Bundesrat Drucksache 118/88

10.03.88

AS - Fz - G

Verordnung

der Bundesregierung

Dritte Verordnung zur Änderung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)

A. Zielsetzung

Mit der Verordnung sollen

- die Gebühren für privatärztliche Leistungen an die wirtschaftliche Entwicklung angepaßt werden,
- einige dringliche Korrekturen des ärztlichen Gebührenrechts vorgenommen werden.

B. Lösung

Die Zielsetzung wird durch folgende Maßnahmen erreicht:

- Anhebung des Punktwertes um 10 vom Hundert auf 11 Pfennige,
- Absenkung des Vergütungsniveaus für laborärztliche Leistungen durch pauschale Abwertung der Punktzahlen für diese Leistungen um 20 vom Hundert sowie durch gezielte Minderung der Gebühren für Laborleistungen, die unter Einsatz von weitgehend mechanisierten bzw. teil- oder vollautomatisierten Analysegeräten erbracht werden,
- Aufnahme anerkannter Analogleistungen in das Gebührenverzeichnis,
- zielgenauere Beschreibung der Voraussetzungen, unter denen delegierte ärztliche Leistungen berechnungsfähig sind,

Alleinvertrieb: Verlag Dr. Hans Heger, Postfach 20 08 21, 5300 Bonn 2
ISSN 0720-2946

- Ausschluß der gesonderten Berechnung geringwertiger Sprechstundenbedarfsmaterialien,
- Erleichterung der Abrechnung einer zuwendungsintensiven eingehenden Beratung und
- Neufassung des Kapitels über die Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie.

C. Alternativen

Keine

D. Kosten

Durch die Gebührenordnung werden die Gebühren für ärztliche Leistungen so angehoben, daß sich eine maßvolle Erhöhung des durchschnittlichen Preisniveaus für ärztliche Leistungen in Höhe von 3 bis 4 vom Hundert ergibt.

Bund, Länder und Gemeinden werden als Beihilfeträger durch eine entsprechende Erhöhung des Anteils ihrer Beihilfeausgaben für privatärztliche Leistungen in Höhe von 78 bis 104 Millionen DM jährlich belastet. Davon entfallen auf den Bund einschließlich Post und Bahn zwischen 36 und 48 Millionen DM, auf die Länder zwischen 35 und 47 Millionen DM und auf die Gemeinden zwischen 7 und 9 Millionen DM jährlich.

Bundesrat Drucksache 118/88

10.03.88

AS - Fz - G

Verordnung
der Bundesregierung

Dritte Verordnung zur Änderung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)

Bundesrepublik Deutschland
Der Bundeskanzler

Bonn, den 10. März 1988

121 (311) - 603 03 - Ae 10/88

An den
Herrn Präsidenten des Bundesrates

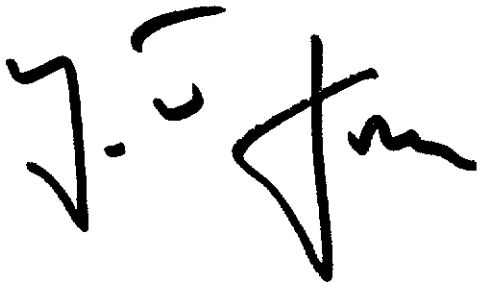
Hiermit übersende ich die von der Bundesregierung beschlossene

Dritte Verordnung zur Änderung der
Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)

mit Begründung und Vorblatt.

Ich bitte, die Zustimmung des Bundesrates aufgrund des Artikels 80 Abs. 2 des Grundgesetzes herbeizuführen.

Federführend ist der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung.



Dritte Verordnung zur Änderung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) vom ...

Auf Grund des § 11 der Bundesärzteordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 16. April 1987 (BGBl. I S. 1218) verordnet die Bundesregierung mit Zustimmung des Bundesrates:

Artikel 1
Änderung der Gebührenordnung für Ärzte

(1) Die Gebührenordnung für Ärzte vom 12. November 1982 (BGBl. I S. 1522), zuletzt geändert durch die Verordnung vom 20. Dezember 1984 (BGBl. I S. 1680), wird wie folgt geändert:

1. § 1 wird wie folgt geändert:

   a) Absatz 2 wird gestrichen.

   b) Der bisherige Absatz 3 wird Absatz 2; in Satz 2 dieses Absatzes werden nach dem Wort "Verlangen" die Worte "des Zahlungspflichtigen" eingefügt.

2. § 2 Abs. 2 wird wie folgt geändert:

   a) Satz 1 wird durch folgende Sätze ersetzt:

   "Eine Vereinbarung nach Absatz 1 zwischen Arzt und Zahlungspflichtigem ist vor Erbringung der Leistung des Arztes in einem Schriftstück zu treffen. Dieses muß auch die Feststellung enthalten, daß eine Erstattung der Vergütung durch Erstattungsstellen möglicherweise nicht in vollem Umfang gewährleistet ist. Weitere Erklärungen darf die Vereinbarung nicht enthalten."

   b) Der bisherige Satz 2 wird Satz 4.

3. § 4 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 erhält folgende Fassung:

"(2) Der Arzt kann Gebühren nur für selbständige ärztliche Leistungen berechnen, die er selbst erbracht hat oder die unter seiner Aufsicht nach fachlicher Weisung erbracht wurden (eigene Leistungen). Als eigene Leistungen gelten auch von ihm berechnete Laborleistungen, die nach fachlicher Weisung unter der Aufsicht eines anderen Arztes in Laborgemeinschaften, labormedizinischen Praxen oder in von Ärzten ohne eigene Liquidationsberechtigung geleiteten Krankenhauslabors erbracht werden. Für eine Leistung, die Bestandteil oder eine besondere Ausführung einer anderen Leistung nach dem Gebührenverzeichnis ist, kann der Arzt eine Gebühr nicht berechnen, wenn er für die andere Leistung eine Gebühr berechnet."

b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 1 erhält folgende Fassung:
"Mit den Gebühren sind die Praxiskosten einschließlich der Kosten für den Sprechstundenbedarf sowie die Kosten für die Anwendung von Instrumenten und Apparaten abgegolten, soweit nicht in dieser Verordnung etwas anderes bestimmt ist."

bb) Satz 2 wird gestrichen.

cc) Satz 3 wird Satz 2.

4. § 5 wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift erhält folgende Fassung:
"Bemessung der Gebühren für Leistungen des Gebührenverzeichnisses."

b) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 3 erhält folgende Fassung:
"Der Punktwert beträgt elf Deutsche Pfennige."

bb) Folgender Satz 4 wird angefügt:
"Bei der Bemessung von Gebühren sind Bruchteile von Pfennigen auf volle Pfennigbeträge abzurunden."

c) Absatz 2 Satz 1 erhält folgende Fassung:

"Innerhalb des Gebührenrahmens sind die Gebühren unter Berücksichtigung der Schwierigkeit und des Zeitaufwandes der einzelnen Leistung sowie der Umstände bei der Ausführung nach billigem Ermessen zu bestimmen."

d) In Absatz 3 Satz 1 werden die Worte "M und O" durch die Worte "M, O und Q" ersetzt.

5. § 6 wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift erhält folgende Fassung:
"Gebühren für andere Leistungen"

b) Nach der Überschrift wird vor dem bisherigen Wortlaut folgender Absatz 1 eingefügt:

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

c) Der bisherige Wortlaut wird Absatz 2 und wie folgt geändert:

aa) Satz 1 erhält folgende Fassung:

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

bb) Satz 2 wird gestrichen.

6. § 10 erhält folgende Fassung:

"Ersatz von Auslagen

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

1. die Kosten für diejenigen Arzneimittel, Verbandmittel und sonstigen Materialien, die der Patient zur weiteren Verwendung behält oder die mit einer einmaligen Anwendung verbraucht sind, mit Ausnahme der Kosten für

a) Kleinmaterialien wie Zellstoff, Mulltupfer, Schnellverbandmaterial, Verbandspray, Gewebeklebstoff auf Histoacrylbasis, Mullkompressen, Holzspatel, Holzstäbchen, Wattestäbchen, Gummifingerlinge,

b) Reagenzien und Narkosemittel zur Oberflächenanaesthesie,

c) Desinfektions- und Reinigungsmittel,

d) Augen-, Ohren-, Nasentropfen, Puder, Salben und geringwertige Arzneimittel zur sofortigen Anwendung sowie für

e) folgende Einmalartikel: Einmalspritzen, Einmalkanülen, Einmalhandschuhe, Einmalharnblasenkatheter, Einmalskalpelle, Einmalproktoskope, Einmaldarmrohre, Einmalspekula,

2. die durch Leistungen nach den Abschnitten M, N und O des Gebührenverzeichnisses entstandenen Versand- und Portokosten,

3. die bei der Anwendung radioaktiver Stoffe durch deren Verbrauch entstandenen Kosten sowie

4. die nach den Vorschriften des Gebührenverzeichnisses als gesondert berechnungsfähig ausgewiesenen Kosten."

7. § 12 wird wie folgt geändert:

a) Die Überschrift erhält folgende Fassung:

"Fälligkeit und Abrechnung der Vergütung; Rechnung"

b) Absatz 2 erhält folgende Fassung:

"(2) Die Rechnung muß insbesondere enthalten:

1. das Datum der Erbringung der Leistung,
2. bei Gebühren die Nummer und die Bezeichnung der einzelnen berechneten Leistung sowie den jeweiligen Betrag und den Steigerungssatz,
3. bei Gebühren für stationäre und teilstationäre privatärztliche Leistungen zusätzlich den Minderungsbetrag nach § 6 a,
4. bei Entschädigungen nach den §§ 7 bis 9 den Betrag, die Art der Entschädigung und die Berechnung,
5. bei Ersatz von Auslagen nach § 10 den Betrag und die Art der Auslage; übersteigt der Betrag der einzelnen Auslage 50,- Deutsche Mark, ist der Beleg oder ein sonstiger Nachweis beizufügen."

c) Die bisherigen Sätze 2 bis 5 des Absatzes 2 werden Absatz 3 und wie folgt geändert:

aa) Im bisherigen Satz 2 werden die Worte "Satz 1" durch die Worte "Absatz 2" ersetzt.

bb) Im bisherigen Satz 4 werden die Worte "Satz 1" durch die Worte "Absatz 2" ersetzt.

cc) Im bisherigen Satz 5 wird die Klammer "(§ 1 Abs. 3 Satz 2)" durch die Klammer "(§ 1 Abs. 2 Satz 2)" ersetzt.

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

e) Der bisherige Absatz 3 wird Absatz 5 und wie folgt geändert:

Die Worte "und 2" werden durch die Worte "bis 4" ersetzt.

(2) Das Gebührenverzeichnis für ärztliche Leistungen - Anlage zur GOÄ - vom 12. November 1982 (Anlageband zum Bundesgesetzblatt Teil I Nr. 43 vom 19. November 1982) wird wie folgt geändert:

1. Die Übersicht vor Abschnitt A des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen wird wie folgt geändert:
In der Spalte "Nummer" werden die Zahlen
"371" in "372",
"567" in "569",
"865" in "887",
"1383" in "1386",
"1859" in "1860",
"2182" in "2184",
"2200" in "2203",
"2357" in "2358",
"2630" in "2620" sowie
"2713" in "2732"
geändert.

2. Nach der Zeile "6000 bis 6018 P. Sektionsleistungen" wird folgende Zeile angefügt:

"6100 Q. Magnetfeld-Resonanz-Tomographie"

3. Im Abschnitt "A. Gebühren in besonderen Fällen" werden die Nummernangaben "635 bis 643, 646, 647" ersetzt durch "635 bis 647".

4. Bei den Leistungen nach den Nummern 1 und 1a werden die Beträge in der Spalte "Gebühr in DM" um 10 vom Hundert erhöht.

5. Die Leistung nach Nummer 1b wird wie folgt gefaßt:

"1b	Eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Beratung - gegebenenfalls einschließlich Untersuchung -	150	16,50
	Die Leistung nach Nummer 1b ist nur berechnungsfähig als einzige Leistung (Dauer mindestens 15 Minuten) oder im Zusammenhang mit einer eingehenden Untersuchung nach den Nummern 65, 65a, 800 oder 801 (Gesamtdauer in diesem Fall mindestens 25 Minuten)"		

6. Bei den Leistungen nach den Nummern 2 bis 4b werden die Beträge in der Spalte "Gebühr in DM" um 10 vom Hundert erhöht.

7. Nach der Leistung nach Nummer 4b wird folgende Nummer 4c eingefügt:

"4c	Zuschlag zur Visite bei Vorhalten eines vom Belegarzt zu vergütenden ärztlichen Bereitschaftsdienstes, je Tag	60	6,60
	Der Zuschlag nach Nummer 4c ist nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig."		

8. Bei den Leistungen nach den Nummern 5 bis 18 werden die Beträge in der Spalte "Gebühr in DM" um 10 vom Hundert erhöht.

9. Nach der Leistung nach Nummer 18 wird folgende Nummer 19 eingefügt:

"19	Schriftliche, individuelle Verordnung und Leitung einer Kur mit balneologischen und klimatherapeutischen Maßnahmen unter Einbeziehung gesundheitserzieherischer Aspekte	150	16,50"

10. Bei den Leistungen nach den Nummern 20 bis 31 werden die Beträge in der Spalte "Gebühr in DM" um 10 vom Hundert erhöht.

11. Bei den Leistungen nach den Nummern 35 bis 92 werden die Beträge in der Spalte "Gebühr in DM" um 10 vom Hundert erhöht.

12. Der Leistung nach Nummer 92 wird folgende Abrechnungsbestimmung angefügt:

"Versand- und Portokosten sind gesondert berechnungsfähig."

13. Bei der Leistung nach Nummer 93 wird der Betrag in der Spalte "Gebühr in DM" um 10 vom Hundert erhöht.

14. Für die Leistung nach Nummer 94 wird die Zahl in der Spalte "Punktzahl" von "42" in "34", der Betrag in der Spalte "Gebühr in DM" von "4,20" in "3,74" geändert.

15. Bei den Leistungen nach den Nummern 95 bis 256 werden die Beträge in der Spalte "Gebühr in DM" um 10 vom Hundert erhöht.

16. Nach der Abrechnungsbestimmung zu der Leistung nach Nummer 256 werden folgende Nummern 257 und 258 eingefügt:

"257	Einbringung von Arzneimitteln in einen parenteralen Katheter	30	3,30
	Die Leistung nach Nummer 257 ist im Zusammenhang mit einer Anästhesie/Narkose nicht berechnungsfähig für die Einbringung von Anästhetika, Anästhesieadjuvantien und Anästhesieantidoten.		
	Wird die Leistung nach Nummer 257 im Zusammenhang mit einer Anästhesie/Narkose berechnet, ist das Medikament anzugeben.		
258	Transfemorale venöse Blutentnahme aus dem Bereich der unteren Hohlvene	520	57,20"

17. Bei den Leistungen nach den Nummern 260 bis 292 werden die Beträge in der Spalte "Gebühr in DM" um 10 vom Hundert erhöht.

18. Nach der Leistung nach Nummer 292 wird folgende Nummer 293 eingefügt:

"293	Blutaustauschtransfusion	817	89,87"

19. Bei den Leistungen nach den Nummern 300 bis 348 werden die Beträge in der Spalte "Gebühr in DM" um 10 vom Hundert erhöht.

20. Für die Leistung nach Nummer 355 wird der in der Spalte "Gebühr in DM" ausgeworfene Betrag von "105,-" in "114,95" geändert.

21. Bei den Leistungen nach den Nummern 356 bis 360 werden die Beträge in der Spalte "Gebühr in DM" um 10 vom Hundert erhöht.

22. Nach der Leistung nach Nummer 360 wird folgende Nummer 364 eingefügt:

"364	Einbringung eines Kontrastmittels zur Pankreatographie durch ERP (endoskopische retrograde Sondierung der Papilla vateri)	230	25,30"

23. Bei den Leistungen nach den Nummern 365 bis 371 werden die Beträge in der Spalte "Gebühr in DM" um 10 vom Hundert erhöht.

24. Nach der Leistung nach Nummer 371 wird folgende Nummer 372 eingefügt:

"372	Einbringung eines Kontrastmittels in ein oder mehrere Wirbelgelenk(e)	380	41,80"

25. Bei den Leistungen nach den Nummern 375 und 376 werden die Beträge in der Spalte "Gebühr in DM" um 10 vom Hundert erhöht.

26. Nach der Leistung nach Nummer 376 wird folgende Nummer 377 eingefügt:

"377	Skarifikation im Rahmen der Melanomtherapie, bis zu viermal je Sitzung	35	3,85"

27. Bei den Leistungen nach den Nummern 381 bis 408 werden die Beträge in der Spalte "Gebühr in DM" um 10 vom Hundert erhöht.

28. Nach der Leistung nach Nummer 408 wird folgende Nummer 409 eingefügt:

"409	Doppler-Echokardiographie - einschließlich Dokumentation -	1200	132,-"

29. Bei den Leistungen nach den Nummern 410 bis 417 werden die Beträge in der Spalte "Gebühr in DM" um 10 vom Hundert erhöht.

30. Nach der Leistung nach Nummer 417 wird folgende Nummer 419 eingefügt:

"419	Einführung einer Magenverweilsonde zur enteralen Ernährung	120	13,20"

31. Bei den Leistungen nach den Nummern 420 bis 523 werden die Beträge in der Spalte "Gebühr in DM" um 10 vom Hundert erhöht.

32. Nach der Leistung nach Nummer 523 werden folgende Nummern 525 und 526 eingefügt:

"525	Intermittierende apparative Kompressionstherapie an einer Extremität, je Sitzung	35	3,85

526	Intermittierende apparative Kompressionstherapie an mehreren Extremitäten, je Sitzung	55	6,05"

33. Bei den Leistungen nach den Nummern 527 bis 567 werden die Beträge in der Spalte "Gebühr in DM" um 10 vom Hundert erhöht.

34. Nach der Leistung nach Nummer 567 wird folgende Nummer 569 eingefügt:

"569	Photo-Patch-Test (belichteter Läppchentest), bis zu drei Tests je Sitzung, je Test	30	3,30"

35. Bei den Leistungen nach den Nummern 600 bis 602 werden die Beträge in der Spalte "Gebühr in DM" um 10 vom Hundert erhöht.

36. Nach der Leistung nach Nummer 602 werden folgende Nummern 603 und 604 eingefügt:

"603	Bestimmung des Atemwegwiderstandes (Resistance) nach der Oszillationsmethode oder der Verschlußdruckmethode - gegebenenfalls einschließlich fortlaufender Registrierung -	90	9,90
	Neben der Leistung nach Nummer 603 ist die Leistung nach Nummer 608 nicht berechnungsfähig.		
604	Bestimmung des Atemwegwiderstandes (Resistance) nach der Oszillationsmethode oder der Verschlußdruckmethode vor und nach Applikation pharmakodynamisch wirksamer Substanzen - gegebenenfalls einschließlich Phasenwinkelbestimmung und gegebenenfalls einschließlich fortlaufender Registrierung -	160	17,60
	Mit der Gebühr sind die Kosten abgegolten.		
	Neben der Leistung nach der Nummer 604 sind die Leistungen nach den Nummern 603 und 608 nicht berechnungsfähig."		

37. Bei den Leistungen nach den Nummern 605 bis 632 werden die Beträge in der Spalte "Gebühr in DM" um 10 vom Hundert erhöht.

38. Nach der Abrechnungsbestimmung zu der Leistung nach Nummer 632 wird folgende Nummer 634 eingefügt:

"634	Lichtreflex-Rheographie	120	13,20"

39. Bei den Leistungen nach den Nummern 635 bis 642 werden die Beträge in der Spalte "Gebühr in DM" um 10 vom Hundert erhöht.

40. Die Leistung nach Nummer 643 wird wie folgt gefaßt:

"643	Periphere Arterien- bzw. Venendruck- und/oder Strömungsmessung	120	13,20"

41. Nach der Leistung nach Nummer 643 werden folgende Nummern 644 und 645 eingefügt:

"644	Untersuchung der Strömungsverhältnisse in den Extremitätenarterien bzw. -venen mit direktionaler Ultraschall-Doppler-Technik - einschließlich graphischer Registrierung -	180	19,80
645	Untersuchung der Strömungsverhältnisse in den hirnversorgenden Arterien und den Periorbitalarterien mit direktionaler Ultraschall-Doppler-Technik - einschließlich graphischer Registrierung -	650	71,50"

42. Bei den Leistungen nach den Nummern 646 bis 657 werden die Beträge in der Spalte "Gebühr in DM" um 10 vom Hundert erhöht.

43. Die Nummer 658 wird gestrichen.

44. Die Leistung nach Nummer 659 wird wie folgt gefaßt:

"659	Elektrokardiographische Untersuchung über mindestens achtzehn Stunden (Langzeit-EKG) - gegebenenfalls einschließlich gleichzeitiger Registrierung von Puls und Atmung -, mit Auswertung	1050	115,50"

45. Bei den Leistungen nach den Nummern 660 bis 690 werden die Beträge in der Spalte "Gebühr in DM" um 10 vom Hundert erhöht.

46. Nach der Leistung nach Nummer 690 werden folgende Nummern 691, 692, 693 und 694 eingefügt:

"691	Ösophago-/Gastro-/Bulboskopie mit nachfolgender Sklerosierung von Ösophagusvarizen - gegebenenfalls einschließlich Probeexzision und/oder Probepunktion -	1400	154,-
692	Duodenoskopie mit Sondierung der Papilla vateri zwecks Einbringung von Kontrastmittel und/oder Entnahme von Sekret - gegebenenfalls einschließlich Probeexzision und/oder Probepunktion - mit Papillotomie (Hochfrequenzelektroschlinge) und Steinentfernung	1900	209,-
693	Langzeit-pH-metrie des Ösophagus - einschließlich Sondeneinführung -	300	33,-
694	Manometrische Untersuchung des Ösophagus	500	55,-"

47. Bei den Leistungen nach den Nummern 695 bis 705 werden die Beträge in der

Spalte "Gebühr in DM" um 10 vom Hundert erhöht.

48. Nach der Leistung nach Nummer 705 werden folgende Nummern 706 und 714 eingefügt:

"706	Licht- oder Laserkoagulation(en) zur Beseitigung von Stenosen oder zur Blutstillung bei endoskopischen Eingriffen, je Sitzung	600	66,-
714	Neurokinesiologische Diagnostik nach Vojta (Lagereflexe) sowie Prüfung des zerebellaren Gleichgewichtes und der Statomotorik	180	19,80"

49. Bei den Leistungen nach den Nummern 715 bis 756 werden die Beträge in der Spalte "Gebühr in DM" um 10 vom Hundert erhöht.

50. Die Leistung nach Nummer 757 wird wie folgt gefaßt:

"757	Chemochirurgische Behandlung einer Präkanzerose - gegebenenfalls in mehreren Sitzungen -	150	16,50"

51. Bei den Leistungen nach den Nummern 758 bis 781 werden die Beträge in der Spalte "Gebühr in DM" um 10 vom Hundert erhöht.

52. Nach der Leistung nach Nummer 781 wird folgende Nummer 784 eingefügt:

"784	Erstanlegen einer externen Medikamentenpumpe - einschließlich Einstellung sowie Beratung und Schulung des Patienten - gegebenenfalls in mehreren Sitzungen -	275	30,25"

53. Bei den Leistungen nach den Nummern 785 bis 791 werden die Beträge in der Spalte "Gebühr in DM" um 10 vom Hundert erhöht.

54. Die Leistung nach Nummer 792 wird wie folgt gefaßt:

"792	Ärztliche Betreuung eines Patienten bei Hämodialyse als Zentrums- oder Praxisdialyse (auch als Feriendialyse) - auch als Hämofiltration oder bei Plasmapherese -, je Dialyse bzw. Sitzung	440	48,40"

55. Bei den Leistungen nach den Nummern 793 bis 827 werden die Beträge in der Spalte "Gebühr in DM" um 10 vom Hundert erhöht.

56. Nach der Leistung nach Nummer 827 werden folgende Nummern 828 und 829 eingefügt:

"828	Messung visuell, akustisch oder somatosensorisch evozierter Hirnpotentiale (VEP, AEP, SSP)	605	66,55
829	Sensible Elektroneurographie mit Oberflächenelektroden - gegebenenfalls ein-		

	schließlich Bestimmung der Rheobase und der Chronaxie -	160	17,60"

57. Bei den Leistungen nach den Nummern 830 bis 839 werden die Beträge in der Spalte "Gebühr in DM" um 10 vom Hundert erhöht.

58. Nach der Leistung nach Nummer 839 wird folgende Nummer 840 eingefügt:

"840	Sensible Elektroneurographie mit Nadelelektroden - gegebenenfalls einschließlich Bestimmung der Rheobase und der Chronaxie -	700	77,-"

59. Bei den Leistungen nach den Nummern 845 bis 865 werden die Beträge in der Spalte "Gebühr in DM" um 10 vom Hundert erhöht.

60. Nach der Leistung nach Nummer 865 werden folgende Nummern 885, 886 und 887 eingefügt:

"885	Eingehende psychiatrische Untersuchung bei Kindern oder Jugendlichen unter auch mehrfacher Einschaltung der Bezugs- und/oder Kontaktperson(en) unter Berücksichtigung familienmedizinischer und entwicklungspsychologischer Bezüge	500	55,-
886	Psychiatrische Behandlung bei Kindern und/oder Jugendlichen unter Einschaltung der Bezugs- und/oder Kontaktperson(en) unter Berücksichtigung familienmedizinischer und entwicklungspsychologischer Bezüge, Dauer mindestens 40 Minuten	700	77,-
887	Psychiatrische Behandlung in Gruppen bei Kindern und/oder Jugendlichen, Dauer mindestens 60 Minuten, bei einer Teilnehmerzahl von höchstens zehn Personen, je Teilnehmer	200	22,-"

61. Bei den Leistungen nach den Nummern 1001 bis 1021 werden die Beträge in der Spalte "Gebühr in DM" um 10 vom Hundert erhöht.

62. Bei der Leistung nach Nummer 1022 wird die Zahl in der Spalte "Punktzahl" von "550" in "1300", der Betrag in der Spalte "Gebühr in DM" von "55,-" in "143,-" geändert.

63. Bei den Leistungen nach den Nummern 1025 bis 1052 werden die Beträge in der Spalte "Gebühr in DM" um 10 vom Hundert erhöht.

64. Nach der Leistung nach Nummer 1052 werden folgende Nummern 1055 und 1056 eingefügt:

"1055	Abbruch einer Schwangerschaft bis einschließlich 12. Schwangerschaftswoche - gegebenenfalls einschließlich Erweiterung des Gebärmutterhalskanals -	800	88,-

1056	Abbruch einer Schwangerschaft ab der 13. Schwangerschaftswoche - gegebenenfalls einschließlich Erweiterung des Gebärmutterhalskanals -	1200	132,-
	Neben den Leistungen nach den Nummern 1055 und 1056 ist die intravaginale oder intrazervikale Applikation von Prostaglandin-Gel nicht gesondert berechnungsfähig."		

65. Bei den Leistungen nach den Nummern 1060 bis 1086 werden die Beträge in der Spalte "Gebühr in DM" um 10 vom Hundert erhöht.

66. Die Leistung nach Nummer 1087 wird wie folgt gefaßt:

"1087	Einlegen oder Wechseln eines Ringes oder Anlegen eines Portio-Adapters	55	6,05"

67. Bei den Leistungen nach den Nummern 1088 bis 1123 werden die Beträge in der Spalte "Gebühr in DM" um 10 vom Hundert erhöht.

68. Nach der Leistung nach Nummer 1123 wird folgende Nummer 1123a eingefügt:

"1123a	Plastische Operation zur Öffnung der Scheide bei anogenitaler Fehlbildung im Kindesalter	2270	249,70"

69. Bei den Leistungen nach den Nummern 1124 bis 1236 werden die Beträge in der Spalte "Gebühr in DM" um 10 vom Hundert erhöht.

70. Nach der Leistung nach Nummer 1236 wird folgende Nummer 1237 eingefügt:

"1237	Elektroretinographische Untersuchung (ERG) und/oder elektrookulographische Untersuchung (EOG)	600	66,-"

71. Bei den Leistungen nach den Nummern 1240 bis 1278 werden die Beträge in der Spalte "Gebühr in DM" um 10 vom Hundert erhöht.

72. Nach der Leistung nach Nummer 1278 wird folgende Nummer 1279 eingefügt:

"1279	Entfernung von Korneoskleralfäden	100	11,-"

73. Bei den Leistungen nach den Nummern 1280 bis 1321 werden die Beträge in der Spalte "Gebühr in DM" um 10 vom Hundert erhöht.

74. Nach der Leistung nach Nummer 1321 wird folgende Nummer 1322 eingefügt:

"1322	Operation des Flügelfells mit lamellierender Keratoplastik	1660	182,60"

75. Bei den Leistungen nach den Nummern 1323 bis 1355 werden die Beträge in der Spalte "Gebühr in DM" um 10 vom Hundert erhöht.

76. Nach der Leistung nach Nummer 1355 wird folgende Nummer 1356 eingefügt:

"1356	Eröffnung (Parazentese), Spülung oder Wiederherstellung der Augenvorderkammer, als selbständige Leistung	370	40,70"

77. Bei den Leistungen nach den Nummern 1357 bis 1359 werden die Beträge in der Spalte "Gebühr in DM" um 10 vom Hundert erhöht.

78. Nach der Leistung nach Nummer 1359 wird folgende Nummer 1360 eingefügt:

"1360	Laseroperation am Trabekelwerk des Auges bei Glaukom (Lasertrabekuloplastik)	1000	110,-"

79. Bei den Leistungen nach den Nummern 1361 bis 1373 werden die Beträge in der Spalte "Gebühr in DM" um 10 vom Hundert erhöht.

80. Nach der Leistung nach Nummer 1373 werden folgende Nummern 1374 und 1375 eingefügt:

"1374	Extrakapsuläre Operation des Grauen Stars mittels gesteuerten Saug-Spül-Verfahrens oder Linsenkernverflüssigung (Phakoemulsifikation) - gegebenenfalls einschließlich Iridektomie -	3050	335,50
1375	Extrakapsuläre Operation des Grauen Stars mittels gesteuerten Saug-Spül-Verfahrens oder Linsenkernverflüssigung (Phakoemulsifikation) - gegebenenfalls einschließlich Iridektomie -, mit Implantation einer intraokularen Linse	3500	385,-"

81. Bei der Leistung nach der Nummer 1376 wird der Betrag in der Spalte "Gebühr in DM" um 10 vom Hundert erhöht.

82. Nach der Leistung nach Nummer 1376 wird folgende Nummer 1377 eingefügt:

"1377	Entfernung einer Silikon-/Silastik-/ Rutheniumplombe	280	30,80"

83. Bei den Leistungen nach den Nummern 1380 bis 1383 werden die Beträge in der Spalte "Gebühr in DM" um 10 vom Hundert erhöht.

84. Nach der Leistung nach Nummer 1383 werden folgende Nummern 1384 und 1386 eingefügt:

"1384	Vordere Vitrektomie (Glaskörperentfernung aus der Augenvorderkammer), als selbständige Leistung	830	91,30
1386	Aufnähen einer Rutheniumplombe auf die Lederhaut	1290	141,90"

85. Bei den Leistungen nach den Nummern 1400 bis 1704 werden die Beträge in der Spalte "Gebühr in DM" um 10 vom Hundert erhöht.

86. Nach der Leistung nach Nummer 1704 werden folgende Nummern 1708 und 1709 eingefügt:

"1708	Kalibrierung der männlichen Harnröhre	75	8,25
1709	Kalibrierung der weiblichen Harnröhre	60	6,60"

87. Bei den Leistungen nach den Nummern 1710 bis 1714 werden die Beträge in der Spalte "Gebühr in DM" um 10 vom Hundert erhöht.

88. Nach der Leistung nach Nummer 1714 wird folgende Nummer 1715 eingefügt:

"1715	Spaltung einer Harnröhrenstriktur nach Otis	300	33,-"

89. Bei den Leistungen nach den Nummern 1720 bis 1752 werden die Beträge in der Spalte "Gebühr in DM" um 10 vom Hundert erhöht.

90. Nach der Leistung nach Nummer 1752 wird folgende Nummer 1753 eingefügt:

"1753	Entfernen einer Penisprothese	550	60,50"

91. Bei den Leistungen nach den Nummern 1755 bis 1761 werden die Beträge in der Spalte "Gebühr in DM" um 10 vom Hundert erhöht.

92. Nach der Leistung nach Nummer 1761 werden folgende Nummern 1762, 1763 und 1764 eingefügt:

"1762	Inguinuale Lymphknotenausräumung, als selbständige Leistung	1200	132,-
1763	Einlegen einer Hodenprothese	740	81,40
1764	Entfernen einer Hodenprothese	460	50,60"

93. Bei den Leistungen nach den Nummern 1765 bis 1792 werden die Beträge in der Spalte "Gebühr in DM" um 10 vom Hundert erhöht.

94. Nach der Leistung nach Nummer 1792 werden folgende Nummern 1793 und 1794 eingefügt:

"1793	Manometrische Untersuchung der Harnblase mit fortlaufender Registrierung - einschließlich physikalischer Provokationstests - Die Injektion von pharmakodynamisch wirksamen Substanzen ist gesondert berechnungsfähig.	400	44,-
1794	Simultane, elektromanometrische Blasen- und Abdominaldruckmessung mit fortlaufender Registrierung - einschließlich physikalischer Provakationstests - Die Injektion von pharmakodynamisch wirksamen Substanzen ist gesondert berech-	680	74,80

nungsfähig.

Neben der Leistung nach Nummer 1794 ist die Leistung nach Nummer 1793 nicht berechnungsfähig."

95. Bei den Leistungen nach den Nummern 1795 bis 1797 werden die Beträge in der Spalte "Gebühr in DM" um 10 vom Hundert erhöht.

96. Nach der Leistung nach Nummer 1797 wird folgende Nummer 1798 eingefügt:

"1798	Urethradruckprofilmessung mit fortlaufender Registrierung - einschließlich physikalischer Provokationstests -	550	60,50

Neben den Leistungen nach den Nummern 1793, 1794 und 1798 sind die Leistungen nach den Nummern 1700, 1701, 1710, 1728, 1729, 1730, 1731, 1732 und 1733 nicht berechnungsfähig."

97. Bei den Leistungen nach den Nummern 1800 bis 1807 werden die Beträge in der Spalte "Gebühr in DM" um 10 vom Hundert erhöht.

98. Die Leistung nach Nummer 1808 wird wie folgt gefaßt:

"1808	Totale Exstirpation der Harnblase mit Verpflanzung der Harnleiter - gegebenenfalls einschließlich Prostata-, Harnröhren- und/oder Samenblasenentfernung -	4800	528,-"

99. Bei der Leistung nach der Nummer 1809 wird der Betrag in der Spalte "Gebühr in DM" um 10 vom Hundert erhöht.

100. Nach der Leistung nach Nummer 1809 werden folgende Nummern 1812 und 1814 eingefügt:

"1812	Anlegen einer Ureterverweilschiene bzw. eines Ureterkatheters	340	37,40

Die Kosten für die Schiene bzw. den Katheter sind gesondert berechnungsfähig.

1814	Harnleiterbougierung	900	99,-"

101. Bei den Leistungen nach den Nummern 1815 bis 1817 werden die Beträge in der Spalte "Gebühr in DM" um 10 vom Hundert erhöht.

102. Nach der Leistung nach Nummer 1817 werden folgende Nummern 1818 und 1819 eingefügt:

"1818	Ureterektomie - gegebenenfalls einschließlich Blasenmanschette -	2770	304,70
1819	Resektion eines Harnleitersegments mit End-zu-End-Anastomose	3750	412,50"

103. Bei den Leistungen nach den Nummern 1823 bis 1826 werden die Beträge in der Spalte "Gebühr in DM" um 10 vom Hundert erhöht.

104. Nach der Leistung nach Nummer 1826 werden folgende Nummern 1827, 1828, 1829a und 1829b eingefügt:

"1827	Ureterorenoskopie mit Harnleiterbougierung - gegebenenfalls einschließlich Stein- und/oder Tumorentfernung -, zusätzlich zu den Leistungen nach den Nummern 1785, 1786 oder 1787	1500	165,-
1828	Ureterpyeloskopie - gegebenenfalls einschließlich Gewebeentnahme/Steinentfernung -	1500	165,-
1829a	Harnleiterfreilegung (Ureterolyse bei retroperitonealer Fibrose und gegebenenfalls intraperitonealen Verwachsungen des Harnleiters)	2590	284,90
1829b	Ureterolyse, als selbständige Leistung	1110	122,10
	Die Leistungen nach den Nummern 1829a und 1829b sind nicht nebeneinander berechnungsfähig."		

105. Bei den Leistungen nach den Nummern 1830 und 1831 werden die Beträge in der Spalte "Gebühr in DM" um 10 vom Hundert erhöht.

106. Die Leistung nach Nummer 1832 wird wie folgt gefaßt:

"1832	Anlage einer Nierenfistel, als selbständige operative Leistung	1660	182,60"

107. Bei den Leistungen nach den Nummern 1833 bis 1850 werden die Beträge in der Spalte "Gebühr in DM" um 10 vom Hundert erhöht.

108. Nach der Leistung nach Nummer 1850 werden folgende Nummern 1851, 1852 und 1853 eingefügt:

"1851	Perkutane Anlage einer Nierenfistel - gegebenenfalls einschließlich Spülung, Katheterfixation und Verband -	1250	137,50
1852	Transkutane Pyeloskopie - einschließlich Bougierung der Nierenfistel -	700	77,-
1853	Transkutane pyeloskopische Stein- bzw. Tumorentfernung	1200	132,-
	Neben der Leistung nach Nummer 1853 ist die Leistung nach Nummer 1852 nicht berechnungsfähig."		

109. Bei den Leistungen nach den Nummern 1858 und 1859 werden die Beträge in der Spalte "Gebühr in DM" um 10 vom Hundert erhöht.

110. Nach der Leistung nach Nummer 1859 wird folgende Nummer 1860 eingefügt:

"1860	Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie, - einschließlich Probeortung, Grob- und/oder Feineinstellung, Dokumentation und Röntgenkontrolle -, je Sitzung	6000	660,-"

111. Bei den Leistungen nach den Nummern 2000 bis 2054 werden die Beträge in der Spalte "Gebühr in DM" um 10 vom Hundert erhöht.

112. Nach der Leistung nach Nummer 2054 werden folgende Nummern 2055 und 2056 eingefügt:

"2055	Replantation einer Hand im Mittelhand-bereich, Handwurzelbereich oder Unter-armbereich	7000	770,-
2056	Replantation eines Armes oder eines Beines	8000	880,-"

113. Bei den Leistungen nach den Nummern 2060 bis 2075 werden die Beträge in der Spalte "Gebühr in DM" um 10 vom Hundert erhöht.

114. Nach der Leistung nach Nummer 2075 wird folgende Nummer 2076 eingefügt:

"2076	Operative Lösung von Verwachsungen um eine Sehne, als selbständige Leistung	950	104,50"

115. Bei den Leistungen nach den Nummern 2080 bis 2182 werden die Beträge in der Spalte "Gebühr in DM" um 10 vom Hundert erhöht.

116. Nach der Leistung nach Nummer 2182 werden folgende Nummern 2183 und 2184 eingefügt:

"2183	Operatives Anlegen einer Extension am Schädel bei Behandlung von Halswirbel-verletzungen/-instabilitäten (z.B. Crutchfieldzange)	740	81,40
2184	Anlegen von Halo-Extensionen zur Vorbe-reitung der operativen Behandlung von Skoliosen und Kyphosen	1000	110,-"

117. Die Nummern 2200, 2201 und 2202 werden gestrichen.

118. Bei den Leistungen nach den Nummern 2203 bis 2259 werden die Beträge in der Spalte "Gebühr in DM" um 10 vom Hundert erhöht.

119. Nach der Leistung nach Nummer 2259 werden folgende Nummern 2260 und 2263 eingefügt:

"2260	Osteotomie eines kleinen Röhrenknochens - einschließlich Osteosynthese -	1850	203,50
2263	Resektion eines kleinen Knochens - auch einschließlich eines benachbarten Gelenk-		

	anteils - mit Knochen- oder Spanverpflanzung (z.B. bei Tumorexstirpation)	1660	182,60"

120. Bei den Leistungen nach den Nummern 2265 bis 2278 werden die Beträge in der Spalte "Gebühr in DM" um 10 vom Hundert erhöht.

121. Nach der Leistung nach Nummer 2278 wird folgende Nummer 2279 eingefügt:

"2279	Chemonukleolyse	600	66,-"

122. Für die Leistung nach Nummer 2280 wird der in der Spalte "Gebühr in DM" ausgeworfene Betrag von "114,-" in "124,85" geändert.

123. Bei den Leistungen nach den Nummern 2282 bis 2290 werden die Beträge in der Spalte "Gebühr in DM" um 10 vom Hundert erhöht.

124. Nach der Leistung nach Nummer 2290 werden folgende Nummern 2291 und 2292 eingefügt:

"2291	Implantation eines Elektrostimulators zur Behandlung der Skoliose oder einer Pseudarthrose	920	101,20
2292	Eröffnung von Brust- oder Bauchhöhle bei vorderem Zugang, nur im Zusammenhang mit Leistungen nach den Nummern 2285, 2286, 2287, 2332 und 2333	1110	122,10"

125. Bei den Leistungen nach den Nummern 2293 bis 2331 werden die Beträge in der Spalte "Gebühr in DM" um 10 vom Hundert erhöht.

126. Nach der Leistung nach Nummer 2331 werden folgende Nummern 2332, 2333 und 2334 eingefügt:

"2332	Operative Aufrichtung eines gebrochenen Wirbelkörpers und/oder operative Einrenkung einer Luxation eines Wirbelgelenkes mit stabilisierenden Maßnahmen	2500	275,-
2333	Operative Aufrichtung von zwei oder mehr gebrochenen Wirbelkörpern und/oder operative Einrenkung von zwei oder mehr Luxationen von Wirbelgelenken mit stabilisierenden Maßnahmen	3700	407,-
2334	Operative Stabilisierung einer Brustwandseite	2800	308,-"

127. Bei den Leistungen nach den Nummern 2335 bis 2338 werden die Beträge in der Spalte "Gebühr in DM" um 10 vom Hundert erhöht.

128. Nach der Leistung nach Nummer 2338 wird folgende Nummer 2338a eingefügt:

"2338a	Operative Einrichtung des gebrochenen Endgliedknochens eines Fingers - einschließlich Fixation durch Osteosynthese -	185	20,35"

129. Bei den Leistungen nach den Nummern 2339 und 2340 werden die Beträge in der Spalte "Gebühr in DM" um 10 vom Hundert erhöht.

130. Nach der Leistung nach Nummer 2340 wird folgende Nummer 2344 eingefügt:

"2344	Osteosynthese der gebrochenen Kniescheibe bzw. Exstirpation der Kniescheibe oder Teilexstirpation	1110	122,10"

131. Bei den Leistungen nach den Nummern 2345 bis 2357 werden die Beträge in der Spalte "Gebühr in DM" um 10 vom Hundert erhöht.

132. Nach der Leistung nach Nummer 2357 wird folgende Nummer 2358 eingefügt:

"2358	Osteosynthese gebrochener Beckenring-knochen, der gesprengten Symphyse oder einer gesprengten Kreuzdarmbeinfuge	2100	231,-"

133. Bei den Leistungen nach den Nummern 2380 bis 2392 werden die Beträge in der Spalte "Gebühr in DM" um 10 vom Hundert erhöht.

134. Nach der Leistung nach Nummer 2392 wird folgende Nummer 2392a eingefügt:

"2392a	Exzision einer großen, kontrakten und funktionsbehindernden Narbe - einschließlich plastischer Deckung -	1000	110,-"

135. Bei den Leistungen nach den Nummern 2393 bis 2395 werden die Beträge in der Spalte "Gebühr in DM" um 10 vom Hundert erhöht.

136. Nach der Leistung nach Nummer 2395 werden folgende Nummern 2396 und 2397 eingefügt:

"2396	Implantation eines Hautexpanders	900	99,-
2397	Operative Ausräumung eines ausgedehnten Hämatoms, als selbständige Leistung	600	66,-"

137. Bei den Leistungen nach den Nummern 2400 bis 2420 werden die Beträge in der Spalte "Gebühr in DM" um 10 vom Hundert erhöht.

138. Nach der Leistung nach Nummer 2420 wird folgende Nummer 2421 eingefügt:

"2421	Implantation eines subkutanen, auffüllbaren Medikamentenreservoirs	600	66,-"

139. Bei den Leistungen nach den Nummern 2427 bis 2444 werden die Beträge in der Spalte "Gebühr in DM" um 10 vom Hundert erhöht.

140. Die Nummern 2445 und 2446 werden gestrichen.

141. Bei den Leistungen nach den Nummern 2450 bis 2554 werden die Beträge in der Spalte "Gebühr in DM" um 10 vom Hundert erhöht.

142. Nach der Leistung nach Nummer 2554 werden folgende Nummern 2555, 2556 und

2557 eingefügt:

"2555	Eröffnung des Spinalkanals durch einseitige Hemilaminektomie eines Wirbels/ mehrerer Wirbel	1480	162,80
2556	Eröffnung des Spinalkanals durch Laminektomie eines Wirbels/mehrerer Wirbel	1850	203,50
2557	Eröffnung des Spinalkanals durch Laminektomie eines Wirbels/mehrerer Wirbel - einschließlich Wiedereinpflanzung von Knochenteilen -	2400	264,-"

143. Bei den Leistungen nach den Nummern 2560 bis 2604 werden die Beträge in der Spalte "Gebühr in DM" um 10 vom Hundert erhöht.

144. Das Kapitel IX. des Abschnitts L. wird wie folgt gefaßt:

"IX. Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie

2620	Operation der isolierten Lippenspalte	750	82,50
2621	Operation der breiten Lippen-Kieferspalte mit Naseneingangsplastik	1500	165,-
2622	Plastisch-chirurgische Behandlung einer kompletten Gesichtsspalte - einschließlich Osteotomien und Osteoplastiken -	9000	990,-
2625	Verschluß des weichen oder harten Gaumens oder Verschluß von perforierenden Defekten im Bereich von Gaumen oder Vestibulum	1250	137,50
2626	Velopharyngoplastik	2500	275,-
2627	Verschluß des harten und weichen Gaumens	2000	220,-
2630	Operative Rekonstruktion eines Mittelgesichts - einschließlich Osteotomie und/oder Osteoplastik -	6000	660,-
2640	Operative Verlagerung des Oberkiefers bei Dysgnathie, je Kieferhälfte	1200	132,-
2642	Operative Verlagerung des Unterkiefers bei Dysgnathie, je Kieferhälfte	1850	203,50
2650	Entfernung eines extrem verlagerten oder retinierten Zahnes durch umfangreiche Osteotomie bei gefährdeten anatomischen Nachbarstrukturen	740	81,40
2651	Entfernung tiefliegender Fremdkörper oder Sequestrotomie durch Osteotomie aus dem Kiefer	550	60,50
2655	Operation einer ausgedehnten Kieferzyste - über mehr als drei Zähne oder vergleichbarer Größe im unbezahnten Bereich - durch Zystektomie	950	104,50
2656	Operation einer ausgedehnten Kieferzyste - über mehr als drei Zähne oder vergleichbarer Größe im unbezahnten Bereich - durch Zystektomie in Verbindung mit der Entfernung retinierter oder verlagerter Zähne und/oder Wurzelspitzenresektion	620	68,20
2657	Operation einer ausgedehnten Kieferzyste - über mehr als drei Zähne oder vergleichbarer Größe im unbezahnten Bereich - durch		

	Zystostomie	760	83,60
2658	Operation einer ausgedehnten Kieferzyste - über mehr als drei Zähne oder vergleichbarer Größe im unbezahnten Bereich - durch Zystostomie in Verbindung mit der Entfernung retinierter oder verlagerter Zähne und/oder Wurzelspitzenresektion	500	55,-
2660	Operative Behandlung einer konservativ unstillbaren Blutung im Mund-Kieferbereich durch Freilegung und Abbinden oder Umstechung des Gefäßes oder durch Knochenbolzung, als selbständige Leistung	400	44,-
2670	Operative Entfernung eines Schlotterkammes oder einer Fibromatose, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich, als selbständige Leistung	500	55,-
2671	Operative Entfernung eines Schlotterkammes oder einer Fibromatose, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich, in Verbindung mit den Leistungen nach den Nummern 2575 oder 2576	300	33,-
2675	Partielle Vestibulum- oder Mundbodenplastik oder große Tuberplastik, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	850	93,50
2676	Totale Mundboden- oder Vestibulumplastik zur Formung des Prothesenlagers mit partieller Ablösung der Mundbodenmuskulatur, je Kiefer	2200	242,-
2677	Submuköse Vestibulumplastik, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich, als selbständige Leistung	700	77,-
2680	Einrenkung der Luxation des Unterkiefers	100	11,-
2681	Einrenkung der alten Luxation des Unterkiefers	400	44,-
2682	Operative Einrenkung der Luxation eines Kiefergelenks	1400	154,-
2685	Reposition eines Zahnes	200	22,-
2686	Reposition eines zahntragenden Bruchstücks des Alveolarfortsatzes	300	33,-
2687	Allmähliche Reposition des gebrochenen Ober- oder Unterkiefers oder eines schwer einstellbaren oder verkeilten Bruchstücks des Alveolarfortsatzes	1300	143,-
2688	Fixation bei nicht dislozierter Kieferfraktur durch Osteosynthese oder Aufhängung	750	82,50

2690	Operative Reposition und Fixation durch Osteosynthese bei Unterkieferbruch, je Kieferhälfte	1000	110,-
2691	Operative Reposition und Fixation durch Osteosynthese bei Aussprengung des Oberkiefers an der Schädelbasis	3600	396,-
2692	Operative Reposition und Fixation durch Osteosynthese bei Kieferbruch im Mittelgesichtsbereich - gegebenenfalls einschließlich Jochbeinbruch und/oder Nasenbeinbruch -, je Kieferhälfte	1500	165,-
2693	Operative Reposition und Fixation einer isolierten Orbitaboden-, Jochbein- oder Jochbogenfraktur	1200	132,-
2694	Operative Entfernung von Osteosynthesematerial aus einem Kiefer- oder Gesichtsknochen, je Fraktur	450	49,50
2695	Einrichtung und Fixation eines gebrochenen Kiefers außerhalb der Zahnreihen durch intra- und extraorale Schienenverbände und Stützapparate	2700	297,-
2696	Drahtumschlingung des Unterkiefers oder oro-faziale Drahtaufhängung, auch beidseitig	500	55,-
2697	Anlegen von Drahtligaturen, Drahthäkchen oder dergleichen, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich, als selbständige Leistung	350	38,50
2698	Anlegen und Fixation einer Schiene am unverletzten Ober- oder Unterkiefer	1500	165,-
2699	Anlegen und Fixation einer Schiene am gebrochenen Ober- oder Unterkiefer	2200	242,-
2700	Anlegen von Stütz-, Halte- oder Hilfsvorrichtungen (z.B. Verbandsplatte, Pelotte) am Ober- oder Unterkiefer oder bei Kieferklemme	350	38,50
2701	Anlegen von extraoralen Stütz-, Halte- oder Hilfsvorrichtungen, einer Verbands- oder Verschlußplatte, Pelotte oder dergleichen - im Zusammenhang mit plastischen Operationen oder zur Verhütung oder Behandlung von Narbenkontrakturen -	1800	198,-
2702	Wiederanbringung einer gelösten Apparatur oder kleine Änderungen, teilweise Erneuerung von Schienen oder Stützapparaten - auch Entfernung von Schienen oder Stützapparaten -, je Kiefer	300	33,-

2705	Osteotomie nach disloziert verheilter Fraktur im Mittelgesicht - einschließlich Osteosynthese -	1700	187,-
2706	Osteotomie nach disloziert verheilter Fraktur im Unterkiefer - einschließlich Osteosynthese -	1300	143,-
2710	Partielle Resektion des Ober- oder Unterkiefers - auch Segmentosteotomie -, als selbständige Leistung	1100	121,-
2711	Partielle Resektion des Ober- oder Unterkiefers - auch Segmentosteotomie -, in Verbindung mit den Leistungen nach den Nummern 2640 oder 2642	750	82,50
2712	Halbseitenresektion des Ober- oder Unterkiefers	3000	330,-
2715	Suprahyoidale Lymphknotenausräumung einer Seite - einschließlich Darstellung und gegebenenfalls Entfernung von Muskeln, Nerven und Gefäßen -	2000	220,-
2716	Radikale Halslymphknotenausräumung einer Seite - einschließlich Darstellung und gegebenenfalls Entfernung von Muskeln, Nerven und Gefäßen -	5000	550,-
2720	Osteotomie im Zusammenhang mit operativen Eingriffen am Mundboden - einschließlich Osteosynthese -	800	88,-
2730	Operative Maßnahmen zur Lagerbildung beim Aufbau des Alveolarfortsatzes, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	500	55,-
2732	Operation zur Lagerbildung für Knochen oder Knorpel bei ausgedehnten Kieferdefekten	2000	220,-"

145. Bei den Leistungen nach den Nummern 2750 bis 2808 werden die Beträge in der Spalte "Gebühr in DM" um 10 vom Hundert erhöht.

146. Nach der Leistung nach Nummer 2808 werden die folgenden Nummern 2809 und 2810 eingefügt:

"2809	Naht eines verletzten Blutgefäßes (traumatisch) an den Gliedmaßen - einschließlich Wundversorgung -	740	81,40
2810	Rekonstruktiver Eingriff an der Vena cava superior oder inferior (z.B. bei erweiterter Tumorchirurgie mit Cavaresektion und Ersatz durch eine Venenprothese) - gegebenenfalls einschließlich Anlegen einer temporären arterio-venösen Fistel -	5000	550,-"

147. Bei den Leistungen nach den Nummern 2820 bis 2844 werden die Beträge in der Spalte "Gebühr in DM" um 10 vom Hundert erhöht.

148. Nach der Leistung nach Nummer 2844 werden folgende Nummern 2850 und 2851 eingefügt:

"2850	Perkutane, transluminale Dilatation und Rekanalisation von Arterien mit Ausnahme der Koronararterien - einschließlich der Kontrastmitteleinbringungen und Durchleuchtungen während des Eingriffs -	3300	363,-
2851	Perkutane, transluminale Dilatation und Rekanalisation der Koronararterien - einschließlich der Kontrastmitteleinbringungen und Durchleuchtungen während des Eingriffs -	4500	495,-"

149. Bei den Leistungen nach den Nummern 2880 bis 2882 werden die Beträge in der Spalte "Gebühr in DM" um 10 vom Hundert erhöht.

150. Nach der Leistung nach Nummer 2882 wird folgende Nummer 2883 eingefügt:

"2883	Crossektomie der Vena saphena magna oder parva und Exstirpation mehrerer Seitenäste	1200	132,-"

151. Bei den Leistungen nach den Nummern 2885 bis 2889 werden die Beträge in der Spalte "Gebühr in DM" um 10 vom Hundert erhöht.

152. Nach der Leistung nach Nummer 2889 werden folgende Nummern 2890 und 2891 eingefügt:

"2890	Isolierte Seitenastexstirpation und/oder Perforansdissektion und/oder Perforansligatur	350	38,50
2891	Rekonstruktive Operation an den Körpervenen unter Ausschluß der Hohlvenen		

	(Thrombektomie, Transplantatersatz, Bypassoperation) - gegebenenfalls einschließlich Anlegen einer temporären arterio-venösen Fistel -	3000	330,-"

153. Bei den Leistungen nach den Nummern 2895 bis 3090 werden die Beträge in der Spalte "Gebühr in DM" um 10 vom Hundert erhöht.

154. Nach der Leistung nach Nummer 3090 wird folgende Nummer 3091 eingefügt:

"3091	Operation am Reizleitungssystem (Korrektur von Rhythmusstörungen - ausschließlich der Schrittmacherbehandlung -)	4500	495,-"

155. Bei den Leistungen nach den Nummern 3095 bis 3138 werden die Beträge in der Spalte "Gebühr in DM" um 10 vom Hundert erhöht.

156. Nach der Leistung nach Nummer 3138 werden folgende Nummern 3139 und 3144 eingefügt:

"3139	Eröffnung des Bauchraums bei Peritonitis mit ausgedehnter Revision, Spülung und Drainage	2770	304,70
3144	Naht der Magen- und/oder Darmwand nach Perforation oder nach Verletzung - einschließlich Spülung des Bauchraumes -	1900	209,-"

157. Bei den Leistungen nach den Nummern 3145 bis 3183 werden die Beträge in der Spalte "Gebühr in DM" um 10 vom Hundert erhöht.

158. Nach der Leistung nach Nummer 3183 wird folgende Nummer 3184 eingefügt:

"3184	Lebertransplantation	7500	825,-"

159. Bei den Leistungen nach den Nummern 3185 bis 3200 werden die Beträge in der Spalte "Gebühr in DM" um 10 vom Hundert erhöht.

160. Nach der Leistung nach Nummer 3200 wird folgende Nummer 3202 eingefügt:

"3202	Operation einer persistierenden Fistel am Magen-Darmtrakt - gegebenenfalls einschließlich Resektion und Anastomose -	3000	330,-"

161. Bei den Leistungen nach den Nummern 3205 bis 3210 werden die Beträge in der Spalte "Gebühr in DM" um 10 vom Hundert erhöht.

162. Nach der Leistung nach Nummer 3210 wird folgende Nummer 3211 eingefügt:

"3211	Unterweisung eines Anus-praeter-Patienten in der Irrigator-Methode zur Darmentleerung	120	13,20"

163. Bei den Leistungen nach den Nummern 3215 bis 3223 werden die Beträge in der Spalte "Gebühr in DM" um 10 vom Hundert erhöht.

164. Nach der Leistung nach Nummer 3223 werden folgende Nummern 3224 und 3226

eingefügt:

"3224	Peranale operative Entfernung von Mastdarmpolypen oder Mastdarmgeschwülsten - einschließlich Schleimhautnaht -	1150	126,50
3226	Peranale operative Entfernung einer Mastdarmgeschwulst mit Durchtrennung der Schließmuskulatur (Rectostomia posterior) - einschließlich Naht -	3500	385,-"

165. Bei den Leistungen nach den Nummern 3230 bis 3321 werden die Beträge in der Spalte "Gebühr in DM" um 10 vom Hundert erhöht.

166. Nach der Überschrift "M. Laboratoriumsuntersuchungen" wird der bisherige Wortlaut zu den Ziffern 1. und 2. durch folgenden Text ersetzt:

"Allgemeine Bestimmungen

1. Injektionen im Zusammenhang mit einer Funktionsprüfung sind in der jeweiligen Leistung enthalten. Erforderliche Blutabnahmen können insgesamt einmal in Ansatz gebracht werden. Laboratoriumsuntersuchungen im Rahmen einer Intensivbehandlung nach Nummer 440 sind nur nach Nummer 442 berechnungsfähig.

2.a) Können Untersuchungsergebnisse mit Hilfe von weitgehend mechanisierten bzw. teil- oder vollautomatisierten Analysegeräten (auch Geräte, bei denen nur noch in begrenztem Umfang zusätzliche manuelle Einwirkungen erforderlich sind) gewonnen werden (z.B. bei allen Leistungen aus den Katalogen zu den Höchstwerten nach den Nummern 3687 und 3749, bzw. bei den Leistungen nach den Nummern 3964 und 3970 aus dem Katalog zum Höchstwert nach der Nummer 3979, bzw. bei den Leistungen nach den Nummern 3623, 3691 und 3693), sind die jeweils indizierten Parameter mit 70 vom Hundert der jeweiligen Gebühr berechnungsfähig.

Die Minderung entfällt, wenn diese Untersuchungen aus besonderen Gründen (z.B. trockenchemische Untersuchungen in der Praxis) nicht mit Hilfe solcher Geräte durchgeführt werden, oder diese Untersuchungen im Einzelfall aus medizinischen Gründen so durchgeführt werden müssen, daß ihretwegen das Analysegerät außerhalb der laborüblichen Betriebszeiten in Betrieb gesetzt wird.

b) In der Rechnung des Arztes ist hinter jeder erbrachten Leistung des Abschnittes M. das jeweils zutreffende Symbol einzutragen:

für Leistungen
- nach Ziffer 2. a) Absatz 1 = P
- nach Ziffer 2. a) Absatz 2 = E
- die nicht mit Hilfe von Geräten der in Ziffer 2. a) Absatz 1 bezeichneten Art erbracht werden können = M

3. Die rechnerische Ermittlung von Ergebnissen aus einzelnen Parametern ist nicht berechnungsfähig (z.B. Färbe-Index, HbE).

4. Werden Untersuchungen, die Bestandteil eines Leistungskomplexes (z.B. vollständiger Blutstatus, Spermiogramm) sind, als selbständige Einzelleistungen durchgeführt, so darf die Summe der Vergütungen für diese Einzelleistungen die für den Leistungskomplex festgelegte Vergütung nicht überschrei-

ten.

5. Kosten für den Versand des Untersuchungsmaterials und die Übermittlung des Untersuchungsergebnisses innerhalb einer Laborgemeinschaft sind nicht berechnungsfähig.

6. Die in Abschnitt M enthaltenen Höchstwerte umfassen alle Untersuchungen aus einem Körpermaterial, auch wenn dieses an einem Tage mehrfach entnommen und an mehreren Tagen untersucht wurde.

7. Untersuchungen zum Nachweis von Human-Immunodeficiency-Virus(HIV)-Antikörpern sind nach der Nummer 4468, Untersuchungen zum Nachweis der spezifischen Proteine eines HIV (z.B. Westernblot-Verfahren) nach der Nummer 4451 berechnungsfähig."

167. Für die Leistung nach Nummer 3500 wird die Zahl in der Spalte "Punktzahl" von "32" in "26", der Betrag in der Spalte "Gebühr in DM" von "3,20" in "2,86" geändert.

168. Für die Leistung nach Nummer 3505 wird die Zahl in der Spalte "Punktzahl" von "42" in "34", der Betrag in der Spalte "Gebühr in DM" von "4,20" in "3,74" geändert.

169. Bei den Leistungen nach den Nummern 3511 bis 3664 werden die in der Spalte "Punktzahl" ausgeworfenen Zahlen um 20 vom Hundert, die in der Spalte "Gebühr in DM" ausgeworfenen Beträge um 12 vom Hundert vermindert.

170. Die Abrechnungsbestimmung zu der Leistung nach Nummer 3664 wird wie folgt gefaßt:

"Für Untersuchungen nach den Nummern 3661 bis 3664 sind die Höchstwerte nach den Nummern 3749 bzw. 3750 zu beachten."

171. Bei den Leistungen nach den Nummern 3681 bis 3686 wird die in der Spalte "Punktzahl" ausgeworfene Zahl um 20 vom Hundert, der in der Spalte "Gebühr in DM" ausgeworfene Betrag um 12 vom Hundert vermindert.

172. Die Nummer 3687 wird gestrichen.

173. Nach der Leistung nach Nummer 3686 werden die folgenden Nummern 3687 und 3688 eingefügt:

"Höchstwert für Untersuchungen nach den Nummern 3681 bis 3686

3687	bei Durchführung mit mechanisierten bzw. teil- oder vollautomatisierten Analysegeräten	170	18,70
3688	bei Durchführung ohne mechanisierte bzw. teil- oder vollautomatisierte Analysegeräte	240	26,40

Die erbrachten Untersuchungen sind anzugeben."

174. Bei den Leistungen nach den Nummern 3691 bis 3748 werden die in der Spalte "Punktzahl" ausgeworfenen Zahlen um 20 vom Hundert, die in der Spalte "Gebühr in DM" ausgeworfenen Beträge um 12 vom Hundert vermindert.

175. Die Nummer 3749 und die dazugehörige Abrechnungsbestimmung werden gestrichen.

176. Nach der Abrechnungsbestimmung zu der Leistung nach Nummer 3748 werden folgende Nummern 3749 und 3750 eingefügt:

"Höchstwert für Untersuchungen nach den Nummern 3661 bis 3664 und 3701 bis 3748

3749	bei Durchführung mit mechanisierten bzw. teil- oder vollautomatisierten Analysegeräten	300	33,-
3750	bei Durchführung ohne mechanisierte bzw. teil- oder vollautomatisierte Analysegeräte	428	47,08

Die erbrachten Untersuchungen sind anzugeben.

Blutzuckertagesprofile und Blutzuckerbelastungstests fallen nicht unter diese Höchstwerte."

177. Bei den Leistungen nach den Nummern 3761 bis 3839 werden die in der Spalte "Punktzahl" ausgeworfenen Zahlen um 20 vom Hundert, die in der Spalte "Gebühr in DM" ausgeworfenen Beträge um 12 vom Hundert vermindert.

178. Der Leistung nach Nummer 3839 wird folgende Abrechnungsbestimmung angefügt:

"Die erbrachten Untersuchungen sind anzugeben."

179. Bei den Leistungen nach den Nummern 3841 bis 3859 wird die in der Spalte "Punktzahl" aufgeworfene Zahl um 20 vom Hundert, der in der Spalte "Gebühr in DM" ausgeworfene Betrag um 12 vom Hundert vermindert.

180. Der Leistung nach Nummer 3859 wird folgende Abrechnungsbestimmung angefügt:

"Die erbrachten Untersuchungen sind anzugeben."

181. Bei den Leistungen nach den Nummern 3871 bis 3978 werden die in der Spalte "Punktzahl" ausgeworfenen Zahlen um 20 vom Hundert, die in der Spalte "Gebühr in DM" ausgeworfenen Beträge um 12 vom Hundert vermindert.

182. Die Nummer 3979 wird gestrichen.

183. Nach der Abrechnungsbestimmung zu der Leistung nach Nummer 3978 werden folgende Nummern 3979 und 3980 eingefügt:

"Höchstwert für Untersuchungen nach den Nummern 3961 bis 3978

3979 bei Durchführung mit mechanisierten bzw.

	teil- oder vollautomatisierten Analyse-geräten	180	19,80
3980	bei Durchführung ohne mechanisierte bzw. teil- oder vollautomatisierte Analyse-geräte	240	26,40

Die erbrachten Untersuchungen sind anzugeben."

184. Bei den Leistungen nach den Nummern 3985 bis 4349 werden die in der Spalte "Punktzahl" ausgeworfenen Zahlen um 20 vom Hundert, die in der Spalte "Gebühr in DM" ausgeworfenen Beträge um 12 vom Hundert vermindert.

185. Der Leistung nach Nummer 4349 wird folgende Abrechnungsbestimmung angefügt:

"Die erbrachten Untersuchungen sind anzugeben."

186. Bei den Leistungen nach den Nummern 4355 bis 4450 werden die in der Spalte "Punktzahl" ausgeworfenen Zahlen um 20 vom Hundert, die in der Spalte "Gebühr in DM" ausgeworfenen Beträge um 12 vom Hundert vermindert.

187. Nach der Leistung nach Nummer 4450 wird folgende Nummer 4451 eingefügt:

"4451	Elektrophoretische Trennung von Proteinen durch SDS-Elektrophorese oder ähnliche Verfahren mit anschließender Immunreaktion (z.B. Westernblot-Verfahren)	500	55,-"

188. Bei den Leistungen nach den Nummern 4455 bis 4467 werden die in der Spalte "Punktzahl" ausgeworfenen Zahlen um 20 vom Hundert, die in der Spalte "Gebühr in DM" ausgeworfenen Beträge um 12 vom Hundert vermindert.

189. Nach der Leistung nach Nummer 4467 wird folgende Nummer 4468 eingefügt:

"4468	Qualitative/quantitative Antigen- bzw. Antikörperuntersuchung mittels nicht radioaktiver Immunoassays/Immunfluoreszenz (z.B. Hepatitis B-Virus-Antigen oder -Antikörper, HIV-Antikörper)	300	33,-"

190. Bei den Leistungen nach den Nummern 4475 bis 4642 werden die in der Spalte "Punktzahl" ausgeworfenen Zahlen um 20 vom Hundert, die in der Spalte "Gebühr in DM" ausgeworfenen Beträge um 12 vom Hundert vermindert.

191. Die Nummer 4643 wird gestrichen.

192. Nach der Leistung nach Nummer 4642 werden folgende Nummern 4643 und 4644 eingefügt:

"Höchstwert für Untersuchungen nach der Nummer 4642

4643	bei Durchführung mit mechanisierten bzw. teil- oder vollautomatisierten Analyse-geräten	220	24,20
4644	bei Durchführung ohne mechanisierte bzw.		

	teil- oder vollautomatisierte Analysegeräte	320	35,20

Die erbrachten Untersuchungen sind anzugeben."

193. Bei den Leistungen nach den Nummern 4645 und 4646 werden die in der Spalte "Punktzahl" ausgeworfenen Zahlen um 20 vom Hundert, die in der Spalte "Gebühr in DM" ausgeworfenen Beträge um 12 vom Hundert vermindert.

194. Der Leistung nach Nummer 4646 wird folgende Abrechnungsbestimmung angefügt:

"Die erbrachten Untersuchungen sind anzugeben."

195. Bei den Leistungen nach den Nummern 4650 bis 4716 werden die in der Spalte "Punktzahl" ausgeworfenen Zahlen um 20 vom Hundert, die in der Spalte "Gebühr in DM" ausgeworfenen Beträge um 12 vom Hundert vermindert.

196. Der Leistung nach Nummer 4716 wird folgende Abrechnungsbestimmung angefügt:

"Die erbrachten Untersuchungen sind anzugeben."

197. Bei den Leistungen nach den Nummern 4750 bis 4770 werden die in der Spalte "Punktzahl" ausgeworfenen Zahlen um 20 vom Hundert, die in der Spalte "Gebühr in DM" ausgeworfenen Beträge um 12 vom Hundert vermindert.

198. Bei den Leistungen nach den Nummern 4800 bis 5453 werden die Beträge in der Spalte "Gebühr in DM" um 10 vom Hundert erhöht.

199. Nach der Leistung nach Nummer 5453 werden folgende Nummern 5454, 5455 und 5456 eingefügt:

"5454	Ösophagus-, Magen- oder Intestinalszintigraphie	740	81,40
5455	Sequenzszintigraphie des Ösophagus oder des Magens	890	97,90
5456	Funktionsszintigraphie des Ösophagus oder des Magens (Sequenzszintigraphie und zusätzlich Zeitaktivitätskurven)	1330	146,30
	Neben der Leistung nach Nummer 5456 ist die Leistung nach Nummer 5455 nicht berechnungsfähig."		

200. Bei den Leistungen nach den Nummern 5460 bis 5479 werden die Beträge in der Spalte "Gebühr in DM" um 10 vom Hundert erhöht.

201. Nach der Leistung nach Nummer 5479 werden folgende Nummern 5480 und 5490 eingefügt:

"5480	Szintigraphische Abszeßdiagnostik mit markierten Zellen	590	64,90
5490	Single-Photonen-Emissions-Computertomographie (SPECT)	1330	146,30"

202. Für die Leistung nach Nummer 5500 wird die Zahl in der Spalte "Punktzahl" von "148" in "119", der Betrag in der Spalte "Gebühr in DM" von "14,80" in "13,09" geändert.

203. Bei der Leistung nach Nummer 5501 wird die in der Spalte "Punktzahl" ausgeworfene Zahl um 20 vom Hundert, der in der Spalte "Gebühr in DM" ausgeworfene Betrag um 12 vom Hundert vermindert.

204. Für die Leistung nach Nummer 5502 wird die Zahl in der Spalte "Punktzahl" von "148" in "119", der Betrag in der Spalte "Gebühr in DM" von "14,80" in "13,09" geändert.

205. Für die Leistung nach Nummer 5503 wird die Zahl in der Spalte "Punktzahl" von "1480" in "1190", der Betrag in der Spalte "Gebühr in DM" von "148,-" in "130,90" geändert.

206. Bei der Leistung nach Nummer 5504 wird die in der Spalte "Punktzahl" ausgeworfene Zahl um 20 vom Hundert, der in der Spalte "Gebühr in DM" ausgeworfene Betrag um 12 vom Hundert vermindert.

207. Für die Leistung nach Nummer 5505 wird die Zahl in der Spalte "Punktzahl" von "148" in "119", der Betrag in der Spalte "Gebühr in DM" von "14,80" in "13,09" geändert.

208. Bei den Leistungen nach den Nummern 5506 bis 5508 werden die in der Spalte "Punktzahl" ausgeworfenen Zahlen um 20 vom Hundert, die in der Spalte "Gebühr in DM" ausgeworfenen Beträge um 12 vom Hundert vermindert.

209. Für die Leistung nach Nummer 5509 wird die Zahl in der Spalte "Punktzahl" von "443" in "355", der Betrag in der Spalte "Gebühr in DM" von "44,30" in "39,05" geändert.

210. Für die Leistung nach Nummer 5510 wird die Zahl in der Spalte "Punktzahl" von "739" in "592", der Betrag in der Spalte "Gebühr in DM" von "73,90" in "65,12" geändert.

211. Bei den Leistungen nach den Nummern 5511 und 5512 werden die in der Spalte "Punktzahl" ausgeworfenen Zahlen um 20 vom Hundert, die in der Spalte "Gebühr in DM" ausgeworfenen Beträge um 12 vom Hundert vermindert.

212. Bei den Leistungen nach den Nummern 5520 bis 6018 werden die Beträge in der Spalte "Gebühr in DM" um 10 vom Hundert erhöht.

213. Nach dem Abschnitt "P. Sektionsleistungen" wird folgender Abschnitt Q angefügt:

"Q. Magnetfeld-Resonanz-Tomographie

6100	Kernspintomographie	6500	715,-"

Artikel 2

Neufassung
der Gebührenordnung für Ärzte

Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung kann den Wortlaut der Gebührenordnung für Ärzte in der vom Inkrafttreten dieser Verordnung an geltenden Fassung im Bundesgesetzblatt bekanntmachen und dabei die Anlage und deren Untergliederungen mit neuen durchlaufenden Ordnungszeichen versehen.

Artikel 3

Berlin-Klausel

Diese Verordnung gilt nach § 14 des Dritten Überleitungsgesetzes in Verbindung mit § 15 Satz 2 der Bundesärzteordnung auch im Land Berlin.

Artikel 4

Inkrafttreten und Übergangsvorschrift

Diese Verordnung tritt am 1. Juli 1988 in Kraft. Für Leistungen, die vor Inkrafttreten dieser Verordnung erbracht worden sind, gilt die bisherige Fassung der Gebührenordnung für Ärzte weiter.

Begründung

A. Allgemeiner Teil

I. Vorgeschichte

Seit dem 1. Januar 1983 ist die aufgrund § 11 der Bundesärzteordnung mit Zustimmung des Bundesrates erlassene Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) Abrechnungsgrundlage für die Vergütung privatärztlicher Leistungen. Mit dieser Gebührenordnung wurde das ärztliche Gebührenrecht grundlegend novelliert und die von der medizinischen, technischen und wirtschaftlichen Entwicklung überholte Gebührenordnung vom 18. März 1965 abgelöst.

Die am 12. November 1982 erlassene GOÄ ist zwar am 20. Dezember 1983 wegen der Verlängerung der Übergangsfrist für die Abgeltung von Sach- und Personalkosten im Krankenhausbereich (BGBl. I S. 1500) und am 20. Dezember 1984 wegen der Minderung für stationäre und teilstationäre privatärztliche Leistungen (BGBl. I S. 1680) geändert worden, jedoch wurden die tragenden Grundsätze der Novellierung vom 12. November 1982 dadurch nicht berührt:

1. Seit dem 1. Januar 1983 beruht die Bemessung auf einem System von Punktzahlen für die einzelnen Leistungen und einem für sämtliche Leistungen einheitlichen Punktwert von zur Zeit 0,10 DM.

   Die Leistungsbeschreibungen des seit 1. Januar 1983 unverändert geltenden Gebührenverzeichnisses entsprechen im wesentlichen dem zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Bundesverbänden der Krankenkassen vereinbarten einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen (EBM) in der damals geltenden Fassung.

2. Der Gebührenrahmen, der vor 1983 vom einfachen bis zum sechsfachen Gebührensatz reichte, ist seitdem auf eine Spanne vom Einfachen bis zum Dreieinhalbfachen der Gebühr beschränkt.

   Die Trennung von Punktzahl und Punktwert ermöglicht es, bei Gebührenanhebungen mit dem Punktwert auf die wirtschaftliche Entwicklung zu reagieren, ohne den Gebührenrahmen zu verändern.

   Zugleich wurde der Gebührenrahmen für Leistungen mit einem überdurchschnittlich hohen Sachkostenanteil und Leistungen, die weitgehend von Hilfskräften erbracht werden, allgemein auf das Einfache bis Zweieinhalbfache der Einfachsätze begrenzt.

3. Innerhalb der beiden Gebührenrahmen gilt eine Regelspanne vom Einfachen bis zum 2,3fachen bzw. 1,8fachen des Einfachsatzes, in der die Gebühren je nach Schwierigkeit, Zeitaufwand, Umständen der Ausführung und örtlichen Verhältnissen nach billigem Ermessen bestimmt werden.

   Die Schwellenwerte (2,3facher bzw. 1,8facher Gebührensatz) dürfen überschritten werden, wenn dies im Einzelfall gerechtfertigt und vom Arzt schriftlich begründet wird.

   Abweichende Vereinbarungen sind seit Inkrafttreten der Novellierung von 1982 auf die Höhe der Vergütung beschränkt.

II. Ausgangspunkt und Inhalt der Neuregelung

1. Das Gebührenrecht kann der medizinischen, technischen und wirtschaftlichen Entwicklung immer nur mit zeitlicher Verzögerung folgen. Dies gilt insbesondere dann, wenn - wie mit der Gebührenordnung von 1982 - mit der grundlegend erneuerten Systematik und einem neuen Gebührenverzeichnis erst praktische Erfahrungen gesammelt werden mußten.

   Die Bundesregierung hat deshalb in dem vom Bundesrat bei der Verabschiedung der GOÄ erbetenen Bericht über die Auswirkungen und notwendigen Anpassungen der GOÄ vom Dezember 1985 auf korrekturbedürftige Einzelbestimmungen hingewiesen und die Notwendigkeit einer kontinuierlichen Weiterentwicklung des Gebührenverzeichnisses mit Blick auf die medizinische, technische und wirtschaftliche Entwicklung herausgestellt. Sie konnte dies mit der Feststellung verbinden, daß sich die tragenden Grundsätze der GOÄ bewährt haben und diese den Interessen der Ärzte und Patienten gleichermaßen gerecht werden (Bundesrats-Drucksache 625/85).

2. In dem Bericht vom Dezember 1985 hat die Bundesregierung auch angekündigt, daß sie eine besser handhabbare Abgrenzung der mit den Gebühren abgegoltenen Praxiskosten von den gesondert berechnungsfähigen Auslagen und eine Konkretisierung der Voraussetzungen, unter denen delegierte Leistungen berechnet werden können, vorlegen wolle. Diese Vorschläge hat sie mit der am 22. Oktober 1987 erlassenen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) für diesen Bereich schon vorab umgesetzt. Mit der jetzt vorgelegten Verordnung sollen vergleichbare Regelungen auch für den ärztlichen Bereich getroffen werden.

Einer Öffnungsklausel wie in § 2 Abs. 3 GOZ bedarf es nicht. Da in der GOÄ derzeit nicht alle Leistungen im Gebührenverzeichnis erfaßt sind, die den Regeln der ärztlichen Kunst entsprechen, muß die GOÄ im Gegensatz zur GOZ die Berechnung von Analogleistungen ohne die dort genannten Einschränkungen zulassen. Die Abrechnung ärztlicher Leistungen wird demgemäß weder inhaltlich noch in der Höhe der Vergütung beschränkt. Dies gilt auch für Leistungen, die über das Maß einer medizinisch notwendigen ärztlichen Versorgung hinausgehen, wenn sie auf Verlangen erbracht werden (§ 1 Abs. 2 Satz 2).

Von einer Streichung des § 11 GOÄ wird zum gegenwärtigen Zeitpunkt abgesehen. Wenngleich der Vorschrift wegen der weitgehend genutzten Möglichkeit vertraglicher Vergütungsvereinbarungen nur geringe praktische Bedeutung zukommt, besteht für den ärztlichen Bereich derzeit noch ein Anwendungsbedarf. Unter der Voraussetzung, daß die Vergütung für ärztliche Leistungen bei Zahlung durch öffentliche Leistungsträger für in Betracht kommende Regelungszusammenhänge durch gesetzliche Sondervorschriften befriedigend geregelt werden kann, wird jedoch im Rahmen der künftigen Weiterentwicklung des ärztlichen Gebührenrechts eine Streichung des § 11 GOÄ angestrebt.

Darüber hinaus hat sich die neue GOZ auch auf das Gebührenverzeichnis der GOÄ ausgewirkt. Um Unstimmigkeiten zwischen den beiden Gebührenordnungen zu vermeiden, ist deshalb das Kapitel der GOÄ über die Mund-Kiefer-Gesichtschirugie neu gefaßt worden.

3. Mit Rücksicht auf die jetzt mehr als fünfjährige Geltungsdauer der GOÄ seit 1. Januar 1983 ist eine Anhebung des Punktwertes um 10 vom Hundert gerechtfertigt. Diese Anhebung ist geboten, aber auch ausreichend, um eine angemessene Vergütung der privatärztlichen Leistungen sicherzustellen. Die Erhöhung des Punktwertes berücksichtigt die Entwicklung der Praxiskosten und gewährleistet eine Beteiligung des Arztes an der wirtschaftlichen Entwicklung seit 1983.

4. Bei der Novellierung der GOÄ wird auf eine umfassende Überarbeitung des Gebührenverzeichnisses verzichtet. Sie beschränkt sich neben der Anhebung des Punktwertes um 10 vom Hundert auf einige vordringliche Korrekturen, die zügig umsetzbar sind.

   Eine umfassende Überarbeitung des Gebührenverzeichnisses kann allerdings erst dann erfolgen, wenn mit dem erst seit dem 1. Oktober 1987 geltenden neuen Einheitlichen Bewertungsmaßstab gesicherte Erfahrungen gesammelt worden sind. Diese Verordnung beschränkt sich daher auf einige strukturelle Anpassungen, Klarstellungen und Ergänzungen in wenigen überschaubaren Teilbereichen.

5. Ein besonders wichtiges Anliegen dieser Änderungsverordnung ist eine großzügigere Handhabung der Vergütung von Beratungsleistungen. Deshalb wird die Abrechnungsfähigkeit der "großen" Beratung (Nummer 1 b) erleichtert. Damit wird zugleich einem Wunsch der Ärzteschaft entsprochen.

6. Im Vorgriff auf eine der künftigen Weiterentwicklung der GOÄ vorbehaltene grundsätzliche Neubewertung der Leistungen im Laborbereich werden die Punktzahlen für laborärztliche Leistungen pauschal um 20 vom Hundert

abgesenkt. Wegen der in hohem Maße nutzbaren und auch tatsächlich genutzen Rationalisierungsmöglichkeiten beim Einsatz mechanisierter oder automatisierter Analysegeräte hat sich das Vergütungsniveau in diesem Bereich als deutlich überhöht erwiesen. Eine Absenkung dieser Vergütungen ist nicht nur im Hinblick auf die Vergütungen für andere ärztliche Leistungen, sondern auch aus strukturellen Gründen erforderlich, um nicht zu medizinisch unnötigen Mengenausweitungen anzureizen.

Im gleichen Zusammenhang sieht die Verordnung vor, bei laborärztlichen Untersuchungen unter Einsatz von weitgehend mechanisierten bzw. teil- oder vollautomatisierten Analysegeräten die Vergütungen wirksam und angemessen abzusenken. Aus diesem Grunde werden die allgemeinen Abrechnungsbestimmungen für Laboratoriumsuntersuchungen, die schon bisher eine - in der Abrechnungspraxis allerdings regelmäßig umgangene - Vergütungsabstufung vorsahen, neu gefaßt und dem fortgeschrittenen Stand der technischen Entwicklung angepaßt.

7. Um jedoch dem dringlichsten Änderungs- und Anpassungsbedarf beim Gebührenverzeichnis nachzukommen, sollen eine Reihe von Leistungen, die auf Empfehlung der Bundesärztekammer von den Privatversicherern und den Beihilfestellen in entsprechender Bewertung zu vorhandenen Positionen anerkannt wurden ("Analogliste"), im wesentlichen in das Gebührenverzeichnis übernommen werden.

Weitergehenden differenzierenden Änderungsvorschlägen, wie z.B. den Analogielisten bestimmter Fachverbände, kann nicht entsprochen werden. Dies muß einer schrittweisen Überarbeitung der einzelnen Abschnitte des Leistungsverzeichnisses vorbehalten bleiben.

Eine Aufnahme bestimmter, besonderer Therapieverfahren, insbesondere von naturheilkundlichen und homöopathischen Leistungen mußte zurückgestellt werden. Die Klärung wichtiger, in diesem Zusammenhang noch zu beantwortender fachlicher Fragen steht noch dahin.

III. Finanzielle Auswirkungen

Die Regelungen haben die folgenden finanziellen Auswirkungen:

Honorarsteigernd wirken

- die Punktwertanhebung, die für alle Leistungen gilt,
- die Erleichterung der Abrechnung der "großen" Beratung (Nr. 1 b),
- ferner die Anhebung der Gebühren für bestimmte Einzelleistungen wie z.B. für den Beistand bei einer Geburt (Nummer 1022) sowie die Einführung eines Zuschlags zur Visite bei Vorhalten eines vom Belegarzt zu vergütenden ärztlichen Bereitschaftsdienstes (Nummer 4 c - neu -).

Honorarmindernd wirken:

- die pauschale Punktzahlherabsetzung im Laborbereich (Abschnitt M und O II A 2) um 20 v.H.,
- die Klarstellung bei der Abrechnung weitgehend mechanisiert bzw. teil- oder vollautomatisiert erbrachter Laborleistungen und die Anpassung der zugehörigen Höchstwerte,
- die Neufassung der Abrechnungsregeln für Praxiskosten und Auslagen.

Im Ergebnis werden die privatärztlichen Honorare so angehoben, daß der Anstieg des Praxiskostenanteils am Umsatz nachvollzogen und die wirtschaftliche Entwicklung ab 1983 berücksichtigt wird.

Für den einzelnen Arzt erfolgt eine deutliche Honorarsteigerung immer dann, wenn der Anteil der persönlich erbrachten Leistungen in seinem Gesamtumsatz überwiegt.

Damit wird eine Annäherung an das allgemein anerkannte Ziel erreicht, persönlich vom Arzt erbrachte Leistungen zu fördern und Rationalisierungsgewinne, die allein dem technischen Fortschritt zu verdanken sind, an den zahlungspflichtigen Patienten weiterzugeben.

Für die Privatpatienten ergeben sich je nach Art der in Anspruch genommenen Leistungen Preiserhöhungen oder Preissenkungen. Bezogen auf das durchschnittliche Preisniveau der ärztlichen Leistungen ist eine maßvolle Erhöhung von 3 bis 4 v.H. zu erwarten.

Auswirkungen auf das allgemeine Preisniveau, insbesondere das Verbraucherpreisniveau, werden sich durch die Verordnung nicht ergeben.

B. Einzelbegründung

Zu Artikel 1 Abs. 1 (Änderung der allgemeinen Vorschriften der GOÄ)

Zu Nummer 1 (§ 1 GOÄ)

Buchstabe a

In Angleichung an die Systematik der neuen GOZ wird der Regelungsinhalt des bisherigen Absatzes 2 in § 4 Abs. 2 Satz 1 aufgenommen. Die Streichung stellt eine notwendige Folgeänderung dar.

Buchstabe b

Redaktionelle Anpassung an die Änderung durch Buchstabe a und Klarstellung in Angleichung an den Wortlaut des § 1 Abs. 2 Satz 2 GOZ.

Zu Nummer 2 (§ 2 GOÄ)

Buchstabe a

In Angleichung an die entsprechend gefaßten Vorschriften des § 2 Abs. 2 GOZ muß die schriftliche Vereinbarung über eine von der GOÄ abweichende Vergütungshöhe (Abdingungsvereinbarung) zum Schutz des Zahlungspflichtigen künftig auch die Feststellung enthalten, daß eine Erstattung der Vergütung durch Erstattungsstellen (private Krankenversicherung, Beihilfestellen) möglicherweise nicht in vollem Unfang gewährleistet ist. Diese Feststellung trägt dem besonderen Informationsbedürfnis der privat krankenversicherten und beihilfeberechtigten Patienten Rechnung, deren Erstattungsansprüche in der Regel auf den Umfang der nach der GOÄ vorgesehenen Vergütungshöhe begrenzt sind. Durch den Hinweis in der Vereinbarung soll dieser Personenkreis vor Überraschungen geschützt werden.

Buchstabe b

Redaktionelle Anpassung an die Änderung durch Buchstabe a.

Zu Nummer 3 (§ 4 GOÄ)

Buchstabe a

§ 4 Abs. 2 Satz 1 stellt für die gebührenrechtliche Zurechenbarkeit delegierter Leistungen als eigene Leistungen des Arztes darauf ab, daß diese Leistungen unter der Aufsicht des Arztes nach dessen fachlicher Weisung erbracht werden müssen. Mit dieser im Bericht der Bundesregierung von Dezember 1985 als notwendig festgestellten und in der neuen GOZ in § 4 Abs. 2 Satz 1 vorab verwirklichten sprachlichen Klarstellung wird gegenüber der bisherigen Regelung des § 1 Abs. 2 GOÄ eine zielgenauere Beschreibung der Voraussetzungen vorgenommen, unter denen der Arzt Gebühren für ärztliche Leistungen berechnen darf.

In Übereinstimmung mit dem Dienstvertragsrecht (§ 613 BGB) und dem ärztlichen Berufsrecht geht die Vorschrift von dem gleichermaßen für den niedergelassenen Arzt und den Krankenhausarzt geltenden Grundsatz der persönlichen Leistungserbringung aus. Dieser fordert zwar nicht vom Arzt, höchstpersönlich alle Leistungen zu erbringen, enthält aber die Verpflichtung, bei der Erbringung eigener beruflicher Leistungen unter Inanspruchnahme Dritter eigenverantwortlich mitzuwirken und dadurch diesen Leistungen sein persönliches Gepräge zu geben. Es reicht also nicht aus, daß sich der Arzt allgemein auf eine sorgfältige Auswahl der Personen beschränkt, die an der Erbringung der Leistungen beteiligt sind. Der Arzt muß Aufsicht und Weisung vielmehr so ausüben, daß er seiner Verantwortlichkeit für die Durchführung delegierter Leistungen im Einzelfall auch tatsächlich und fachlich gerecht werden kann.

Im Rahmen der Verantwortung des Arztes für die Durchführung delegierter Leistungen kann den Bedürfnissen eines reibungslosen Praxisablaufes und einer rationalisierten Leistungserbringung in der Arztpraxis durchaus Rechnung getragen werden (z.B. Konzentration im Einzelfall vom Arzt angeordneter Blutentnahmen auf die Zeit unmittelbar vor Beginn der Sprechstunde, Fortsetzung vom Arzt delegierter Leistungen während eines Krankenbesuchs). Der Arzt muß also nicht zum jederzeitigen Eingreifen bereitstehen; es reicht aus, daß er erreichbar ist, um gegebenenfalls - etwa bei Komplikationen - unverzüglich persönlich einwirken zu können. Diese Voraussetzungen sind nicht gewahrt, wenn der Arzt hierzu tatsächlich nicht in der Lage ist.

Als nach "fachlicher" Weisung des Arztes erbracht können Leistungen nicht angesehen werden, die der Arzt selbst mangels entsprechender Ausbildung nicht fachgerecht durchführen kann oder zu deren Durchführung das eingesetzte Personal nicht hinreichend qualifiziert ist (z.B. Massagen, Krankengymnastik ohne physiotherapeutische Ausbildung).

Die leistungsbezogene Abgrenzung verdeutlicht außerdem, daß im Krankenhausbereich für die Zurechenbarkeit von Leistungen, die dem liquidationsberechtigten Krankenhausarzt gebührenrechtlich als eigene Leistungen zugeordnet werden können, Grenzen gesetzt sind. Leistungen, bei denen sich die Tätigkeit des Chefarztes auf die bloße Anordnung der Leistungserbringung beschränkt, können dem Chefarzt nicht als privat liquidierbare Leistungen zugerechnet werden. Insbesondere bei Leistungen, die in organisatorisch eigenständigen Einrichtungen des Krankenhauses oder von Angehörigen von Heilhilfsberufen erbracht werden, denen die selbständige Erbringung solcher Leistungen als berufstypische Aufgaben zugewiesen sind, bedarf es einer über die Anordnung hinausgehenden Mitwirkung des Chefarztes an der Leistungserbringung im Einzelfall. Davon kann bei in

der Regel nicht beaufsichtigten physikalisch-medizinischen Leistungen und Krankenpflegeleistungen des nichtärztlichen Personals nicht ausgegangen werden.

Satz 2 des Absatzes 2 trifft eine Sonderregelung für angeordnete Laborleistungen, die in Laborgemeinschaften, labormedizinischen Praxen oder in einem nicht unter der Aufsicht des anordnenden Arztes stehenden Krankenhauslabor erbracht werden. Die Vorschrift stellt gleichzeitig klar, daß die angeordneten Laborleistungen nach fachlicher Weisung unter der Aufsicht eines Arztes erbracht werden müssen. Für die Qualifizierung als ärztliche Leistungen würde es daher nicht ausreichen, wenn Laborleistungen in einem Labor erbracht werden, das nicht von einem Arzt geleitet wird. Sache des ärztlichen Berufsrechtes ist es, festzulegen, welche Anforderungen an die Qualifikation des laborleitenden Arztes zu stellen sind und welche Leistungen ausschließlich Laborfachärzten vorbehalten bleiben müssen.

Die Vorschrift berührt nicht das Liquidationsrecht selbständiger Laborärzte in labormedizinischen Praxen, wenn diese auf Grund einer Überweisung oder im Rahmen des § 4 Abs. 5 GOÄ tätig werden. Satz 2 betrifft nur den Fall, daß Laborleistungen nicht von einem Laborarzt einer labormedizinischen Praxis, sondern von dem die Leistung anfordernden Arzt berechnet werden.

Das Liquidationsrecht leitender Krankenhausärzte, denen ein Krankenhauslabor untersteht, für von ihnen erbrachte Laborleistungen wird ebenfalls nicht berührt.

Die Neufassung berührt im übrigen - ebensowenig wie die geltende Fassung des § 1 Abs. 2 GOÄ - die Möglichkeit der Praxisvertretung. Bei dieser wird der Praxisvertreter nach vertragsrechtlichen Grundsätzen anstelle des Praxisinhabers tätig.

Auch die Vertretung des Chefarztes durch einen bestellten ärztlichen Vertreter bleibt unberührt. Inwieweit der Chefarzt Gebühren für Leistungen seines Vertreters berechnen darf, bestimmt sich nach dem Inhalt des mit dem Patienten geschlossenen Vertrages. Erstreckt sich die Liquidation des Chefarztes nach der vertraglichen Vereinbarung ausdrücklich auch auf Leistungen seines Vertreters, sind insoweit die Voraussetzungen des § 4 Abs. 2 Satz 1 von dem Vertreter zu erfüllen.

Satz 3 des Absatzes 2 enthält die nach dem geltenden Recht in § 6 Satz 1 getroffene Klarstellung, daß nicht nur eine Leistung, die Bestandteil einer berechnungsfähigen anderen Leistung ist, sondern auch eine Leistung, bei der es sich lediglich um eine besondere Ausführung einer berechnungsfähigen anderen Leistung handelt, nicht gesondert berechnungsfähig ist.

Buchstabe b

Die Einbeziehung des Sprechstundenbedarfs nach § 4 Abs. 3 Satz 1 in die mit den Gebühren abgegoltenen Kosten hat in Verbindung mit der Beschränkung des Auslagenersatzes nach § 10 (vgl. im einzelnen Begründung zu Nummer 6) den Zweck, eine verwaltungsaufwendige Berechnung von Kleinmaterialien zu vermeiden.

Die Streichung des Satzes 2 bedeutet keine materielle Änderung des geltenden Rechts. Die Abgeltung der bei Leistungen nach den Abschnitten M, N und O des Gebührenverzeichnisses entstehenden Kosten mit den Gebühren ergibt sich auch ohne den ausdrücklichen Hinweis auf diese Abgeltung bereits aus Satz 1.

Zu Nummer 4 (§ 5 GOÄ)

Buchstabe a

Die Ergänzung der Überschrift dient der Klarstellung des Regelungsinhalts des § 5 insbesondere in Abgrenzung zu dem Regelungsinhalt des § 6 (vgl. Nummer 5).

Buchstabe b

Die Festlegung des Punktwertes auf 11 Pfennige trägt der wirtschaftlichen Entwicklung Rechnung. Um zu vermeiden, daß sich bei der Vervielfachung der Punktzahlen mit dem neuen Punktwert Gebühren mit Pfennig-Bruchteilen ergeben können, wird die § 5 Abs. 1 Satz 4 GOZ entsprechende Rundungsregelung getroffen.

Buchstabe c

Das Kriterium der örtlichen Verhältnisse wird - wie schon in der neuen GOZ - nicht mehr berücksichtigt, da es nicht leistungsbezogen und gegenüber den anderen Kriterien von untergeordneter Bedeutung ist. Die anderen Gebührenbemessungskriterien bleiben unverändert.

Buchstabe d

Die als Abschnitt Q (Magnetfeld-Resonanz-Tomographie) neu in das Gebührenverzeichnis aufgenommene Kernspintomographie wird als medizinisch-technische ärztliche Leistung in den Anwendungsbereich des kleinen Gebührenrahmens einbezogen.

Zu Nummer 5 (§ 6 GOÄ)

Buchstabe a

Die neue Überschrift präzisiert den Regelungsinhalt des neugefaßten § 6 GOÄ.

Buchstabe b

Der neue Absatz 1 enthält die notwendige Klarstellung, daß Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen, Hals-Nasen-Ohrenärzte sowie Chirurgen, deren Leistungsspektrum - in einem geringeren Umfang - auch Leistungen aus dem Gebührenverzeichnis der GOZ umfassen kann, die Vergütungen für diese Leistungen nur nach der GOZ berechnen dürfen. Einer entsprechenden Vorschrift für weitere Facharztgruppen bedarf es nicht, da von diesen Leistungen aus dem zahnärztlichen Bereich nicht erbracht werden.

Buchstabe c

Auch künftig bedarf es für das ärztliche Gebührenrecht einer Vergütungsregelung für nicht in das Gebührenverzeichnis aufgenommene Leistungen. Die neu gefaßte Analogievorschrift des § 6 Abs. 2 Satz 1 GOÄ stellt für die Vergütung solcher Leistungen wie bisher auf deren Gleichwertigkeit mit im Gebührenverzeichnis enthaltenen Leistungen ab, bezieht aber die Gleichwertigkeit präzisierend auf die Vergleichbarkeit nach Art, Kosten- und Zeitaufwand. Die Vorschrift trägt damit dem Bedürfnis Rechnung, die entsprechende Bewertung an sachlich nachvollziehbare Kriterien zu binden.

Die Streichung des bisherigen § 6 Satz 2 GOÄ ist eine Folgeänderung der Aufnahme des Regelungsinhalts dieser Vorschrift in § 12 (vgl. Nummer 7 d).

Zu Nummer 6 (§ 10 GOÄ)

§ 10 enthält eine Neufassung der Vorschriften über den Auslagenersatz. Durch die enumerative Aufzählung der Fälle, in denen neben den für die einzelnen ärztlichen Leistungen vorgesehenen Gebühren Auslagen berechnet werden können, wird die Regelung übersichtlicher gestaltet.

Nummer 1 knüpft an die Systematik des bisherigen § 10 Abs. 1 GOÄ an. Von der gesonderten Berechnung generell ausgenommen werden jedoch die Kosten für die in dem Katalog der Buchstaben a bis e im einzelnen bezeichneten Arzneimittel, Verbandmittel und sonstigen Materialien. Die Vorschrift ergänzt damit die zu § 4 Abs. 3 Satz 1 getroffene Neuregelung, indem sie die mit den Gebühren abgegoltenen Kosten für Sprechstundenbedarfsartikel präzisiert. Bei den nicht gesondert berechnungsfähigen Materialien handelt es sich um solche, deren Kosten bei der Verwendung im Einzelfall gemessen an den jeweiligen Gebühren für die berechnungsfähigen Leistungen nicht sonderlich ins Gewicht fallen. Der Wegfall der Berechnungsfähigkeit von Kosten für solche Materialien führt zu einer Entlastung des Verwaltungsaufwands bei der Rechnungserstellung.

Nummer 2 läßt - wie schon nach geltendem Recht - die gesonderte Berechnungsfähigkeit von Versand- und Portokosten zu, die durch Leistungen nach den Abschnitten M, N und O entstehen. Danach sind z.B. bei Laborleistungen entstandene Versand- und Portokosten für die Übersendung des zu untersuchenden Probenmaterials, nicht jedoch Portokosten für die Übersendung eines Befundberichts gesondert berechnungsfähig.

Nummer 3 entspricht dem geltenden Recht.

Nummer 4 enthält den klarstellenden Hinweis, daß Kosten, die nach den Vorschriften des Gebührenverzeichnisses als gesondert berechnungsfähig ausgewiesen sind, als Auslagen berechnet werden können.

Zu Nummer 7 (§ 12 GOÄ)

Buchstabe a

Die Ergänzung der Überschrift um das Wort "Rechnung" verdeutlicht den Regelungsinhalt der Vorschriften.

Buchstabe b

Die Vorschrift entspricht - bis auf geringfügige redaktionelle Anpassungen - dem geltenden Recht.

Buchstabe c

Mit der Darstellung des Regelungsinhalts in einem gesonderten Absatz wird unter Beibehaltung des geltenden Rechts die Systematik der neuen GOZ unter Berücksichtigung der dazu erforderlichen redaktionellen Anpassungen übernommen.

Buchstabe d

Die dem Regelungsinhalt des bisherigen § 6 Satz 2 GOÄ entsprechende Vorschrift wird - systematisch folgerichtiger - in die Vorschriften über die Rechnungserstellung eingefügt.

Buchstabe e

Redaktionelle Anpassung an die Änderungen des § 12.

Zu Artikel 1 Abs. 2 (Änderung des Gebührenverzeichnisses)

1. Zum Gesamtverzeichnis

Das Gebührenverzeichnis wird um Leistungen erweitert, die in der Abrechnungspraxis auf Empfehlung der Bundesärztekammer von den Privatversicherern und den Beihilfestellen in entsprechender Bewertung zu vorhandenen Positionen anerkannt worden sind ("Analogliste"). Damit wird dem dringendsten Ergänzungsbedarf beim Gebührenverzeichnis entsprochen.

2. Zu Nummer 1 b

Die eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Beratung soll künftig nicht nur als einzige Leistung, sondern auch im Zusammenhang mit einer eingehenden Untersuchung nach den Nummern 65, 65 a, 800 oder 801 berechnet werden können, wenn Beratung und Untersuchung zusammen mindestens 25 Minuten dauern. Damit wird dem Bedürfnis nach einer großzügigeren Vergütungsregelung für eine zuwendungsintensive Patientenberatung Rechnung getragen.

3. Zu Nummer 4 c

Die Position ist neu eingeführt:
Sie soll dazu beitragen, die Kosten des für die Patienten der Belegärzte vorgehaltenen ärztlichen Bereitschaftsdienstes abzugelten. Damit ist § 2 Abs. 3 Satz 2 Nr. 2 der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) Rechnung getragen.

4. Zu Nummer 1022

Die Gebühr für den Beistand bei einer Geburt wird von 55,- DM auf 143,- DM erhöht. Damit wird dem besonderen persönlichen Einsatz des Arztes bei dieser Leistung Rechnung getragen.

5. Kapitel L IX

Das Kapitel über die Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie ist neu gefaßt. Es soll fachliche Übereinstimmung mit der ab 1. Januar 1988 geltenden neu gefaßten Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) herstellen. Aus systematischen Gründen werden die Leistungen nach den Nummern 2200, 2201, 2202, 2445 und 2446 in das neu gefaßte Kapitel übernommen.

6. Zu Abschnitt M und O II A 2

Für Leistungen der Abschnitte M und O II A 2 werden die Punktzahlen um 20 vom Hundert herabgesetzt. Damit soll das in diesen Bereichen für Privatpatienten deutlich überhöhte Vergütungsniveau den bei der Leistungserstellung tatsächlich anfallenden Kosten angenähert und Rationalisierungsgewinne an den Verbraucher weitergegeben werden.

7. Abrechnungsbestimmung zu Abschnitt M

a) In Anknüpfung an das Regelungsziel der geltenden Abrechnungsbestimmung wird diese an die Erfordernisse einer praktikablen Gebührenabrechnung angepaßt. Nach der neuen Abrechnungsbestimmung sind bei Gewinnung von Untersuchungsergebnissen mit Hilfe von weitgehend mechanisierten bzw. teil- oder vollautomatisierten Analysegeräten die jeweils indizierten Parameter einheitlich nur mit 70 v.H. der jeweiligen Gebühr berechnungsfähig. Analysen, bei denen die Bestimmung regelmäßig anzuwenden ist, werden beispielhaft angegeben.

Die Abrechnungsbestimmung stellt nicht - wie bisher - auf die Durchführung von Analysen in einem Arbeitsgang ab. Diese Anknüpfung hatte wegen der Verzahnung verschiedener Arbeitsgänge im Ablauf der Analysen zu Unklarheiten geführt, die die Anwendung der bisherigen Abstaffelung für die Praxis weitgehend verhindert hatten.

b) Für Analysenkataloge mit Höchstwertbegrenzung, bei denen weitgehend mechanisierte bzw. teil- oder vollautomatisierte Analysegeräte in der Regel verwendet werden, ist der entsprechend der Absenkung verminderte Höchstwert anzuwenden.

c) Laborleistungen, die aus besonderen Gründen nicht mit Hilfe von weitgehend mechanisierten bzw. teil- oder vollautomatisierten Analysegeräten durchgeführt werden oder für die im Einzelfall aus medizinischen Gründen solche Geräte außerhalb der laborüblichen Betriebszeiten in Betrieb gesetzt werden müssen (z.B. bei sofort ausgeführten Notfalluntersuchungen), sind ausdrücklich von der Minderung ausgenommen. Für sie kann der volle Gebührensatz angesetzt werden. Da diese Voraussetzungen - insbesondere bei den in der Abrechnungsbestimmung beispielhaft aufgeführten Analysen, bei denen regelmäßig von einer weitgehend mechanisierten bzw. automatisierten Erbringung auszugehen ist - nur ausnahmsweise angenommen werden können, ist die Anwendung der Ausnahmebestimmung im Einzelfall zu begründen.

d) Aus Gründen der Abrechnungstransparenz sind für die Ausweisung von Laborleistungen in der Rechnung Kennzeichnungssymbole vorgegeben, die die Art der Leistungserbringung erkennen lassen.

8. HIV-Untersuchungen

Um zu vermeiden, daß bei entsprechender Anwendung bestehender Positionen des Gebührenverzeichnisses HIV-Untersuchungen in der Rechnung ausdrücklich benannt werden müssen, werden als Nummern 4451 und 4468 des Gebührenverzeichnisses Leistungsbeschreibungen für geeignete Untersuchungsverfahren eingefügt. Die nur beispielhafte Nennung der HIV-Antikörper neben Hepatitis B-Virus-Antigen oder Antikörper stellt sicher, daß bei der Angabe der Abrechnungsposition nicht ohne weiteres auf eine HIV-Diagnostik geschlossen werden kann.

Zu Artikel 2

Die Vorschrift enthält die für die aufgrund der zahlreichen Änderungen der Gebührenordnung für Ärzte erforderliche Neubekanntmachung notwendige Ermächtigung.

Zu Artikel 3

Die Vorschrift enthält die notwendige Berlin-Klausel.

Zu Artikel 4

Die Änderungen der Gebührenordnung für Ärzte sollen am 1.7.1988 in Kraft treten. Satz 2 trifft die für die Abrechnung von vor diesem erbrachten Leistungen notwendige Übergangsregelung.

Bundesrat **Drucksache 118/88** **(Beschluß)**

29.04.88

Beschluß

des Bundesrates

zur

Dritten Verordnung zur Änderung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)

Der Bundesrat hat in seiner 588. Sitzung am 29. April 1988 beschlossen, der Verordnung gemäß Artikel 80 Abs. 2 des Grundgesetzes nach Maßgabe der sich aus der Anlage ergebenden Änderungen zuzustimmen.

Alleinvertrieb: Verlag Dr. Hans Heger, Postfach 20 08 21, 5300 Bonn 2
ISSN 0720-2946

Drucksache 118/88 (Beschluß)

Anlage

Änderungen der Dritten Verordnung zur Änderung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)

1. Zu Art. 1 Abs. 1 Nr. 3 Buchst. a (§ 4 Abs. 2 Satz 2)

In Artikel 1 Abs. 1 Nr. 3 Buchstabe a sind in § 4 Abs. 2 Satz 2 die Worte ", labormedizinischen Praxen" zu streichen.

Begründung:

Die Regelung, daß auch Laborleistungen, die aus "labormedizinischen Praxen" bezogen werden, als persönlich erbrachte Leistung eines dritten Arztes gelten, kann nicht akzeptiert werden. Hinter den "labormedizinischen Praxen" stehen die niedergelassenen Laborärzte; diese sollten nach wie vor auf Überweisung anderer Ärzte als freiberuflich tätige Spezialisten die ärztlichen Laborleistungen erbringen mit der Folge, für ihre Leistungen selbst ein Liquidationsrecht zu haben.

2. Zu Art. 1 Abs. 2 Nr. 6 (Gebührenverzeichnis Nrn. 2 bis 4b)

In Artikel 1 Abs. 2 ist die Nummer 6 wie folgt zu fassen, und es sind folgende neue Nummern 6a und b anzufügen:

'6. Bei der Leistung nach Nummer 2 wird der Betrag in der Spalte "Gebühr in DM" um 10 vom Hundert erhöht.

6a. Für die Leistung nach Nummer 3 wird die Zahl in der Spalte "Punktzahl" von "142" in "260", der Betrag in der Spalte "Gebühr in DM" von "14,20" in "28,60" geändert.

6b. Bei den Leistungen nach den Nummern 4 bis 4b werden die Beträge in der Spalte "Gebühr in DM" um 10 vom Hundert erhöht.'

Begründung:

Die Änderung zielt auf die Erhöhung der Punktzahl für die persönliche Grundleistung der Nummer 3 von 142 auf 260. Nachdem die EBM-Punktzahlen im Bereich der persönlichen Leistungen spürbar erhöht worden sind, muß diese Entwicklung für die GOÄ jedenfalls für die Beratung bei Nacht (Nummer 3) nachvollzogen werden, um den Grundgedanken, die persönliche Leistung zu Lasten der Laborleistungen besser zu bewerten, auch in diesem Teilbereich zu verwirklichen, der für die hausärztliche Versorgung der Bevölkerung bedeutsam ist. Die Mehrkosten stehen durch die Absenkung der GOÄ-Gebühren für Laborkosten zur Verfügung.

3. Zu Art. 1 Abs. 2 Nrn. 8, 11 (Gebührenverzeichnis Nrn. 5 bis 18, 35 bis 92)

In Artikel 1 Abs. 2 sind

a) die Nummer 8 wie folgt zu fassen und folgende Nummern 8a bis 8d einzufügen:

'8. Bei der Leistung nach Nummer 5 wird der Betrag in der Spalte "Gebühr in DM" um 10 vom Hundert erhöht.;

8a. Bei der Leistung nach Nummer 5a wird die Zahl in der Spalte "Punktzahl" von "188" in "207", der Betrag in der Spalte "Gebühr in DM" von "18,80" in "22,77" geändert.;

8b. Bei den Leistungen nach den Nummern 6 bis 8 werden die Beträge in der Spalte "Gebühr in DM" um 10 vom Hundert erhöht.;

8c. Nach Nummer 8 wird folgende Abrechnungsbestimmung eingefügt:

"Besuchsgebühren nach den Nummern 5 bis 8 sind für Besuche von Krankenhaus- und Belegärzten im Krankenhaus nicht berechnungsfähig.";

8d. Bei den Leistungen nach den Nummern 9 bis 18 werden die Beträge in der Spalte "Gebühr in DM" um 10 vom Hundert erhöht.'

b) die Nummer 11 wie folgt zu fassen und folgende Nummern 11a und 11b einzufügen:

'11. Bei den Leistungen nach den Nummern 35 bis 65 werden die Beträge in der Spalte "Gebühr in DM" um 10 vom Hundert erhöht.;

11a. Bei den Leistungen nach den Nummern 65a, 70, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81 und 82 werden jeweils die Zahl in der Spalte "Punktzahl" und der Betrag in der Spalte "Gebühr in DM" wie folgt geändert:

Nummer	Punktzahl	Gebühr in DM
bei 65a	von "127" in "140"	von "12,70" in "15,40",
bei 70	von "240" in "264"	von "24,--" in "29,04",
bei 75	von "60" in "66"	von "6,--" in "7,26",
bei 76	von "280" in "308"	von "28,--" in "33,88",
bei 77	von "287" in "316"	von "28,70" in "34,76",
bei 78	von "287" in "316"	von "28,70" in "34,76",
bei 79	von "287" in "316"	von "28,70" in "34,76",
bei 80	von "287" in "316"	von "28,70" in "34,76",
bei 81	von "287" in "316"	von "28,70" in "34,76" und
bei 82	von "322" in "354"	von "32,20" in "38,94".;

11b. Bei den Leistungen nach den Nummern 83 bis 92 werden die Beträge in der Spalte "Gebühr in DM" um 10 vom Hundert erhöht.'

Begründung:

Die Anhebung der bezeichneten Gebühren ist geboten, um der Bedeutung der Vorsorgemedizin bei Schwangerschaft und im Kindesalter Rechnung zu tragen und den auf diesem Gebiet tätigen Ärzten für ihren Einsatz ein angemessenes Entgelt zu sichern.

Die unter Nummer 8c neu eingefügte Abrechnungsbestimmung dient der Klarstellung, daß Besuchsgebühren in diesen Fällen nicht berechnet werden dürfen. Gleiches gilt übrigens erst recht für Besuchsentschädigungen nach den §§ 7 bis 9 der GOÄ.

4. Zu Art. 1 Abs. 2 Nr. 166 (Gebührenverzeichnis Abschnitt M)

In Artikel 1 Abs. 2 Nummer 166 ist in den Allgemeinen Bestimmungen in Ziff. 2.a Abs. 1 die Zahl "70" durch die Zahl "60" zu ersetzen.

Begründung:

Die Anhebung auf 70 v. H. gegenüber dem Ansatz im Referentenentwurf von 50 v. H. erscheint auf Grund der Erläuterung nicht nachvollziehbar begründet. Dem Rationalisierungseffekt im Laborbereich wird dadurch nicht ausreichend Rechnung getragen. Auf Grund der im Vorfeld angestellten Berechnungen sollte zumindest probeweise ein niedrigerer Vomhundertsatz zugrunde gelegt werden.