

1988

Ausgegeben zu Bonn am 23. Juni 1988

Nr. 26

Tag	Inhalt	Seite
9. 6. 88	Dritte Verordnung zur Änderung der Gebührenordnung für Ärzte ..... 2122-4	797
10. 6. 88	Neufassung der Gebührenordnung für Ärzte ..... 2122-4	818
<b>Hinweis auf andere Verkündungsblätter</b>		
	Rechtsvorschriften der Europäischen Gemeinschaften .....	822

*Das Gebührenverzeichnis für ärztliche Leistungen – Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte – wird als Anlageband zu dieser Ausgabe des Bundesgesetzblattes ausgegeben. Abonnenten des Bundesgesetzblattes Teil I wird der Anlageband auf Anforderung kostenlos übersandt.*

### Dritte Verordnung zur Änderung der Gebührenordnung für Ärzte

Vom 9. Juni 1988

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 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:

## „§ 10

## 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 Basis, 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, Einmalhamblasenkatheter, 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 1 b wird wie folgt gefaßt:

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

## 6. Bei der Leistung nach Nummer 2 wird der Betrag in der Spalte „Gebühr in DM“ um 10 vom Hundert erhöht.

## 7. 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.

## 8. Bei den Leistungen nach den Nummern 4 bis 4b werden die Beträge in der Spalte „Gebühr in DM“ um 10 vom Hundert erhöht.

## 9. 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.“		

## 10. Bei der Leistung nach Nummer 5 wird der Betrag in der Spalte „Gebühr in DM“ um 10 vom Hundert erhöht.

## 11. 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.

## 12. Bei den Leistungen nach den Nummern 6 bis 8 werden die Beträge in der Spalte „Gebühr in DM“ um 10 vom Hundert erhöht.

## 13. 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.“

## 14. Bei den Leistungen nach den Nummern 9 bis 18 werden die Beträge in der Spalte „Gebühr in DM“ um 10 vom Hundert erhöht.

## 15. 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“.
-----	---	-----	---------

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

## 17. Bei den Leistungen nach den Nummern 35 bis 65 werden die Beträge in der Spalte „Gebühr in DM“ um 10 vom Hundert erhöht.

## 18. Bei den Leistungen nach den Nummern 65 a, 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 65 a	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“.

19. Bei den Leistungen nach den Nummern 83 bis 92 werden die Beträge in der Spalte „Gebühr in DM“ um 10 vom Hundert erhöht.
20. Der Leistung nach Nummer 92 wird folgende Abrechnungsbestimmung angefügt:  
„Versand- und Portokosten sind gesondert berechnungsfähig.“
21. Bei der Leistung nach Nummer 93 wird der Betrag in der Spalte „Gebühr in DM“ um 10 vom Hundert erhöht.
22. 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.
23. Bei den Leistungen nach den Nummern 95 bis 256 werden die Beträge in der Spalte „Gebühr in DM“ um 10 vom Hundert erhöht.
24. 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/<br>Narkose nicht berechnungsfähig für die Einbringung von Anästhetika, Anästhe-<br>sieadjuvantien und Anästhesieantidot. |     |         |
|      | Wird die Leistung nach Nummer 257 im Zusammenhang mit einer Anästhesie/<br>Narkose berechnet, ist das Medikament anzugeben.   |     |         |
| 258  | Transfemorale venöse Blutentnahme aus dem Bereich der unteren Hohlvene . .  | 520 | 57,20“. |
25. Bei den Leistungen nach den Nummern 260 bis 292 werden die Beträge in der Spalte „Gebühr in DM“ um 10 vom Hundert erhöht.
26. Nach der Leistung nach Nummer 292 wird folgende Nummer 293 eingefügt:
- |      |                                    |     |         |
|------|------------------------------------|-----|---------|
| „293 | Blutaustauschtransfusion . . . . . | 817 | 89,87“. |
|------|------------------------------------|-----|---------|
27. Bei den Leistungen nach den Nummern 300 bis 348 werden die Beträge in der Spalte „Gebühr in DM“ um 10 vom Hundert erhöht.
28. Für die Leistung nach Nummer 355 wird der in der Spalte „Gebühr in DM“ ausgeworfene Betrag von „105,—“ in „114,95“ geändert.
29. Bei den Leistungen nach den Nummern 356 bis 360 werden die Beträge in der Spalte „Gebühr in DM“ um 10 vom Hundert erhöht.
30. Nach der Leistung nach Nummer 360 wird folgende Nummer 364 eingefügt:
- |      |  |     |         |
|------|--|-----|---------|
| „364 | Einbringung eines Kontrastmittels zur Pankreatographie durch ERP (endo-<br>skopische retrograde Sondierung der Papilla Vateri) . . . . . | 230 | 25,30“. |
|------|--|-----|---------|
31. Bei den Leistungen nach den Nummern 365 bis 371 werden die Beträge in der Spalte „Gebühr in DM“ um 10 vom Hundert erhöht.
32. Nach der Leistung nach Nummer 371 wird folgende Nummer 372 eingefügt:
- |      |   |     |         |
|------|---|-----|---------|
| „372 | Einbringung eines Kontrastmittels in ein oder mehrere Wirbelgelenk(e) . . . . . | 380 | 41,80“. |
|------|---|-----|---------|
33. Bei den Leistungen nach den Nummern 375 und 376 werden die Beträge in der Spalte „Gebühr in DM“ um 10 vom Hundert erhöht.
34. 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“. |
|------|--|----|--------|
35. Bei den Leistungen nach den Nummern 381 bis 408 werden die Beträge in der Spalte „Gebühr in DM“ um 10 vom Hundert erhöht.

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

„409	Doppler-Echokardiographie – einschließlich Dokumentation – .....	1200	132,—“.
------	--	------	---------

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

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

„419	Einführung einer Magenverweilsonde zur enteralen Ernährung .....	120	13,20“.
------	--	-----	---------

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

40. 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“.

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

42. 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“.
------	--	----	--------

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

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

„603	Bestimmung des Atemwegwiderstandes (Resistance) nach der Oszillationsmethode oder der Verschußdruckmethode – 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 Verschußdruckmethode 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.“		

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

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

„634	Lichtreflex-Rheographie .....	120	13,20“.
------	-------------------------------	-----	---------

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

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

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

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

„644	Untersuchung der Strömungsverhältnisse in den Extremitätenarterien bzw. -venen mit direktonaler Ultraschall-Doppler-Technik – einschließlich graphischer Registrierung – .....	180	19,80
645	Untersuchung der Strömungsverhältnisse in den himversorgenden Arterien und den Periorbitalarterien mit direktonaler Ultraschall-Doppler-Technik – einschließlich graphischer Registrierung – .....	650	71,50“.

50. Bei den Leistungen nach den Nummern 646 bis 657 werden die Beträge in der Spalte „Gebühr in DM“ um 10 vom Hundert erhöht.
51. Die Nummer 658 wird gestrichen.
52. 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“. |
|------|---|------|----------|
53. Bei den Leistungen nach den Nummern 660 bis 690 werden die Beträge in der Spalte „Gebühr in DM“ um 10 vom Hundert erhöht.
54. 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,—“. |
55. Bei den Leistungen nach den Nummern 695 bis 705 werden die Beträge in der Spalte „Gebühr in DM“ um 10 vom Hundert erhöht.
56. 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“. |
57. Bei den Leistungen nach den Nummern 715 bis 756 werden die Beträge in der Spalte „Gebühr in DM“ um 10 vom Hundert erhöht.
58. Die Leistung nach Nummer 757 wird wie folgt gefaßt:
- |      |  |     |         |
|------|--|-----|---------|
| „757 | Chemochirurgische Behandlung einer Präkanzerose – gegebenenfalls in mehreren Sitzungen – ..... | 150 | 16,50“. |
|------|--|-----|---------|
59. Bei den Leistungen nach den Nummern 758 bis 781 werden die Beträge in der Spalte „Gebühr in DM“ um 10 vom Hundert erhöht.
60. 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“. |
|------|--|-----|---------|
61. Bei den Leistungen nach den Nummern 785 bis 791 werden die Beträge in der Spalte „Gebühr in DM“ um 10 vom Hundert erhöht.
62. 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“. |
|------|---|-----|---------|
63. Bei den Leistungen nach den Nummern 793 bis 827 werden die Beträge in der Spalte „Gebühr in DM“ um 10 vom Hundert erhöht.

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

„828	Messung visuell, akustisch oder somatosensorisch evozierter Hirmpotentiale (VEP, AEP, SSP) .....	605	66,55
829	Sensible Elektroneurographie mit Oberflächen Elektroden – gegebenenfalls einschließlich Bestimmung der Rheobase und der Chronaxie – .....	160	17,60“.

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

66. 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,—“.
------	--	-----	--------

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

68. 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,—“.

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

70. 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.

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

72. 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.“

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

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

„1087	Einlegen oder Wechseln eines Ringes oder Anlegen eines Portio-Adapters . . .	55	6,05“.
-------	--	----	--------

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

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

„1123a	Plastische Operation zur Öffnung der Scheide bei anogener Fehlbildung im Kindesalter .....	2270	249,70“.
--------	--	------	----------

77. Bei den Leistungen nach den Nummern 1124 bis 1236 werden die Beträge in der Spalte „Gebühr in DM“ um 10 vom Hundert erhöht.
78. Nach der Leistung nach Nummer 1236 wird folgende Nummer 1237 eingefügt:
- |       |   |     |        |
|-------|---|-----|--------|
| „1237 | Elektroretinographische Untersuchung (ERG) und/oder elektrookulographische Untersuchung (EOG) ..... | 600 | 66,—“. |
|-------|---|-----|--------|
79. Bei den Leistungen nach den Nummern 1240 bis 1278 werden die Beträge in der Spalte „Gebühr in DM“ um 10 vom Hundert erhöht.
80. Nach der Leistung nach Nummer 1278 wird folgende Nummer 1279 eingefügt:
- |       |   |     |        |
|-------|---|-----|--------|
| „1279 | Entfernung von Korneoskleralfäden ..... | 100 | 11,—“. |
|-------|---|-----|--------|
81. Bei den Leistungen nach den Nummern 1280 bis 1321 werden die Beträge in der Spalte „Gebühr in DM“ um 10 vom Hundert erhöht.
82. Nach der Leistung nach Nummer 1321 wird folgende Nummer 1322 eingefügt:
- |       |  |      |          |
|-------|--|------|----------|
| „1322 | Operation des Flügelbells mit lamellierender Keratoplastik ..... | 1660 | 182,60“. |
|-------|--|------|----------|
83. Bei den Leistungen nach den Nummern 1323 bis 1355 werden die Beträge in der Spalte „Gebühr in DM“ um 10 vom Hundert erhöht.
84. 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“. |
|-------|--|-----|---------|
85. Bei den Leistungen nach den Nummern 1357 bis 1359 werden die Beträge in der Spalte „Gebühr in DM“ um 10 vom Hundert erhöht.
86. Nach der Leistung nach Nummer 1359 wird folgende Nummer 1360 eingefügt:
- |       |  |      |         |
|-------|--|------|---------|
| „1360 | Laseroperation am Trabekelwerk des Auges bei Glaukom (Lasertrabekuloplastik) ..... | 1000 | 110,—“. |
|-------|--|------|---------|
87. Bei den Leistungen nach den Nummern 1361 bis 1373 werden die Beträge in der Spalte „Gebühr in DM“ um 10 vom Hundert erhöht.
88. 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,—“. |
89. Bei der Leistung nach der Nummer 1376 wird der Betrag in der Spalte „Gebühr in DM“ um 10 vom Hundert erhöht.
90. Nach der Leistung nach Nummer 1376 wird folgende Nummer 1377 eingefügt:
- |       |   |     |         |
|-------|---|-----|---------|
| „1377 | Entfernung einer Silikon-/Silastik-/Rutheniumplombe ..... | 280 | 30,80“. |
|-------|---|-----|---------|
91. Bei den Leistungen nach den Nummern 1380 bis 1383 werden die Beträge in der Spalte „Gebühr in DM“ um 10 vom Hundert erhöht.
92. 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“. |
93. Bei den Leistungen nach den Nummern 1400 bis 1704 werden die Beträge in der Spalte „Gebühr in DM“ um 10 vom Hundert erhöht.

94. 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“. |
95. Bei den Leistungen nach den Nummern 1710 bis 1714 werden die Beträge in der Spalte „Gebühr in DM“ um 10 vom Hundert erhöht.
96. Nach der Leistung nach Nummer 1714 wird folgende Nummer 1715 eingefügt:
- |       |   |     |        |
|-------|---|-----|--------|
| „1715 | Spaltung einer Harnröhrenstriktur nach Otis ..... | 300 | 33,—“. |
|-------|---|-----|--------|
97. Bei den Leistungen nach den Nummern 1720 bis 1752 werden die Beträge in der Spalte „Gebühr in DM“ um 10 vom Hundert erhöht.
98. Nach der Leistung nach Nummer 1752 wird folgende Nummer 1753 eingefügt:
- |       |                                     |     |         |
|-------|-------------------------------------|-----|---------|
| „1753 | Entfernen einer Penisprothese ..... | 550 | 60,50“. |
|-------|-------------------------------------|-----|---------|
99. Bei den Leistungen nach den Nummern 1755 bis 1761 werden die Beträge in der Spalte „Gebühr in DM“ um 10 vom Hundert erhöht.
100. Nach der Leistung nach Nummer 1761 werden folgende Nummern 1762, 1763 und 1764 eingefügt:
- |       |  |      |         |
|-------|--|------|---------|
| „1762 | Inguinale Lymphknotenausräumung, als selbständige Leistung ..... | 1200 | 132,—   |
| 1763  | Einlegen einer Hodenprothese .....                               | 740  | 81,40   |
| 1764  | Entfernen einer Hodenprothese .....                              | 460  | 50,60“. |
101. Bei den Leistungen nach den Nummern 1765 bis 1792 werden die Beträge in der Spalte „Gebühr in DM“ um 10 vom Hundert erhöht.
102. Nach der Leistung nach Nummer 1792 werden folgende Nummern 1793 und 1794 eingefügt:
- |       |   |     |       |
|-------|---|-----|-------|
| „1793 | Manometrische Untersuchung der Harnblase mit fortlaufender Registrierung – einschließlich physikalischer Provokationstests – .....                          | 400 | 44,—  |
|       | Die Injektion von pharmakodynamisch wirksamen Substanzen ist gesondert berechnungsfähig.  |     |       |
| 1794  | Simultane, elektromanometrische Blasen- und Abdominaldruckmessung mit fortlaufender Registrierung – einschließlich physikalischer Provokationstests – ..... | 680 | 74,80 |
|       | Die Injektion von pharmakodynamisch wirksamen Substanzen ist gesondert berechnungsfähig.  |     |       |
|       | Neben der Leistung nach Nummer 1794 ist die Leistung nach Nummer 1793 nicht berechnungsfähig.“  |     |       |
103. Bei den Leistungen nach den Nummern 1795 bis 1797 werden die Beträge in der Spalte „Gebühr in DM“ um 10 vom Hundert erhöht.
104. 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.“ |     |       |
105. Bei den Leistungen nach den Nummern 1800 bis 1807 werden die Beträge in der Spalte „Gebühr in DM“ um 10 vom Hundert erhöht.
106. 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,—“. |
|-------|---|------|---------|
107. Bei der Leistung nach der Nummer 1809 wird der Betrag in der Spalte „Gebühr in DM“ um 10 vom Hundert erhöht.

108. 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  | Harnleiterbougie .....  | 900 | 99,—“. |
109. Bei den Leistungen nach den Nummern 1815 bis 1817 werden die Beträge in der Spalte „Gebühr in DM“ um 10 vom Hundert erhöht.
110. 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“. |
111. Bei den Leistungen nach den Nummern 1823 bis 1826 werden die Beträge in der Spalte „Gebühr in DM“ um 10 vom Hundert erhöht.
112. Nach der Leistung nach Nummer 1826 werden folgende Nummern 1827, 1828, 1829a und 1829b eingefügt:
- |        |  |      |        |
|--------|--|------|--------|
| „1827  | Ureterorenoskopie mit Harnleiterbougie – 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,—  |
| 1829 a | Harnleiterfreilegung (Ureterolyse bei retroperitonealer Fibrose und gegebenenfalls intraperitonealen Verwachsungen des Harnleiters) .....  | 2590 | 284,90 |
| 1829 b | Ureterolyse, als selbständige Leistung .....   | 1110 | 122,10 |
- Die Leistungen nach den Nummern 1829a und 1829b sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.“
113. Bei den Leistungen nach den Nummern 1830 und 1831 werden die Beträge in der Spalte „Gebühr in DM“ um 10 vom Hundert erhöht.
114. Die Leistung nach Nummer 1832 wird wie folgt gefaßt:
- |       |  |      |          |
|-------|--|------|----------|
| „1832 | Anlage einer Nierenfistel, als selbständige operative Leistung ..... | 1660 | 182,60“. |
|-------|--|------|----------|
115. Bei den Leistungen nach den Nummern 1833 bis 1850 werden die Beträge in der Spalte „Gebühr in DM“ um 10 vom Hundert erhöht.
116. 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 Bougie 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.“
117. Bei den Leistungen nach den Nummern 1858 und 1859 werden die Beträge in der Spalte „Gebühr in DM“ um 10 vom Hundert erhöht.
118. 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,—“. |
|-------|--|------|---------|
119. Bei den Leistungen nach den Nummern 2000 bis 2054 werden die Beträge in der Spalte „Gebühr in DM“ um 10 vom Hundert erhöht.

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

„2055	Replantation einer Hand im Mittelhandbereich, Handwurzelbereich oder Unterarmbereich . . . . .	7000	770,—
2056	Replantation eines Armes oder eines Beines . . . . .	8000	880,—“.

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

122. 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“.
-------	---	-----	----------

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

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

„2183	Operatives Anlegen einer Extension am Schädel bei Behandlung von Halswirbelverletzungen/-instabilitäten (z. B. Crutchfieldzange) . . . . .	740	81,40
2184	Anlegen von Halo-Extensionen zur Vorbereitung der operativen Behandlung von Skoliosen und Kyphosen . . . . .	1000	110,—“.

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

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

127. 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 Gelenkanteils – mit Knochen- oder Spanverpflanzung (z. B. bei Tumorexstirpation) . . . . .	1660	182,60“.

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

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

„2279	Chemonukleolyse . . . . .	600	66,—“.
-------	---------------------------	-----	--------

130. Für die Leistung nach Nummer 2280 wird der in der Spalte „Gebühr in DM“ ausgeworfene Betrag von „114,—“ in „124,85“ geändert.

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

132. 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“.

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

134. 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,—“.

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

136. 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“.
--------	--	-----	---------

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

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

„2344	Osteosynthese der gebrochenen Kniescheibe bzw. Exstirpation der Kniescheibe oder Teillexstirpation . . . . .	1110	122,10“.
-------	--	------	----------

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

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

„2358	Osteosynthese gebrochener Beckenringknochen, der gesprengten Symphyse oder einer gesprengten Kreuzdarmbeinfuge . . . . .	2100	231,—“.
-------	--	------	---------

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

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

„2392a	Exzision einer großen, kontrakten und funktionsbehindernden Narbe – einschließlich plastischer Deckung – . . . . .	1000	110,—“.
--------	--	------	---------

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

144. 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,—“.

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

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

„2421	Implantation eines subkutanen, auffüllbaren Medikamentenreservoirs . . . . .	600	66,—“.
-------	--	-----	--------

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

148. Die Nummern 2445 und 2446 werden gestrichen.

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

150. 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 Knocheanteilen – . . . . .	2400	264,—“.

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

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

„IX. Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie			
2620	Operation der isolierten Lippenpalte . . . . .	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	Verschuß des weichen oder harten Gaumens oder Verschuß von perforierenden Defekten im Bereich von Gaumen oder Vestibulum . . . . .	1250	137,50
2626	Velopharyngoplastik . . . . .	2500	275,—
2627	Verschuß 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 verheilte Fraktur im Mittelgesicht – einschließlich Osteosynthese – . . . . .	1700	187,—
2706	Osteotomie nach disloziert verheilte 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,—

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

154. 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,—“.

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

156. 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,—“.

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

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

„2883	Crossectomie der Vena saphena magna oder parva und Exstirpation mehrerer Seitenäste .....	1200	132,—“.
-------	---	------	---------

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

160. 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,—“.

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

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

„3091	Operation am Reizleitungssystem (Korrektur von Rhythmusstörungen – ausschließlich der Schrittmacherbehandlung –) .....	4500	495,—“.
-------	--	------	---------

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

164. 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,—“.

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

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

„3184	Lebertransplantation .....	7500	825,—“.
-------	----------------------------	------	---------

167. Bei den Leistungen nach den Nummern 3185 bis 3200 werden die Beträge in der Spalte „Gebühr in DM“ um 10 vom Hundert erhöht.
168. 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,—“. |
|-------|--|------|---------|
169. Bei den Leistungen nach den Nummern 3205 bis 3210 werden die Beträge in der Spalte „Gebühr in DM“ um 10 vom Hundert erhöht.
170. Nach der Leistung nach Nummer 3210 wird folgende Nummer 3211 eingefügt:
- |       |   |     |         |
|-------|---|-----|---------|
| „3211 | Unterweisung eines Anus- <i>praeter</i> -Patienten in der Irrigator-Methode zur Darm-entleerung ..... | 120 | 13,20“. |
|-------|---|-----|---------|
171. Bei den Leistungen nach den Nummern 3215 bis 3223 werden die Beträge in der Spalte „Gebühr in DM“ um 10 vom Hundert erhöht.
172. Nach der Leistung nach Nummer 3223 werden folgende Nummern 3224 und 3226 eingefügt:
- |       |   |      |         |
|-------|---|------|---------|
| „3224 | Perianale operative Entfernung von Mastdarpolypen oder Mastdarm-geschwülsten – einschließlich Schleimhautnaht – .....                                 | 1150 | 126,50  |
| 3226  | Perianale operative Entfernung einer Mastdarmgeschwulst mit Durchtrennung der Schließmuskulatur (Rectostomia posterior) – einschließlich Naht – ..... | 3500 | 385,—“. |
173. Bei den Leistungen nach den Nummern 3230 bis 3321 werden die Beträge in der Spalte „Gebühr in DM“ um 10 vom Hundert erhöht.
174. 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 60 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. Farbe-Index, HbE).
  4. Werden Untersuchungen, die Bestandteil eines Leistungskomplexes (z. B. vollständiger Blutstatus, Spermogramm) sind, als selbständige Einzelleistungen durchgeführt, so darf die Summe der Vergütungen für diese Einzelleistungen die für den Leistungskomplex festgelegte Vergütung nicht überschreiten.
  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-Immundefizienz-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."
175. 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.
176. 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.
177. 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.
178. 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.“
179. 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.
180. Die Nummer 3687 wird gestrichen.
181. 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.“                |  |                      |
182. 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.
183. Die Nummer 3749 und die dazugehörige Abrechnungsbestimmung werden gestrichen.
184. 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.<br>Blutzuckertagesprofile und Blutzuckerbelastungstests fallen nicht unter diese Höchstwerte.“ |  |                      |
185. 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.
186. Der Leistung nach Nummer 3839 wird folgende Abrechnungsbestimmung angefügt:  
„Die erbrachten Untersuchungen sind anzugeben.“
187. Bei den Leistungen nach den Nummern 3841 bis 3859 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.
188. Der Leistung nach Nummer 3859 wird folgende Abrechnungsbestimmung angefügt:  
„Die erbrachten Untersuchungen sind anzugeben.“

189. 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.
190. Die Nummer 3979 wird gestrichen.
191. 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 Analysegeräten ..... | 180 | 19,80 |
| 3980  | bei Durchführung ohne mechanisierte bzw. teil- oder vollautomatisierte Analysegeräte .....   | 240 | 26,40 |
| Die erbrachten Untersuchungen sind anzugeben.“                |  |     |       |
192. 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.
193. Der Leistung nach Nummer 4349 wird folgende Abrechnungsbestimmung angefügt:
- „Die erbrachten Untersuchungen sind anzugeben.“
194. 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.
195. 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,—“. |
|-------|---|-----|--------|
196. 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.
197. 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,—“. |
|-------|---|-----|--------|
198. 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.
199. Die Nummer 4643 wird gestrichen.
200. 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 Analysegeräten ..... | 220 | 24,20 |
| 4644  | bei Durchführung ohne mechanisierte bzw. teil- oder vollautomatisierte Analysegeräte .....   | 320 | 35,20 |
| Die erbrachten Untersuchungen sind anzugeben.“      |  |     |       |
201. 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.
202. Der Leistung nach Nummer 4646 wird folgende Abrechnungsbestimmung angefügt:
- „Die erbrachten Untersuchungen sind anzugeben.“
203. 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.

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

„Die erbrachten Untersuchungen sind anzugeben.“

205. 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.

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

207. 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.“

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

209. 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“.

210. 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.

211. 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.

212. 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.

213. 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.

214. 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.

215. 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.

216. 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.

217. 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.

218. 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.

219. 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.

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

221. 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 Bundesärzterordnung 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.

Bonn, den 9. Juni 1988

Der Bundeskanzler  
Dr. Helmut Kohl

Der Bundesminister  
für Arbeit und Sozialordnung  
Norbert Blüm

---

**Bekanntmachung  
der Neufassung der Gebührenordnung für Ärzte**

**Vom 10. Juni 1988**

Auf Grund des Artikels 2 der Dritten Verordnung zur Änderung der Gebührenordnung für Ärzte vom 9. Juni 1988 (BGBl. I S. 797) wird nachstehend der Wortlaut der Gebührenordnung für Ärzte in der ab 1. Juli 1988 geltenden Fassung bekanntgemacht. Die Neufassung berücksichtigt:

1. die am 1. Januar 1983 in Kraft getretene Verordnung vom 12. November 1982 (BGBl. I S. 1522),
2. die am 31. Dezember 1983 in Kraft getretene Verordnung vom 20. Dezember 1983 (BGBl. I S. 1500),
3. den am 1. Januar 1985 in Kraft getretenen Artikel 1 der Verordnung vom 20. Dezember 1984 (BGBl. I S. 1680),
4. die am 1. Juli 1988 in Kraft tretende eingangs genannte Verordnung.

Die Rechtsvorschriften wurden erlassen

- zu 1. bis 3. auf Grund des § 11 der Bundesärzteordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 14. Oktober 1977 (BGBl. I S. 1885),
- zu 4. auf Grund des § 11 der Bundesärzteordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 16. April 1987 (BGBl. I S. 1218).

Bonn, den 10. Juni 1988

Der Bundesminister  
für Arbeit und Sozialordnung  
Norbert Blüm

## Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)

### Inhaltsübersicht

§ 1	Anwendungsbereich
§ 2	Abweichende Vereinbarung
§ 3	Vergütungen
§ 4	Gebühren
§ 5	Bemessung der Gebühren für Leistungen des Gebührenverzeichnisses
§ 6	Gebühren für andere Leistungen
§ 6a	Gebühren bei stationärer Behandlung
§ 7	Entschädigungen
§ 8	Wegegeld
§ 9	Reiseentschädigung
§ 10	Ersatz von Auslagen
§ 11	Zahlung durch öffentliche Leistungsträger
§ 12	Fälligkeit und Abrechnung der Vergütung; Rechnung
§ 13	Berlin-Klausel
§ 14	Inkrafttreten und Übergangsvorschrift

Gebührenverzeichnis für ärztliche Leistungen (Anlage)\*)

### § 1

#### Anwendungsbereich

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

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

### § 2

#### Abweichende Vereinbarung

(1) Durch Vereinbarung kann eine von dieser Verordnung abweichende Höhe der Vergütung festgelegt werden.

(2) 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. Der Arzt hat dem Zahlungspflichtigen einen Abdruck der Vereinbarung auszuhändigen.

### § 3

#### Vergütungen

Als Vergütungen stehen dem Arzt Gebühren, Entschädigungen und Ersatz von Auslagen zu.

### § 4

#### Gebühren

(1) Gebühren sind Vergütungen für die im Gebührenverzeichnis (Anlage) genannten ärztlichen Leistungen.

(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 oder in von Ärzten ohne eigene Liquidationsberechtigung geleiteten Krankenhauslabors

\*) Das Gebührenverzeichnis wird als Anlageband zu dieser Ausgabe des Bundesgesetzblattes ausgegeben. Abonnenten des Bundesgesetzblattes Teil I wird der Anlageband auf Anforderung kostenlos übersandt.

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.

(3) 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. Hat der Arzt ärztliche Leistungen unter Inanspruchnahme Dritter, die nach dieser Verordnung selbst nicht liquidationsberechtigt sind, erbracht, so sind die hierdurch entstandenen Kosten ebenfalls mit der Gebühr abgegolten.

(4) Kosten, die nach Absatz 3 mit den Gebühren abgegolten sind, dürfen nicht gesondert berechnet werden. Eine Abtretung des Vergütungsanspruchs in Höhe solcher Kosten ist gegenüber dem Zahlungspflichtigen unwirksam.

(5) Sollen Leistungen durch Dritte erbracht werden, die diese dem Zahlungspflichtigen unmittelbar berechnen, so hat der Arzt ihn darüber zu unterrichten.

### § 5

#### Bemessung der Gebühren für Leistungen des Gebührenverzeichnisses

(1) Die Höhe der einzelnen Gebühr bemißt sich nach dem Einfachen bis Dreieinhalbfachen des Gebührensatzes. Gebührensatz ist der Betrag, der sich ergibt, wenn die Punktzahl der einzelnen Leistung des Gebührenverzeichnisses mit dem Punktwert vervielfacht wird. Der Punktwert beträgt elf Deutsche Pfennige. Bei der Bemessung von Gebühren sind Bruchteile von Pfennigen auf volle Pfennigbeträge abzurunden.

(2) 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. Die Schwierigkeit der einzelnen Leistung kann auch durch die Schwierigkeit des Krankheitsfalles begründet sein; dies gilt nicht für die in Absatz 3 genannten Leistungen. Bemessungskriterien, die bereits in der Leistungsbeschreibung berücksichtigt worden sind, haben hierbei außer Betracht zu bleiben. In der Regel darf eine Gebühr nur zwischen dem Einfachen und dem 2,3fachen des Gebührensatzes bemessen werden; ein Überschreiten des 2,3fachen des Gebührensatzes ist nur zulässig, wenn Besonderheiten der in Satz 1 genannten Bemessungskriterien dies rechtfertigen.

(3) Gebühren für die in den Abschnitten A, E, M, O und Q des Gebührenverzeichnisses genannten Leistungen bemessen sich nach dem Einfachen bis Zweieinhalbfachen des Gebührensatzes. Absatz 2 Satz 4 gilt mit der Maßgabe, daß an die Stelle des 2,3fachen des Gebührensatzes das 1,8fache des Gebührensatzes tritt.

### § 6

#### Gebühren für andere Leistungen

(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.

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

### § 6a

#### Gebühren bei stationärer Behandlung

(1) Bei stationären und teilstationären privatärztlichen Leistungen sind die nach dieser Verordnung berechneten Gebühren um 15 vom Hundert zu mindern. In diesem Umfang gilt § 4 Abs. 3 nicht.

(2) Neben den nach Absatz 1 Satz 1 geminderten Gebühren darf der Arzt Kosten nicht berechnen; die §§ 7 bis 10 bleiben unberührt.

### § 7

#### Entschädigungen

Als Entschädigungen für Besuche erhält der Arzt Wegegeld und Reiseentschädigung; hierdurch sind Zeitversäumnisse und die durch den Besuch bedingten Mehrkosten abgegolten.

### § 8

#### Wegegeld

(1) Der Arzt kann für jeden Besuch ein Wegegeld berechnen. Das Wegegeld beträgt bei einer Entfernung bis zu zwei Kilometern zwischen Praxisstelle des Arztes und Besuchsstelle 10,- Deutsche Mark, bei Nacht (zwischen 20 und 8 Uhr) 20,- Deutsche Mark. Bei einer Entfernung von mehr als zwei und bis zu 25 Kilometern beträgt das Wegegeld für jeden zurückgelegten Kilometer 2,50 Deutsche Mark, bei Nacht 5,- Deutsche Mark.

(2) Besucht der Arzt auf einem Wege mehrere Patienten, so beträgt das Wegegeld je Patient die Hälfte der in Absatz 1 genannten Beträge. Werden mehrere Patienten in demselben Haus oder in einem Heim besucht, darf der Arzt das Wegegeld insgesamt nur einmal und nur anteilig berechnen.

### § 9

#### Reiseentschädigung

(1) Bei Besuchen über eine Entfernung von mehr als 25 Kilometern zwischen Praxisstelle des Arztes und Besuchsstelle tritt an die Stelle des Wegegeldes eine Reiseentschädigung.

(2) Als Reiseentschädigung erhält der Arzt

1. 50 Deutsche Pfennige für jeden zurückgelegten Kilometer, wenn er einen eigenen Kraftwagen benutzt, bei Benutzung anderer Verkehrsmittel die tatsächlichen Aufwendungen,

2. bei Abwesenheit bis zu 8 Stunden 100,- Deutsche Mark, bei Abwesenheit von mehr als 8 Stunden 200,- Deutsche Mark je Tag,
3. Ersatz der Kosten für notwendige Übernachtungen.  
(3) § 8 Abs. 2 gilt entsprechend.

### § 10

#### 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.

### § 11

#### Zahlung durch öffentliche Leistungsträger

(1) Wenn ein Leistungsträger im Sinne des § 12 des Ersten Buches des Sozialgesetzbuches oder ein sonstiger öffentlich-rechtlicher Kostenträger die Zahlung leistet, sind die ärztlichen Leistungen nach den Gebührensätzen des Gebührenverzeichnisses (§ 5 Abs. 1 Satz 2) zu berechnen.

(2) Absatz 1 findet nur Anwendung, wenn dem Arzt vor der Inanspruchnahme eine von dem die Zahlung Leistenden ausgestellte Bescheinigung vorgelegt wird. In dringenden Fällen kann die Bescheinigung auch nachgereicht werden.

### § 12

#### Fälligkeit und Abrechnung der Vergütung; Rechnung

(1) Die Vergütung wird fällig, wenn dem Zahlungspflichtigen eine dieser Verordnung entsprechende Rechnung erteilt worden ist.

(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 § 6a,
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.

(3) Überschreitet die berechnete Gebühr nach Absatz 2 Nr. 2 das 2,3fache des Gebührensatzes, ist dies schriftlich zu begründen; das gleiche gilt bei den in § 5 Abs. 3 genannten Leistungen, wenn das 1,8fache des Gebührensatzes überschritten wird. Auf Verlangen ist die Begründung näher zu erläutern. Die Bezeichnung der Leistung nach Absatz 2 Nr. 2 kann entfallen, wenn der Rechnung eine Zusammenstellung beigelegt wird, der die Bezeichnung für die abgerechnete Leistungsnummer entnommen werden kann. Leistungen, die auf Verlangen erbracht worden sind (§ 1 Abs. 2 Satz 2), sind als solche zu bezeichnen.

(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.

(5) Durch Vereinbarung mit den in § 11 Abs. 1 genannten Leistungs- und Kostenträgern kann eine von den Vorschriften der Absätze 1 bis 4 abweichende Regelung getroffen werden.

### § 13

#### Berlin-Klausel

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

### § 14

(Inkrafttreten und Übergangsvorschrift)

## Hinweis auf Rechtsvorschriften der Europäischen Gemeinschaften,

die mit ihrer Veröffentlichung im Amtsblatt der Europäischen Gemeinschaften unmittelbare Rechtswirksamkeit in der Bundesrepublik Deutschland erlangt haben.

Aufgeführt werden nur die Verordnungen der Gemeinschaften, die im Inhaltsverzeichnis des Amtsblattes durch Fettdruck hervorgehoben sind.

Datum und Bezeichnung der Rechtsvorschrift	ABI. EG	
	– Ausgabe in deutscher Sprache –	
	Nr./Seite	vom
<b>Vorschriften für die Agrarwirtschaft</b>		
2. 5. 88 <b>Verordnung (EWG) Nr. 1208/88 der Kommission zur Verringerung der Tafelwein mengen, die in den unterzeichneten Verträgen und Erklärungen zu der gemäß Verordnung (EWG) Nr. 4023/87 eröffneten Destillation zugelassen sind</b>	L 115/30	3. 5. 88
4. 5. 88 <b>Verordnung (EWG) Nr. 1232/88 der Kommission zur Änderung der Verordnung (EWG) Nr. 3815/87 über den Verkauf von zur Ausfuhr bestimmtem Rindfleisch mit Knochen aus Beständen bestimmter Interventionsstellen zu pauschal im voraus festgesetzten Preisen</b>	L 118/10	6. 5. 88
5. 5. 88 <b>Verordnung (EWG) Nr. 1239/88 der Kommission mit Maßnahmen zur Überwachung zur Abfertigung bestimmter Schweinefleisch erzeugnisse aus anderen Mitgliedstaaten zum freien Verkehr in Spanien</b>	L 118/18	6. 5. 88
6. 5. 88 <b>Verordnung (EWG) Nr. 1249/88 der Kommission über die Eröffnung einer Dauerausschreibung für die Abgabe von 9 000 Tonnen Weichweizen der deutschen Interventionsstelle auf dem Binnenmarkt zur Verarbeitung zu Malz</b>	L 119/8	7. 5. 88
4. 5. 88 <b>Verordnung (EWG) Nr. 1252/88 der Kommission über den Verkauf von zur Ausfuhr bestimmtem Rindfleisch aus Beständen einiger Interventionsstellen nach dem Verfahren der Verordnung (EWG) Nr. 2539/84, zur Änderung der Verordnung (EWG) Nr. 1687/76 und zur Aufhebung der Verordnung (EWG) Nr. 727/88</b>	L 119/15	7. 5. 88
6. 5. 88 <b>Verordnung (EWG) Nr. 1260/88 der Kommission zur Änderung der Verordnung (EWG) Nr. 1626/85 über Schutzmaßnahmen bei der Einfuhr von bestimmten Sauerkirschen</b>	L 119/32	7. 5. 88
29. 4. 88 <b>Verordnung (EWG) Nr. 1272/88 der Kommission mit Durchführungsbestimmungen zur Beihilferegelung für die Förderung der Stilllegung von Anbauflächen</b>	L 121/36	11. 5. 88
29. 4. 88 <b>Verordnung (EWG) Nr. 1273/88 der Kommission zur Festlegung der Kriterien für die Abgrenzung der Regionen und Gebiete, die von den Regelungen zur Stilllegung von Anbauflächen und zur Extensivierung und Umstellung der Erzeugung ausgenommen werden können</b>	L 121/41	11. 5. 88
10. 5. 88 <b>Verordnung (EWG) Nr. 1274/88 der Kommission zur Aufhebung der Verordnung (EWG) Nr. 133/88 mit bei der Einfuhr von zur Aussaat bestimmtem Hybridmais zu treffenden Schutzmaßnahmen</b>	L 121/43	11. 5. 88
11. 5. 88 <b>Verordnung (EWG) Nr. 1294/88 der Kommission zur Änderung der Verordnung (EWG) Nr. 2184/87 zur Festsetzung des Mindesteinfuhrpreises für getrocknete Weintrauben und der im Falle der Nichteinhaltung dieses Preises zu erhebenden Ausgleichsabgabe</b>	L 122/25	12. 5. 88
11. 5. 88 <b>Verordnung (EWG) Nr. 1309/88 der Kommission zur Änderung der Verordnung (EWG) Nr. 2502/87 zur Festsetzung der Erträge an Oliven und Olivenöl für das Wirtschaftsjahr 1986/87</b>	L 122/64	12. 5. 88
11. 5. 88 <b>Verordnung (EWG) Nr. 1310/88 der Kommission zur Regelung der Begrenzung der Garantie für Schaf- und Ziegenfleisch</b>	L 122/64	12. 5. 88

Datum und Bezeichnung der Rechtsvorschrift		ABl. EG	
		– Ausgabe in deutscher Sprache –	
		Nr./Seite	vom
<b>Andere Vorschriften</b>			
4. 5. 88	Verordnung (EWG) Nr. 1219/88 der Kommission zur Eröffnung zusätzlicher Kontingente für Einfuhren in die Gemeinschaft von Textilwaren mit Ursprung in einigen Drittländern, die an den Berliner Handelsmessen 1988 teilnehmen	L 117/5	5. 5. 88
4. 5. 88	Verordnung (EWG) Nr. 1220/88 der Kommission zur Eröffnung zusätzlicher Kontingente für Einfuhren in die Gemeinschaft von Textilwaren mit Ursprung in Jugoslawien, das an den Berliner Handelsmessen 1988 teilnimmt	L 117/14	5. 5. 88
3. 5. 88	Verordnung (EWG) Nr. 1227/88 des Rates zur Verlängerung der Geltungsdauer der Verordnung (EWG) Nr. 3/84 zur Einführung eines Verfahrens des innergemeinschaftlichen Verkehrs mit Waren, die zum vorübergehenden Gebrauch aus einem Mitgliedstaat in einen oder mehrere andere Mitgliedstaaten versandt werden	L 118/1	6. 5. 88
4. 5. 88	Verordnung (EWG) Nr. 1233/88 der Kommission zur Regelung der Einfuhr nach Italien von bestimmten Textilwaren (Kategorie 36) mit Ursprung in Südkorea	L 118/11	6. 5. 88
5. 5. 88	Verordnung (EWG) Nr. 1234/88 der Kommission zur Wiedereinführung der Erhebung der Zölle für Glaskolben für Vakuumisolierbehälter der Position 7012 der Kombinierten Nomenklatur mit Ursprung in Indien, dem die in der Verordnung (EWG) Nr. 3635/87 des Rates vorgesehenen Zollpräferenzen gewährt werden	L 118/13	6. 5. 88
5. 5. 88	Verordnung (EWG) Nr. 1235/88 der Kommission zur Wiedereinführung des Zollsatzes für Tischwäsche, Wäsche zur Körperpflege und Haushaltswäsche, andere als aus Gewirken oder Frottiergewebe, der Warenkategorie Nr. 39 (Ifd. Nr. 40.0390) mit Ursprung in Pakistan, dem die in der Verordnung (EWG) Nr. 3783/87 des Rates vorgesehenen Zollpräferenzen gewährt werden	L 118/14	6. 5. 88
5. 5. 88	Verordnung (EWG) Nr. 1236/88 der Kommission zur Wiedereinführung des Zollsatzes für Kostüme und Kombinationen, aus Gewirken, für Frauen und Mädchen, der Warenkategorie Nr. 74 (Ifd. Nr. 40.0740) mit Ursprung in Thailand, dem die in der Verordnung (EWG) Nr. 3783/87 des Rates vorgesehenen Zollpräferenzen gewährt werden	L 118/15	6. 5. 88
5. 5. 88	Verordnung (EWG) Nr. 1237/88 der Kommission zur Wiedereinführung des Zollsatzes für Kostüme und Kombinationen aus Gewirken, für Frauen und Mädchen, der Warenkategorie Nr. 74 (Ifd. Nr. 40.0740) mit Ursprung auf den Philippinen, denen die in der Verordnung (EWG) Nr. 3783/87 des Rates vorgesehenen Zollpräferenzen gewährt werden	L 118/16	6. 5. 88
5. 5. 88	Verordnung (EWG) Nr. 1238/88 der Kommission zur Wiedereinführung des Zollsatzes für Anzüge und Kombinationen, aus Gewirken, für Männer und Knaben, der Warenkategorie Nr. 75 (Ifd. Nr. 40.0750) mit Ursprung in Thailand, dem die in der Verordnung (EWG) Nr. 3783/87 des Rates vorgesehenen Zollpräferenzen gewährt werden	L 118/17	6. 5. 88
6. 5. 88	Verordnung (EWG) Nr. 1253/88 der Kommission zur Wiedereinführung des Zollsatzes für Anzüge und Kombinationen, aus Gewirken, für Männer und Knaben, der Warenkategorie Nr. 75 (Ifd. Nr. 40.0750) mit Ursprung auf den Philippinen, denen die in der Verordnung (EWG) Nr. 3783/87 des Rates vorgesehenen Zollpräferenzen gewährt werden	L 119/21	7. 5. 88
6. 5. 88	Verordnung (EWG) Nr. 1254/88 der Kommission zur Wiedereinführung des Zollsatzes für Oberhemden, T-Shirts und ähnliche Waren, aus Gewirken, der Warenkategorie Nr. 4 (Ifd. Nr. 40.0040) mit Ursprung in Indonesien, dem die in der Verordnung (EWG) Nr. 3783/87 des Rates vorgesehenen Zollpräferenzen gewährt werden	L 119/22	7. 5. 88
6. 5. 88	Verordnung (EWG) Nr. 1255/88 der Kommission zur Regelung der Einfuhr nach Frankreich und den Beneluxländern von bestimmten Textilwaren (Kategorie 39) mit Ursprung in Pakistan	L 119/23	7. 5. 88
3. 5. 88	Verordnung (EWG) Nr. 1261/88 des Rates über die Anwendung zusätzlicher allgemeiner Zollpräferenzen auf bestimmte auf der Berliner Messe „Partner des Fortschritts“ verkaufte Waren mit Ursprung in Entwicklungsländern	L 121/1	11. 5. 88

Herausgeber: Der Bundesminister der Justiz – Verlag: Bundesanzeiger Verlagsges.m.b.H. – Druck: Bundesdruckerei Zweigbetrieb Bonn.

Bundesgesetzblatt Teil I enthält Gesetze, Verordnungen und sonstige Veröffentlichungen von wesentlicher Bedeutung.

Bundesgesetzblatt Teil II enthält

- a) völkerrechtliche Vereinbarungen und Verträge mit der DDR und die zu ihrer Inkraftsetzung oder Durchsetzung erlassenen Rechtsvorschriften sowie damit zusammenhängende Bekanntmachungen,  
b) Zolltarifvorschriften.

Laufender Bezug nur im Verlagsabonnement. Postanschrift für Abonnementbestellungen sowie Bestellungen bereits erschienener Ausgaben: Bundesgesetzblatt, Postfach 13 20, 5300 Bonn 1, Tel. (02 28) 3 82 06 - 0.

Bezugspreis für Teil I und Teil II halbjährlich je 62,80 DM. Einzelstücke je angefangene 16 Seiten 1,97 DM zuzüglich Versandkosten. Dieser Preis gilt auch für Bundesgesetzblätter, die vor dem 1. Juli 1987 ausgegeben worden sind. Lieferung gegen Voreinsendung des Betrages auf das Postgirokonto Bundesgesetzblatt Köln 3 99-509, BLZ 370 100 50, oder gegen Vorausrechnung.

Preis dieser Ausgabe ohne Anlageband: 4,84 DM (3,94 DM zuzüglich 0,90 DM Versandkosten), bei Lieferung gegen Vorausrechnung 5,64 DM.

Preis des Anlagebandes: 19,53 DM (17,73 DM zuzüglich 1,80 DM Versandkosten), bei Lieferung gegen Vorausrechnung 20,33 DM.

Im Bezugspreis ist die Mehrwertsteuer enthalten; der angewandte Steuersatz beträgt 7%.

Bundesanzeiger Verlagsges.m.b.H. · Postfach 13 20 · 5300 Bonn 1  
Postvertriebsstück · Z 5702 A · Gebühr bezahlt

Datum und Bezeichnung der Rechtsvorschrift		ABI. EG	
		– Ausgabe in deutscher Sprache –	
		Nr./Seite	vom
6. 5. 88	Verordnung (EWG) Nr. 1270/88 der Kommission zur Wiedereinführung der Erhebung der Zölle für Gaze und Waren daraus der Position 3005 der Kombinierten Nomenklatur mit Ursprung in China, dem die in der Verordnung (EWG) Nr. 3635/87 des Rates vorgesehenen Zollpräferenzen gewährt werden	L 121/34	11. 5. 88
10. 5. 88	Verordnung (EWG) Nr. 1284/88 der Kommission zur Festsetzung von Durchschnittswerten je Einheit für die Ermittlung des Zollwerts bestimmter verderblicher Waren	L 122/5	12. 5. 88
10. 5. 88	Verordnung (EWG) Nr. 1285/88 der Kommission zur Wiedereinführung des Zollsatzes für Handschuhe aus Gewirken der Warenkategorie Nr. 10 (Ifd. Nr. 40.0100), Unterhemden, Slips usw., andere als aus Gewirken, der Warenkategorie Nr. 18 (Ifd. Nr. 40.0180) sowie lange Hosen, Latzhosen und kurze Hosen, aus Gewirken, der Warenkategorie Nr. 28 (Ifd. Nr. 40.0280) mit Ursprung in Pakistan, dem die in der Verordnung (EWG) Nr. 3783/87 des Rates vorgesehenen Zollpräferenzen gewährt werden	L 122/8	12. 5. 88
10. 5. 88	Verordnung (EWG) Nr. 1286/88 der Kommission zur Wiedereinführung des Zollsatzes für Anzüge und Kombinationen, andere als aus Gewirken, für Männer und Knaben, der Warenkategorie Nr. 16 (Ifd. Nr. 40.0160) sowie lange Hosen (einschließlich Kniebundhosen und ähnliche Hosen), Latzhosen und kurze Hosen, aus Gewirken, der Warenkategorie Nr. 28 (Ifd. Nr. 40.0280) mit Ursprung in Thailand, dem die in der Verordnung (EWG) Nr. 3783/87 des Rates vorgesehenen Zollpräferenzen gewährt werden	L 122/10	12. 5. 88
10. 5. 88	Verordnung (EWG) Nr. 1287/88 der Kommission zur Wiedereinführung des Zollsatzes für Kostüme und Kombinationen, andere als aus Gewirken, für Frauen und Mädchen, der Warenkategorie Nr. 29 (Ifd. Nr. 40.0290) sowie Säuglingskleidung und Bekleidungszubehör für Säuglinge, andere als aus Gewirken, der Warenkategorie Nr. 68 (Ifd. Nr. 40.0680) mit Ursprung in Thailand, dem die in der Verordnung (EWG) Nr. 3783/87 des Rates vorgesehenen Zollpräferenzen gewährt werden	L 122/12	12. 5. 88