

Antrag

des Landes Nordrhein-Westfalen

zur

Vierten Verordnung zur Änderung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)

Punkt 58 der 674. Sitzung des Bundesrates am 23. September 1994

Der Bundesrat möge beschließen, der Verordnung gemäß Artikel 80 Abs. 2 GG nach Maßgabe folgender Änderungen, die die Empfehlungen der Drucksache 211/1/94 Ziffern 1 bis 13 sowie der Drucksache 211/4/94 ersetzen und gemeinsam abzustimmen sind, zuzustimmen:

1. **Zu Artikel 1 Abs. 1 Nr. 1 (§ 2 Abs. 3 - neu -)**

In Artikel 1 Abs. 1 Nr. 1 ist in § 2 folgender Absatz 3 anzufügen:

- “(3) Für Leistungen nach den Abschnitten A, E, H und O ist eine Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 1 unzulässig. Im übrigen ist bei stationären, vor-, teil- und nachstationären wahlärztlichen Leistungen eine Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 1 nur für vom Wahlarzt höchstpersönlich erbrachte Leistungen zulässig.”

Ausgeliefert am 22. SEP. 1994

Begründung:

Zielsetzung eines entsprechenden Beschlusses des Gesundheitsausschusses des Bundesrates war es, Abdingungen künftig nur für Luxusbehandlungen zu ermöglichen. In Erörterungen mit der Bundesregierung hat sich herausgestellt, daß die Verwirklichung dieser Absicht zu diesem Zeitpunkt nicht möglich ist. Es wird deshalb eine Lösung vorgeschlagen, die unterhalb des Beschlusses des Gesundheitsausschusses bleibt, die von der Gesundheitsministerkonferenz verfolgte Zielsetzung jedoch noch hinreichend deutlich anstrebt.

Danach dürfen sich sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich Abdingungen nicht auf Leistungen nach den technischen Abschnitten A, E, M und O erstrecken; im stationären Bereich sind Abdingungen nur für die Fälle zulässig, in denen der Wahlarzt auch tatsächlich in eigener Person - höchstpersönlich - behandelt.

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

In Artikel 1 Abs. 1 Nr. 2 sind in § 4 Abs. 2 Satz 3 Nr. 3 die Worte "und 252" zu ersetzen durch die Worte "252, 271 und 272".

Begründung

Es handelt sich um Infusionsleistungen, die im Krankenhaus Routinesache sind. Deshalb ist es sachgerecht, sie nur beschränkt zur Wahlarzt abrechnung zuzulassen.

2. Zu Artikel 1 Abs. 1 Nr. 2 (§ 4 Abs. 2 Satz 3)

In Artikel 1 Abs. 1 Nr. 2 sind in § 4 Abs. 2 Satz 3 nach der Nummer 3 nach den Worten: "wenn diese nicht durch den Wahlarzt oder dessen" die Worte "vor Abschluß des Wahlarztvertrages dem Patienten benannten" einzufügen.

Die Sätze 5 und 6 sind zu streichen.

Begründung:

Die von der Bundesregierung vorgesehene Verschärfung des Höchstpersönlichkeitsprinzips des § 4 Abs. 2 wird dahin gehend verdeutlicht, daß die Fiktion eigener Leistungserbringung in den in den Nummern 1 bis 3 genannten Fällen zusätzlich nur dann gilt, wenn insoweit die Benennung vor Vertragsschluß vorgenommen worden ist.

3. Zu Artikel 1 Abs. 1 Nr. 2 (§ 4 Abs. 2 Sätze 5 und 6, Abs. 2a - neu-)
Zu Artikel 1 Abs. 2 Nr. 3 Abschnitt C.VII Nr. 41a - neu -
(Gebührenverzeichnis für ärztliche Leistungen - Abschnitt
C.VIII Zuschläge zu ambulanten Operations- und
Anästhesieleistungen)

In Artikel 1 Abs. 1 Nr. 2 sind die beiden letzten Sätze zu streichen; nach § 4 Abs. 2 ist folgender Abs. 2 a - neu - einzufügen:

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

Folgeänderung:

In Artikel 1 Abs. 2 Nr. 3 ist in Abschnitt C.VIII nach Nummer 41 folgende Nummer 41a - neu - einzufügen:

41a. Die Allgemeinen Bestimmungen nach der Überschrift "L. Chirurgie, Orthopädie" sind wie folgt zu fassen:

"Allgemeine Bestimmungen

...

Zur Erbringung der in Abschnitt 1 aufgeführten typischen operativen Leistungen sind in der Regel mehrere operative Einzelschritte erforderlich. Sind diese Einzelschritte methodisch notwendige Bestandteile der in der jeweiligen Leistungsbeschreibung genannten Zielleistung, so können sie nicht gesondert berechnet werden.

Werden mehrere Eingriffe in der Brust- oder Bauchhöhle in zeitlichem Zusammenhang durchgeführt, die jeweils in der Leistung die Eröffnung dieser Körperhöhlen enthalten, so darf diese nur einmal berechnet werden; die Vergütungssätze der weiteren Eingriffe sind deshalb um den Vergütungssatz nach Nummer 2990 oder Nummer 3135 zu kürzen."

Begründung

Neu gegenüber dem Regierungsentwurf ist lediglich Satz 2 in Absatz 2a. Dieser Satz war im Referentenentwurf der Bundesregierung bereits enthalten. Er dient der Klarstellung und Verdeutlichung der Anwendung des Ziel- oder Komplexleistungsprinzips auch im operativen Bereich.

Die Ergänzung der Abrechnungsbestimmungen ist notwendige Folgeänderung.

4. Zu Artikel 1 Abs. 1 Nr. 3 Buchstabe a Doppelbuchstabe bb -
(§ 5 Abs. 1 Satz 3)

Artikel 1 Abs. 1 Nr. 3 Buchstabe a Doppelbuchstabe bb ist wie folgt zu fassen:

'bb) In Satz 3 werden die Worte "11 Deutsche Pfennige" durch die Worte "11,3 Deutsche Pfennige" ersetzt.'

Begründung:

Der Entwurf der Bundesregierung sieht eine Erhöhung des Punktwertes um 0,4 deutsche Pfennig, d.h. um 3,6 % vor. Innen- und Finanzausschuß des Bundesrates haben Kostenneutralität gefordert.

Diese ist nicht durchsetzbar.

Nach den von der Ärzteschaft verursachten Mengenausweitungen des letzten Jahrzehnts mit Volumensteigerungen von durchschnittlich 7 % bis 8 % im jedem einzelnen Jahr kann eine Erhöhung des Punktwertes nur in Zusammenhang mit zielgerichteten inhaltlichen und strukturellen Änderungen der Verordnung ernsthaft diskutiert werden. Im Zusammenhang mit den von der Bundesregierung bereits vorgesehenen dahin gehenden Änderungen und den im vorliegenden Antrag vorgeschlagenen Verbesserungen wird **außerstenfalls** eine Erhöhung des Punktwertes um 0,3 Deutsche Pfennig, d.h. 2,7 % für vertretbar angesehen, zumal auch die Strukturveränderungen im Gebührenteil nicht kostenneutral sind.

5. Zu Artikel 1 Abs. 1 Nr. 3 Buchstabe b und Buchstabe d -neu- (§ 5 Abs. 3 und Absatz 5 -neu-), Nummer 8 Buchstabe o Doppelbuchstabe aa (§ 12 Abs. 3 Satz 1) und Absatz 2 Nr. 1 (Gebührenverzeichnis für ärztliche Leistungen Abschnitt A)

In Artikel 1 Abs. 1 Nr. 3 ist der Buchstabe **b** wie folgt zu fassen:

'b) Absatz 3 wird wie folgt gefaßt:

"(3) Gebühren für die in den Abschnitten A, E und O des Gebührenverzeichnisses genannten Leistungen bemessen sich nach dem Einfachen bis Zweifachen des Gebührensatzes. Absatz 2 Satz 4 gilt mit der Maßgabe, daß an die Stelle des 2,3fachen des Gebührensatzes das 1,5fache des Gebührensatzes tritt."

In Artikel 1 Abs. 1 Nr. 3 ist folgender Buchstabe **d** einzufügen:

d) Nach Absatz 4 wird folgender Absatz 5 angefügt:

"(5) Läßt außer in den Fällen des § 4 Abs. 2 Satz 3 ein durch Wahlarztvertrag verpflichteter Arzt ärztliche Aufgaben durch andere Ärzte wahrnehmen, so tritt an die Stelle des 3,5-fachen nach § 5 Abs. 1 Satz 1 das 2,3-fache und an die Stelle des 2,5-fachen nach § 5 Abs. 3 Satz 1 das 1,8-fache."

Als Folge ist

- a) in Artikel 1 Abs. 1 Nr. 8 Buchstabe b Doppelbuchstabe aa in § 12 Abs. 3 Satz 1 die Angabe "1,8fache" durch die Angabe "1,5fache" und
- b) in Artikel 1 Abs. 2 Nr. 1 in Abschnitt A das Wort "Zweieinhalbfachen" durch das Wort "Zweifachen"

zu ersetzen.

Begründung:

zu Abs. 3

Entsprechend den Empfehlungen des Innen- und des Finanzausschusses wird über die von der Bundesregierung ohnedies vorgesehenen Rahmeneinengungen in Abschnitt M eine Verringerung der Gebührenrahmen für die Leistungsabschnitt A, E und O vorgesehen. Auch dieser Vorschlag liegt unterhalb der von der Gesundheitsministerkonferenz verfolgten Zielsetzung, die von der Ärzteschaft selbst nicht angenommenen Gebührenrahmen durch Festgebühren zu ersetzen. Im Zusammenhang mit den Bemühungen der Bundesregierung, für bestimmte Leistungsbereiche die Gebührenspannen zu verringern, ist die vorgeschlagene Änderung jedoch ein Schritt auf dem Wege zu einer im Interesse der Patienten, der Versicherungen und der Beihilfestellen notwendigen Transparenz des Gebührensystems.

zu Abs. 5

Dem Grundsatz höchstpersönlicher Verpflichtung aufgrund eines Wahlarztvertrages folgend begrenzt § 4 Abs. 2 Satz 3 GOÄ (neu) die Vertretungsmöglichkeiten des liquidationsberechtigten Arztes (Chefarzt). Diese Vertretungsmöglichkeiten werden jedoch nur für die Fälle bestimmter Leistungen nach den im einzelnen aufgeführten Nummern des Leistungsverzeichnisses eingeengt.

In allen anderen Fällen ist Vertretung durch jeden beliebigen Arzt in den Grenzen des Vertragsrechtes zulässig. Um den liquidationsberechtigten Ärzten diese Vertretungsmöglichkeiten zu erhalten - wofür

in vielen Zuschriften sehr viele Gründe ins Feld geführt worden sind -, sollen diese Vertretungsmöglichkeiten auch nicht beschränkt werden. Unangemessen wäre es jedoch, auch insoweit den Patienten im Rahmen des allgemeinen großen Gebührenrahmens zahlungspflichtig zu halten. Es wird deshalb vorgesehen, für alle nicht in § 4 Abs. 2 Satz 3 (neu) aufgeführten Fälle den Gebührenrahmen auf den bislang üblichen Schwellenwert einzuengen. Zugleich wird hierdurch die Wertigkeit höchstpersönlicher Chefarztbehandlung in bislang unbekannter Deutlichkeit für jedermann verständlich unterstrichen.

Die Gestaltungsmöglichkeiten für den liquidierenden Arzt sehen beim Wahlarztvertrag mithin wie folgt aus:

- * Abdingungsverbot bei nicht höchstpersönlicher Leistungserbringung
- * ^Y Großer Gebührenrahmen für nach § 4 Abs. 2 Satz 3 (neu) zugelassene Vertretung und
- * Gebührenrahmen bis zum jeweiligen Schwellenwert für alle übrigen Fälle.

6. Zu Artikel 1 Abs. 1 Nr. 3a - neu - (§ 6 Abs. 2)

In Artikel 1 Abs. 1 ist nach Nummer 3 folgende Nummer 3 a einzufügen:

3a) In § 6 Abs. 2 wird folgender Satz 2 angefügt:

"Beim Bundesministerium für Gesundheit wird ein Beirat bestehend aus Vertretern der Ärzteschaft, der Länder und der Privaten Krankenversicherung gebildet, der Empfehlungen dazu abgibt, welche Leistungen des Gebührenverzeichnisses als gleichwertig im Sinne des Satzes 1 anzusehen sind."/

Begründung:

Ziel eines Antrages im Bundesratsgesundheitsausschuß war es, die nie ganz zu vermeidende Notwendigkeit, Analogbewertungen zuzulassen, auf diejenigen Fälle zu beschränken, für welche die GOZ dies bereits vorsieht, also auf Fälle neuer, erst nach Inkrafttreten der Gebührenordnung gefundener Behandlungsmethoden oder -schritte. Demgegenüber steht das Argument, daß bei der Eigenart der Tarifpositionen der GOÄ der schärfere Maßstab der GOZ nicht angelegt werden könne.

Wird aus diesem Grunde das System der GOÄ aufrechterhalten, soll die Zulässigkeit der Analogbewertung künftig von der Empfehlung eines neutraleren Gremiums abhängig gemacht werden.

6a. Zu Artikel 1 Abs. 2 Nr. 2 Abschnitt B I Nummer 3 des Gebührenverzeichnisses ("Eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Beratung")

Der Abrechnungsbestimmung ist folgender Satz voranzustellen:

"Die Leistung nach Nummer 3 (Dauer mindestens 10 Minuten) ist nur berechnungsfähig als einzige Leistung oder im Zusammenhang mit einer Untersuchung nach den Nummern 6, 7, 8, 800 oder 801."

Begründung:

Zur Klarstellung des Leistungsumfangs und zur Vorbeugung ungerecht-

fertigter Mengenausweitungen mit hohen Kostenfolgen sind die Abrechnungsbestimmungen aus der Nr. 1 b alt zumindest teilweise beizubehalten. Dem Punktwert 160 entspricht eine mindest zehnminütige Dauer der Beratung, die nur als einzige Leistung oder im Zusammenhang mit einigen bestimmten Untersuchungen berechnungsfähig sein soll.

- 6b. Zu Artikel 1 Abs. 2 Nr. 2 Abschnitt B II des Gebührenverzeichnisses ("Zuschläge zu Beratungen und Untersuchungen nach den Nummern 1,3,4,5,6,7 oder 8"):

In die Allgemeinen Bestimmungen ist folgender Satz 3 a einzufügen:

"Die Zuschläge nach den Buchstaben B bis D dürfen von Krankenhausärzten nicht berechnet werden, es sei denn, die Leistungen werden durch den liquidationsberechtigten Arzt oder seinen Vertreter nach § 4 Absatz 2 Satz 3 erbracht."

Begründung:

Ziel ist die Beschränkung der beim durchlaufenden Krankenhausbetrieb entstehenden Nacht-, Samstags-, Sonn- und Feiertagszuschläge auf den Kreis der genannten Ärzte.

7. Zu Artikel 1 Abs. 2 Nr. 2 (Abschnitt B.III. Nummer 31 -neues des Gebührenverzeichnisses)

In Artikel 1 Abs. 2 Nr. 2 ist in Abschnitt B.III. nach Nummer 30 folgende Nummer 31 einzufügen:

"31 Homöopathische Folgeanamnese mit einer
Minstdauer von 30 Minuten unter laufender Behandlung nach den Regeln der Einzelmittelhomöopathie zur Beurteilung des Verlaufs und Feststellung des weiteren Vorgehens - einschließlich schriftlicher Aufzeichnungen -.....

450 50.85

Die Leistung nach Nummer 31 ist innerhalb von sechs Monaten nicht mehr als dreimal berechnungsfähig.

Neben der Leistung nach Nummer 31 sind die Leistungen nach den Nummern 1, 3, 4, 30 und/oder 34 nicht berechnungsfähig."

Begründung:

Die Regelung knüpft an die Einführung der Ziffer 30 an. Homöopathisch-ärztliche Behandlung erfordert die genaue Einschätzung des Krankheitsverlaufes. Insbesondere bei chronisch Kranken, vor allem mit Mehrfachdiagnosen, muß jedoch die Neuverordnung zulässig sein.

Die vorgesehene Abstufung verspricht erhöhte Transparenz für homöopathisches Arbeiten, weitergehenden Schutz vor Mißbrauch der Abrechnungsbestimmung und einen Beitrag zur Ausgabenverringerung unter Beachtung der Grundsätze homöopathisch-ärztlicher Arbeitsweise.

8. Zu Artikel 1 Abs. 2 Nr. 2 (Abschnitt B.V. des Gebührenverzeichnisses)

In Artikel 1 Abs. 2 Nr. 2 ist Abschnitt B.V. wie folgt zu ändern:

- a) Nach dem Zuschlag nach Buchstabe F ist folgende Abrechnungsbestimmung einzufügen:

"Der Zuschlag nach Buchstabe F ist neben den Leistungen nach den Nummer 45, 46, 48 und 52 nicht berechnungsfähig."

- b) Nach dem Zuschlag nach Buchstabe G ist folgende Abrechnungsbestimmung einzufügen:

"Der Zuschlag nach Buchstabe G ist neben den Leistungen nach den Nummern 45, 46, 48 und 52 nicht berechnungsfähig."

Begründung:

Die von der Bundesregierung bereits hinter dem Buchstaben H vorgesehene Abrechnungsbestimmung wird auch auf die Zuschläge F und G ausgedehnt, um Kumulationseffekte und damit übermäßige Kostensteigerungen infolge der Zuschlagsmöglichkeiten einzuschränken.

9. Zu Artikel 1 Abs. 2 Nr. 3 (Abschnitt C.V. des Gebührenverzeichnisses)

In Artikel 1 Abs. 2 Nr. 3 ist in Abschnitt C.V. nach der Leistung nach Nummer 391 folgende Abrechnungsbestimmung einzufügen:

"Mehr als 80 Intrakutantests sind je Behandlungsfall nicht berechnungsfähig."

Begründung:

Die Einschränkung der Abrechnungsmöglichkeiten für Intrakutantests entspricht der Abrechnungsbestimmung für Pricktests hinter der Nummer 387.

...

10. Zu Artikel 1 Abs. 2 Nr. 13 a -neu- (Nummer 659 -neu- des
Gebührenverzeichnisses)

In Artikel 1 Abs. 2 ist nach Nr. 13 folgende Nr. 13 a
einzufügen:

'13a) Die Leistung nach Nummer 659 wird wie folgt geändert:

"659 Elektrokardiographische Untersuchung über mindestens 18
Stunden (Langzeit-EKG) - gegebenenfalls einschließlich
gleichzeitiger Registrierung von Puls und Atmung -, mit
Auswertung 400 45,20"

Begründung:

Die Abwertung von bislang 1.050 Punkten auf nunmehr 400 Punkte
entspricht der Wertigkeit der Leistung unter Berücksichtigung
ärztlichen Aufwandes.

11. Zu Artikel 1 Abs. 2 Nr. 52 (Abschnitt M.I. des Gebührenver-
zeichnisses)

In Artikel 1 Abs. 2 Nr. 52 sind in Abschnitt M.I. die Worte

"Mikroskopische Einzelbestimmung je Meßgröße

..... 70 7,94"

zu ersetzen durch die Worte "Mikroskopische Einzelbestimmung je

Meßgröße 60 6,78"

Begründung:

Die Regierungsvorlage sieht 70 Punkte vor. Die Abwertung ist mit dem Bundesgesundheitsministerium erörtert worden. Sie entspricht Aufwand und Wertigkeit der Leistung.

12. Zu Artikel 1 Abs. 2 Nr. 56 (Abschnitt O.I.7. des Gebührenverzeichnisses)

In Artikel 1 Abs. 2 Nr. 56 ist Abschnitt O.I.7., wie folgt zu ändern:

- a) Nach der Überschrift zu Abschnitt O.I.7.
(Computertomographie) sind folgende Allgemeine Bestimmungen einzufügen:

"Allgemeine Bestimmungen

Die Leistungen nach den Nummern 5369 bis 5375 sind je Sitzung jeweils nur einmal berechnungsfähig.

Die Nebeneinanderberechnung von Leistungen nach den Nummern 5370 bis 5374 ist in der Rechnung gesondert zu begründen.

Bei Nebeneinanderberechnung von Leistungen nach den Nummern 5370 bis 5374 ist der Höchstwert nach Nummer 5369 zu beachten."

- b) Vor der Leistung nach Nummer 5370 ist folgende Leistung mit der Nummer 5369 einzufügen:

"5369. Höchstwert für Leistungen nach den
Nummern 5370 bis 5374..... 3000 339.-

Die im einzelnen erbrachten Leistungen sind in der Rechnung anzugeben."

...

c) Die Abrechnungsbestimmung nach der Leistung nach Nummer 5372 ist zu streichen.

d) Die Leistung nach Nummer 5380 ist wie folgt zu fassen:

"5380 Bestimmung des Mineralgehalts (Osteo-
densitometrie) von repräsentativen (auch
mehreren) Skeletteilen mit quantitativer
Computertomographie oder quantitativer di-
gitaler Röntgentechnik..... 300 3390"

Begründung:

Die Ergänzungen nach den Buchstaben a) und b) sind unter der mit der Bundesregierung erörterten Zielsetzung der Einschränkung von Kumulationseffekten und der Begrenzung von Abrechnungsmöglichkeiten zu sehen. Darüber hinaus dienen sowohl die Ergänzung durch allgemeine Bestimmungen als auch die Einführung einer neuen Nummer 5369 der Transparenz. Die Änderungen verfolgen ferner das Ziel, schon durch die gesonderte Begründungspflicht als solche auf das Verordnungs- und Abrechnungsverhalten der Ärzteschaft dämpfend einzuwirken.

Die Streichung der Abrechnungsbestimmung hinter der Nummer 5372 nach Buchstabe c) ist rechtsnotwendige Folge der Änderungen zu a) und b).

Die Senkung des Punktwertes der Nummer 83 von 400 auf 300 Punkte entspricht der Wertigkeit einer ohnedies fachlich umstrittenen Leistung.

13. Zu Artikel 1 Abs. 2 Nr. 56 (Abschnitt O.II.1.m. des Gebührenverzeichnisses)

In Artikel 1 Abs. 2 Nr. 56 ist in Abschnitt O.II.1.m. die Leistung nach Nummer 5475 wie folgt zu fassen:

...

"5475 Quantitative Bestimmung des Mineralge-
halts im Skelett (Osteodensitometrie) in
einzelnen oder mehreren repräsentativen
Extremitäten- oder Stammskelettabschnitten
mittels Dual-Photonen-Absorptionstechnik
..... 300 33,90"

Begründung:

Die Senkung des Punktwertes ist zwangsläufige Folge der in der
Nummer 5380 bereits vorgesehenen Absenkung.

14. Zu Artikel 1 Abs. 2 Nr. 56 (Abschnitt O.III. des Gebühren-
verzeichnisses)

In Artikel 1 Abs. 2 Nr. 56 ist Abschnitt O.III. wie folgt zu
ändern:

- a) Die Allgemeinen Bestimmungen nach der Überschrift zu
Abschnitt O.III. (Magnetresonanztomographie) sind wie folgt
zu fassen:

"Allgemeine Bestimmungen

Die Leistungen nach den Nummern 5700 bis 5735 sind je Sit-
zung jeweils nur einmal berechnungsfähig.

Die Nebeneinanderberechnung von Leistungen nach den Nummern
5700 bis 5730 ist in der Rechnung gesondert zu begründen.
Bei Nebeneinanderberechnung von Leistungen nach den Nummern
5700 bis 5730 ist der Höchstwert nach Nummer 5735 zu beach-
ten."

...

24/12/84

- b) Nach der Leistung nach Nummer 5733 ist folgende Leistung mit der Nummer 5735 einzufügen:

"5735 Höchstwert für Leistungen nach den Nummern 5700 bis 5730 6000 678.--

Die im einzelnen erbrachten Leistungen sind in der Rechnung anzugeben."

Begründung:

Die Einführung einer "allgemeinen Bestimmung" nach Buchstabe a und eines Höchstwertes mit der neuen Nummer 5735 sind erforderlich, Transparenz ärztlichen Handelns zu steigern, auf ärztliches Verordnungs- und Abrechnungsverhalten dämpfend einzuwirken und Kumulationseffekte zu begrenzen. Zielsetzungen und Methodik entsprechen den bereits unter Nummer 12 angewendeten und mit der Bundesregierung in beiden Fällen erörterten Verfahren.

15. Zu Artikel 1 Abs. 2 Nr. 3, 52, 56

a. Zu Art. 1 Abs. 2 Nr. 3 (Gebührenverzeichnis Nr. 280)

In der Abrechnungsbestimmung zu der Leistung nach Nummer 280 ist das Wort "Nummmer" durch das Wort "Nummer" zu ersetzen.

b. Zu Art. 1 Abs. 2 Nr. 3 (Gebührenverzeichnis Nr. 340)

In der Leistungsbeschreibung der Leistung nach Nummer 340 ist das Wort "cerebralen" durch das Wort "zerebralen" zu ersetzen.

...

c. Zu Art. 1 Abs. 2 Nr. 3 (Gebührenverzeichnis Nr. 428)

In der Leistungsbeschreibung der Leistung nach Nummer 428 ist das Wort "Assisitierte" durch das Wort "Assistierte" zu ersetzen.

d. Zu Art. 1 Abs. 2 Nr. 3 (Gebührenverzeichnis 420)

In der Leistungsbeschreibung der Leistung nach Nummer 420 ist das Wort "Leistung" durch das Wort "Leistungen" zu ersetzen.

e. Zu Art. 1 Abs. 2 Nr. 3 (Gebührenverzeichnis 448)

In der Abrechnungsbestimmung zu der Leistung nach Nummer 448 ist das Wort "Nummmern" durch das Wort "Nummern" zu ersetzen.

f. Zu Art. 1 Abs. 2 Nr. 52 (Allgemeine Bestimmung Nr. 11 zu Abschnitt M)

In der Abrechnungsbestimmung Nr. 11 zu Abschnitt M ist die Nummer "4017" durch die Nummer "4014" zu ersetzen.

g. Zu Art. 1 Abs. 2 Nr. 56 (Gebührenverzeichnis Nr. 5011)

In der Abrechnungsbestimmung zu der Leistung nach Nummer 5011 ist das Wort "Nummmern" durch das Wort "Nummern" zu ersetzen.

h. Zu Art. 1 Abs. 2 Nr. 56 (Gebührenverzeichnis Nr. 5425)

In der Überschrift vor der Leistung nach Nummer 5425 ist das Wort "Knochenmarksszintigraphie" durch das Wort "Knochenmarkszintigraphie" zu ersetzen.

1. Zu Art. 1 Abs. 2 Nr. 56 (Gebührenverzeichnis Nr. 5473)

In der Leistungsbeschreibung der Leistung nach Nummer 5473 ist das Wort "Auswurfiraktion" durch das Wort "Auswurfiraktion" zu ersetzen.

1. Zu Art. 1 Abs. 2 Nr. 56 (Gebührenverzeichnis Nr. 5715)

In der Leistungsbeschreibung der Leistung nach Nummer 5715 ist das Wort "gegebenenenfalls" durch das Wort "gegebenenfalls" zu ersetzen.

Begründung:

Berichtigung von Schreibfehlern.

16. Zu Artikel 4 (Inkrafttreten)

Artikel 4 ist wie folgt zu fassen:

**"Artikel 4
Inkrafttreten**

Diese Verordnung tritt am 1. Januar 1995 in Kraft."

Folgeänderung:

In Artikel 3 entfällt Satz 2.

Begründung

Das nunmehr ins Auge gefaßte Inkrafttreten der Novellierung am 1. Januar 1995 ermöglicht eine zeitnahe Umsetzung der Neuregelung, ohne zugleich unangemessen kurz zu befristen.