organe	4,66	10,72
	403 – Transvaginale Untersuchung	8,74	15,74
	250 – Blutentnahme	2,33	4,20
	3508 – Nativpräparat	4,66	5,36
	3550 – Blutbild	3,50	4,02
	3551 – Differentialblutbild	1,17	1,34

Anm.:
- die Nr. M 1000 ergänzt die Nr. 01730 EBM und soll im Zusammenhang mit den entsprechenden vertragsärztlichen Leistungen durchgeführt werden. Nr. M 1000 ist in diesem Fall keine (dem Vertragsarzt untersagte) Zuzahlung zu vertragsärztlichen Leistungen, da es sich um selbstständige IGeL-Angebote handelt
- bei Abrechnung außerhalb der GKV-Früherkennung kann zusätzlich Nr. 27 GOÄ berechnet werden
- zum Sono-Check vgl. Nr. M 400
- zur quantitativen CRP-Bestimmung vgl. M 3428

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
M 1005	Ultraschalluntersuchung zur Brustkrebs-Früherkennung auf besonderen Wunsch der Frau		
	1 – Beratung	4,66	10,72
	418 – Ultraschall einer Brust	12,24	28,15
	420 – Ultraschall der kontralateralen Brust	4,66	10,72
	420 – Ultraschall der kontralateralen Lymphknoten	4,66	10,72
M 1006	Sonographische Bestimmung der Endometriumdicke zur Früherkennung des Endometriumkarzinoms		
	1 – Beratung	4,66	10,72
	410 – Ultraschalluntersuchung eines Organs	11,66	26,81
	403 – Zuschlag bei transvaginaler Untersuchung	8,74	15,74
	Anm.: – ggf. kombiniert mit Nr. M 1000 oder mit „Sono-Check“ nach Nr. M 400. In diesem Fall sind die Abrechnungsbestimmungen der GOÄ in Abschnitt C VI zu beachten		
M 1007	Sonographische Untersuchung auf Vitalität des Feten in der 6.–8. Schwangerschaftswoche		
	1 – Beratung	4,66	10,72
	415 – Ultraschall-Untersuchung in der 6.–8. Schwangerschaftswoche	17,49	40,22
	Anm.: – die erste Ultraschall-Untersuchung nach den GKV-Richtlinien ist erst ab der 9. Schwangerschaftswoche möglich		

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
M 1008	Sonographische Untersuchung der fetalen Nackentransparenz („nuchal translucency“) im Rahmen der Früherkennung des Morbus Down		
	1 – Beratung	4,66	10,72
	410 – Ultraschall-Untersuchung eines Organs	11,66	26,81
	Anm.: – zu den ergänzenden Laborleistungen vgl. M 3452 ff. – wird neben M 1008 auch M 8 erbracht, ist die Beratungsleistung nur einmal berechnungsfähig		
M 1014	Zusätzliche sonographische Schwangerschaftsuntersuchung auf Wunsch der Schwangeren bei Nicht-Risiko-Schwangerschaften, ggf. einschl. Geschlechtsbestimmung		
	1 – Beratung	4,66	10,72
	415 – Ultraschall-Untersuchung in der Schwangerschaft	17,49	40,22
	Anm.: – in den Mutterschafts-Richtlinien sind nur drei Ultraschalluntersuchungen vorgesehen: in der 9.–12. bzw. 19.–22. und 29.–32. Woche		
M 1015 (U)	Sonographische Untersuchung mit 3D- oder 4D-Verfahren auf Wunsch der Schwangeren		
	1 – Beratung	4,66	10,72
	415 – Ultraschall-Untersuchung in der Schwangerschaft	17,49	40,22
	5733 analog – 3D-/4D-Zuschlag	46,63	

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
	Anm.: – Nr. M 1015 ist auch als „Baby-Fernsehen“ bekannt – ggf. zzgl. der Kosten (§ 10) für Photos oder Video – da die Untersuchung i.d.R. nicht der Erkennung oder dem Ausschluss pathologischer Veränderungen dient, ist sie umsatzsteuerpflichtig		
M 1016	Beratung im Zusammenhang mit der Veranlassung einer Labor-Untersuchung zur Risiko-Einschätzung von Trisomie 21 und Neuralrohrdefekt außerhalb der GKV-Leistungspflicht		
	1 – Eingangsberatung	4,66	10,72
	250 – Blutentnahme	2,33	4,20
	1 – Abschlussberatung	4,66	10,72
	Anm.: – vgl. Nr. M 3452 ff. – eine Berechnung der Blutentnahme ist ausgeschlossen, wenn die Blutentnahme auch zur Veranlassung einer GKV-Laborleistung erfolgt ist (dann nur die Beratung als IGeL)		
M 1017	Beratung im Zusammenhang mit der optimierten Früherkennung des Zervixkarzinoms durch zytologische Diagnostik mittels Dünnschicht-Zytologie (z.B. Thin-Prep)		
	1 – Eingangsberatung	4,66	10,72
	297 – Abstrichnahme	2,62	6,03
	1 – Abschlussberatung, z.B. Nr. 1	4,66	10,72

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
	Anm.: – vgl. Nr. M 4855 – eine Berechnung der Abstrichentnahme ist ausgeschlossen, wenn die Entnahme auch zur Veranlassung einer GKV-Leistung erfolgt ist (dann nur die Beratungen als IGeL) – für weitere Informationen vgl. z.B. www.cytyc.com		
M 1018	Beratung im Zusammenhang mit der Veranlassung einer Labor-Untersuchung zur Untersuchung auf Humane Papilloma-Viren (HPV-Test) zwecks Abklärung eines erhöhten Risikos für die Entwicklung eines Gebärmutterhalskrebses, außerhalb der GKV-Leistungspflicht		
	1 – Eingangsberatung	4,66	10,72
	297 – Abstrichentnahme	2,62	6,03
	1 – Abschlussberatung	4,66	10,72
	Anm.: – vgl. Nr. M 3430 – eine Berechnung der Abstrichentnahme ist ausgeschlossen, wenn die Abstrichentnahme auch zur Veranlassung einer GKV-Laborleistung erfolgt ist (dann nur die Beratung als IGeL) – zur HPV-Impfung vgl. M 379		
M 1086	Konisation der Portio mittels Laser		
	441 – Zuschlag bei Laser-Anwendung	17,25	
	1086 – Konisation der Portio	17,25	39,68
	Anm.: – die Laser-Konisation der Portio ist nicht Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung. Eine Zuordnung zum Abschnitt		

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert

31.2 des EBM ist nicht möglich, da dieser nicht anwendbar ist bei bloßen Modifikationen von im EBM enthaltenen Leistungen. Auch eine „Aufteilung“ im Sinne einer Abrechnung der Konisation nach EBM und des Laserzuschlags nach GOÄ ist nicht möglich, da hier das „Alles-oder-nichts-Prinzip“ gilt: Die im EBM nicht enthaltene Laser-Konisation kann nur insgesamt nach GOÄ berechnet werden. Die begleitenden Leistungen, z.B. Beratung und Untersuchung, werden allerdings nach EBM abgerechnet

M 1091	Platzierung eines (ggf. hormonhaltigen) Intrauterin-Pessars außerhalb der GKV-Leistungspflicht		
	1 – Beratung, z.B. Nr. 1	4,66	10,72
	5 – Untersuchung	4,66	10,72
	298 – Abstrichentnahme	2,33	5,36
	4506 – Untersuchung Nativmaterial	5,25	6,03
	1075 – Vaginale Behandlung	2,62	6,03
	1091 – Einlegen oder Wechseln eines Intrauterin-Pessars	6,18	14,21

Anm.:
- zur Abrechnung der sonographischen Leistungen vgl. M 400
- zzgl. Auslagenersatz nach § 10 GOÄ oder Rezept
- vgl. M 1092
- Beratungen zur Empfängnisregelung und Untersuchungen gemäß der Richtlinien zur Empfängnisregelung sind GKV-Leistungen (01821 und 01822 EBM). Darunter fällt auch das Ausstellen des Privatrezeptes für das IUP bei Frauen ab dem vollendeten 20. Lebensjahr gemäß der Nr. 01820 EBM (nicht aber die Kos-

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert

ten für das Kontrazeptivum!). Die Applikation des empfängnisverhütenden Mittels ist bei Frauen ab dem vollendeten 20. Lebensjahr keine GKV-Leistung. Die EBM-Leistungen enthalten lediglich die Beratung zu allgemeinen Aspekten der Empfängnisregelung. Die speziellen Beratungen zu Wirkweise, Sicherheit und Nebenwirkungen von IUP oder Hormonpressling sind IGeL, ebenso Kontrolluntersuchungen, die über den Richtlinieninhalt hinausgehen. Ist die Verordnung dagegen im Rahmen einer Erkrankung erforderlich, oder erfolgt sie für Frauen, die das 20. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, gehört nicht nur die Verordnung, sondern auch das Kontrazeptivum selbst und dessen Applikation (EBM 01830) zum Leistungsumfang der GKV. Darin fallen jedoch nur hormonelle Antikonzeptiva, Interzeptiva (postkoitale Antikonzeptiva) und IUP's. Nicht unter die Leistungspflicht der GKV fallen verordnungsfreie Mittel

– die Leistung dient im weiteren Sinne in erster Linie der Aufrechterhaltung der Gesundheit der Betroffenen und ist daher nicht umsatzsteuerpflichtig, zumal der eigentliche Zweck für die Umsatzsteuerbefreiung ärztlicher Leistungen, nämlich die Erleichterung des Zugangs zu ärztlicher Behandlung, bei dieser Leistung in besonderem Maße gegeben ist

M 1092	IUP-Lagekontrolle mittels Ultraschall außerhalb der GKV-Leistungspflicht		
	1 – Beratung	4,66	10,72
	410 – Ultraschalluntersuchung eines Organs	11,66	26,81

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
	Anm.: – zur GKV-Leistungspflicht zählt nur die sonographische Lagekontrolle frühestens acht Tage bis sechs Wochen nach Applikation		
M 1093	Entfernen eines IUP außerhalb der GKV-Leistungspflicht		
	1 – Beratung	4,66	10,72
	5 – Untersuchung	4,66	10,72
	1075 – vaginale Behandlung	2,62	6,03
	1092 – Entfernung eines IUP	3,03	6,97
	ggf. 1084 – Thermokoagulation	6,88	15,82
M 1094	Subdermale Platzierung eines hormonhaltigen Implantates zur Empfängnisverhütung außerhalb der GKV-Leistungspflicht		
	1 – Beratung	4,66	10,72
	490 – Lokalanästhesie	3,56	8,18
	291 – Implantation von Hormonpresslingen	4,08	9,31
	204 – Druckverband	5,54	12,74
	Anm.: – die spezielle Nachuntersuchung zum Implantat (Wundkontrolle, Fadenentfernung) ist ebenfalls IGeL – bei offen-chirurgischer Implantation Nr. 2421 statt Nr. 291 – zur Umsatzsteuerpflicht vgl. M 1091		
M 1095	Entfernung eines subdermal platzierten hormonhaltigen Implantates zur Empfängnisverhütung außerhalb der GKV-Leistungspflicht		

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
	1 – Beratung	4,66	10,72
	490 – Lokalanästhesie	3,56	8,18
	2009 analog – Implantatentfernung	5,83	13,41

Anm.:
- ggf. 271 (Infusion) und sonographische Lokalisation (410)
- Sonographie v.a. bei Dislokation, dann ggf. Nr. 2010 statt 2009
- zur Umsatzsteuerpflicht vgl. M 1091

M 1115 Zyklusmonitoring bei Kinderwunsch ohne Vorliegen einer Sterilität

	1 – Beratung	4,66	10,72
	7 – Gynäkologische Untersuchung	9,33	21,45
	410 – Ultraschalluntersuchung eines Organs	11,66	26,81
	420 – Ultraschalluntersuchung weiterer Organe, je Organ	4,66	10,72
	403 – Zuschlag für transvaginale Sonographie	8,74	15,74
	297 – Zytologischer Abstrich	2,62	6,03
	4850 – Zytologische Phasenbestimmung des Zyklus	5,07	9,13

Anm.:
- zu den Laborleistungen vgl. M 3400 ff.
- zur Umsatzsteuerpflicht vgl. M 1091

M 1116 In-vitro-Fertilisation (IVF) außerhalb der Leistungspflicht der GKV

Anm.:
- außerhalb der GKV-Leistungspflicht sind diejenigen Versuche und Verfahren, die nicht von den Richtlinien des Bundesausschusses zur Künstlichen Befruchtung gedeckt sind

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
	– Abrechnung der GOÄ-Positionen je nach Verfahren und Aufwand. Empfehlungen zur Abrechnung finden sich in den Beschlüssen des Zentralen Konsultationsausschusses bei der BÄK (www.bundesaertzekammer.de/Ärzte/Gebührenordnung/Abrechnung) – zur Umsatzsteuerpflicht vgl. M 1091		
M 1117	Laparoskopische Eizellentnahme im Rahmen einer In-vitro-Fertilisation außerhalb der GKV-Leistungspflicht		
	1 – Beratung	4,66	10,72
	701 – Laparoskopischer Eingriff	61,20	140,76
	Anm.: – nur Kernleistung aufgeführt; Abrechnung der weiteren Leistungen je nach Verfahren und Aufwand – zur Umsatzsteuerpflicht vgl. M 1091		
M 1141	Operation im Vaginal- oder Vulva-Bereich mittels Laser (z.B. Entfernung von Kondylomen)		
	441 – Zuschlag bei Laser-Anwendung	32,29	
	1141 – Operation im Vaginal- oder Vulva-Bereich	32,29	74,27
	Anm.: – die Laser-Operation im Vaginal- oder Vulva-Bereich ist nicht Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung. Eine Zuordnung zu den Nrn. des Abschnittes 31.2 des EBM ist nicht möglich, da diese nicht anwendbar sind bei bloßen Modifikationen von im EBM enthaltenen Leistungen. Auch eine „Aufteilung“ im Sinne einer Abrechnung der Zielleistung nach		

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
	EBM und des Laserzuschlags nach GOÄ ist nicht möglich, da hier das „Alles-oder-nichts-Prinzip“ gilt: Die im EBM nicht enthaltene Laser-Operation im Vaginal- oder Vulva-Bereich kann nur insgesamt nach GOÄ berechnet werden. Die begleitenden Leistungen, z.B. Beratung und Untersuchung, werden allerdings nach EBM abgerechnet		
M 1142	Sterilisations-OP außerhalb der GKV-Leistungspflicht		
	1 – Beratung	4,66	10,72
	1156 – Laparoskopische Sterilisations-OP	61,20	140,76
	Anm.: – Abrechnung weiterer Leistungen je nach Verfahren und Aufwand – seit dem 01.01.2004 ist die Sterilisation nur noch dann Kassenleistung, wenn sie „durch Krankheit erforderlich“ ist (§ 24 b Abs. 1 SGB V) – die Leistung dient im weiteren Sinne in erster Linie der Aufrechterhaltung der Gesundheit der Betroffenen und ist daher nicht umsatzsteuerpflichtig, zumal auch der eigentliche Zweck für die Umsatzsteuerbefreiung ärztlicher Leistungen, nämlich die Erleichterung des Zugangs zu ärztlicher Behandlung, bei dieser Leistung gegeben ist		
M 1143	Laparoskopischer Refertilisationseingriff nach vorangegangener operativer Sterilisation		

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert

Anm.:
- Abrechnung der GOÄ-Positionen je nach gewähltem Verfahren und Aufwand

M 1180 (U) Frauenärztlicher Check-Up nach ungeschütztem GV

1 – Beratung	4,66	10,72
7 – gyn. Untersuchung	9,33	21,45
1070 – Kolposkopie	4,25	9,79
1075 – vaginale Behandlung	2,62	6,03
250 – Blutabnahme	2,33	4,20
297 – Abstrichentnahme	2,62	6,03
4395 – HIV-Antikörper	17,79	20,11
4248 – Lues-Antkörper	13,41	15,42
4393 – HBC-Antikörper	17,49	20,11
4783 plus 4785 – Chlamydien-Nachweis	29,14 plus 17,49	33,52 plus 20,11

Anm.:
- Bei Vorliegen klinischer Symptome, die auf eine STD hinweisen, ist die (zielgerichtete) Abklärung zu Lasten der GKV möglich. Besteht aber nur ein Risiko in der Anamnese, so ist der Ausschluss einer STD IGeL (vgl. Kontrolluntersuchungen von Prostituierten). Dies gilt auch dann, wenn sich herausstellte, dass der Sexualpartner erkrankt war. In diesem Fall können aber die Beratung und Eingangsuntersuchungen (Inspektion, gyn. Untersuchung, orientierender Abstrich) zu Lasten der GKV erfolgen, da die Patientin die Praxis zunächst mit dem Verdacht auf eine Erkrankung aufsuchte
- Nrn. 4395, 4248, 4393, 4783 und 4785 ggf. durch den Laborarzt
- vgl. zu M 4

I – Augenheilkunde

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
M 1205	Augen-Check auf Wunsch des Verkehrsteilnehmers (sog. „kleiner Augen-TÜV“)		
	1 – Beratung	4,66	10,72
	1240 – Spaltlampenmikroskopie	4,31	9,92
	1201 – Subjektive Refraktionsbestimmung	5,19	11,93
	1216 – Untersuchung auf Heterophobie bzw. Strabismus	5,30	12,20
	1226 – Projektionsperimetrie	10,61	24,40
	1234 – Untersuchung des Dämmerungssehens ohne Blendung	5,30	12,20
	1235 – Untersuchung des Dämmerungssehens nach Blendung	5,30	12,20

Anm.:
- ggf. zusätzlich Farbsinnprüfung nach Nr. 1228 GOÄ. Weiterführende Untersuchung (Nr. 1229 GOÄ) i.d.R. zu Lasten der GKV
- anlässlich kurativer augenärztlicher GKV-Leistung sind nur die Leistungen nach den Nrn. 1226, 1234, 1235, ggf. 1228 als IGeL-Angebot für den „Augen-Check“ möglich
- soweit der Augen-Check in erster Linie dem Schutz der Gesundheit des Verkehrsteilnehmers dient, ist er nicht umsatzsteuerpflichtig. Wird er dagegen in erster Linie als Sehtest aufgrund der Fahrerlaubnisverordnung durchgeführt, fällt er unter die Umsatzsteuerpflicht (vgl. M 88)

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
M 1206	Erweiterter Augen-Check auf Wunsch des Verkehrsteilnehmers (sog. „kompletter Augen-Check“)		
	1 – Beratung	4,66	10,72
	1240 – Spaltlampenmikroskopie	4,31	9,92
	1201 – subjektive Refraktionsbestimmung	5,19	11,93
	1216 – Untersuchung auf Heterophobie bzw. Strabismus	5,30	12,20
	1226 – Projektionsperimetrie	10,61	24,40
	1234 – Untersuchung des Dämmerungssehens ohne Blendung	5,30	12,20
	1235 – Untersuchung des Dämmerungssehens nach Blendung	5,30	12,20

Anm.:
- ggf. zusätzlich Farbsinnprüfung nach Nr. 1228 GOÄ. Weiterführende Untersuchung i.d.R. zu Lasten der GKV
- die qualitative Prüfung auf Binokularsehen ist fakultativer Bestandteil der Nr. 1216 GOÄ. Bei Auffälligkeit besteht für weitere Untersuchungen (z.B. Nr. 1217 GOÄ) i.d.R. eine GKV-Indikation
- zur Umsatzsteuerpflicht vgl. M 1205)

M 1208 (U)	Allgemeine sportmedizinische augenärztliche Untersuchung		
	1 – Beratung	4,66	10,72
	1201 – subjektive Refraktionsbestimmung	5,19	11,93
	1202 – objektive Refraktionsbestimmung	4,31	9,92
	1203 – Akkomodationsmessung	3,50	8,04
	1216 – Untersuchung auf Heterophobie bzw. Strabismus	5,30	12,20
	1240 – Spaltlampenmikroskopie	4,31	9,92

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
	70 – kurze Bescheinigung	2,33	5,36
	Anm.: Ggf. zusätzlich – 1207 – Brillenmessung – 1209 – Nachweis der Tränensekretionsmenge – 1252 – fotografische Verlaufskontrolle	 4,08 1,17 5,83	 9,38 2,68 13,41
M 1209 (U)	Spezielle sportmedizinische augenärztliche Untersuchung		
	1 – Beratung	4,66	10,72
	1217 – Untersuchung des binokulären Sehaktes	14,11	32,44
	1226 – Projektionsperimetrie	10,61	24,40
	1228 – Farbsinnprüfung	3,56	8,18
	1234 – Untersuchung des Dämmerungssehens ohne Blendung	5,30	12,20
	1235 – Untersuchung des Dämmerungssehens während der Blendung	5,30	12,20
	1241 – Gonioskopie	8,86	20,38
	1242 – Binokulare Funduskopie	8,86	20,38
	1259 – Pupillographie	14,11	25,39
	70 – kurze Bescheinigung	2,33	5,36
M 1214	Kontaktlinsen-Anpassung und -Kontrolle ohne GKV-Indikation zur Kontaktlinsen-Versorgung		
	1 – Beratung	4,66	10,72
	1201 – subjektive Refraktionsbestimmung	5,19	11,93
	1211 – Erstanpassung Kontaktlinsen beide Augen	17,49	40,22
	ggf. 1213 – Zweitanpassung Kontaktlinsen	11,54	26,54

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
	Anm.: – nach der Hilfsmittel-Richtlinie des Bundesausschusses ist eine Kontaktlinsen-Verordnung zu Lasten der GKV z.B. bei Myopie und Hyperopie erst ab 8,0 dpt möglich (und zu weiteren, dort ausgewiesenen Indikationen) – nicht unter die GKV-Leistungspflicht fallen auch kosmetische Kontaktlinsen		
M 1215	Untersuchung zur Verordnung einer speziellen Brille für Freizeit oder Beruf („Privatbrille“)		
	1 – Beratung	4,66	10,72
	1201 – Subjektive Refraktionsbestimmung mit sphärisch-zylindrischen Gläsern	5,19	11,93
	1202 – Objektive Refraktionsbestimmung	4,31	9,92
	1203 – Akkomodationsmessung	3,50	8,04
	Anm.: – „Privatbrillen“ sind z.B. solche für die Bildschirmarbeit (außerhalb einer expliziten arbeitsmedizinischen Untersuchung), spezielle Brillen für Sport oder Hobby – ggf. alternativ zu Nr. 1201 GOÄ: Nr. 1200 GOÄ (Subjektive Refraktionsbestimmung mit sphärischen Gläsern), ggf. (fakultativ) Nr. 1216 GOÄ (Untersuchung auf Heterophorie)		
M 1216	Optische Biometrie		
	410 analog – Optische und sonographische Messung der Vorderkammertiefe und/oder der Hornhautdicke	11,66	26,81

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
	420 analog – Optische und sonographische Messung der Vorderkammertiefe und/oder der Hornhautdicke des anderen Auges	4,66	10,72
	1212 analog – Berechnung einer intraokularen Linse	7,69	17,70
M 1218	Brillenglasberatung		
	1 – Beratung	4,66	10,72
M 1220	Untersuchung zur Früherkennung von Schwachsichtigkeit (Amblyopie) im Kleinkind- und Vorschulalter durch instrumentelle Untersuchung („Schiel-Vorsorge“) außerhalb der GKV-Leistungspflicht		
	1 – Beratung	4,66	10,72
	1202 – Refraktion, objektiv	4,31	9,92
	1242 – Binokulare Funduskopie	8,86	20,38

Anm.:
- das Amblyopiescreening ist vom G-BA als Bestandteil der U 7a mit Beschluss vom 15.05.2008 zur Einführung in den GKV-Leistungskatalog empfohlen. Untersuchungszeitraum soll der 34. bis 36. Lebensmonat sein. Auch nach endgültiger Einführung in den GKV-Leistungskatalog bleibt es z.B. als Untersuchung auf Wunsch der Eltern bei einem jüngerem Kind, IGeL. In der Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin wird derzeit die Untersuchung schon im 18. bis 24. Lebensmonat empfohlen.
- Die Untersuchung auf Amblyopie ist nur ohne individuellen Krankheitsverdacht IGeL-Leistung

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
M 1238	Glaukom-Vorsorge: Früherkennung des Glaukoms (Grüner Star) mittels Tonometrie, Ophthalmoskopie und ggf. Perimetrie		
	1 – Beratung	4,66	10,72
	1240 – Spaltlampen-Untersuchung	4,31	9,92
	1256 – Tonometrie	5,83	10,49

Anm.:
- Anstelle der Nr. 1240 kann für die Ophthalmoskopie die Nr. 1242 berechnet werden, wenn eine Untersuchung des gesamten Augenhintergrundes erfolgt
- IGeL lt. Beschluss des G-BA vom 21.12.2004. In den Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien heißt es unter Abschn. B Nr. 4 ausdrücklich: „Ein Glaukom-Screening kann auf Grundlage des gegenwärtigen Standes der wissenschaftlichen Erkenntnisse nicht zur Früherkennung von Krankheiten gem. § 25 Abs. 3 SGB V empfohlen werden.“

M 1240	Papillenanalyse im Laserscan-Verfahren (Netzhaut-Tomographie)		
	423 analog – Biomorphometrische Untersuchung des hinteren Augenpoles	29,14	67,03

Anm.:
- Durchführung z.B. mit Heidelberger Retinomatograph (HRT) oder Optic Nerve Head Analyser (ONHA) und/oder Laser Tomographie Scanner (LTS)
- Einsatz bei speziellen Fragestellungen der Glaukomdiagnostik zur Darstellung der Papillenexkavationen und zur Bestimmung des Exkavationsvolumens. Mit Verfahren wie Optischer Kohärenz-

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
	Tomographie (OCT) und Nervenfaserpolametrie (NFA) kann zusätzlich eine Bestimmung der Nervenfaserschichtdicke erfolgen – auch bei beidseitiger Untersuchung nur einmal berechenbar		
M 1242	Hornhauttopographie		
	415 analog – quantitative topographische Untersuchnung der Hornhautbrechkraft mittels computergestützter Videokeratoskopie, ggf. an beiden Augen	17,49	40,22
M 1244	Vermessung der Nervenfaserschicht der Netzhaut		
	423 analog – Biomorphometrische Untersuchung des hinteren Augenpoles	29,14	67,03
	Anm.: Untersuchung z.B. mit dem Heidelberger Retinatomograph (HRT), Optic Nerve Head Analyser (ONHA), GDXVCC		
M 1246	Endothelbiomikroskopie		
	1249 analog – Lichtoptische Untersuchnung zur Gewebsdiagnostik der vorderen Augenabschnitte, einschl. Bilddokumentation, ggf. einschl. vergleichender Untersuchung am anderen Auge	28,81	64,89
M 1247	Untersuchnung des Tränenfilms und der Hornhautoberfläche mit dem Tearscope		
	415 analog – Quantitative topographische Untersuchnung der Hornhautbrechkraft und Analyse des präcornealen Tränenfilms, ggf. an beiden Augen	17,49	40,22

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
M 1248	Optische Messung der Hornhautdicke (Pachymetrie)		
	410 analog – Optische Messung der Hornhautdicke und/oder der Vorderkammertiefe des Auges	11,66	26,81
	420 analog – Optische Messung der Hornhautdicke und/oder der Vorderkammertiefe des anderen Auges	4,66	10,72
	Anm.: – im Rahmen der Glaukomdiagostik oder Glaukomvorsorge zur Risikoabschätzung – keine GKV-Leistung, da EBM 33002 auf die Untersuchnung mit Ultraschall abstellt		
M 1249	Optische Kohärenztomographie zur Untersuchnung der Netzhautschichten		
	424 analog plus 406 analog – OCT-Untersuchung	52,46	105,50
M 1250	Fotografische Verlaufskontrolle außerhalb der GKV-Leistungspflicht		
	1252 analog – Fotografische Verlaufskontrolle (Vorderabschnitt oder intraokular) oder	5,83	13,41
	1253 analog – Fotografische Verlaufskontrolle (Hinterabschnitt)	8,74	20,11
	Anm.: – eine fotografische Befunddokumentation zur Verlaufskontrolle ist (außer im Rahmen anderer bildgebender Untersuchungen) IGeL		

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
M 1265	Visuelles Restitutionstraining (VRT): Computergestütztes Sehtraining bei Patienten mit Gesichtsfeldausfällen		
	1 – Beratung	4,66	10,72
	1237 analog – Untersuchung der visuellen Restfunktionen, einschl. hochauflösender Vermessung des zentralen Gesichtsfeldes	34,97	80,44
	1268 analog – Computergestütztes Trainingsprogramm zur Einleitung visueller Restitutionsprozesse, je Sitzung	8,86	15,95
	80 analog – Gutachtliche Stellungnahme zu den Erfolgsaussichten eines visuellen Restitutionstrainings	17,49	40,22

Anm.:
- zur Erkennung der trainierbaren Gesichtsfeldbereiche sind Mehrfachmessungen erforderlich, die mit der einmaligen Abrechnung der Nr. 1237 analog abgegolten sind
- nach erfolgreicher Einleitung der Restitutionsphase erfolgt die Fortsetzung der Behandlung am PC des Patienten
- Abschlussuntersuchung nach 6 Monaten entspricht analog Nr. 1237

M 1335	Voruntersuchung durch den beratenden Augenarzt vor refraktiver Hornhautchirurgie mit Excimer-Laser zur Behandlung der Fehlsichtigkeit (LASIK) außerhalb der GKV-Indikation		
	1 – Beratung	4,66	10,72
	6 – Untersuchung Organsystem	5,83	13,41
	ggf. 410 – Ultraschalluntersuchung eines Auges	11,66	26,81

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
	ggf. 420 – Ultraschalluntersuchung des anderen Auges	4,66	10,72
	ggf. 415 analog – quantitative topographische Untersuchnung der Hornhautbrechkraft mittels computergestützter Videokeratoskopie, ggf. beidseits	17,49	40,22
	75 – Brief ärztlichen Inhalts	7,58	17,43
	Anm.: – zur GKV-Indikation vgl. M 1342		
M 1336	Voruntersuchung durch den Operateur vor refraktiver Hornhautchirurgie mit Excimer-Laser zur Behandlung der Fehlsichtigkeit (LASIK) – außerhalb der GKV-Indikation		
	1 – Beratung	4,66	10,72
	6 – Untersuchung Organsystem	5,83	13,41
	1202 – objektive Refraktionsbestimmung	4,31	9,92
	1201 – subjektive Refraktionsbestimmung	5,19	11,93
	1209 – Nachweis der Tränensekretionsmenge	1,17	2,68
	1216 – Untersuchung auf Heterophobie bzw. Strabismus	5,30	12,20
	1256 – Applanationstonometrie	5,83	10,49
	1242 – binokulare Untersuchung des Augenhintergrundes	8,86	20,38
	1234 – Untersuchung des Dämmerungssehens ohne Blendung	5,30	12,20
	1235 – Untersuchung des Dämmerungssehens während der Blendung	5,30	12,20
	75 – Brief ärztlichen Inhalts	7,58	17,43
	Anm.: – die Leistungen sind für ein Auge dargestellt; bei beidseitiger Untersuchung sind ggf. (sofern keine Ausschluss-		

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
	bestimmungen entgegenstehen) weitere Leistungen berechnungsfähig – zur GKV-Indikation vgl. M 1342		
M 1342	Refraktive Hornhautchirurgie mit Excimer-Laser zur Behandlung der Fehlsichtigkeit (LASIK) außerhalb der GKV-Leistungspflicht		
	1256 – Augeninnendruck, intraoperativ	5,83	10,49
	440 – Zuschlag OP-Mikroskop	23,32	
	445 – Zuschlag amb. OP über 1200 P.	128,23	
	1345 analog – Konstruktion Hornhautflap	96,76	222,54
	5855 analog – Excimer-Laserbehandlung	402,18	723,93
	1240 – Spaltlampenmikroskopie	4,31	9,92
	Anm.: – bei Operation beider Augen sind die Positionen für die operativen Leistungen zweimal berechnungsfähig. Erfolgt die Operation an beiden Augen an einem Tag, sind die Zuschläge 440 und 445 nur einmal berechnungsfähig. – bei erhöhtem Aufwand durch extreme Präzision von Schnittführung und Zentrierung können die Nrn. 1345 analog und 5855 analog bis zum Höchstwert berechnet werden – bei aberrometrisch geführter LASIK fallen weitere Leistungen an – zzgl. Sachkosten – bei Nachoperation (Re-LASIK) sollte i.d.R. auf ein Honorar verzichtet und nur der Sachkostenanteil berechnet werden – bei Photorefraktärer Keratektomie (PRK, PTK) ist Nr. 1345 analog nicht berechnungsfähig		

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
	– die phototherapeutische Keratektomie (PTK) mit dem Excimer-Laser bei den Indikationen rezidivierende Hornhauterosionen, oberflächliche Hornhautnarben, Hornhautdystrophie, Hornhautdegeneration und oberflächlichen Hornhautirregularitäten (außer Pterygium) ist bei Zutreffen der in Anlage I Nr. 13 der Richtlinie „Methoden der vertragsärztlichen Versorgung“ genannten Kriterien GKV-Leistung (EBM Nrn. 31362 (Operation), 31734 (postoperative Behandlung bei Überweisung), 31735 (postoperative Behandlung durch den Operateur))		
M 1343	Erste Nachuntersuchung (am ersten postoperativen Tag) nach refraktiver Hornhautchirurgie mit Excimer-Laser zur Behandlung der Fehlsichtigkeit (LASIK) außerhalb der GKV-Leistungspflicht		
	1201 – subjektive Refraktionsbestimmung	5,19	11,93
	1240 – Spaltlampenmikroskopie	4,31	9,92
	ggf. 415 analog – quantitative topographische Untersuchung der Hornhautbrechkraft mittels computergestützter Videokeratoskopie, ggf. beidseits	17,49	40,22
	Anm.: – zur GKV-Leistungspflicht vgl. M 1342		
M 1344	Zweite Nachuntersuchung innerhalb von 1 bis 3 Wochen nach refraktiver Hornhautchirurgie mit Excimer-Laser zur Behandlung der Fehlsichtigkeit (LASIK) außerhalb der Leistungspflicht der GKV		

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
	6 – Untersuchung Organsystem	5,83	13,41
	1202 – objektive Refraktionsbestimmung	4,31	9,92
	1201 – subjektive Refraktionsbestimmung	5,19	11,93
	1216 – Untersuchung auf Heterophobie bzw. Strabismus	5,30	12,20
	1256 – Applanationstonometrie	5,83	10,49
	1242 – binokulare Untersuchung des Augenhintergrundes	8,86	20,38
	1234 – Untersuchung des Dämmerungssehens ohne Blendung	5,30	12,20
	1235 – Untersuchung des Dämmerungssehens während der Blendung	5,30	12,20
	75 – Brief ärztlichen Inhalts	7,58	17,43
	Anm.: – zur GKV-Leistungspflicht vgl. M 1342		
M 1345	Dritte Nachuntersuchung innerhalb von 4 bis 8 Wochen nach refraktiver Hornhautchirurgie mit Excimer-Laser zur Behandlung der Fehlsichtigkeit (LASIK) außerhalb der Leistungspflicht der GKV		
	1 – Beratung	4,66	10,72
	6 – Untersuchung Organsystem	5,83	13,41
	ggf. 415 analog – quantitative topographische Untersuchung der Hornhautbrechkraft mittels computergestützter Videokeratoskopie, ggf. beidseits	17,49	40,22
	Anm.: – zur GKV-Leistungspflicht vgl. M 1342		

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
M 1366	Intravitreale Injektionen zur Behandlung der neovaskulären, feuchten Form der altersabhängigen Makuladegeneration		
	1383 analog – intravitreale Injektion	145,72	335,15
	1257 analog – präoperative kontrollierte Bulbushypotonie mittels Okulopression	14,11	25,39
	1251 – Lokalisation einer Netzhautveränderung	15,91	36,60
	1242 – binokulare Untersuchung	8,86	20,38
	490 – Infiltrationsanästhesie	3,56	8,18
	495 – retrobulbäre Leitungsanästhesie	7,05	16,22
	1320 – Einspritzung unter die Bindehaut	3,03	6,97

Anm.:
- die Kosten werden wesentlich von den Medikamentenkosten bestimmt. Diese sind stark unterschiedlich
- die Behandlung ist grundsätzlich GKV-Leistung. Da bisher (Sept. 2010) jedoch keine Aufnahme in den EBM erfolgte, ist die Therapie weiterhin als IGeL-Leistung anzuführen. Die Privatliquidation des Arztes wird von den GKV-en auf Grundlage von Vereinbarungen erstattet. Nachkontrollen sind ebenfalls IGeL
- die Aufnahme in den GKV-Leistungskatalog ist zu erwarten

M 1370	Photodynamische Therapie (PDT) am Auge außerhalb der GKV-Leistungspflicht		
	34 – Erörterung	17,49	40,22
	1201 – subjektive Refraktionsbestimmung	5,19	11,93
	1225 – Kampimetrie	7,05	16,22
	1249 – Fluoreszenzangiographie	28,21	64,89

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
	1251 – Lokalisation einer Netzhautveränderung	15,91	36,60
	1366 analog – photodynamische Therapie	64,70	148,81
	440 – Zuschlag Operationsmikroskop	23,31	
	441 – Zuschlag Laseranwendung	64,70	
	444 – Zuschlag ambulante Operation	75,77	
	5800 analog – Behandlungsplan	14,57	26,23

Anm.:
- die PDT ist grundsätzlich GKV-Leistung. Außerhalb der zu EBM 06332 in der Richtlinie „Methoden der vertragsärztlichen Versorgung“ genannten Indikationen ist sie IGeL-Leistung.

M 1375	Katarakt-Operation außerhalb der GKV-Leistungspflicht (z.B. Visus > 0,5) auf Wunsch des Patienten		
	440 – Zuschlag OP-Mikroskop	23,32	
	445 – Zuschlag amb. OP über 1200 P.	128,23	
	1348 analog – Schälung einer primären Kapselfibrose	48,50	111,54
	1375 – Extrakapsuläre Operation des Grauen Stars	204,01	469,21

Anm.:
- weitere begleitende Leistungen, insbesondere Vor- und Nachuntersuchungen, sind je nach Aufwand zusätzlich berechnungsfähig (vgl. M 1335, M 1336, M 1343 bis M 1345)
- die Sachkosten belaufen sich auf ca. 500 €
- die Katarakt-Operation als solche fällt in die Leistungspflicht der GKV; allerdings wird heute diese Operation zunehmend auch jenseits der Grenzen einer medizinischen Notwendigkeit

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
	nachgefragt, wo eine mäßige Visus-Einschränkung zumutbar ist, vom Patienten jedoch eine optimale Sehkraft gewünscht wird		

J – Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
M 1402	Infusionstherapie bei Tinnitus/Hörsturz		
	1 – Beratung	4,66	10,72
	5 – Untersuchung	4,66	10,72
	253 – Injektion	4,08	9,38
	1403 analog – Tinnitusbestimmung	9,21	16,58
	272 – Infusion	10,49	24,13
	ggf. zzgl. 75 – Brief ärztlichen Inhalts	7,58	17,43
M 1410	Spezielle, HNO-ärztliche Tauchtauglichkeitskeitsuntersuchung		
	1 – Beratung	4,66	10,72
	6 – Untersuchung HNO-Bereich	5,83	13,41
	1415 (2×) – Binokularmikroskopie Trommelfell	10,60	24,40
	1418 – endoskopische Untersuchung Nasenhaupthöhlen/Nasenrachenraum	10,49	24,13
	1530 – Laryngoskopie	10,61	24,40
	1403 – Tonschwellenaudiometrie	9,21	16,58
	1412 – Gleichgewichtsprüfung	5,30	12,20
	1407 – Impedanzmessung	10,61	24,40
	410 + 3 × 420 – sonographische Untersuchung Nasennebenhöhlen	25,64	58,97
	70 – kurze Bescheinigung	2,33	5,36
M 1411	Untersuchung und Beratung bei habitueller Rhonchopathie		
	1 – Beratung	4,66	10,72
	6 – Untersuchung HNO-Bereich	5,83	13,41

Anm.:
– ggf. zusätzliche Untersuchungen, z.B. nach den Nrn. 1418 (zzgl. Nr. 483),

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
	1530 (zzgl. Nr. 484), Sonographie. Ggf. Erörterung nach Nr. 34 GOÄ – der Ausschluss einer evtl. Schlafapnoe ist zu Lasten der GKV zu erbringen – s.a. M 1451, M 1452		
M 1412	Rhonchopathie-Screening-Untersuchung mit Mehrkanalgerät		
	659 analog – apparative Untersuchung des Schnarchens	23,31	41,97
M 1419	Manualtherapeutischer Eingriff zur Behandlung des Lageschwindels		
	1 – Beratung	4,66	10,72
	1412 analog – Gleichgewichtsprüfung (Identifizierung des Bogengangs)	5,30	12,20
	506 analog – Befreiungsmanöver	6,99	12,59
	Anm.: – an nachfolgenden Tagen nur Nr. 506 analog berechnungsfähig		
M 1420	Indikationsstellung und begleitende HNO-ärztliche Betreuung bei der therapeutischen Apherese (Rheopherese) zur Behandlung des Hörsturzes		
	3 – Beratung von mindestens 10 Min. Dauer	8,74	20,11
	Anm.: – vgl. M 708 – die weiteren HNO-ärztlichen Leistungen, die mit der Apherese-Behandlung in unmittelbarem Zusammenhang stehen, können ebenfalls als IGeL-Angebote berechnet werden		

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
M 1421	Hörgeräte-Gebrauchsschulung (Audiotherapie) einer erwachsenen Einzelperson oder eines Kindes außerhalb der GKV-Leistungspflicht durch den Arzt im Anschluss an die Kontrolle eines angepassten Hörgerätes, Mindestdauer 20 Minuten, einschließlich der Anwendung eines standardisierten Fragebogens		
	34 analog – Hörgeräte-Gebrauchsschulung	17,49	40,22
	Anm.: – über das Maß der Nr. 34 (2 × in 6 Monaten) hinausgehende Einzelsitzungen sind nach Nr. 3 GOÄ berechnungsfähig		
M 1422	Hörgeräte-Gebrauchsschulung (Audiotherapie) eines Erwachsenen oder eines Kindes außerhalb der GKV-Leistungspflicht in Gruppen		
	20 – Beratung in Gruppen, Dauer mind. 50 min	6,99	16,09
	Anm.: – bei kürzerer Dauer als zu Nr. 20 vorgeschrieben (50 Min.) Abrechnung mit Nr. 518 analog (analog Prothesengebrauchsschulung)		
M 1423	HNO-ärztliche Begleitung einer Hörgerät-Anpassung mit Überprüfung des subjektiven Hörempfindens		
	3 – Beratung von mindestens 10 Min. Dauer	8,74	20,11
	75 – Schriftlicher Befundbericht	7,58	17,43

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert

Anm.:
- bei Erfordernis einer schriftlichen gutachtlichen Äußerung ist Nr. 80 anstelle Nr. 75 berechnungsfähig
- Rechnungsadressat ist zunächst der Patient, auch wenn diesem eine Erstattungszusage seines Hörgeräte-Akustikers vorliegt

M 1447 (U) Ästhetische Nasenkorrektur (Rhinoplastik) außerhalb der GKV-Leistungspflicht

1 – Beratung	4,66	10,71
6 – Untersuchung	5,83	13,41
1418 – Endoskopie Nasen-Rachen-Raum	10,49	24,13
1448 – Septumplastik	138,14	317,72
445 – Zuschlag ambulante Operation	128,23	
1449 – Plastik äußere Nase	215,66	496,02
440 – Zuschlag OP-Mikroskop	23,31	
228 – Gipsverband	17,49	40,22

Anm.:
- Beispiel für äußere Nase komplett
- 228 analog für einfachen Gipsverband, aufwändiger Gipsverband mit Fixation nach Nr. 227analog berechnungsfähig
- die Leistung aus dem Bereich der ästhetischen Medizin dient nicht in erster Linie dem Schutz der Gesundheit des Betroffenen und ist daher umsatzsteuerpflichtig

M 1449 (U) Alarknorpelreduktion oder Korrektur der Nasenspitze

1 – Beratung	4,66	10,71
5 – Untersuchung	4,66	10,72
1457 (2 x) – Nasenflügelkorrektur	21,57	49,60
1456 – Verschmälerung Nasensteg	13,52	31,10
1418 – Endoskopische Untersuchung	10,49	24,13

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
	442 – Zuschlag amb. OP	23,31	
	227 analog – Gipsverband	17,49	40,22

Anm.:
- 228 analog für einfachen Gipsverband, aufwändiger Gipsverband mit Fixation nach Nr. 227 analog berechnungsfähig
- die Leistung aus dem Bereich der ästhetischen Medizin dient nicht in erster Linie dem Schutz der Gesundheit des Betroffenen und ist daher umsatzsteuerpflichtig

M 1451 (U) Laserunterstützte Uvulopalatopharyngoplastik (LAUP)

1 – Beratung	4,66	10,71
6 – Untersuchung	5,83	13,41
272 – Infusion, mehr als 30 Minuten	10,49	24,13
261 – Arzneimitteleinbringung	1,75	4,02
491 – Lokalanästhesie	7,05	16,21
614 – Sauerstoffpartialdruck, transkutan	8,74	15,74
650 – EKG	8,86	15,95
2626 – Velopharyngoplastik	145,72	335,15
440 – Zuschlag OP-Mikroskop	23,31	
441 – Zuschlag Laser	67,49	

Anm.:
- zzgl. Sachkosten
- die Leistung ist i.d.R. umsatzsteuerpflichtig

M 1452 (U) Radiofrequenz-Volumenreduktion bei Rhonchopathie

1 – Beratung	4,66	10,71
6 – Untersuchung	5,83	13,41
491 – LA	7,05	16,22
2626 analog – RF-Ablation	145,72	335,15

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
	Anm.: – zzgl. Sachkosten – die Leistung ist i.d.R. umsatzsteuerpflichtig		
M 1494	Laser-Tonsillotomie		
	1 – Beratung	4,66	10,71
	6 – Untersuchung	5,83	13,41
	1500 analog – Tonsillotomie bds.	43,07	99,07
	Anm.: – zur Abrechnung der Laser-Tonsillotomie bestehen unterschiedliche Auffassungen – verbreitet ist die Abrechnung mit 2 × 2402 plus 440 + 448 + 444 + 706 – dem steht entgegen, die Laser-Tonsillotomie als „besondere Ausführung“ entsprechend dem Aufwand der Nr. 1500 bei Abrechnung mit dem 3,5fachen Faktor zu begreifen		
M 1531	Endoskopische Untersuchung von Nase, Rachen und Kehlkopf zur Früherkennung bösartiger Erkrankungen bei Risikopersonen		
	1 – Beratung	4,66	10,72
	6 – Untersuchung HNO	5,83	13,41
	483 – Lokalanästhesie Nase/Rachen	2,68	6,17
	484 – Lokalanästhesie Kehlkopf	2,68	6,17
	1418 – Endoskopie Nasenhaupthöhlen/Nasenrachenraum	10,49	24,13
	1530 – Laryngoskopie	10,61	24,40
	Anm.: – M 1531 zielt nur auf die Früherkennung bösartiger Erkrankungen des Nasen-Rachen-Raumes und des Kehlkopfes		

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert

ab, nicht z.B. auf die Früherkennung von Hörstörungen. Ein HNO-ärztlicher „Komplett-Check“ als Vorsorgeleistung (z.B. einschl. Untersuchung des Ohres, des Gehörs und Sonographie der Nasennebenhöhlen) ist ein davon zu unterscheidendes, in der MEGO nicht einzeln aufgeführtes IGeL-Angebot

M 1561 Tinnitus-Retraining-Therapie, einschl. Versorgung mit einem Tinnitus-Masker

Anm.:
- Abrechnung der GOÄ-Positionen je nach gewähltem Verfahren und Aufwand
- Tinnitus-Retraining-Therapie (TRT) ist keine „Fertigmedizin“, sondern wird im Team von HNO-Arzt, Akustiker und Psychologen/Psychotherapeut individuell auf den Patienten abgestellt. Ein Teil der Leistungen ist dabei zu Lasten der GKV möglich, z.B. die HNO-ärztlichen Untersuchungen und die Findung des Gegengeräusches durch den Akustiker. Beim Hörgerät bzw. Kombigerät (Noiser) zahlt der Patient zu. Die psychotherapeutischen Verfahren zahlt je nach Verfahren auch die GKV (nicht aber z.B. Biofeedback). Die HNO-ärztlichen Beratungen zahlt teils die GKV, teils nicht (z.B. das Counselling). Es gibt somit die unterschiedlichsten Modalitäten, die zu unterschiedlichem Umfang an IGeL und zu unterschiedlichen Gebührenansätzen führen. Der Patient sollte sich, vorberaten durch den HNO-Arzt grundsätzlich und danach mit dem Behandlungsplan bei seiner GKV nach deren Leistungsübernahme erkunden

K – Urologie

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
M 1705	Große Krebsvorsorge für Männer: Klinische Untersuchung sowie Urinuntersuchung, Blutuntersuchung (mit PSA-Test) und Ultraschalluntersuchung der Prostata (transrektal) und der Nieren		
	410 – Ultraschall Prostata	11,66	26,81
	420 – Ultraschall rechte Niere	4,66	10,72
	420 – Ultraschall linke Niere	4,66	10,72
	420 – Ultraschall weitere Organe	4,66	10,72
	403 – Transrektale Untersuchung	8,74	15,74
	250 – Blutentnahme	2,33	4,20
	3511 – Urin-Teststreifen	2,91	3,35
	3550 – Blutbild	3,50	4,02
	3551 – Diffentialblutbild	1,17	1,34
	3908.H3 – PSA-Test	17,49	20,11
	Anm.: – die Nr. M 1705 ergänzt die Nr. 01731 EBM und sollte im Zusammenhang mit den entsprechenden vertragsärztlichen Leistungen durchgeführt werden – der Patient ist eingehend über den Nutzen und die evtl. Konsequenzen der Untersuchung aufzuklären		
M 1706	Begleitende Beratung und Betreuung bei Verordnung von Nicht-GKV-Arzneimitteln zur Behandlung der erektilen Dysfunktion		
	3 – Beratung, z.B. Nr. 3	8,74	20,11
	Anm.: – gem. der Anlage II der Arzneimittel-Richtlinien des Bundesausschusses der		

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
	Ärzte und Krankenkassen sind Mittel zur Behandlung der erektilen Dysfunktion in der GKV nicht verordnungsfähig. Damit sind auch die ärztlichen Leistungen im Zusammenhang mit dem Einsatz dieser Mittel keine Kassenleistungen – Maßnahmen zur Behandlung der erektilen Dysfunktion unterliegen nicht der Umsatzsteuerpflicht, da sie der Aufrechterhaltung der Gesundheit des Betroffenen dienen		
M 1707	Anti-Aging-Behandlung beim Mann: Behandlung eines partiellen Androgenmangels (PADAM) bei Männern über 45 Jahren außerhalb der GKV-Leistungspflicht		
	3 – Beratung, z.B. Nr. 3	8,74	20,11
	Anm.: – Abrechnung der weiteren GOÄ-Positionen je nach gewähltem Verfahren und Aufwand – vgl. insbesondere M 12 und M 3461 – die Behandlung des partiellen Androgenmangels dient in erster Linie dem Schutz und der Aufrechterhaltung der Gesundheit des Betroffenen und ist daher nicht umsatzsteuerpflichtig		
M 1741	Vorhautbeschneidung (Zirkumzision) auf Wunsch, ohne medizinische Indikation		
	1 – Beratung	4,66	10,72
	5 – Untersuchung	4,66	10,72
	Zuschlag K1 (nur bei Kindern bis 4 Jahren)	6,99	
	1741 – Phimoseoperation	21,57	49,60
	442 – Zuschlag für ambulante Operation	23,31	

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
	Anm.: – ggf. zusätzlich Zuschlag nach Nr. 448 – zusätzlich Anästhesie/Narkose – auch außerhalb der GKV-Leistungspflicht und strenger medizinischer Indikation (z.B. Phimose) kann die Zirkumzision aus Gründen des Gesundheitsschutzes (z.B. Reduktion des HIV-Infektionsrisikos) nachgefragt werden und ist daher auch dann nicht umsatzsteuerpflichtig, wenn daneben auch rituelle oder kosmetische Gründe vorliegen		
M 1750	Stoßwellenbehandlung bei Induratio penis plastica (IPP)		
	1800 – Stoßwellenwendung	86,27	198,41
	445 – Zuschlag ambulante Behandlung	128,23	
	Anm.: – je Sitzung berechenbar – die Abrechnung folgt der Empfehlung der BÄK zur Stoßwellenbehandlung bei orthopädischer Schmerztherapie		
M 1770	Hyperthermiebehandlung oder transurethrale Laseranwendungen zur Behandlung der Prostata (z.B. TUMT, WIT, ILK, TULIP, VLAP/TULAP, LITT)		
	Anm.: – Abrechnung der GOÄ-Positionen je nach Methode und Aufwand – Hyperthermiebehandlung, Thermotherapie und die laserinduzierte interstitielle Thermotherapie (LITT) sind gemäß der Anlage II der Richtlinien „Methoden der vertragsärztlichen Versorgung“ nicht GKV-Leistung		

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
M 1773	Externe Magnetfeldtherapie (EXMI)		
	838 analog – EXMI (analog EMG)	32,06	73,73
M 1789	Früherkennung des Harnblasenkarzinoms mittels Fluoreszenz-Zystoskopie		
	1 – Beratung	4,66	10,72
	488 – Harnröhrenanästhesie	2,68	6,17
	1787 – Zystourethroskopie	14,69	33,78
	1248 analog – Applikation des Fluoreszenzmarkers	14,11	32,44

Anm.:
- die Substanzkosten (z.B. ALA) sind nach § 10 GOÄ gesondert berechenbar
- wird bei der Untersuchung ein suspekter Befund erhoben, so begründet dies eine Probe-Exzision (PE) und deren histologische Untersuchung als GKV-Leistungen. Daher kann nicht Nr. 1786 GOÄ berechnet werden kann. Da der EBM keine isolierte PE aus der Harnblase enthält und die PE in der entsprechenden GKV-Leistung (Nr. 08311, 26310, 26311 EBM) enthalten ist, sollte die PE nicht zusätzlich berechnet werden
- vgl. M 1803

M 1800	Botox-Injektion bei hyperaktiver Blase		
	1802 – Transurethraler Eingriff in der Harnblase	43,07	99,07
	1732 – Dauerkathetereinlage	4,32	9,92

Anm.:
- ggf. zusätzlich 1785 (wenn zuvor keine Zystoskopie erfolgte), zusätzl. Sedierung oder Analgosedierung

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert

– „off label use“. Die Zulassung bei neurogener Blasenentleerungsstörung wird in 2011 erwartet
– zzgl. Sachkosten
– die Gesamtkosten von etwa 1000 € werden bereits von einigen Krankenkassen übernommen

M 1803 Resektion des Harnblasenkarzinoms unter Anwendung fluoreszenzzystoskopischer Verfahren

Anm.:
– Abrechnung der GOÄ-Positionen je nach gewähltem Verfahren und Aufwand. Für die Fluoreszenzendoskopie empfiehlt die BÄK die Abrechnung mit der Nr. 1789 analog, zzgl. der Kosten für den verbrauchten Farbstoff. Bei Resektion zzgl. der Berechnung des Resektionsverfahrens

M 1870 Sterilisation außerhalb der GKV-Leistungspflicht

1 – Beratung	4,66	10,72
1756 – Sterilisations-OP	2x 7,05	2x 16,22
2x 491 – Lokalanästhesie	48,50	111,55

Anm.:
– Abrechnung weiterer Leistungen je nach Verfahren und Aufwand, z.B. nur für die Vasektomie erforderliches Labor (Nrn. 250 (Blutabnahme), 3607 (Quickwert), Infusion (Nr. 271), Arzneimitteleinbringung (Nr. 261). Die nachfolgenden Untersuchungen sind bei komplikationslosem Verlauf IGeL, auch die Fertilitätskontrollen (Nr. 3667 – Spermienzahl)

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert

– seit dem 01.01.2004 ist die Sterilisation nur noch dann Kassenleistung, wenn sie „durch Krankheit erforderlich“ ist (§ 24 b Abs. 1 SGB V)
– die Leistung dient im weiteren Sinne in erster Linie der Aufrechterhaltung der Gesundheit des Betroffenen und ist daher nicht umsatzsteuerpflichtig, zumal auch der eigentliche Zweck für die Umsatzsteuerbefreiung ärztlicher Leistungen, nämlich die Erleichterung des Zugangs zu ärztlicher Behandlung, bei dieser Leistung gegeben ist

M 1875	Andrologische Diagnostik (Spermiogramm) ohne Hinweis auf Vorliegen einer Sterilität oder nach Sterilisation außerhalb der GKV-Leistungspflicht		
	1 – Beratung	4,66	10,72
	3668 – Spermiogramm	23,31	26,81

Anm.:
– zur Umsatzsteuerpflicht vgl. M 1870

M 1880 (U)	Kryokonservierung von Sperma oder Eizellen als Wunschleistung		
	1 – Beratung	4,66	10,72
	4003 analog – Isolierung	23,32	26,81
	4014 analog – Kryokonservierung	134,06	154,17

Anm.:
– zzgl. operativer Leistungen je nach gewähltem Verfahren und Aufwand
– Sachkosten, z.B. für verbrauchten Stickstoff, nach § 10 GOÄ berechnungsfähig
– bei Sperma nur als Gesamtleistung, bei Eizellen je Eizelle berechnungsfähig

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert

– zur künstlichen Befruchtung (ICSI) vgl. M 1116
– die Kryokonservierung von Sperma oder Eizellen unterliegt nur dann nicht der Umsatzsteuerpflicht, wenn die Maßnahmen in erster Linie dem Schutz der Gesundheit des Auftraggebers dienen. Dies ist in der Regel dann der Fall, wenn durch die Kryokonservierung nachfolgende invasive Entnahmen vermieden werden sollen

M 1890 (U) Urologischer Check-Up nach ungeschütztem GV

1 – Beratung	4,66	10,72
6 – Urologischer Status	5,83	13,41
250 – Blutabnahme	2,33	4,20
4395 – HIV-Antikörper	17,49	20,11
4248 – Lues-Antikörper	13,41	15,42
4393 – HBC-Antikörper	17,49	20,11
298 – Abstrichentnahme	2,33	5,36
4783 plus 4785 – Chlamydien-Direktnachweis	29,14 plus 17,49	33,52 plus 20,11
3509 – Gonokokken	5,83	6,70
4749 – Trichomonaden	9,33	10,72
4711 – Pilze	6,99	8,04
1757 – Prostataexprimat	2,62	6,03

Anm.:
– Bei Vorliegen klinischer Symptome, die auf eine STD hinweisen, ist die (zielgerichtete) Abklärung zu Lasten der GKV möglich. Besteht aber nur ein Risiko in der Anamnese, so ist der Ausschluss einer STD IGeL (vgl. Kontrolluntersuchungen von Prostituierten). Dies gilt auch dann, wenn sich herausstellte, dass der Sexualpartner erkrankt war. In die-

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
	sem Fall können aber die Beratung und Eingangsuntersuchungen (Inspektion, urolog. Untersuchung, orientierender Abstrich) zu Lasten der GKV erfolgen, da der Patient die Praxis zunächst mit dem Verdacht auf eine Erkrankung aufsuchte – Nrn. 4395, 4248, 4393, 4749, 4711,4783 und 4785 ggf. durch den Laborarzt – vgl. zu M 4		

L I – Chirurgie

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
M 2370 (U)	Korrektur störender Hautveränderungen außerhalb der GKV-Leistungspflicht		
	1 – Beratung	4,66	10,72
	5 – Untersuchung	4,66	10,72
	z.B. 745 analog – Entfernung von bis zu drei Fibromen	2,68	6,17

Anm.:
- M 2370 nur für operative Entfernung (Schere, Faden oder Elektrokauter), nicht bei Laserbehandlung
- zum GKV-Leistungsumfang zählt die Entfernung von Hautanhangsgebilden nur, wenn die Hautanhangsgebilde pathologisch verändert sind (z.B. Entzündung oder Blutung) oder bei Schmerzen (Sitz z.B. unter BH-Trägern)
- ggf. zzgl. Lokalanästhesie (Nr. 490 oder 491)
- Die Entfernung anderer Hautveränderungen ist mit den jeweils für die Hautveränderung bzw. das angewandte Verfahren abzurechnen; z.B. bei Entfernung eines Atheroms mit den Nrn. 491 (Lokalanaesthesie), 2404 (Entfernung einer größeren Geschwulst), Zuschlag 443. Vgl. Abschnitt F III
- da die Leistung nicht in erster Linie dem Schutz der Gesundheit oder der Behandlung einer Erkrankung dient, ist sie umsatzsteuerpflichtig

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
M 2375 (U)	Fettabsaugung (Lipexhairese, Liposuction)		
	3 – Beratung	8,74	20,11
	5 – Untersuchung	4,66	10,72
	2454 analog – Lipexhairese	53,86	123,87
	204 – Kompressionsverband	5,54	12,74

Anm.:
- Maßnahmen zur Reduktion überschüssigen Fettes können nur dann GKV-Leistungen sein, wenn das Fett enthaltende Gewebe ursächlich ist für Erkrankungen wie Rückenschmerzen, Entzündungen, andere Behandlungsmethoden (z.B. konservative Behandlung) nicht erfolgreich sind und die Fettentfernung mit einem herkömmlichen Verfahren (z.B. Bauchdeckenplastik) erfolgt
- Nr. 2454 analog pro Region (z.B. Extremität, Bauch) berechnungsfähig
- Analogkennzeichnung nur bei OP außerhalb von Extremitäten (z.B. Bauch, Kinn) erforderlich
- ggf. zusätzlich Nr. 290 für die Injektion von Kollagen oder bei der Aspirations-Lipexhärese gewonnenen Materials zur Unterfütterung; anwendbar pro in einem Arbeitsgang behandelbarem Areal
- ggf. Ambulanzzuschlag (Nr. 444)
- zur Photodokumentation nur Sachkosten (§ 10) berechenbar
- zur Tumeszenz-Anästhesie vgl. M 455
- bei anderen operativen Verfahren zutreffende Positionen v.a. der Abschnitte H, I, J, L der GOÄ
- zur Umsatzsteuerpflicht vgl. M 2370

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
M 2376 (U)	Schweißdrüsenabsaugung		
	3 – Eingehende Beratung	8,74	20,11
	5 – Untersuchung	4,66	10,72
	752 analog – Schweißtest	17,48	40,22
	2408 analog – Schweißdrüsenentfernung in der Axilla	64,12	147,47
	444 – Ambulanzzuschlag	75,77	
	478 analog – Tumeszenzanästhesie	13,41	30,83
	479 analog – Fortsetzung Tumeszenzanästhesie	6,70	15,42

Anm.:
- Der Ausschluss einer krankhaften sekundären Hyperhidrosis kann zu Lasten der GKV erfolgen
- die Behandlung der nicht-pathologischen Hyperhidrose fällt unter die Umsatzsteuerpflicht
- Behandlung mit Botox-Injektion: vgl. M 789

M 2415 (U) Ästhetische Brustoperation außerhalb der GKV-Leistungspflicht (z.B. Vergrößerung, Verkleinerung)

Anm.:
- Abrechnung der GOÄ-Positionen je nach gewähltem Verfahren und Aufwand
- zur Umsatzsteuerpflicht vgl. M 2370

M 2425 (U) Beratung und begleitende Betreuung im Rahmen einer nicht-chirurgischen Brustvergrößerung durch ein externes Gewebe-Expansions-System

	1 – Beratung	4,66	10,72
	5 – Untersuchung	4,66	10,72
	518 analog – Einweisung der Patientin (mind. 20 Min.)	7,00	12,59

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert

Anm.:
- Abrechnung der GOÄ-Positionen je nach Aufwand
- die Gesamtkosten für die i.d.R. 10-wöchige Behandlung belaufen sich, einschl. Gerätekosten, auf etwa 2.500 €
- zur Umsatzsteuerpflicht vgl. M 2370

M 2441 (U) Ästhetische Narbenkorrektur außerhalb der GKV-Leistungspflicht

3 – Beratung	8,74	20,11
5 – Untersuchung	4,66	10,72
2441 – Korrektur Gesichtsnarbe	23,31	53,62
2382 – Schwierige Hautlappenplastik	43,07	99,07
491 – Lokalanästhesie	7,05	16,22
272 – Infusion	10,49	24,13
261 – Medikamenteneinbringung	1,75	4,02
443 – Zuschlag für ambulante Operation	43,72	

Anm.:
- Beispiel für plastische Korrektur einer Gesichtsnarbe
- zur Umsatzsteuerpflicht vgl. M 2370

M 2445 (U) Ästhetische Lidkorrektur (z.B. Tränensäcke, Schlupflider) außerhalb der GKV-Leistungspflicht

3 – Beratung	8,74	20,11
5 – Untersuchung	4,66	10,72
1311 – Augenlidplastik	64,70	148,81
444 – Zuschlag für ambulante Operation	75,77	
440 – Zuschlag für OP-Mikroskop	23,31	
272 – Infusion	10,49	24,13
261 – Medikamenteneinbringung	1,75	4,02
491 – Lokalanästhesie	7,05	16,22
530 – Kühlbehandlung	2,04	3,67

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
	Anm.: – das Abrechnungsbeispiel gilt für die Lidplastik (Ober- oder Unterlid) eines Auges – zur Umsatzsteuerpflicht vgl. M 2370		
M 2448 (U)	Korrektur abstehender Ohren (Ohrmuschelplastik) außerhalb der GKV-Leistungspflicht		
	1 – Beratung	4,66	10,72
	5 – Untersuchung	4,66	10,72
	K 1 – Zuschlag bei Kind bis zu 4 Jahren	6,99	
	1635 – Korrektur eines abstehenden Ohres	43,07	99,07
	443 – Zuschlag für ambulante Operation	43,72	
	272 – Infusion	10,49	24,13
	261 – Medikamenteneinbringung	1,75	4,02
	491 – Lokalanästhesie	7,05	16,22
	204 – Kompressionsverband	5,54	12,74
	Anm.: – Beispiel „Ohranlegung“ eines Ohres, nicht vollständige Ohrmuschelplastik – zur Umsatzsteuerpflicht vgl. M 2370		
M 2449 (U)	Vollständige Ohrmuschelplastik (beide Ohren) außerhalb der GKV-Leistungspflicht		
	3 – Eingehende Beratung	8,74	20,11
	6 – Untersuchung HNO	5,83	13,41
	62 – Assistenzgebühr (z.B. 5 x)	8,74	20,11
	204 – Kompressionsverband	5,54	12,74
	445 – Zuschlag für ambulante Operation	128,23	
	272 – Infusion	10,49	24,13
	261 – Medikamenteneinbringung	1,75	4,02
	491 – Lokalanästhesie	7,05	16,22
	2015 – Redondrainage	3,50	8,04

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
	2382 (2 x) – schwierige Hautlappenplastik	43,08	99,07
	2384 (2 x) – Knorpeltransplantation	43,08	99,07
	1637 (2 x) – Ohrmuschelplastik	81,60	187,69
	Anm.: – zzgl. Leistungen der postoperativen Betreuung, zzgl. Sachkosten – zur Umsatzsteuerpflicht vgl. M 2370		
M 2451 (U)	Facelifting-Operation		
	Anm.: – Abrechnung der GOÄ-Positionen je nach gewähltem Verfahren und Aufwand – zur Umsatzsteuerpflicht vgl. M 2370		
M 3241	Enddarm-Schleimhautplastik bei Hämorrhoiden		
	3231 analog – Longo-Operation	67,03	154,17

L II – Orthopädie

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
M 3290	Autologe Chondrozytenimplantation (ACI)		

Anm.:
- Abrechnung der GOÄ-Positionen je nach gewähltem Verfahren und Aufwand
- Die ACI ist gemäß der Nr. 28 der Anlage II der Richtlinie „Methoden der vertragsärztlichen Versorgung“ von der vertragsärztlichen Versorgung ausgeschlossen.

M 3291	Behandlung der Arthose oder anderer Erkrankungen mit aus Patientenblut gewonnenen Blutbestandteilen (z.B. Orthokin®)		
	1 – Beratung	4,66	10,72
	250 – Blutabnahme	2,33	4,20
	4003 analog – Gewinnung des Blutbestandteiles	23,31	26,81
	255 – intraartikuläre Injektion	5,54	12,74
	256 – peridurale Injektion (anstelle 255)	10,78	24,80
	204 – Kompressionsverband	5,54	12,74

Anm.:
- zzgl. Sachkosten (insbes. Blutabnahmesystem)
- anstelle 4003 analog auch Berechnung mit 289 analog
- ggf. zzgl. 5378 bei CT-Steuerung

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
M 3292	Intraartikuläre Einbringung von Karbonfaserstiften		
	Anm.: – Abrechnung der GOÄ-Positionen je nach gewähltem Verfahren und Aufwand, IGeL gem. Beschluss des Bewertungsausschusses vom 01.01.2006 (DÄB v. 02.12.2005)		
M 3293	Epidurale Neurolyse (Racz)		
	474 analog – epidurale Neurolyse	52,46	120,65
	Anm.: – eine vorangegangene Myelographie (Nr. 5280 GOÄ) ist zusätzlich berechenbar, Katheterkosten nach § 10 GOÄ – nach Urteil des OLG Stuttgart vom 26.10.2006 (AZ 7 U 91/05) Berechnung mit 2281 analog anstelle 474 – die epidurale Neurolyse (z.B. Katheterverfahren nach Racz) ist keine GKV-Leistung; vgl. HTA-Bericht vom 28.03.2003)		
M 3303	Orthopädisch-sportmedizinische Gesundheitsbeurteilung oder Leistungsdiagnostik		
	1 – Sportmedizinische Anamnese und Beratung	4,66	10,72
	7 – Sportmedizinischer Status	9,33	21,45
	650 analog – Ergometrie	8,86	15,95
	250 – Blutabnahme	2,33	4,20
	3550 – Blutbild	3,50	4,02
	3551 – Differenzierung	1,17	1,34
	3560 – Glukose	2,33	2,68
	3585.H1 – Kreatinin	2,33	2,68
	3583.H1 – Harnsäure	2,33	2,68

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
	3562.H1 – Gesamt-Cholesterin	2,33	2,68
	3563.H1 – HDL-Cholesterin	2,33	2,68
	3592.H1 – γ-GT	2,33	2,68
	3595.H1 – GPT	2,33	2,68
	3557 – Kalium	1,75	2,01
	3511 – Harnstreifentest	2,91	3,35
	76 analog – sportmedizinische Bescheinigung	4,08	9,38

Anm.:
- orthopädisch geprägte Variante zur internistischen Untersuchung nach Nr. M 603; vgl. dortige Anmerkungen
- ggf. unter Heranziehung von GKV-Untersuchungsergebnissen
- vgl. sportärztliche Untersuchungsbögen der Deutschen Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention (DGSP)
- die Maßnahmen dienen zumeist in erster Linie dem Schutz der Gesundheit des Betroffenen und sind dann nicht umsatzsteuerpflichtig

M 3307 Manualtherapeutische Leistungen außerhalb der GKV-Leistungspflicht, z.B. Kraniosakraltherapie und Osteopathie

	1 – Beratung	4,66	10,72
	3306 analog – Osteopathische Behandlung oder Kraniosakraltherapie	8,63	19,84

Anm.:
- der gegenüber der normalen chirotherapeutischen Behandlung höhere Aufwand kann, insbes. bei Kraniosakraltherapie, über den Steigerungsfaktor berücksichtigt werden

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
M 3325	Standardisierte biomechanische Funktionsanalyse der Wirbelsäule (z.B. FPZ, MKT)		
	7 – Untersuchung Stütz- und Bewegungsorgane	9,33	21,45
	842 – Apparative isokinetische Muskelfunktionsdiagnostik	29,14	67,03
	857 – Orientierende Testuntersuchungen	6,76	12,17
	832 analog – Bioimpedanzanalyse (BIA)	9,21	21,18
	77 analog – Schriftliche Auswertung mit Behandlungsplan (analog Nr. 77 – Kurplan)	8,74	20,11
	5378 analog – Optrimetrie (analog Nr. 5378 – CT zur Bestrahlungsplanung)	58,29	104,92

Anm.:
- zur Bioimpedanzananalyse vgl. Nr. M 616
- 77 analog für Erstellung des Funktionsprofils und des Therapieplans
- 5378 analog für Optrimetrie ist nicht in jedem Fall erforderlich
- Nr. M 3325 ist ebenso berechenbar für die Kontrolldiagnostik nach Therapie. Dabei entfallen ggf. 77 analog und 5378 analog
- die Bundesärztekammer (BÄK) empfiehlt für die „Eingangsuntersuchung zur medizinischen Trainingstherapie, einschl. biomechanischer Funktionsanalyse der Wirbelsäule, spezieller Schmerzanamnese und ggf. anderer funktionsbezogener Messverfahren sowie Dokumentation“ die Berechnung alleine der Nr. 842 GOÄ (500 Punkte). Dies ist wohl unzutreffend, da hier die komplexe Analyse nur zu einem Teil abgebildet wird und zudem die Nr. 842 analog methodisch unzutreffend ist

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
M 3326	Analysegestützte medizinische Trainingstherapie für die Wirbelsäule (z.B. FPZ, MKT)		
	3306 analog – Funktionelle Entwicklungstherapie	8,63	19,84
	510 – Übungsbehandlung mit medikomechanischen Apparaten	4,08	7,34
	558 – Isokinetische Muskelfunktionstherapie	6,99	12,59
	506 – Krankengymnastik, Ganzbehandlung	6,99	12,59

Anm.:
- Nrn. 3306 analog plus 558 GOÄ für die dreidimensionale Trainingstherapie
- Nr. M 3326 ist je Sitzung berechenbar (im Durchschnitt 24 Sitzungen pro Therapie-Zyklus)
- die BÄK empfiehlt die Abrechnung als „Medizinische Trainingstherapie mit Sequenztraining einschl. progressiv-dynamischem Muskeltraining mit speziellen Therapiemaschinen“ mit den Nrn. 846 analog plus 558 plus 506 GOÄ. Allerdings ist Nr. 846 analog wohl unzutreffend, da Nr. 846 GOÄ ein psychotherapeutisches Verfahren (z.B. Autogenes Training) abbildet

M 3330	Statische podometrische Untersuchung des Fußsohlenbildes zur Einlagenversorgung		
	1 – Beratung	4,66	10,72
	624 analog – Podometrie	19,23	34,62

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
M 3332	Dynamische pedographische Druckverteilungsmessung zur speziellen Einlagen- oder Schuhversorgung		
	1 – Beratung	4,66	10,72
	652 analog – Computergestützte, dynamische Druckverteilungsmessung	25,94	59,66
M 3334	Videounterstützte Bewegungsanalyse (Gang- und Laufanalyse)		
	Anm.: – Abrechnung der GOÄ-Positionen je nach gewähltem Verfahren und Aufwand		
M 3335	Computergestützte lichtoptische Wirbelsäulenvermessung unter Verwendung einer Balanceplatte		
	1 – Beratung	4,66	10,72
	5378 analog – Computergestützte lichtoptische Wirbelsäulenvermessung	58,29	104,92
M 3336	Mobile Bewegungsanalyse (Sonometrie)		
	653 analog – Telemetrie-EKG	14,75	26,54
	Anm.: – bei höherem Zeitaufwand der Untersuchung auch analog 659 (Langzeit-EKG) oder analog 5377 (computergesteuerte Analyse)		
M 3340	Behandlung mit knorpelschützenden Substanzen auf Wunsch des Patienten		
	1 – Eingangsberatung, z.B. Nr. 1	4,66	10,72
	255 – Injektion intraartikulär	5,54	12,74
	490 – Stichkanalanästhesie	3,56	8,18

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
	Anm.: – beispielhaft für Injektion von Hyaluronsäure – Präparat auf Rezept oder Berechnung der Kosten nach § 10 GOÄ – bei oraler Medikation (z.B. Glucosamin) nur Beratung als IGeL-Angebot		
M 3345	Orthopädische Stoßwellentherapie mit nicht-fokussierten Stoßwellen (z.B. radiale Stoßwellentherapie)		
	1 – Beratung, z.B. Nr. 1	4,66	10,72
	5813 analog – Therapie mit radialen Stoßwellen, je Sitzung	52,46	94,43
	Anm.: – die BÄK empfiehlt Nr. 302 GOÄ. Dies ist jedoch weder methodisch vergleichbar noch im Honorar angemessen. Bei Nr. 5813 ist zumindest eine methodische Ähnlichkeit gegeben; das Honorar kann durch entsprechende Wahl des Steigerungsfaktors bemessen werden. Wenn doch mit Nr. 302 analog abgerechnet wird, kann das angemessene Honorar duch Abdingung (gem. § 2 GOÄ) erreicht werden		
M 3347	Extrakorporale Stoßwellentherapie bei Erkrankungen des Bewegungsapparates		
	3 – Beratung, z.B. Nr. 3	8,74	20,11
	1800 analog – ESWT, je Sitzung	86,72	198,41
	445 – Zuschlag ambulante Operation	128,23	

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert

Anm.:
- 1999 empfahl die BÄK (und noch die MEGO 2007) die Berechnung mit Nr. 1860 analog. Die Berechnung erfolgte bei IGeL-Patienten fast ausschließlich zum Einfachsatz (349,72 €). 2002 änderte die BÄK ihre Empfehlung zur Nr. 1800 analog. Zur Nr. 1800 GOÄ ist der Zuschlag 445 GOÄ berechenbar, resultierend bei Berechnung der Nr. 1800 GOÄ zum 2,3fachen Satz 326,64 €. In GOÄ-Ratgebern der BÄK wurde die Berechenbarkeit von Zuschlägen an die Anführung der analog abgegriffenen Leistung im Katalog der zuschlagsfähigen Operationen der Allg. Bestimmung zu Abschnitt C VIII GOÄ geknüpft (DÄB vom 14.03.2003) und dass für die GOÄ für die Berechnung der Zuschläge keine besonderen technischen oder räumlichen Ausstattungen fordere (DÄB vom 20.04.2007). Im GOÄ-Ratgeber vom 18.04.2008 schreibt nun die BÄK, da die ESWT nicht als „operative" Leistung angesehen werde und besondere Anforderungen i.S. der Präambel zu Abschnitt C VIII GOÄ [Bereitstellungskosten] nicht zuträfen, „vertritt die BÄK derzeit die Auffassung, dass die Berechnung der Nr. 445 GOÄ neben … der Nr. 1800 GOÄ für die ESWT … nicht sachgerecht ist."
- Die Diskussion dazu ist noch nicht abgeschlossen. Nach Auffassung der Autoren ist auch die ESWT im weiteren Sinne als „Operation" zu verstehen (vgl. auch Wezel-Liebold, EBM-Kommentar, Teil 9, Seite 31-11) und erscheinen die GOÄ-Ratgeber widersprüchlich.

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
	– Der Arzt hat die Möglichkeit, wenn er ein aus der neuen BÄK-Auffassung resultierendes Honorar von etwa 200 € als angemessen sieht, die Nr. 1800 GOÄ zum Einfachsatz zu berechnen (mit dem Zuschlag resultieren dann 214,50 €). Die BÄK sollte, wenn sie zu einer niedrigeren Bewertung gelangen möchte, einen anderen Analogabgriff empfehlen. – vgl. M 3345 (Therapie mit radialen Stoßwellen)		
M 3348	Frequenzmodulierte Hochton-Therapie (WaDIT, z.B. zur Arthrose-Behandlung)		
	1 – Beratung	4,66	10,72
	555 analog – WaDIT-Behandlung, je Sitzung	6,99	12,59
	Anm.: – der gegenüber der als Analogposition gewählten Niederfrequenzbehandlung nach Nr. 555 höhere Aufwand kann über den Steigerungsfaktor berücksichtigt werden (z.B. 2,5fach). Alternativ kann die Nr. 269 (Akupunktur) berechnet werden. Mit dem 1,15fachem Faktor resultieren 20 €. Die andernorts gegebene Empfehlung nach Nr. 838 analog (EMG) entspricht nicht den Anforderungen des § 6 Abs. 2 GOÄ an die analoge Bewertung – die BÄK empfiehlt die Abrechnung mit Nr. A 554, was hinsichtlich Art und Bewertung keine angemessene Analogbewertung darstellt		

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
M 3350	Magnetfeldtherapie		
	5802 analog – Magnetfeldtherapie, je Sitzung	11,66	20,98
	Anm.: – durch die Anwendung pulsierender Induktion auch bei Magnetfeldtherapie-Geräten sind die Grenzen zur PST fließend (vgl. M 3352) – alternativ zur Nr. 5802 analog werden teilweise auch analog die Nrn. 554, 838 bzw. 558 GOÄ empfohlen, die jedoch als Analogpositionen weniger zutreffend sind		
M 3352	Pulsierende Signaltherapie (PST)		
	1 – Eingangsberatung, z.B. Nr. 1	4,66	10,72
	838 analog – PST, je Sitzung	32,06	73,73
	Anm.: – vgl. Nr. M 3350		
M 3353	Kernspin-Resonanz-Therapie		
	1800 analog – Kernspin-Resonanz-Therapie, je Sitzung	86,27	198,41
	Anm.: – die Abrechnungsempfehlung erfolgt in Anlehnung an die Empfehlung der BÄK für die ESWT (M 3347). Bei der Kernspin-Resonanz-Therapie ist i.d.R. die Abrechnung nahe des Einfachsatzes der GOÄ angemessen. Auf die Berechnung des Zuschlags nach Nr. 445 GOÄ sollte verzichtet werden (Angemessenheit des Honorars)		

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellen-wert
M 3354	Niedrigdosierter gepulster Ultraschall		
	Anm.: – Abrechnung der GOÄ-Positionen je nach gewähltem Verfahren und Aufwand		
M 3355	Niederenergetische Lasertherapie zur Schmerzbehandlung		
	269a analog – Laser-Schmerzakupunktur	20,40	46,92

M – Laboratoriumsuntersuchungen

Vorbemerkungen:

- **Es sind nur die laboratoriumsmedizinischen Leistungen angeführt, nicht die mit der Laboruntersuchung im Zusammenhang stehenden Leistungen wie Beratung, Blutentnahme und andere klinische Leistungen (vgl. M 4 ff.)**
- **Die Gemeinschaftslabor-Leistungen in Abschnitt MII können vom beratenden Arzt als eigene IGeL-Leistungen abgerechnet werden.**
- **Einige Gemeinschaftslabor-Leistungen sind gleichzeitig die „Basisuntersuchung“ für bestimmte Speziallabor-Leistungen, z.B. „Basis-Check Blutgerinnung“ nach M 3405 als Grundlage für die Untersuchung des genetischen Thrombose-Risikos (Thrombophilie-Profil) nach M 3425.**
- **Weitere Gemeinschaftslabor-Leistungen sind in Untersuchungskomplexen enthalten, die in anderen Abschnitten der MEGO aufgeführt sind (z.B. „Großer Gesundheits-Check“ nach M 602).**
- **Es werden überwiegend Komplexleistungen aus mehreren Parametern aufgeführt (sog. „IGeL-Profile“). Dies schließt nicht aus, dass die in diesen Komplexleistungen enthaltenen Parameter auch einzeln als Individuelle Gesundheitsleistungen angeboten werden (z.B. in den Bereichen Hormone, Vitamine, Infektionsserologie).**
- **Insbesondere bei Leistungen des Speziallabors können die untersuchten Parameter laborspezifisch von den Angaben in der MEGO abweichen**
- **Sofern in den Leistungslegenden zu den Ligandenassays (z.B. Nrn. 4035 ff. GOÄ) Doppelbestimmungen obligat sind, wird nachfolgend stets die „Zwei-Drittel-Regelung“ für die Einfachbestimmung gem. Nr. 9 der Allgemeinen Bestimmungen zu Abschn. M GOÄ berücksichtigt.**

M I/II – Gemeinschaftslabor

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
M 3400	Allgemeines Labor-Basisprofil auf Wunsch des Patienten		
	3550 – Kleines Blutbild	3,50	4,02
	3551 – Differentialblutbild	1,17	1,34
	3555 – Kalzium	2,33	2,68
	3557 – Kalium	1,75	2,01
	3558 – Natrium	1,75	2,01
	3560 – Blutzucker	2,33	2,68
	3562.H1 – Gesamt-Cholesterin	2,33	2,68
	3563.H1 – HDL-Cholesterin	2,33	2,68
	3565.H1 – Triglyceride	2,33	2,68
	3573.H1 – Gesamteiweiß	1,75	2,01
	3580 H1 – Anorg. Phosphat	2,33	2,68
	3583.H1 – Harnsäure	2,33	2,68
	3584.H1 – Harnstoff	2,33	2,68
	3585.H1 – Kreatinin	2,33	2,68
	3587.H1 – AP	2,33	2,68
	3592.H1 – γ-GT	2,33	2,68
	3594.H1 – GOT	2,33	2,68
	3595.H1 – GPT	2,33	2,68
	3620 – Eisen	2,33	2,68
	3621 – Magnesium	2,33	2,68

Anm.:
- kann vom beratenden Arzt direkt als Gemeinschaftslabor-Leistung abgerechnet werden
- Abrechnung der ärztlichen Beratung vgl. M 8
- im Zusammenhang mit GKV-Gesundheitsuntersuchung besser M 3401 anbieten, da Glukose und Gesamt-Cholesterin Teil der GKV-Leistung sind
- Höchstwert 3541.H1 ist zu beachten
- vgl. Nr. M 600

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
M 3401	Allgemeines Labor-Basisprofil als Ergänzung zur GKV-Gesundheitsuntersuchung (Check-up-Basisprofil)		
	3550 – Kleines Blutbild	3,50	4,02
	3551 – Differentialblutbild	1,17	1,34
	3555 – Kalzium	2,33	2,68
	3557 – Kalium	1,75	2,01
	3558 – Natrium	1,75	2,01
	3563.H1 – HDL-Cholesterin	2,33	2,68
	3565.H1 – Triglyceride	2,33	2,68
	3573.H1 – Gesamteiweiß	1,75	2,01
	3580 H1 – Anorg. Phosphat	2,33	2,68
	3583.H1 – Harnsäure	2,33	2,68
	3584.H1 – Harnstoff	2,33	2,68
	3585.H1 – Kreatinin	2,33	2,68
	3587.H1 – AP	2,33	2,68
	3592.H1 – γ-GT	2,33	2,68
	3594.H1 – GOT	2,33	2,68
	3595.H1 – GPT	2,33	2,68
	3620 – Eisen	2,33	2,68
	3621 – Magnesium	2,33	2,68

Anm.:
- kann vom beratenden Arzt direkt als Gemeinschaftslabor-Leistung abgerechnet werden
- außerhalb von GKV-Gesundheitsuntersuchung besser M 3400 anbieten, da dann mit Glukose und Gesamt-Cholesterin
- Höchstwert 3541.H1 ist zu beachten

M 3402	Blutfette Basis-Check		
	3562.H1 – Gesamt-Cholesterin	2,33	2,68
	3563.H1 – HDL-Cholesterin	2,33	2,68
	3565.H1 – Triglyceride	2,33	2,68
	3564.H1 – LDL-Cholesterin	2,33	2,68

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert

Anm.:
- kann vom beratenden Arzt direkt als Gemeinschaftslabor-Leistung abgerechnet werden
- erweiterte Atherosklerose-Vorsorge vgl. M 3420
- sinnvolle Früherkennungsuntersuchung bereits im Kindesalter
- Abrechnung der ärztlichen Beratung vgl. M 8
- im Zusammenhang mit GKV-Gesundheitsuntersuchung ohne Gesamt-Cholesterin anbieten, da Gesamt-Cholesterin Teil der GKV-Leistung ist
- Höchstwert 3541.H1 ist zu beachten

M 3403 Diabetes-Vorsorge

3560 – Blutzucker (Glukose)	2,33	2,68
3561 – $HbA1_C$	11,66	13,41
3560 – Glukose	2,33	2,68
3585.H1 – Kreatinin	2,33	2,68
3563.H1 – HDL-Cholesterin	2,33	2,68
3564.H1 – LDL-Cholesterin	2,33	2,68
3565.H2 – Triglyceride	2,33	2,68

Anm.:
- kann vom beratenden Arzt direkt als Gemeinschaftslabor-Leistung abgerechnet werden
- Abrechnung der ärztlichen Beratung vgl. M 8
- im Zusammenhang mit GKV-Gesundheitsuntersuchung ohne Blutzucker anbieten, da Blutzucker Teil der GKV-Leistung ist

M 3404 Oraler Glukose-Toleranztest, insbesondere zur Früherkennung des Gestationsdiabetes

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
	3613 – Glukose-Toleranztest (4 × Glukosebestimmung)	9,33	10,73

Anm.:
- Glukose-Lösung gesondert nach § 10 GOÄ berechnungsfähig
- kann vom beratenden Arzt direkt als Gemeinschaftslabor-Leistung abgerechnet werden
- Abrechnung der ärztlichen Beratung vgl. M 8
- im Zusammenhang mit GKV-Gesundheitsuntersuchung ohne Blutzucker anbieten, da Blutzucker Teil der GKV-Leistung ist
- wird bei schwangeren Frauen der orale Glukosetoleranztest gemäß WHO-Empfehlungen durchgeführt, sind 3 Blutentnahmen ausreichend (basal, 60, 120 Minuten); in diesem Fall 3 × Nr. 3560 (Glukose)
- das Screening auf Gestationsdiabetes ist Beratungsthema des G-BA (Beschluss vom 18.07.2006), somit (noch) IGeL

M 3405	Leber/Galle Basis-Check		
	3581.H1 – Bilirubin, gesamt	2,33	2,68
	3587.H1 – AP	2,33	2,68
	3592.H1 – Gamma-GT	2,33	2,68
	3594.H1 – GOT	2,33	2,68
	3595.H1 – GPT	2,33	2,68
	3574 – Eiweiß-Elektrophorese, einschl. Gesamt-Eiweiß	13,41	15,42

Anm.:
- kann vom beratenden Arzt direkt als Gemeinschaftslabor-Leistung abgerechnet werden

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
	– Abrechnung der ärztlichen Beratung vgl. M 8 – Höchstwert 3541.H1 ist zu beachten		
M 3406	Nieren Basis-Check		
	3583.H1 – Harnsäure	2,33	2,68
	3584.H1 – Harnstoff	2,33	2,68
	3585.H1 – Kreatinin	2,33	2,68
	3550 – Kleines Blutbild	3,50	4,02
	3557 – Kalium	1,75	2,01
	3558 – Natrium	1,75	2,01
	Anm.: – kann vom beratenden Arzt direkt als Gemeinschaftslabor-Leistung abgerechnet werden – Abrechnung der ärztlichen Beratung vgl. M 8; Gesamt-Nieren-Check vgl. M 606 – Höchstwert 3541.H1 ist zu beachten		
M 3407	Elektrolyte Basis-Check		
	3555 – Kalzium	2,33	2,68
	3556 – Chlorid	1,75	2,01
	3557 – Kalium	1,75	2,01
	3558 – Natrium	1,75	2,01
	3580.H1 – Phosphat	2,33	2,68
	3621 – Magnesium	2,33	2,68
	Anm.: – kann vom beratenden Arzt direkt als Gemeinschaftslabor-Leistung abgerechnet werden – Abrechnung der ärztlichen Beratung vgl. M 8 – Höchstwert 3541.H1 ist zu beachten		

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
M 3408	Blutgerinnung Basis-Check		
	3605 – PTT	2,91	3,35
	3606 – Thrombinzeit	4,08	4,69
	3607 – Quick (INR)	2,91	3,35

Anm.:
- kann vom beratenden Arzt direkt als Gemeinschaftslabor-Leistung abgerechnet werden
- Abrechnung der ärztlichen Beratung vgl. M 8
- erweiterte Thrombophilie-Diagnostik vgl. M 3425

M 3409	Eisenmangel Basis-Check		
	3550 – Kleines Blutbild	3,50	4,02
	3575 – Transferrin	5,83	6,70
	3620 – Eisen	2,33	2,68
	3742 – Ferritin	14,57	16,76

Anm.:
- Blutbild und Transferrin-Bestimmung können vom beratenden Arzt direkt als Gemeinschaftslabor-Leistung abgerechnet werden
- Abrechnung der ärztlichen Beratung vgl. M 8
- erweiterte Diagnostik mit Ferritin als Speziallabor-Untersuchung

M 3410	Blutbild als Vorsorgeleistung		
	3550 – Kleines Blutbild	3,50	4,02
	3551 – Differenzialblutbild	1,17	1,34

Anm.:
- kann vom beratenden Arzt direkt als Gemeinschaftslabor-Leistung abgerechnet werden

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
	– Abrechnung der ärztlichen Beratung vgl. M 8 – Kombination mit zahlreichen anderen Profilen des Gemeinschafts- und des Speziallabors möglich		
M 3411	Immunstatus Basis-Check als Vorsorgeleistung		
	3571 – Immunglobulin G	8,74	10,06
	3571 – Immunglobulin A	8,74	10,06
	3571 – Immunglobulin M	8,74	10,06
	3572 analog – Immunglobulin G-Subklassen (4 ×)	14,57	16,76
	3550+3551+3680 – großes Blutbild	9,92	11,39
	Anm.: – immunologisch besonders relevant sind IgA und die vier IgG-Subklassen – kann vom beratenden Arzt direkt als Gemeinschaftslabor-Leistung abgerechnet werden – die Zuordnung der Bestimmung der IgG-Subklassen zur Nr. 3572 analog erfolgt wegen des höheren Aufwandes – Abrechnung der ärztlichen Beratung vgl. M 8 – Kombination mit M 3410 ist sinnvoll – Untersuchung der zellulären Immunität vgl. M 3470		
M 3415	Allergie Basis-Check als Vorsorgeleistung		
	3572 – Gesamt-IgE	14,57	16,76
	Anm.: – vgl. M 380 ff. und M 3485 – kann vom beratenden Arzt direkt als Gemeinschaftslabor-Leistung abgerechnet werden		

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellen-wert
	– Abrechnung der ärztlichen Beratung vgl. M 8		

M III/IV – Speziallabor

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
	1. Herz-Kreislauf-Vorsorge		
M 3420	Untersuchung des Herzinfarkt- und Schlaganfall-Risikos (Atherosklerose-Profil)		
	3730 – Lipoprotein (a)	17,49	20,11
	3737 – Homocystein	33,22	38,21
	3741 – CRP ultrasensitiv	11,66	13,41
	3933 – Fibrinogen	5,83	6,70
	Anm.: – sollte zusammen mit dem Blutfette-Basis-Check nach M 3402 durchgeführt werden – in der Darstellung gegenüber dem Patienten sollte besser von „Arteriosklerose“ (statt „Atherosklerose“) gesprochen werden – die isolierte quantitative Homocystein-Bestimmung ist als GKV-Leistung erbringbar (Nr. 32318 EBM) – Abrechnung der ärztlichen Beratung vgl. M 6		
M 3421	Untersuchung des Herzinsuffizienz-Risikos		
	4069 – NT-proBNP	29,15	33,51
	Anm.: – der NT-proBNP-Test ist als Vorsorgeleistung IGeL		

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
M 3422	Adipositas-Profil		
	3730 – Lipoprotein (a)	17,49	20,11
	3737 – Homocystein	33,22	38,21
	4020 – Cortisol	14,57	16,76

Anm.:
- zusätzlich TSH-Bestimmung (M 3465) empfehlenswert
- Homocystein: vgl. M 3420

M 3423	Stress-Profil		
	3730 – Lipoprotein (a)	17,49	20,11
	3737 – Homocystein	33,22	38,21
	3741 – CRP ultrasensitiv	11,66	13,41
	4020 – Cortisol	14,57	16,76
	4030 – TSH	14,57	16,76
	4134 – Selen	23,90	27,49
	4135 – Zink	5,25	6,04

Anm.:
- die Zusammensetzung des Stress-Profils berücksichtigt die Auswirkungen von psychischem Stress auf Hormon-, Immun- und Herz-Kreislauf-System; das Stress-Profil wird daher gelegentlich auch als „Manager-Profil“ bezeichnet
- sollte zusammen mit dem Blutbild (M 3410) und dem Blutfette-Basis-Check nach M 3402 durchgeführt werden

M 3425	Thrombose-Check: Untersuchung des Thrombose-Risikos (Thrombophilie-Profil) außerhalb der GKV-Leistungspflicht		
	3737 – Homocystein	33,22	38,21
	3930 – AT III-Aktivität	6,41	7,37
	3933 – Fibrinogen	5,83	6,70
	3951 – Protein C-Aktivität	26,23	30,16

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
	3952 analog – APC-Resistenz	26,23	30,16
	3953 – Protein S-Aktivität	26,23	30,16

Anm.:
- sollte zusammen mit dem Blutgerinnung-Basis-Check nach M 3408 durchgeführt werden
- für die Abrechnung der Nr. 3952 gilt die Zwei-Drittel-Regelung der GOÄ bei Verzicht auf Doppelbestimmung
- bei Kombination mit Atherosklerose-Profil nach M 3410 sind die Bestimmung von Homocystein (Nr. 3737) und Fibrinogen (Nr. 3933) jeweils nur einmal berechnungsfähig
- Untersuchung auf Faktor II- und Faktor V-Genmutation ist wegen der vergleichsweise hohen Prävalenz zusätzlich zu empfehlen (vgl. Nr. M 3426)
- zur umfassenden Risiko-Bestimmung kann zusätzlich auf Lupusantikoagulans und Cardiolipin-Antikörper untersucht werden
- zu Lasten der GKV nicht erbringbar als Vorsorgeuntersuchung, vgl. zu M 3246
- Homocystein: vgl. M 3420

M 3426	Ergänzung des Thrombose-Checks: Untersuchung auf Faktor II- oder (und) Faktor V-Genmutation, außerhalb der GKV-Leistungspflicht		
	3920 – Isolierung humaner Nukleinsäuren	52,46	60,33
	3922 – Amplifikation	29,14	33,52
	3924 – Identifizierung humaner Nukleinsäurefragmente (2 ×)	34,98	40,22

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
	Anm.: – bei Untersuchung auf Faktor II- und Faktor V-Mutation Abrechnung mit 3920 + 2x3922 + 4x3924 – zu Lasten der GKV (EBM-Nrn. 32213, 32214) nicht erbringbar als Vorsorgeuntersuchung, z.B. zur Abschätzung des Thrombose-Risikos vor Pilleneinnahme		
M 3428	Quantitative Bestimmung des C-reaktiven Proteins (CRP) außerhalb der GKV-Leistungspflicht		
	3741 – CRP quantitativ	11,66	13,41
	Anm.: – CRP ist ein wichtiger Marker für Entzündungsvorgänge und wird zu diesem Zweck bei vielen Vorsorge-Komplexen mit eingesetzt; so kann M 3425 z.B. mit den Basisprofilen nach M 3400 f. kombiniert werden – für die Bestimmung des Atherosklerose-Risikos nach M 3420 ist die ultrasensitive CRP-Bestimmung notwendig – die CRP-Bestimmung im Praxislabor ist nach Nr. 3524 berechnungsfähig		
M 3429	Quantitative Bestimmung des HLA-B 27 außerhalb der GKV-Leistungspflicht		
	3696 – HLA-B 27	33,22	38,21

2. Krebsvorsorge

M 3430	Untersuchung auf Humane Papilloma-Viren (HPV-Test) zur Abklärung eines erhöhten Risikos für die Entwicklung eines Zervixkarzinoms		

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
	4780 – Amplifikation von Nukleinsäurefragmenten (PCR)	52,46	60,33
	4785 – Identifizierung von Nukleinsäurefragmenten	17,49	20,11

Anm.:
- der Zusammenhang zwischen einer persistierenden HPV-Infektion und der Entstehung des Zervixkarzinoms kann als gesichert gelten. Auch wenn eine Therapie der HPV-Infektion derzeit noch nicht möglich ist, ist der Wunsch nachvollziehbar, über den HPV-Infektionsstatus und damit über ein ggf. erhöhtes Karzinom-Risiko informiert zu sein
- zur HPV-Impfung vgl. M 379

M 3431	Untersuchung zur Früherkennung des Prostata-Karzinoms durch Bestimmung des Prostata-spezifischen Antigens (PSA-Test)		
	3908.H3 – PSA	17,49	20,11

Anm.:
- bei Werten zwischen 4 und 10 µg/l kann die zusätzliche Bestimmung des freien PSA zu Lasten der GKV veranlasst werden
- der Patient ist eingehend über die evtl. Konsequenzen der PSA-Bestimmung aufzuklären

M 3432	Raucher-Vorsorge: Untersuchung zur Früherkennung des Bronchialkarzinoms		
	3741 – CRP, quantitativ	11,66	13,41
	3905.H3 – CEA	14,57	16,76
	3906.H3 – CYFRA 21-1	26,23	30,16
	3907.H3 – NSE	17,49	20,11

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
	Anm.: – zur Lungenkrebs-Vorsorge mittels Sputum-Zytologie vgl. M 679 und M 4858 – Gebühr für Nr. 3907.H3 berücksichtigt „Zwei-Drittel-Regelung“ der GOÄ bei Einfachbestimmung (Allg. Best. Nr. 9 zu Abschn. M GOÄ) – vgl. zu M 3434		
M 3433	Früherkennung oder Nachsorge des urothelialen Karzinoms (Blasenkarzinoms) durch Tumormarkerbestimmung		
	3906.H3 analog – NMP-22	26,23	30,16
	Anm.: – NMP-22 steht (als am weitesten in der klinischen Anwendung verbreitet) stellvertretend auch für andere Marker, z.B. MUC7. Alternative Abrechnung mit Nr. 3911 (TPA, gleiche Bewertung) – vgl. zu M 3434		
M 3434	Bestimmung weiterer Tumormarker im Rahmen einer Krebsfrüherkennung außerhalb der GKV-Leistungspflicht		
	Anm.: – Abrechnung je nach Parameter; in Frage kommen z.B. AFP, CEA, CA 125, CA 15-3, CA 19-9, CA 72-4, NSE, SCC, TPA – die Bestimmung von Tumormarkern außerhalb etablierter Vorsorge-Indikationen wie dem PSA-Test (vgl. M 3431) und dem Nachweis von NMP22 ist umstritten. Das Spektrum der unangenehmen „Nebenwirkungen“ reicht vom „falschen Alarm“ (falsch positiv) bis zur „unbegründeten Sicherheit“ (falsch ne-		

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert

gativ). Daher sollte die Tumormarker-Bestimmung außerhalb der Krankenbehandlung nur in ausgewählten Fällen (z.B. entsprechende Fixierung des Patienten) zum Einsatz kommen. Die Patienten sind eingehend über die klinische Wertigkeit und die evtl. Konsequenzen aus der Tumormarkerbestimmung aufzuklären
- im Rahmen der Krankenbehandlung kommt die Bestimmung von Tumormarkern als IGeL-Angebot nur in Frage, wenn die Bestimmung im Einzelfall als im GKV-Sinne unwirtschaftlich, unter Aspekten einer optimalen Behandlung jedoch vertretbar ist und vom Patienten gewünscht wird
- zu zytogenetischen Untersuchungen vgl. Nrn. M 4910 ff.

M 3435	Optimierte Darmkrebs-Vorsorge im Stuhl		
	3747 analog – Hämoglobin immunologisch (zweimal)	10,49	12,07
	3747 analog – Hämoglobin-Haptoglobin-Komplex immunologisch (2 ×)	10,49	12,07
	3903 analog – Tumor M2-PK	26,23	30,16

Anm.:
- der immunologische Stuhltest verbessert gegenüber dem von der GKV im Rahmen der Krebsfrüherkennung angebotene Okkultblut-Test die Erkennung von kolorektalen Karzinomen in frühen Stadien bei einer gleichzeitig höheren Spezifität von 95%
- beim immunologischen Test reicht eine einzelne Stuhlprobe; ein mehrtägiger Verzicht auf Fleischverzehr ist nicht erforderlich

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
	– auch bei einem negativen Testausfall sollte bei Personen ab 55 Jahren eine Vorsorge-Koloskopie empfohlen werden – Tumor M2-PK (Pyruvatkinase M2) ist die dimere Form des Isoenzyms Typ M2 der Pyruvatkinase. Sie ist das Schlüsselenzym des Tumormetabolismus und wird vor allem in proliferierenden und Tumorzellen gebildet. Sie ist nicht spezifisch für bestimmte Tumoren, sondern ein genereller Marker für bösartiges Wachstum		
M 3436	Magen-Vorsorge: Untersuchung auf Helicobacter pylori-Besiedlung mittels Antigen-Nachweis im Stuhl außerhalb der GKV-Leistungspflicht (als Primärdiagnostik)		
	4565 – Helicobacter pylori	14,57	16,76
	Anm.: – M 3436 kann mit M 3435 kombiniert werden (identische Stuhlprobe) – Alternativverfahren: M 3437		
M 3437	Untersuchung auf Helicobacter pylori-Besiedlung mittels ^{13}C-Harnstoff Atemtest außerhalb der GKV-Leistungspflicht (als Primärdiagnostik)		
	4210 – Analytische Auswertung einer oder mehrerer Atemproben eines ^{13}C-Harnstoff-Atemtests, ggf. einschließlich Probenvorbereitung, insgesamt	52,46	60,33

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert

Anm.:
- M 3437 ist die laborärztliche Leistung. Hinzu kommt die Leistung des klinisch tätigen Arztes nach M 619
- Alternativverfahren: M 3436

M 3438	Reizdarm-Profil: Zusatzuntersuchung auf Wunsch zum Ausschluss chronisch entzündlicher Darmerkrankungen		
	3739 – Alpha-1-Antitrypsin im Stuhl	10,49	12,07
	3571 – Sekretorisches IgA im Stuhl	8,74	10,05
	3793 – Lysozym im Stuhl	6,99	8,04
	3767 analog – Calprotectin im Stuhl	17,49	20,11

Anm.:
- zusätzlich kann der Stuhl noch auf Humanalbumin und Lactoferrin (Leukozyten-Marker) untersucht werden
- Gebühr für Nr. 3767 analog berücksichtigt „Zwei-Drittel-Regelung“ der GOÄ bei Einfachbestimmung (Allg. Best. Nr. 9 zu Abschn. M GOÄ)

3. Sexuell übertragbare Erkrankungen

M 3440	Ausschluss wichtiger sexuell übertragbarer Erkrankungen außerhalb der GKV-Leistungspflicht		
	4395 – HIV	17,49	20,11
	4248 – Lues (TPHA-Test)	13,41	15,42
	4393 – Anti-HBc (Hepatitis B)	17,49	20,11

Anm.:
- Beratungsleistung des einsendenden Arztes und Abgrenzung zur GKV-Leistung vgl. M 4
- zu Hepatitis C vgl. M 3445
- fachärztliche „STD-Checks“ vgl. M 1180, M 1890

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
M 3441	Untersuchung auf Chlamydien-Antikörper im Urin oder Abstrichmaterial außerhalb der GKV-Leistungspflicht		
	4291 – Chlamydia trach. IgA-AK	20,40	23,46
	4291 – Chlamydia trach. IgG-AK	20,40	23,46
	Anm.: – zum definitiven Ausschluss einer Chlamydien-Infektion ist M 3442 besser geeignet. – zur GKV-Leistung vgl. zu M 4		
M 3442	Sterilitätsvorsorge durch Ausschluss einer Chlamydien-Infektion (Sterilitäts-Vorsorge) außerhalb der GKV-Leistungspflicht		
	4780 – Isolierung von Nukleinsäuren	52,46	60,33
	4783 – Amplifikation	29,14	33,52
	4785 – Identifizierung von Nukleinsäurefragmenten	17,49	20,11
	Anm.: – vgl. zu M 3441 – aus dem Abstrichmaterial kann zusätzlich auf Mycoplasmen (Nr. 4539 GOÄ) untersucht werden, die ebenfalls Auslöser einer nicht-gonorrhoischen Urethritis sein können – Beratungsleistung des einsendenden Arztes und Abgrenzung zur GKV-Leistung vgl. M 4		
M 3443	Ausschluss einer Gonokokken-Infektion (Neisseria gonorrhoeae)		
	4780 – Isolierung von Nukleinsäuren	52,46	60,33
	4783 – Amplifikation	29,14	33,52
	4785 – Identifizierung von Nukleinsäurefragmenten	17,49	20,11

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
	Anm.: – als Material eignet sich Morgenurin oder Abstrich aus Urethra bzw. Zervix – durch Wandel des Symptomspektrums der Gonokokken-Infektion hin zu blanderen Formen ist auch bei Männern vermehrt mit symptomfreien Überträgern zu rechnen. Da neben der Chlamydien- auch die Gonokokken-Infektion zu chronischen Entzündungen und Sterilität führen kann, ist bei bestimmten Personengruppen eine entsprechende Ergänzung der STD-Vorsorge nach M 3440 sinnvoll		
M 3445	Untersuchung auf Hepatitis C-Antikörper als Vorsorgeleistung ohne klinische Verdachtszeichen		
	4406 – Hepatitis C-Virus-Antikörper	23,31	26,82
	Anm.: – Hepatitis C (HCV) wird offensichtlich nur sehr selten auf sexuellem Wege übertragen. Dennoch ist wegen der hohen Prävalenz unerkannt Infizierter und der guten Ergebnisse einer frühzeitigen Behandlung eine Abklärung des Serostatus im Rahmen des Ausschlusses sexuell übertragbarer Krankheiten sinnvoll. Besonders empfehlenswert ist die Untersuchung auf HCV bei Angehörigen von Risikogruppen (v.a. Transfusionsempfänger vor 1991, Hämodialyse-Patienten und i.v.-Drogenabhängige)		
M 3446	HIV-Test auf Wunsch zum Ausschluss einer HIV-Infektion		
	4395 – HIV-Test mittels qualitativem IgG-Antikörper-Nachweis	17,49	20,11

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert

Anm.:
- bei Wunsch nach Durchführung eines HIV-Tests sollte auf die Ausschlussdiagnostik nach M 3440 und ggf. M 3442 verwiesen werden, wenn der „Partnerschafts-Test“ im Vordergrund steht. Der isolierte HIV-Test sollte nur bei ausschließlicher Sorge vor einer HIV-Infektion empfohlen werden
- Kombinationstests, welche die Virustypen 1 und 2 erfassen, sind nur einmal nach Nr. 4395 GOÄ berechnungsfähig
- der Bestätigungstest (Westernblot) bei positivem Testausfall ist GKV-Leistung
- zur GKV-Leistungspflicht vgl. zu M 4

4. Schwangeren-Vorsorge

M 3450	Infektionsvorsorge vor der Schwangerschaft		
	4388 – Varizella-Zoster (IgG und IgM)	13,99	16,09
	4384 – Herpes simplex Typ 1,2 (IgG und IgM)	13,99	16,09
	4406 – Hepatitis C	23,32	26,81
	4400 – Parvovirus B19 (IgG)	17,49	20,11
	4378 – Zytomegalie (IgG)	13,99	16,09
	4461 – Toxoplasmose-Suchtest (qualitativ)	13,41	15,42
M 3451	Infektionsvorsorge in der Schwangerschaft, außerhalb der GKV-Mutterschaftsvorsorge		
	4388 – Varizella-Zoster (IgG und IgM)	13,99	16,09
	4384 – Herpes simplex Typ 1,2 (IgG und IgM)	13,99	16,09
	4406 – Hepatitis C	23,31	26,81
	4400 – Parvovirus B19 (IgG)	17,49	20,11
	4378 – Zytomegalie (IgG)	13,99	16,09

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
	4461 – Toxoplasmose-Suchtest (qualitativ)	13,41	15,42
	4538 + 4572 – Streptokokkenkultur aus Abstrichmaterial	13,98	16,08

Anm.:
- Wenn die Untersuchung auf Toxoplasmose-Antikörper ohne konkreten Verdacht auf eine frische Infektion auf Wunsch der Patientin durchgeführt wird, handelt es sich um eine IGeL-Leistung. Sind die Toxoplasmose-Antikörper positiv, müssen diese quantifiziert werden. Dann ist zusätzlich Nr. 4468 mit 20,40 € (1fach) bzw. 23,46 € (1,15fach) berechnungsfähig. Folgeuntersuchungen (z.B. Toxoplasmose-IgM) sind dann GKV-Leistungen
- zur GKV-Leistungspflicht vgl. zu M 4

M 3452	Triple-Test zur Risikoabschätzung eines Morbus Down oder Neuralrohrdefektes des Feten auf Wunsch der Schwangeren außerhalb der GKV-Leistungspflicht		
	3743 – Alpha-Fetoprotein (AFP)	14,57	16,76
	4024 – β-HCG	14,57	16,76
	4027 – Östriol	14,57	16,76
M 3453	Fehlbildungs-Vorsorge im 1. Trimester („First-Trimester-Screening“), einschl. sonographischer Bestimmung der fetalen Nackentransparenz („nuchal translucency“)		
	4024 – β-HCG	14,57	16,76
	4033 – PAPP-A	14,57	16,76
	80 analog – Risikoberechnung	17,49	40,22

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
	Anm.: – Bestimmung der Nackentransparenz durch den Frauenarzt (vgl. M 1008) – weiterer sinnvoller Parameter: Folsäure (Nr. 4140 GOÄ)		
M 3454	Fehlbildungs-Vorsorge im 2. Trimester: Triple-Test mit zusätzlicher Bestimmung des Inhibin A (sog. Quadrupel-Test); ggf. als integriertes Fehlbildungsscreening durch Kombination mit Nr. M 3453		
	Anm.: – zum Triple-Test vgl. M 3452		
M 3455	Pränataler Test (FISH oder PCR) zur Schnelldiagnostik von Chromosomenaberrationen außerhalb der GKV-Leistungspflicht		
	Anm.: – Abrechnung der GOÄ-Positionen je nach gewähltem Verfahren und Aufwand		

5. Anti-Aging-Medizin

M 3460	Anti-Aging-Basis-Check für die Frau (TSH, FSH, Östradiol und DHEAS)		
	4039 – Östradiol (E_2)	13,60	15,64
	4021 – FSH	14,57	16,76
	4030 – TSH	14,57	16,76
	4038 – DHEA-S	13,60	15,64
	Anm.: – Beratungsleistung des einsendenden Arztes vgl. M 12		

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert

– weitere sinnvolle Parameter z.B. LH, Progesteron, Östron, IGF-1, Basischeck: Östradiol und FSH
– Vergütung für Östradiol und DHEA-S gem. „Zwei-Drittel-Regelung“ bei Einfach-Bestimmung (Allg. Best. Nr. 9 zu Abschn. M GOÄ)
– eine Behandlung im Rahmen moderner Anti-Aging- oder Good-Aging-Konzepte dient zumeist in erster Linie dem Schutz oder der Aufrechterhaltung der Gesundheit und ist dann nicht umsatzsteuerpflichtig. Dies gilt insbesondere für die begleitende labormedizinische Diagnostik (vgl. auch M 12)

M 3461	Anti-Aging-Basis-Check für den Mann (TSH, Testosteron, SHBG, DHEAS und FSH)		
	4042 – Testosteron	13,60	15,64
	3765 – SHBG	17,49	20,11
	4021 – FSH	14,57	16,76
	4030 – TSH	14,57	16,76
	4038 – DHEA-S	13,60	15,64

Anm.:
– Beratungsleistung des einsendenden Arztes vgl. M 12
– weitere sinnvolle Parameter z.B. Östradiol, LH, Prolaktin, IGF-1, Basischeck: Testosteron
– Vergütung für Testosteron, SHBG und DHEA-S gem. „Zwei-Drittel-Regelung“ bei Einfach-Bestimmung (Allg. Best. Nr. 9 zu Abschn. M GOÄ)
– zur Umsatzsteuerpflicht vgl. M 3460

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
M 3462	Muskel- und Fitness-Check		
	4042 – Freies Testosteron, Doppelbestimmung	20,40	23,46
	4060 – Somatomedin C, IGF 1	18,65	21,45
	4038 – DHEA-S	13,60	15,64
	4020 – Cortisol	14,57	16,76
	3737 – Aminosäuren	33,22	38,20

Anm.:
- das Profil berücksichtigt insbesondere die für den Muskelaufbau bei Kraftsportlern relevanten Parameter
- Beratungsleistung des einsendenden Arztes vgl. M 8
- Vergütung für IGF 1 und DHEA-S gem. „Zwei-Drittel-Regelung“ bei Einfach-Bestimmung (Allg. Best. Nr. 9 zu Abschn. M GOÄ)
- zur Umsatzsteuerpflicht vgl. M 3460

M 3463	Oxidativer Stress (Freie Radikale) Basisprofil		
	4084 analog – Antioxidative Kapazität	33,22	38,21
	4084 analog – Oxidative Belastung	33,22	38,21
	4134 – Selen	23,90	27,48
	4135 – Zink	5,25	6,04
	4142 – Vitamin E	20,98	24,13

Anm.:
- zur Umsatzsteuerpflicht vgl. M 3460

M 3464	Vitalstoff-Check: Labormedizinische Bestimmung wichtiger Vitamine und Spurenelemente		
	4131 – Kupfer	2,33	2,68
	4141 – Vitamin A	20,98	24,13
	4145 – Vitamin B1	33,22	38,21

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
	4145 analog – Vitamin B2	33,22	38,21
	4146 – Vitamin B6	33,22	38,21
	4140 – Vitamin B12 und Folsäure	14,57	16,76
	4142 analog – Vitamin C	20,98	24,13
	4138 – Vitamin D (25-OH-D)	18,65	21,45
	4142 – Vitamin E	20,98	24,13
	4134 – Selen	23,90	27,48
	4135 – Zink	5,25	6,04
	4210 – Jod	52,46	60,33

Anm.:
- Folsäure und Vitamin B12 sind beide in der Nr. 4140 beinhaltet, nur einmal berechenbar
- Gebühr für Nr. 4138 berücksichtigt Zwei-Drittel-Regelung der GOÄ
- zur Umsatzsteuerpflicht vgl. M 3460

M 3465	Schilddrüsen-Vorsorgeuntersuchung durch TSH-Bestimmung (z.B. im Alter ab 45 Jahren) als Vorsorgeleistung		
	4030 – TSH-Bestimmung	14,57	16,76

Anm.:
- M 3465 zielt auf die Früherkennung der latenten Hypothyreose
- zum sonographischen Schilddrüsen-Check vgl. M 417
- als GKV-Leistung nur bei konkretem Verdacht auf eine Schilddrüsenfunktionsstörung

M 3466	Haut-Haare-Nägel-Profil		
	3742 – Ferritin	14,57	16,76
	4135 – Zink	5,25	6,04
	4030 – TSH	14,57	16,76
	4042 – freies Testosteron, Doppelbestimmung	20,40	23,46

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
	4020 – Cortisol	14,57	16,76
	4038 – DHEAS	20,40	24,36
	Anm.: – bei Frauen zusätzlich Östradiol (4030 GOÄ), LH (4026 GOÄ), FSH (4021 GOÄ) – die Abklärung von starkem Haarausfall ist GKV-Leistung nur bei Frauen mit V.a. krankheitsbedingtem (toxischem) Haarausfall – zur Umsatzsteuerpflicht vgl. M 3460		
M 3467	Untersuchung des klinischen (aktuellen) Osteoporose-Risikos		
	4062 – Pyridinolin-Crosslaps im Serum	27,98	32,18
	4062 analog – Alkalische Knochenphosphatase (BAP)	18,65	21,45
	4138 – Vitamin D (25-OH-D)	18,65	21,45
	Anm.: – zusätzlich sinnvoll Elektrolyte Basis-Check nach M 3407 – anstelle Crosslaps im Serum auch Pyridinolin-Crosslinks im Urin (Nr. A 4078, einschl. Kreatinin-Bestimmung) – Vergütung für Nr. 4138 gem. „Zwei-Drittel-Regelung“ bei Einfach-Bestimmung (Allg. Best. Nr. 9 zu Abschn. M GOÄ)		
M 3468	Bestimmung des genetischen Osteoporose-Risikos (Vitamin D3 – Rezeptor-Gen)		
	3920 – Isolierung humaner Nukleinsäuren	52,46	60,33
	3922 – Amplifikation	29,14	33,52
	3925 – Trennung humaner Nukleinsäurefragmente mit EP	34,97	40,22

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert

6. Immunabwehr

M 3470 Labormedizinische Untersuchung des Immunstatus, außerhalb der GKV-Leistungspflicht

3696 – Lymphozytendifferenzierung (2 ×)	66,44	76,42
3572 analog – IgG-Subklassen (4 ×)	58,28	67,04
3741 – CRP quantitativ	11,66	13,41

Anm.:
- zum Immunabwehr Basis-Profil mit Bestimmung von Blutbild, IgG, IgA und IgM sowie der IgG-Subklassen vgl. M 3410 und M 3411
- Ergänzung um Neopterin (M 3471) kann sinnvoll sein

M 3471 Bestimmung des Neopterin, außerhalb der GKV-Leistungspflicht

4069 – Neopterin	43,71	50,27

Anm.:
- Neopterin ist u.a. ein empfindlicher Indikator der Aktivierung des zellulären Immunsystems
- die Gebührenhöhe berücksichtigt die Zwei-Drittel-Regelung nach GOÄ

M 3473 Impfstatus auf Wunsch des Patienten: Labormedizinische Überprüfung des spezifischen Immunstatus gegen Infektionskrankheiten vor oder nach Impfung

4291 – Diphterie-IgG-AK	20,40	23,46
4291 – Tetanus-IgG-AK	20,40	23,46
4385 – Masern IgG-AK	13,99	16,09
4386 – Mumps-IgG-AK	13,99	16,09

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
	4667 – Polio-AK (3 × für Polio 1, 2 und 3)	43,71	50,28
	4379 – FSME IgG-AK	13,99	16,09
	4393 – HBc-AK (vor Hepatitis-Impfung)	17,49	20,11
	4381 – HBs-AK (nach Hepatitis-Impfung)	13,99	16,09

Anm.:
- die Indikation zur Überprüfung des Impfstatus erfolgt in der Regel aus spezifischem Anlass (z.B. vor Reiseantritt); die Auswahl der Parameter ist daher im Einzelfall unter Berücksichtigung von Infektions- und Impfanamnese vorzunehmen

M 3475	Dysbiose-Check: Labormedizinische Untersuchung der Darmflora, außerhalb der GKV-Leistungspflicht		
	4530 – Bakterien, aerobe Züchtung	4,66	5,36
	4538 – Bakterien, selektive aerobe Züchtung	6,99	8,04
	4533 (2 ×) – Bakterien, anaerobe Züchtung	29,14	33,52
	4716 – Pilze	6,99	8,04

Anm.:
- auf den verwendeten Nährböden werden folgende Erreger angezüchtet: E. coli, ß-hämolysierende E. coli, Enterobacteriaceae, Pseudomonaden, Enterokokken, Staph. aureus, Candida albicans, Candida species, Bifidobakterien, Lactobacillus species, Clostridien, Bacteroides species
- Umfang und Inhalt des Dysbiose-Checks variieren von Labor zu Labor

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
7. Umweltmedizin			
M 3480	Kaugummi-Test auf Amalgam-Belastung		
	4196 – Quecksilber i. Speichel – vor dem Kauen	23,90	27,48
	4196 – Quecksilber i. Speichel – nach dem Kauen	23,90	27,48
M 3481	Ermittlung der allgemeinen Quecksilber-Belastung bei Amalgam-Trägern (oraler Dimaval-Test nach Schiele, DMPS)		
	4196 – Quecksilber im Urin vor DMPS	23,90	27,48
	4196 – Quecksilber im Urin nach DMPS	23,90	27,48
M 3482	Umwelt-Profil Schwermetalle (Blei, Cadmium, Quecksilber)		
	4192 – Blei	23,90	27,48
	4193 – Cadmium	23,90	27,48
	4196 – Quecksilber (Amalgam)	23,90	27,48
M 3483	Umwelt-Profil Lösungsmittel (Untersuchung mittels Gas-Chromatographie)		
	4209 – Niedrigsiedende Kohlenwasserstoffe	27,98	32,17
	4209 – Hochsiedende Kohlenwasserstoffe	27,98	32,17
	4209 – Chlorierte Kohlenwasserstoffe	27,98	32,17
M 3484	Umwelt-Profil Holzschutzmittel		

Anm.:
- in Frage kommen z.B. γ-HCH, Dichlorfluanid, Hexachlorbenzol, Pentachlorphenol, Pyrethroid-Metabolite i.U., Formaldehyd-Metabolit i.U.
- Abrechnung der GOÄ-Positionen je nach gewähltem Verfahren und Aufwand

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
M 3485	Allergologische Testung durch Bestimmung von allergenspezifischem IgE, außerhalb der GKV-Leistungspflicht		
	3890 – IgE, allergenspezifisch, je Mischallergen	14,57	16,76
	3891 – IgE, allergenspezifisch, je Einzelallergen	14,57	16,76
	Anm.: – vgl. M 392 und M 3415 – GOÄ-Höchstwerte beachten! – Einsatz z.B. zum Ausschluss einer Allergie gegen Frühblüher, Spätblüher oder Nahrungsmittel		

8. Sonstige Wunschleistungen

M 3489	Untersuchung einer entfernten Zecke auf Borrelien		
	2 × 4785 – PCR auf Borrelien	34,98	40,22
M 3490	Labormedizinische Wunschabklärung nach Zeckenstich bei symptomlosen Personen außerhalb der GKV-Leistungspflicht		
	4286 – Borrelien-AK, IgG	20,40	23,46
	4286 – Borrelien-AK, IgM	20,40	23,46
M 3491	Labormedizinische Basis-Untersuchung bei chronischer Müdigkeit (CFS), außerhalb der GKV-Leistungspflicht		
	3741 – CRP quantitativ	11,66	13,41
	4020 – Cortisol	14,57	16,76
	3742 – Ferritin	14,57	16,76
	4140 – Folsäure und Vitamin B12	14,57	16,76
	3621 – Magnesium	2,33	2,68

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
	4134 – Selen	23,90	27,48
	4135 – Zink	5,25	6,04
	4030 – TSH	14,57	16,76
	3572 analog – IgG-Subklassen (4 ×)	58,28	67,04
	Anm.: – Zur Untersuchung des Blutbildes vgl. M 3410		
M 3492	Labormedizinische Zusatz-Untersuchung bei chronischer Müdigkeit (CFS) zum Ausschluss infektiöser Ursachen		
	4391 – EBV-VCA-AK (IgG)	17,49	20,11
	4391 – EBV-VCA-AK (IgM)	17,49	20,11
	4391 – EBV-EBNA-AK	17,49	20,11
	4391 – EBV-EA-AK	17,49	20,11
	3884 – EBV-AK, IgM-Trennung	5,25	6,04
	4376 – Coxsackie Viruspool-AK (je Untergruppe, 1 bis 7 ×)	14,57	16,76
	4286 – Borrelien IgG-AK	20,40	23,46
	4286 – Borrelien IgM-AK	20,40	23,46
	3884 – Borrelien-AK, IgM-Trennung	5,25	6,04
	Anm.: – in der Regel nur zusätzlich zu M 3491 sinnvoll		
M 3493	Labormedizinische Untersuchung bei Schlafstörungen, außerhalb der GKV-Leistungspflicht		
	4069 – Melatonin (Doppelbestimmung)	43,72	50,27
	4030 – TSH basal	14,57	16,76
	Anm.: – Schlafprofil-Analyse vgl. M 818		

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
M 3494	Bestimmung der individuellen Laktatschwelle zur Optimierung der Trainingsgestaltung		
	3781 – Laktat	12,82	14,75

Anm.:
- die Nr. 3781 GOÄ ist je Einzelbestimmung berechnungsfähig
- zu den ergometrischen Leistungen vgl. M 604
- da die Optimierung der Trainingsgestaltung zumeist in erster Linie dem Schutz der Gesundheit des Betroffenen dient, unterliegt die Bestimmung der individuellen Laktatschwelle in der Regel nicht der Umsatzsteuerpflicht (vgl. auch M 28)

M 3495	Blutgruppenbestimmung auf Wunsch, einschl. Dokumentation		
	3982 – AB0-Merkmale und Rhesusfaktor	17,49	20,11
	3988 – Antikörpersuchtest	11,66	13,41

Anm.:
- die Leistung schließt die Ausstellung eines Blutgruppenausweises ein
- bei Untersuchung auf Kell-Merkmale ist zusätzlich Nr. 3985 GOÄ berechnungsfähig

M 3496	Einfache Blutgruppenbestimmung aus diätetischen Gründen		
	3980 – AB0-Merkmale	5,83	6,71

Anm.:
- die Leistung schließt die Ausstellung eines Blutgruppenausweises ein

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
M 3497	Nikotin-Nachweis		
	4210 – Cotinin	52,46	60,33
M 3498 (U)	Labormedizinische Untersuchung zur Wiedererlangung der Fahrerlaubnis		
	3595.H1 – GPT	2,33	2,68
	3592.H1 – γ-GT	2,33	2,68
	3550 – Kleines Blutbild (MCV)	3,50	4,02
	4078 analog – CDT	33,22	38,21

Anm.:
- vgl. M 91
- GPT, γ-GT und MCV sind als Gemeinschaftslabor-Leistungen abrechenbar
- die Leistungen sind (wie auch alle ärztlichen Leistungen im Rahmen der Fahrerlaubnisverordnung) stets umsatzsteuerpflichtig, da sie nicht in erster Linie dem Schutz der Gesundheit des Betroffenen dienen (vgl. auch M 88)

M 3499 (U)	Drogenscreening im Urin oder im Serum, außerhalb der GKV-Leistungspflicht		
	4151 – Amphetamine	14,57	16,76
	4153 – Barbiturate	14,57	16,76
	4154 – Benzodiazepine	14,57	16,76
	4155 – Cannabinoide	14,57	16,76
	4158 – Kokain	14,57	16,76
	4168 – Methadon	14,57	16,76
	4172 – Opiate	14,57	16,76

Anm.:
- bei Nachweis im Serum Nr. 4210 (Gas-Chromatographie) anstelle Nr. 4213
- beim Drogenscreening im Urin wird Kreatinin zur Beurteilung der Urinverdünnung zusätzlich bestimmt (ohne Berechnung)

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
	– GKV-Leistung (EBM Nr. 32137) nur im Rahmen der Substitutionsbehandlung – die Leistungen sind nur dann von der Umsatzsteuerpflicht befreit, wenn sie in erster Linie dem Schutz der Gesundheit des Betroffenen dienen		

N – Histologie, Zytologie und Zytogenetik

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
M 4800 (U)	Histologische Untersuchung im Rahmen von IGeL (z.B. bei Wunschsterilisation)		
	4800 – Histologische Untersuchung eines Materials	12,65	29,09

Anm.:
- die histologische Untersuchung eines aus IGeL resultierenden Präparates (z.B. der Resektate bei Wunschsterilisation oder eines entfernten Hautanhangsgebildes) ist ebenfalls IGeL
- zur Abrechnung kommen die Nrn. der entsprechenden Untersuchungen. Regelfall ist die Nr. 4800 GOÄ, da Sonderverfahren im Rahmen von IGeL selten indiziert sind
- nach § 1.2 GOÄ dürfen nur „medizinisch notwendige“ Leistungen berechnet werden. Da dies nicht zutrifft (z.B. wäre die Entfernung und Untersuchung eines suspekten Muttermales kein IGeL und ist die forensiche Absicherung des Einsenders nicht „medizinisch notwendig“), ist der Wunsch nach histologischer Untersuchung bereits im Behandlungsvertrag beim Einsender zu berücksichtigen und die Einsendung als „IGeL“ kenntlich zu machen. Werden solche Präparate zu Lasten der GKV untersucht, liegt ein Verstoß gegen den BMV-Ä und Wettbewerbsrecht vor

M 4855 Optimierte Früherkennung des Zervixkarzinoms durch zytologische Diagnostik mittels Dünnschicht-Zytologie (z.B. Thin-Prep)

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
	4003 analog – Dichtegradientenisolierung	23,31	26,81
	4851 – Zytologische Untersuchung zur Krebsdiagnostik	7,58	13,64

Anm.:
- die Dünnschicht-Zytologie (auch: Flüssigkeits-Zytologie, Liquid Based Cytology) bringt eine deutliche Verbesserung des herkömmlichen PAP-Tests; eine Zuordnung der Dünnschichtzytologie zur GKV-Krebsfrüherkennung ist wegen des deutlich höheren Aufwandes nicht möglich; daher Abrechnung als Individuelle Gesundheitsleistung
- wird Nr. M 4855 im Rahmen einer GKV-Krebsfrüherkennung durchgeführt, sollte die Patientin ihren Verzicht auf den konventionellen PAP-Test schriftlich erklären
- zzgl. Kosten für Testkit und Versand
- da es sich um ein zytologisches Verfahren handelt, ist die Abrechnung mit den Nrn. 4003 analog plus 4851 GOÄ zutreffender (und angemessener) als die Empfehlung der BÄK zur Abrechnung mit der Nr. 4815 analog

M 4858	Früherkennung des Bronchialkarzinoms durch zytopathologische Untersuchung des Sputums bei langjährigen Rauchern ab 45 Jahren		
	4852 – Zytologische Sputum-Untersuchung (4 ×)	10,14	18,26
	76 analog – Schriftliche Beurteilung	4,08	9,38

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
	Anm.: – 76 analog kann nur berechnet werden für eine wertende Beurteilung, nicht für die bloße Befundmitteilung – 4 × Nr. 4852, weil je einmal für die Untersuchung der an 4 Tagen gewonnenen Materialien – bei verdächtigen Befunden ist die anschließende DNA-Bildzytometrie Kassenleistung		
M 4900	Genetische Beratung und Diagnostik zur Feststellung der Anlageträgerschaft hinsichtlich erblicher Erkrankungen (z.B. Cystische Fibrose) außerhalb der GKV-Leistungspflicht		
	Anm.: – Abrechnung der GOÄ-Positionen (insbesondere Nrn. 21, 80 f. sowie 4870 ff. GOÄ) je nach Aufwand und gewählten Verfahren		
M 4910	Genetische Beratung und Diagnostik zur Abklärung des Erkrankungsrisikos bei familiären Krebserkrankungen durch Untersuchung auf Genmutationen (z.B. BRCA1 und BRCA2) außerhalb der GKV-Leistungspflicht		
	Anm.: – Abrechnung der GOÄ-Positionen (insbesondere Nrn. 21, 80 f. sowie 4870 ff. GOÄ) je nach Aufwand und gewählten Verfahren		

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
M 4915	Genetische Beratung und Diagnostik mittels Genotypisierung von Familienstammbäumen (Kopplungsanalyse, Linkage-Analyse) bei familiären Erkrankungen ohne bekannten Genlokus		
	Anm.: – Abrechnung der GOÄ-Positionen (insbesondere Nrn. 21, 80 f. sowie 4870 ff. GOÄ) je nach Aufwand und gewählten Verfahren		
M 4920	Genetische Beratung und Diagnostik zur Abklärung von genetischen Erkrankungsrisiken (z.B. Hämochromatose) außerhalb der GKV-Leistungspflicht		
	Anm.: – Abrechnung der GOÄ-Positionen (insbesondere Nrn. 21, 80 f. sowie 4870 ff. GOÄ) je nach Aufwand und gewählten Verfahren		

O – Strahlendiagnostik, Nuklearmedizin, Magnetresonanztomografie und Strahlentherapie

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
M 5368	Niedrigdosis-Computertomographie zur Früherkennung des Bronchialkarzinoms		
	5371 – CT im Thoraxbereich	134,06	241,31
	5376 – CT-Ergänzung	29,14	52,46
	5377 – Computergesteuerte Analyse	46,63	
M 5369	Virtuelle Koloskopie, auf Wunsch des Patienten		
	5372 – Abdominal-CT	155,55	272,78
	5376 – hochauflösendes Verfahren	29,14	52,46
	5377 – 3D-Darstellung	46,63	
	Anm.: – zur allg. Anwendung wird die Methode überwiegend nicht empfohlen, da Veränderungen der Darmschleimhaut anschließend doch mit konventioneller Koloskopie abgeklärt werden müssen (Polypabtragung oder PE). Wünscht der Patient jedoch die virtuelle Koloskopie, um bei unauffälligem Befund die endoskopische Koloskopie zu vermeiden, ist sie individuell indiziert		
M 5379	Nicht-invasive Koronararteriographie, z.B. mit Elektronenstrahl-Tomographie (EBCT) oder mit Mehrschicht-Computer-Tomographie, auch mit Bestimmung von Koronarkalk		
	5371 – CT im Thoraxbereich	134,06	241,31
	5376 – CT-Ergänzung	29,14	52,46
	5377 – Computergesteuerte Analyse	46,63	
	346 – KM-Einbringung Hochdruckinjektion	17,49	40,22

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
	347 – Ergänzende KM-Einbringung, je Einbringung	8,74	20,11
M 5380	Osteodensitometrie (Knochendichtemessung) außerhalb der GKV-Leistungspflicht		
	1 – Beratung	4,66	10,72
	5380 – Osteodensitometrie	17,49	31,48
	Anm.: – GKV-Leistung nur, wenn eine Fraktur ohne adäquates Trauma erlitten wurde und anamnestische und klinische Befunde den V.a. Osteoporose begründen – für sonographische Verfahren Nr. 410 GOÄ. Alleinige Messungen der Hautdicke mittels Ultraschall zur Osteoporosediagnostik sind nicht Gegenstand der vertragsärztlichen Versorgung (Beschluss des Bewertungsaussschusses, DÄB v. 02.12.2005) – bei nuklearmedizinischen Verfahren Nr. 5475 GOÄ berechnungsfähig – zu den Laborleistungen vgl. M 3467 und M 3468		
M 5490	Positronen-Emissions-Tomographie (PET) außerhalb der GKV-Leistungspflicht, z.B. zur Früherkennung demenzieller Erkrankungen (z.B. Morbus Alzheimer)		
	5489 – PET, quantifizierend	437,15	786,88
	Anm.: – zu Lasten der GKV ist PET ambulant nur bei den in Anlage 1 Nr. 14 § 1 der Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung“ erbringbar		

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
M 5492	PET-CT		
	Anm.: – das PET-CT ist Beratungsthema des GBA (DÄB vom 17.07.2006), somit (noch) IGeL. Kostenerstattung ist im Rahmen vertraglicher Vereinbarungen mit GKV-en möglich – zur Abrechnung kommen die für die jeweilige Untersuchung zutreffenden GOÄ-Ziffern des CT's neben der PET-Leistung		
M 5701	Funktionelle Magnet-Resonanz-Tomographie zur Früherkennung z.B. demenzieller Erkrankungen (z.B. Morbus Alzheimer)		
	5700 – MRT im Bereich des Kopfes	256,46	461,64
	Anm.: – ergänzende Serien und Zuschläge nach Nrn. 5731 ff. berechnungsfähig – bei Untersuchung anderer Organbereiche ist die entsprechende MRT-Ziffer in Ansatz zu bringen (z.B. zur Frühdiagnostik bei rheumatoider Arthritis die Nr. 5729 GOÄ)		
M 5716	MR-Tomographie der Herzkranzgefäße zur Früherkennung		
	5715 – MRT im Bereich des Thorax	250,64	451,14
	5731 – Ergänzende Serie(n)	58,29	104,92
	5732 – Zuschlag Positionswechsel/Spulenwechsel	58,29	
	5733 – Zuschlag 3-D-Rekonstruktion	46,63	
M 5722	MR-Tomographie der Mamma außerhalb der GKV-Leistungspflicht,		

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert
	5721 – MRT der Mamma(e)	233,15	419,67
	5732 – Zuschlag Positionswechsel/Spulenwechsel	58,29	
	5733 – Zuschlag 3-D-Rekonstruktion	46,63	
	Anm.: – z.B. zur Kontrolle der Integrität von auf Wunsch eingesetzten Brustimplantaten		
M 5724	Kernspintomographische Pelvimetrie zur Geburtsplanung (Simulation)		
	Anm.: – Abrechnung der GOÄ-Positionen je nach gewähltem Verfahren und Aufwand		
M 5725	Kernspintomographische Ausschlussdiagnostik außerhalb der GKV-Leistungspflicht auf Wunsch des Patienten		
	Anm.: – Abrechnung der GOÄ-Positionen je nach gewähltem Verfahren und Aufwand		
M 5830	Stereotaktisch gezielte Bestrahlungstherapie bei intrakraniellen Raumforderungen („Gamma-Knife“)		
	Anm.: – Abrechnung der GOÄ-Positionen je nach gewähltem Verfahren und Aufwand		
M 5850	Hyperthermie (u.a. Ganzkörperhyperthermie, regionale Tiefenhyperthermie, Oberflächenhyperthermie, Hyperthermie in Kombination mit Radiatio und/oder Chemotherapie)		

MEGO-Nr.	Leistung	1fach	Schwellenwert

Anm.:
- Abrechnung der GOÄ-Positionen 5851 ff. je nach gewähltem Verfahren und Aufwand. Gemäß Anlage II Nr. 42 der Richtlinie Methoden der vertragsärztlichen Versorgung nicht anerkannte Untersuchungs- und Behandlungsmethode

Stichwortregister

A

Abdingung 38, 40
Abgrenzung IGeL/GKV 23
Abklärungsdiagnostik M 95
Adipositas, Einzelbehandlung M 19
Adipositas, Gruppenbehandlung M 20
Adipositas-Profil, Labor-Check M 3422
Adoptions-Gutachten M 77
Aging Male, Behandlung M 1707
Akne-Behandlung M 737
Aktigraphie M 819
Akupunktur M 269
Alarknorpelreduktion M 1449
Allergene, Hauttitration M 391
Allergie, Labor-Basis-Check M 3415
Allergologie, Labor-Spezial-Check M 3485
Allergie-Check M 380
Allergien, Testung M 380 ff.
Alopezie-Behandlung M 13
alternative Heilverfahren M 30 ff.
Amalgam-Belastung, Labor-Check M 3480 ff.
Amblyopie-Screening M 1217
Anästhesie bei IGeL M 499
Analogabrechnung 34
Analtonometrie M 704
Androgenmangel, Behandlung M 1707
andrologische Diagnostik M 1875
Anthroposophische Medizin M 35
Anti-Aging-Behandlung, Basis-Check M 3460 f.
Anti-Aging-Behandlung, Beratung M 12
Anti-Aging-Behandlung, Bindegewebs-Check M 748
Anti-Aging-Behandlung, Männer M 1707
Antioxidantien, Beratung M 16
Antioxidantien-Status M 3463
Apherese, therapeutisch M 708, M 1420
Aptos-Lifting M 760
arbeitsmedizinisches Gutachten M 87
Arthrose-Behandlung
– Hochtontherapie M 3348
– mit Präparaten aus Patientenblut M 3292
Arzneimittelgesetz, Anzeigepflicht 55
Ästhetische Chirurgie M 2370 ff.
Asthma-Therapiekontrolle M 608
Atem-Biofeedback M 846
Atemstörungen, schlafbezogen M 613
Atemtherapie M 41
Atherosklerose-Profil M 3420 f.
Atherosklerose-Risiko, Beratung M 6
atopische Belastung, Abklärung M 380
Attest M 70 ff.
Audio-Check M 1410
Audiotherapie M 1411, M 1413
Aufbau-Präparate, Behandlung M 253
Auflichtmikroskopie M 750
Augen-
– augenärztlicher Check M 1205
– augenärztlich-sportmedizinische Untersuchung M 1208, M 1209
– augenärztliche Untersuchung des Verkehrsteilnehmers M 1206
Auslagenersatz 43
Ausschlussdiagnostik, kernspintomographisch M 5725
Autoren 9
Ayurvedische Medizin M 41

B

Baby-Fernsehen M 1015
Behandlungsvertrag 29, 32
Belastungs-EKG M 602 ff.
Beratung, s. Stichwort der IGeL-Leistung
Berufseingangsuntersuchung M 78
Besenreiser-Varizen M 764
Besondere Therapierichtungen M 30 ff.
Bestrahlungstherapie, Gamma-Knife M 5830
Bewegungsanalyse, Video-gestützt M 3334
Beweissicherung, Diagnostik M 95
BIA M 615 f.
Bindegewebs-Check M 748
Biofeedback-Behandlung M 846
biologisches Alter M 617 f.
Biomarker M 617 f.
Biometrie, optische M 1216.

Bioresonanz-Therapie M 32
Blase, Botox-Injektion M 1800
Blue-Peeling-Behandlung M 739
Blutbild M 3410
Blutdruckmessung
– telemetrisch M 653
– zur Früherkennung der pAVK M 605
Blutfette, Basis-Check M 3402
Blutgerinnung, Basis-Check M 3408
Blutgruppenbestimmung M 3495 f.
Blutzucker M 3403 f.
Borrelien-
– Antikörper M 3490
– Zeckenuntersuchung M 3489
Botulinum-Toxin-
– Injektion bei Hyperhydrosis M 789
– Injektion bei hyperaktiver Blase M 1800
Brain-Check M 858
Bright-light-Therapie M 873
Brillenglasberatung M 1218
Brillenverordnung M 1215
Bronchialkarzinom, Früherkennung M 3432, M 5368, M 678 f.
Brustkrebs-Früherkennung, Mammographie M 5266
Brustkrebs-Früherkennung, MRT M 5722
Brustkrebs-Früherkennung, Sonographie M 1005
Brustoperation M 2415
Brustvergrößerung, nicht-chirurgisch M 2425

C

C_{13}-Harnstoff-Atemtest M 619
C-reaktives Protein M 3428
Cellulite-Behandlung M 787
CFS, Labor-Check M 3491 f.
Check up-Untersuchung M 600 ff.
CHIVA M 765
Chlamydien-Infektion M 3441 f.
Cholesterin-Basis-Check M 3402
Chondroprotektiva, Injektion M 3340
Chondrozytenimplantation, autolog M 3290
Chromosomenaberrationen, Schnelldiagnostik M 3455
chronische Müdigkeit, Labor-Check M 3491 f.
Collagen-Einspritzung M 754
Colon-Hydro-Therapie M 33
Computertomographie, Niedrigdosis M 5368
CRP M 3428

D

Darmflora, Labor-Check M 3475
Darmkrebs-Vorsorge, Labor-Check M 3435
Delegationsfähigkeit 41
Depression, Behandlung M 872 f.
Dermatoskopie M 750
DHEA, Labor-Check M 3460 ff.
Diabetes-Vorsorge M 3403 f.
Diät-Beratung M 17
Dienstleistungs-Informationspflichten-Verordnung 55
Dimaval-Test M 3481
DNA-Bildzytometrie M 679
Doppler-Sonographie, Beingefäße M 409
Doppler-Sonographie, Hirngefäße M 407
Drogenscreening M 3499
Druckkammerfahrt M 503
Dünnschicht-Zytologie M 1017, M 4855
Dysbiose-Check M 3475

E

Echokardiographie M 424
Eigenblutbehandlung M 284
Eigenblusttherapie, Ozon M 295
Eigenfettunterspritzung M 756
Einlagenversorgung M 3330 f.
Eisenmangel, Basis-Check M 3409
Eizellen, Kryokonservierung M 1880
Eizellentnahme, laparoskopisch M 1117
EKG-Ereignisrekorder M 659 ff.
Elektrogastrographie M 694
Elektrolyte, Basis-Check M 3407

Elektromyographie M838
Empfängnisverhütung M 1091 ff.
Endometriumkarzinom, Früherkennung M 1006
endoskopische Untersuchung, HNO-Bereich M 1531
Endosonographie, Gefäße M 408
Endothelbiomikroskopie M 1246
Entspannungsverfahren M 875
epidurale Neurolyse M 3293
Epikutan-Tests M 380 ff.
Epilation M 742 f.
erektile Dysfunktion, Behandlung M 1706
Ergometrie M 603 ff.
ernährungsmedizinische Anamnese M 18
Event-EKG M 653 ff.
externe Magnetfeldtherapie, urolog. (EXMI) M 1773

F

Facelifting-Operation M 2451
Fahrerlaubnis-Verordnung M 85 ff.
Faktor V-Leiden M 3425
Faltenunterspritzung M 754 f.
Feldenkraisbehandlung M 855
fetale Vitalität, Sonographie M 1007
Fettabsaugung M 2375
First-Trimester-Screening M 3453
FISH-Test M 3455
Fitness-Check M 604
Fitness-Check, Labor-Test M 3462
Flugangst, Verhaltenstherapie M 850
Flugtauglichkeit, Untersuchung M 83
Fluoreszenz-Bronchoskopie M 678
Flüssigkeits-Zytologie M 1017, M 4855
fotografische Verlaufskontrolle, Auge M 1250
Frequenzanalyse der Funktion künstlicher Herzklappen M 606
Fruchtsäure-Peeling M 738
Früherkennungs-Untersuchung, Kinder M 720 ff.
Führerschein, Gutachten M 90
Führerschein, Labor-Check M 3498
Führerscheinentzug, Kontroll-Untersuchung M 91

G

Gamma-Knife M 583
Ganganalyse, Video-gestützt M 3334
Geburtsplanung, Pelvimetrie M 5724
Gefäß-Check, doppler-sonographisch M 409
Gefäß-Untersuchung, endosonographisch M 408
Gesichtsfeldausfälle, Sehtraining M 1265
Gestationsdiabetes, Früherkennung M 3404
Gewerbesteuer 47
Gesundheits-Check, computergestützt M 615
Gesundheits-Check, groß M 602
Gesundheits-Check, klein M 601
Glatzenbehandlung M 13
Glaukom-Vorsorge M 1238
Gleichgewichtstraining M 820
Glukose-Monitoring, kontinuierlich M 667
Glukose-Toleranztest M 3404
Gonokokken-Infektion M 3443
Grauer Star, Operation M 1375
Grüner Star, Früherkennung M 1238
Gutachten, Führerschein M 90
Gutachten, privat M 80
Gutachten, Sehtest M 89
Gutachten, umweltmedizinisch M 48
Gutachten, Wehrtauglichkeit M 79

H

Haarausfall, Labor-Check M 3466
Hämatogene Oxidationstherapie M 570
Hämorrhoidenoperation M 3241
Harnblasenkarzinom, Früherkennung M 1789, M 3433
Harnblasenkarzinom, Resektion M 1803
Hausapotheke, Beratung M 2
Hausbesuch M 50
Hautfunktionstest M 749
Haut-Haare-Nägel-Profil, Labor-Check M 3466
Hautkrebs-Vorsorge M 750

Hautkrebs-Vorsorge, Video-Untersuchung M 751
Hauttyp-Beratung M 749
Hautveränderungen, Korrektur M 2370
HbA_{1C} M 3403
Helicobacter-Test M 619, M 3436 f.
Hepatitis B, Labor-Check M 3440
Hepatitis C, Labor-Check M 3445
Herz-Handy M 653
Herzinfarkt-Risiko, Labor-Check M 3420
Herzinsuffizienz-Risiko, Labor-Check M 3421
Herzkranzgefäße, MRT M 5716
Hirnleistungs-Check M 858
Hirnleistungstraining M 860
Histologische Untersuchung bei IGeL M 4800
HIV-Test M 3440, M 3446
HIV-Test, Beratung M 4
HLA-B27 M 3429
HNO-Tumore, Früherkennung M 1531
Hochdruck-Injektion, schmerzarm M 252
Hochton-Therapie M 3348
Holzschutzmittel, Labor-Check M 3484
Homocystein M 3420, M 3422 ff.
Homöopathische Anamnese M 30 f.
Hörgeräte-Anpassung, Begleitung M 1421
Hörgeräte-Gebrauchsschulung M 1422, M 1423
Hörsturz, Apherese-Behandlung M 1420
hormonhaltiges Implantat M 1094 f.
Hormonsubstitution, Beratung M 12
Hornhautchirurgie, refraktiv M 1342
Hornhautdicke M 1248
Hornhauttopographie M 1242
HOT M 502
HPV-Test M 1018, M 3430
Hydrojet®-Behandlung M 528
Hyperaktivität M 729
Hyperbare Sauerstoff-Therapie M 503
Hyperhidrose, Behandlung M 789
Hyperthermie-Behandlung M 5850
Hypnose M 845
Hypothyreose, Früherkennung M 3465
Hysterektomie, suprazervikal M 1161

I

IGeL
– Abgrenzung zur GKV 23
– Abrechnung 33
– Aufklärungspflicht 31
– Behandlungsvertrag 29, 32
– bei Privatpatienten 28
– Kostenerstattung 24
– medizin. Aufklärung 31
– Notwendigkeit 21 ff.
Immunabwehr, Basis-Check M 3411
Immunglobulin E, allergenspezifisch M 3485
Immunglobuline, Bestimmung M 3411 f.
Immunstatus, zellulär M 3470
Impedanzanalyse, bioelektrisch M 615 f.
Impfberatung M 1
Impfstatus, Labor-Check M 3473
Impfungen, privat M 379
Impfungen, reisemedizinisch M 375
Impotenz, Behandlung M 1706
Infektionskrankheiten, Immunstatus M 3473
Infrarotlichttherapie, wassergefilterte M 573
Injektion, schmerzarm M 252
Injektionslipolyse M 757
Intervall-Check M 601
Intrakutan-Tests M 380 ff.
Intrauterin-Pessar M 1091 f.
intravitreale Injektion M 1366
In-vitro-Fertilisation M 1116 f.
IVF M 1116 f.

K

Kältekammer-Behandlung M 540
Karbonfaserstifte, Einbringung M 3292
Kardio-Check, sonographisch M 424
Katarakt-Operation M 1375
Kaugummi-Test, Amalgam M 3480
Kernspintomographie M 5701 ff.
Kinder, Früherkennungsuntersuchung M 720 ff.
Kindergarten-Eingangsuntersuchung M 72

Kinderwunsch M 1115 ff.
Kinesio-Taping M 529
Knochendichtemessung M 5380
knorpelschützende Substanzen, Injektion M 3340
Kollagen-Messung M 748
Koloskopie, virtuelle M 5369
Komplementäre Heilmethoden M 30 ff.
Kondylom-Entfernung, mittels Laser M 1141
Konisation, mittels Laser M 1086
Kontaktlinsen-Anpassung M 1214
Konzentrationsstörungen M 728
Koronararteriographie M 5379
Koronarkalk, Bestimmung M 5379
Körpertherapie M 848
Kosmetika, Verträglichkeitsprüfung M 735
kosmetische Beratung M 10
Kosmetische Chirurgie M 2370 ff.
kosmetische Eingriffe, Beratung M 11
Kraniosakraltherapie M 3307
Kräuterdampfbad M 41
Krebsfrüherkennung, Tumormarker M 3434
Krebs-Mehrschritt-Therapie M 713
Krebsvorsorge, Frauen M 1000
Krebsvorsorge, Männer M 1705
Kryokonservierung M 1880
Kunsttherapeutische Anamnese M 35
Kunsttherapie M 848
Kurzsichtigkeit, Behandlung M 1342

L

Labor-Basisprofil M 3400 f.
Labor-IGeL, Beratung M 8
Lageschwindel, Behandlung M 1419
Laktatschwelle, Bestimmung M 3494
Laser-Operation, gynäkologisch M 1086, M 1141
Lasertherapie, niederenergetisch M 3355
LASIK M 1335 f.
Laufanalyse, Video-gestützt M 3334
Leber-Galle-Pankreas, Basis-Check M 3405
Leistungsdiagnostik, sportmedizinisch M 3304
Leistungsniveau, Untersuchung M 802
Lidkorrektur M 2445
Lipexhärese M 2375
Lippenunterspritzung M 754
Lösungsmittel, Labor-Check M 3483
Lungen-Check M 607
Lungenfunktions-Check M 602
Lungenkrebs, Labor-Check M 3432
Lymphdrainage, apparativ M 526

M

Magen-Vorsorge, Labor-Check M 3436
Magnetfeldtherapie M 3350
Magnet-Resonanz-Tomographie, funktionell M 5701
Magnetstimulation, transkraniell M 872
Makuladegeneration, Behandlung M 708, M 1364
Maltherapie M 35
Manualtherapie M 1419, M 3307
Massage-Behandlung M 520
Massage-Behandlung, Hydrojet® M 528
Meditation M 41
medizinisch-kosmetische Beratung M 10
MEGO-Erläuterung 25 ff.
MEGO, allg. Bestimmungen 55
Mesotherapie M 268
Metall-Allergien, Ausschluss M 381
Mikrobiologische Therapie M 38
Migränebehandlung M 880
Milien-Entfernung M 761
Morbus Alzheimer, Früherkennung M 5490 f.
Morbus Down, Früherkennung M 1008, M 1016, M 3452 ff.
MRT M 5701 ff.
Multiplikator 36
Musiktherapie M 35
Musiktherapie, rezeptiv M 41
Muskel-Check, Labor-Test M 3462
Muskelfunktionsdiagnostik M 838
Muttermale, Verlaufskontrolle M 751
Myofeedback M 846

N

Nackentransparenz, Sonographie M 1008
Nahrungsergänzungsmittel, Beratung M 16
Narbenbehandlung M 740
Narbenkorrektur M 2441
Nasenkorrektur M 1447
Neopterin, Labor-Check M 3471
Netzhaut-
– Kohärenztomographie M 1249
– Tomographie M 1245
– Vermessung Nervenfaserschicht M 1244
Neuralrohrdefekt, Früherkennung M 1016, M 3452 ff.
Neuraltherapie M 267
Neuro-Monitoring, intraoperativ M 482
Niedrigdosis-Computertomographie M 5368
Nieren, Basis-Check Labor M 3406
Nieren, Check-up M 609
Nikotinentwöhnung M 22
Nikotin-Nachweis, Labor-Check M 3497
NO-Messung bei Asthmatherapie M 608

O

Ohrmuschelplastik M 2448, M 2449
Ölmassage M 41
Optische Cohärenz-Tomographie M 752
orthopädische Leistungsdiagnostik M 3304
Ösophagus, Kapsel-pH-Metrie M 695
Ostabschlag 38
Osteodensitometrie M 5380
Osteopathie M 3307
Osteoporose-Risiko, Labor-Check M 3467 f.
Osteoporose-Vorsorge M 3467 f., M 5380
otoakustische Emissionen M 1410
Otolithenbefreiungsmanöver M 1419
Oxidationstherapie, hämatogen M 570
Ozon-Eigenblut-Therapie M 295

P

Pachymetrie M 1248
PADAM, Behandlung M 1707
Papillenanalyse M 1240
Patientenbuch M 75
Pauschalabrechnung 34
Pedographie M 3332
Peeling-Behandlung M 738 f.
Pelvimetrie, kernspintomographisch M 5724
Permanent-Make-up M 767
PET M 5490
PET/CT M 5492
Phimose-Operation M 1741
Phobien M 850
photodynamische Therapie am Auge (PDT) M 1370
Piercing M 768
„Pille danach“, Beratung M 23
podometrische Untersuchung M 3330
polarisiertes Licht, Hautbehandlung M 753
Positronen-Emissions-Tomographie M 5490
Posturographie M 820
Praxis-Service M 99
Prostata, Behandlung (TUMT, TULIP, LITT u.a.) M 1770
Prostata-Krebs, Vorsorge M 5
Prothrombin-Genmutation M 3425 f.
PSA-Test M 3431
PSA-Test, Beratung M 5
PST M 3352
psychometrische Tests M 859
Psychotherapie M 847
Pulsierende Signaltherapie M 3352

Q

Quadrupel-Test M 3454
Quecksilber-Belastung, Labor-Check M 3480 ff.
Quellgasbehandlung M 293

R

Rabattgewährung 37
Raucherentwöhnung M 22
Raucher-Vorsorge M 3432
Rechnungsstellung (§ 12 GOÄ) 44
Refertilisation M 1143
Regelverschiebung, Beratung M 24
Reiseapotheke, Beratung M 2
Reisemedizin, Beratung M 1
Reisemedizin, Impfungen M 375
Reiserücktritt, Bescheinigung M 71
Reizdarm Rhonchopathie M 1411, M 1451, M 1452
– Profil, Labor-Check M 3438
Restless-Legs-Syndrom M 819
Rheopherese M 708, M 1420
Rhinoplastik M 1447
Rhonchopathie-Screening M 1412
Rhythmische Massage M 35

S

Sauerstoff-Mehrschritt-Therapie M 504
Sauerstoff-Therapie, hyperbar M 503
Schiel-Vorsorge M 1220
Schilddrüsen-Check, sonographisch M 417
Schilddrüsen-Vorsorge, Labor-Check M 3465
Schlafbezogene Atemstörungen, Screening M 613
Schlafprofil-Analyse M 818
Schlafstörungen, Diagnostik M 818
Schlafstörungen, Labor-Check M 3493
Schlaganfall-Risiko, Labor-Check M 3420 f.
Schlaganfall-Vorsorge M 407
Schlupflider, Korrektur M 2445
Schnarchen, Rhonchopathie M 1411
Schulbescheinigung M 70
Schullaufbahn-Beratung M 802
Schwachsichtigkeit, Vorsorge M 1217
Schwangerschaft, Hormonüberwachung M 3456
Schwangerschaft, Infektionsvorsorge M 3450 f.
Schwangerschaft, Sonographie M 1007 ff.
Schwangerschaftsverhütung, Beratung M 23
Schweißdrüsenabsaugung M 2376
Schwermetalle, Labor-Check M 3482
Second Opinion M 60
Sehtest-Bescheinigung M 88
Sehtraining, computergestützt M 1265
Selbstbehauptungs-Training M 852
Selbsterfahrungs-Training M 851
Selbstmedikation, Beratung M 15
Selen M 3463 f.
Sexualberatung M 25
sexuell übertragbare Erkrankungen, Beratung M 4
sexuell übertragbare Erkrankungen, Labor-Check M 3440
sexuell übertragbare Erkrankungen
– Beratung M 4
– Labor-Check M 3440
– frauenärztlicher Check-up M 1180
– urologischer Check-up M 1890
Skonto 38
Sonnenexpositions-Prophylaxe M 734
Sono-Check M 400, M 602
Sonographie M 400 ff.
Sonographie, Krebsvorsorge M 1000 ff., M 1705
Sonographie, Schwangerschaft M 1007 f.
Sperma, Kryokonservierung M 1872 f.
Spermiogramm M 1875
sportärztliche Untersuchung M 26
Sportboot-Führerschein, Untersuchung M 82
Sport-Check M 603
Sportmedizin M 603 ff.
sportmedizinische Beratung M 27
sportmedizinische Vorsorge M 603
Sporttauglichkeitsuntersuchung M 610
Spurenelemente, Labor-Check M 3464
Sputumzytologie M 679
Standverhalten, Analyse M 820
Steigerungsfaktor 38
Sterilisation, bei der Frau M 1142
Sterilisation, beim Mann M 1870

Sterilität, Behandlung M 1115 ff.
Sterilitätsvorsorge, Labor-Check M 3442
Stoßwellentherapie
– orthopädisch M 3345 f.
– urologisch, bei IPP M 1750
Stressbewältigungs-Training M 853
Stress-Profil, Labor-Check M 3423 f.
Stroke-Check, Doppler-sonographisch M 407
Suchtmittelentwöhnung M 21
Symbioselenkung M 38

T

Tätowierungen, Entfernung M 758
Tauchfähigkeitsuntersuchung M 81
Tauchtauglichkeitsuntersuchung, HNO-ärztliche M 1410
Taxifahrer, Gutachten M 87
TCM M 40
Telemetrie M 653
Testosteron, Labor-Check M 3461
Thrombose-Risiko, Beratung M 6
Thrombose-Risiko, Labor-Check M 3425
Tieftemperaturkammer M 540
Tinnitus
– Infusionstherapie M 1402
– Retraining-Therapie M 1561
Tomesa-Behandlung M 732
Tonsillotomie, Laser M 1494
Traditionelle Chinesische Medizin M 40
Tränenfilm M 1247
Trainingsbegleitung M 28
Trainingstherapie, Wirbelsäule M 3325 f.
Tränensäcke, Korrektur M 2445
transkranielle Magnetstimulation M 872
Trichogramm M 13
Triple-Test M 3452
TSH-Bestimmung M 3465
Tumeszens-Anästhesie M 455
Tumormarker M 3434

U

Ultraschall M 400 ff.
Ultraschall, Krebsvorsorge M 1000 ff., M 1705
Ultraschall-Behandlung M 3354
Umsatzsteuer 48 ff.
Umweltmedizin, Anamnese M 45
Umweltmedizin, Behandlungskonzept M 47
Umweltmedizin, Beratung M 46
Umweltmedizin, Gutachten M 48
Umweltmedizin, Wohnraumbegehung M 49
Umwelt-Profil, Labor-Check M 3482 ff.
Unkonventionelle Heilverfahren M 30 ff.
UV-Behandlung M 734
Uvulopalatopharyngoplastik (LAUP) M 1451

V

Vakuumversiegelungstherapie von Wunden M 205
Varizen M 764 ff.
Verhaltenstherapie M 850
Versicherungsanfrage M 76
Video-Dermatoskopie M 751
Visuelles Restitutionstraining M 1265
Vitalstoff-Check M 3464
Vitamine, Labor-Check M 3464
Vitaminpräparate, Behandlung M 253
Vitaminpräparate, Beratung M 16
Vorhautbeschneidung M 1741
Vorsorge-Untersuchung, sportmedizinisch M 603

W

Warzenbehandlung M 736
Wehrtauglichkeit, Begutachtung M 79
Wellness-Massage M 520
Wirbelsäule, Behandlung M 3326
Wirbelsäule, Funktionsanalyse M 3325
Wirbelsäulenvermessung, lichtoptisch M 3335
Wohnraumbegehung, umweltmedizinisch M 49

Z

Zeckenstich, Labor M 3489 f.
Zervixkarzinom, Früherkennung M 1017 f.
Zielleistung 43
Zink M 3463 f.
Zweitmeinung M 60
Zyklusmonitoring M 1115