

Änderung der Anlage 5 des Bundesmantelvertrages – Ärzte

Durch Beschlußfassung des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 3 SGB V ist die Anlage 5 des Bundesmantelvertrages – Ärzte und damit der Bewertungsmaßstab für kassenärztliche Leistungen (BMÄ) mit Wirkung ab 1. April 1989 wie folgt geändert worden:

Kapitel A

1. Änderung des ersten Absatzes von A 1. der Allgemeinen Bestimmungen:

„1. Eine Leistung ist nur berechnungsfähig, wenn der Leistungsinhalt vollständig erbracht worden ist. Eine Leistung ist dann nicht berechnungsfähig, wenn sie Teil des Leistungsinhalts einer anderen berechnungsfähigen Leistung ist. Dies gilt für Gesprächsleistungen wie Beratungen, Erörterungen, verbale Interventionen und psychotherapeutische Maßnahmen auch dann, wenn das Gespräch mit unterschiedlicher Zielsetzung (Diagnose/Therapie) geführt wird (Nrn. 1, 2, 3, 10, 11, 13, 100, 165, 171, 180, 190, 825, 845, 846, 850, 851 und 860 bis 886).“

2. Änderung von A 2. der Allgemeinen Bestimmungen:

„2. In den berechnungsfähigen Leistungen sind – soweit nichts anderes bestimmt ist – enthalten

- allgemeine Praxiskosten,
- Kosten, die durch die Anwendung von ärztlichen Instrumenten und Apparaturen entstanden sind,
- Kosten für Einmalspritzen, Einmalkanülen, Einmalhandschuhe, Einmalrasierer, Einmalharnblasenkatheter, Einmalskalpelle, Einmalproktoskope, Einmaldarmrohre, Einmalspekula, Einmalküretten,
- Kosten für Reagenzien, Substanzen und Materialien für Laboratoriumsuntersuchungen,
- Kosten für Filmmaterial und Radionuklide,
- Portokosten und Versandkosten, ausgenommen jene, die bei Versendung von Arztbriefen (z. B. Befundmitteilungen, Befundberichte nach Nr. 74, Briefe nach Nr. 75) und im Zusammenhang mit Versendungen im Rahmen der Langzeit-EKG-Diagnostik, Laboratoriumsdiagnostik, Zytologie, Histologie, Zytogenetik, Strahlendiagnostik, Anwendung radioaktiver Substanzen sowie der Strahlentherapie entstehen.“

Kapitel B

1. Änderung von B 1. der Allgemeinen Bestimmungen:

„1. Beratungen nach den Nrn. 1, 4, 8, 100 oder 165 sind im Behandlungsfall (Quartal) insgesamt nur einmal neben Leistungen aus den Abschnitten B IX und B X sowie aus den Kapiteln C bis T berechnungsfähig, sofern die Berechnungsfähigkeit dieser Leistungen nebeneinander nicht nach Kapitel A – Allgemeine Bestimmungen Nr. 1 – ausgeschlossen ist. Werden darüber hinaus weitere Beratungen nach den Nrn. 1, 4, 8, 100 oder 165 er-

bracht, können diese nur anstelle und nicht neben Leistungen aus den Abschnitten B IX und B X sowie aus den Kapiteln C bis T abgerechnet werden.“

2. Änderung von B 3. der Allgemeinen Bestimmungen:

„3. Mehr als eine Beratung an einem Tag können nur dann berechnet werden, wenn sie durch die Beschaffenheit des Krankheitsfalles geboten waren. Die Abrechnung ist neben der Uhrzeitangabe besonders zu begründen.

Bei Berechnung von mehr als einer Visite pro Tag ist eine Begründung erforderlich mit Ausnahme von Visiten am Operationstag und/oder an dem auf die Operation folgenden Tag.“

3. Neuaufnahme der Leistungsposition Nr. 8:

„8. Beratung, einschl. symptombezogener klinischer Untersuchung im Bereich von mehr als einem Organsystem 150“

4. Neuaufnahme einer Anmerkung hinter Nr. 8:

„Als Organsysteme gelten die in den Leistungslegenden zu den Nrn. 61, 63, 800 und 820 genannten Bereiche.“

5. Neuaufnahme einer zweiten Anmerkung hinter Nr. 10:

„Eine mehrfache Berechnung der Nr. 10 im Behandlungsfall bedarf der Begründung.“

6. Änderung der zweiten Anmerkung hinter Nr. 13:

„Neben den Leistungen nach den Nrn. 10, 11 und 13 sind die Leistungen nach den Nrn. 1 bis 6, 8, 17, 22 und 23 nicht berechnungsfähig.“

7. Neuaufnahme des Zuschlages Nr. 14:

„14. Zuschlag zu den Leistungen nach den Nrn. 10, 11 und 13 für symptombezogene klinische Untersuchungen. 40“

8. Änderung der Leistungslegende zu Nr. 22:

„22. Visite auf Pflegestationen mit Pflegepersonal, z. B. in Alten- oder Pflegeheimen, bei regelmäßiger Tätigkeit des Arztes auf der Pflegestation zu vorher vereinbarten Zeiten und Betreuung von bis zu zwei Patienten an demselben Tag, je Patient“

9. Änderung der Leistungslegende zu Nr. 23:

„23. Visite auf Pflegestationen mit Pflegepersonal, z. B. in Alten- oder Pflegeheimen, bei regelmäßiger Tätigkeit des Arztes auf der Pflegestation zu vorher

vereinbarten Zeiten und Betreuung von drei und mehr Patienten an demselben Tag, je Patient . . .“

10. Änderung der Leistungslegende zu Nr. 24:

„24. Einzelvisite im Krankenhaus oder auf der Pflegestation mit Pflegepersonal, bestellt und ausgeführt an Samstagen, Sonntagen und gesetzlichen Feiertagen sowie am 24. und 31. Dezember, oder Einzelvisite mit Unterbrechung der Sprechstundentätigkeit, dringend angefordert und sofort ausgeführt – Uhrzeitangabe erforderlich –“

11. Änderung der ersten und zweiten Anmerkung hinter Nr. 24:

„Die Leistungen nach den Nrn. 1 bis 6 und 8 sowie 25 bis 32 sind nicht berechnungsfähig für das Aufsuchen von Patienten im Krankenhaus oder auf der Pflegestation mit Pflegepersonal (Visite nach den Nrn. 17 bis 24).

Neben den Leistungen nach den Nrn. 17 bis 24 sind die Leistungen nach den Nrn. 1 bis 6 und 8 sowie 25 bis 32 nicht berechnungsfähig.“

12. Neuaufnahme einer dritten Anmerkung hinter Nr. 24:

„Die Leistungen nach den Nrn. 19, 20 oder 24 sind auch dann berechnungsfähig, wenn die Einzelvisite wegen der Art der Erkrankung zu diesen Zeiten dringend erforderlich war.“

13. Änderung der Anmerkung hinter Nr. 32:

„Neben den Leistungen nach den Nrn. 25 bis 32 sind Beratungen nach den Nrn. 1 bis 6, 8, 100 und 165 bei derselben Arzt/Patient-Begegnung nicht berechnungsfähig. Bei Besuchen in Altenheimen oder ähnlichen Einrichtungen ist die Nr. 32 nicht berechnungsfähig, wenn der Kranke dort im Rahmen einer Sprechstunde behandelt wird.“

14. Änderung der Anmerkung hinter Nr. 53:

„Die Assistenzgebühr nach den Nrn. 51 bis 53 kann nur berechnet werden

- a) für ambulante operative Leistungen mit Berechtigung zur Abrechnung der Zuschläge nach den Nrn. 81, 82, 83, 84, 111, 184, 188, 196 oder 198
- b) für belegärztliche operative Leistungen, die mit mehr als 450 Punkten bewertet sind.“

15. Änderung der Leistungslegende zu Nr. 61:

„61. Vollständige Untersuchung mindestens eines Organsystems, einschl. Befragung, Beratung und Dokumentation für

- Haut, Hautanhangsgebilde und sichtbare Schleimhäute
- Stütz- und Bewegungsorgane
- Brustorgane
- Bauchorgane
- weiblicher Genitaltrakt
- Nieren und ableitende Harnwege.“

16. Streichung der ersten Anmerkung hinter Nr. 61

17. Neuaufnahme der Leistungsposition Nr. 63:

„63. Vollständige Untersuchung mindestens eines Organsystems, einschl. Befragung, Beratung und Dokumentation für

- alle Augenabschnitte
- Nasenrachenraum, Kehlkopf und Gehörgang
- stomatognathes System 170“

18. Neuaufnahme von zwei Anmerkungen hinter Nr. 63:

„Die Leistungen nach den Nrn. 60, 61 und 63 sind bei derselben Arzt/Patient-Begegnung nicht nebeneinander berechnungsfähig. Eine mehr als zweimalige Berechnung der Nr. 63 im Behandlungsfall bedarf der besonderen Begründung.“

19. Änderung des ersten Absatzes der Präambel zu Abschnitt B VI:

„Bei ambulanter Durchführung von operativen Leistungen in der Praxis eines niedergelassenen Arztes kann für die erforderliche Vor- und Nachsorge einschließlich der Bereitstellung von Operationseinrichtungen ein Zu-

KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG

schlag nach Maßgabe der Nrn. 80 bis 84 berechnet werden.“

20. Streichung der Leistung nach Nr. 2163 aus dem Zuschlagskatalog nach Nr. 81

21. Neuaufnahme der Leistung nach Nr. 2104 in den Zuschlagskatalog nach Nr. 81

22. Streichung der Leistung nach Nr. 727 aus dem Zuschlagskatalog nach Nr. 82

23. Streichung der Leistungen nach den Nrn. 1352, 1353, 2446, 2447 und 2448 aus dem Zuschlagskatalog nach Nr. 83

24. Neuaufnahme der Leistungen nach den Nrn. 727, 2751, 2947 und 2948 in den Zuschlagskatalog nach Nr. 83

25. Neuaufnahme des Zuschlagskatalogs Nr. 84:

„84 Zuschlag für die erforderliche Vor- und Nachsorge, einschl. der Bereitstellung von Operationseinrichtungen, bei ambulanter Durchführung von Operationen nach den Nrn. 1352, 1353, 2446, 2447, 2448. 5500“

26. Änderung der drei Anmerkungen hinter Nr. 83 und Platzierung hinter Nr. 84:

„Werden in zeitlichem Zusammenhang mehrere operative Leistungen an denselben Patienten erbracht, so ist ein Zuschlag nach den Nrn. 80 bis 84 insgesamt nur einmal berechnungsfähig. Zuschläge nach den Nrn. 80 bis 84 sind nicht berechnungsfähig, wenn der Patient am selben Tage wegen derselben Erkrankung in stationäre Krankenhausbehandlung aufgenommen wird; das gilt nicht, wenn die stationäre Behandlung wegen unvorhersehbarer Komplikationen während oder nach der ambulanten Operation notwendig und entsprechend begründet wird.“

Neben den Zuschlägen nach den Nrn. 80 bis 84 ist eine Verweilgebühr nach den Nrn. 40 oder 41 nicht berechnungsfähig.“

27. Änderung des ersten Absatzes der Präambel zu Abschnitt B VII:

„Bei ambulanter Durchführung von Anästhesien/ Narkosen in der Praxis eines niedergelassenen Arztes kann der Arzt für Anästhesiologie einen Zuschlag nach den Nrn. 90 oder 91 bzw. 186 oder 194 berechnen.“

28. Änderung der zweiten Anmerkung hinter Nr. 91:

„Neben den Zuschlägen nach den Nrn. 90 oder 91 können die Leistungen nach den Nrn. 40 oder 41 nur berechnet werden, wenn Anästhesien nach den Nrn. 440, 441, 445, 450, 451, 455, 460, 461 oder 465 durchgeführt wurden.“

29. Änderung der zweiten Anmerkung hinter Nr. 98:

„Neben den Leistungen nach den Nrn. 95 bis 98 sind die Zuschläge nach den Nrn. 80 bis 84 nicht berechnungsfähig.“

30. Änderung des zweiten Absatzes der Präambel zu Abschnitt B IX:

„Neben den Leistungen nach den Nrn. 100 bis 105, 140, 142 bis 148, 157 und 158 sind die Leistungen nach den Nrn. 1 bis 11, 13, 60, 61 und 63 nicht berechnungsfähig.“

31. Änderung der Anmerkung hinter Nr. 106:

„Die Leistung nach Nr. 106 ist im Verlauf einer Schwangerschaft für die sonographische Untersuchung eines Feten bis zu zweimal berechnungsfähig.“

32. Änderung der Leistungslegende zu Nr. 126:

„126 Rötelnantikörper-Nachweis mittels HIG-Test oder Immunoassay bei niedrigem HAH-Titer (1: <32)“

33. Änderung der Leistungslegende zu Nr. 129:

„129 Untersuchung auf D.“

34. Änderung der Leistungslegende und Leistungsbewertung zu Nr. 130:

„130 Bestimmung der Blutgruppenmerkmale C, c, E und e 360“

35. Änderung der Leistungslegende zu Nr. 131:

„131 Antikörper-Nachweis mittels indirekter Antiglobulintests gegen mindestens zwei Testerythrozyten-Präparationen (Antikörper-Suchtest)“

36. Änderung der Leistungslegende zu Nr. 132:

„132 Antikörper-Differenzierung mittels indirekter Antiglobulintests gegen mindestens acht Testerythrozyten-Präparationen bei positivem Ausfall des Antikörper-Suchtests“

37. Änderung der Leistungslegende und Leistungsbewertung zu Nr. 136:

„136 Quantitative Bestimmung des freien Östriols und/ oder der Gesamtöstrogene bei Verdacht auf Plazentainsuffizienz 350“

38. Änderung der Leistungsbewertung der Nr. 155:

„155 Zytologische Untersuchung von Abstrichen der Portio und der Zervix 120“

39. Änderung des zweiten Absatzes der Präambel zu Abschnitt B X:

„Die Leistungen nach den Nrn. 165, 166, 171 bis 173, 180, 181, 190 und 192 sind weder nebeneinander noch neben den Leistungen nach den Nrn. 1 bis

11 und 13 sowie 60, 61 und 63 berechnungsfähig.“

40. Änderung des vierten Absatzes der Präambel zu Abschnitt B X:

„Für die Berechnung von Anästhesien nach den Nrn. 182, 185 und 193 gelten die Regelungen des Kapitels D entsprechend.“

41. Änderung der Leistungsbewertung der Nr. 168:

„168 Zytologische Untersuchung von Abstrichen der Portio und der Zervix 120“

42. Änderung der Leistungslegende und Leistungsbewertung zu Nr. 189:

„189 Leitung der postnarkotischen Überwachungsphase über mindestens 15 Minuten Dauer im Anschluß an die Leistung nach Nr. 185 bis zur Stabilisierung der Vitalfunktionen, einschl. Abschlußuntersuchung. 280“

43. Änderung der Leistungslegende und Leistungsbewertung zu Nr. 199:

„199 Leitung der postnarkotischen Überwachungsphase über mindestens 15 Minuten Dauer im Anschluß an die Leistung nach Nr. 193 bis zur Stabilisierung der Vitalfunktionen, einschl. Abschlußuntersuchung. 280“

Kapitel C

1. Änderung der Überschrift zu Abschnitt C II:

„II. Blutentnahmen, Injektionen, Infusionen, Transfusionen, Infiltrationen, Implantation, Abstrichentnahmen“

2. Änderung der Leistungslegende zu Nr. 256:

„256 Injektion in den Periduralraum“

3. Neuaufnahme der Leistungsposition Nr. 257:

„257 Injektion in den Subarachnoidalraum 420“

4. Änderung der Leistungsnummerierung und der Leistungslegende der Nr. 273:

„278 Infusion von Zytostatika von mehr als 90 Minuten Dauer“

5. Streichung der Anmerkung hinter Nr. 277

6. Neuaufnahme der Leistungsposition Nr. 279:

„279 Infusion von Zytostatika von mehr als 6 Stunden Dauer 700“

7. Neuaufnahme einer Anmerkung hinter Nr. 279:

„Bei liegender Kanüle oder liegendem Katheter ist das Wechseln von Infusionsbehältnissen Bestandteil der Leistungen nach den Nrn. 270 bis 279.“

8. Neuaufnahme der Leistungsposition Nr. 297:

„297 Entnahme und Aufbereitung von Abstrichmaterial zur zytologischen Untersuchung, ggf. einschl. Fixierung, einschl. Kosten 40“

9. Neuaufnahme der Leistungsposition Nr. 298:

„298 Entnahme und ggf. Aufbereitung von Abstrichmaterial zur mikrobiologischen Untersuchung, ggf. einschl. Fixierung, einschl. Kosten. 30“

10. Neuaufnahme einer Anmerkung hinter Nr. 298:

„Die Leistungen nach den Nrn. 167, 297 und 298 sind nicht nebeneinander, nicht mehrfach und nicht neben der Leistung nach Nr. 157 berechnungsfähig.“

11. Änderung der Überschrift zu Abschnitt C III:

„III. Punktionen“

12. Streichung der Leistungsposition Nr. 319

13. Streichung der beiden Anmerkungen hinter Nr. 319

14. Änderung der Leistungslegende und Leistungsbewertung zu Nr. 361:

„361 Proktoskopie 120“

15. Änderung der Leistungslegende der Nr. 363:

„363 Digitale Ausräumung des Mastdarms 210“

16. Neuaufnahme der Leistungsposition Nr. 368:

„368 Untersuchung mit dem Spreizspekulum, ggf. einschl. Proktoskopie 170“

17. Änderung der Leistungslegende zu Nr. 372:

„372 Operative Entfernung hypertropher zirkumanaler Hautfalten (Marisquen) und/ oder Exzision perianaler Thrombosen“

18. Änderung der Leistungslegende der Nr. 373:

„373 Ligaturbehandlung von Hämorrhoiden, einschl. Proktoskopie, je Sitzung 420“

19. Neuaufnahme einer Anmerkung hinter Nr. 373:

„Neben den Leistungen nach den Nrn. 371 und 373 ist die Leistung nach Nr. 368 nicht berechnungsfähig.“

20. Änderung der Leistungslegende zu Nr. 374:

„374 Kryochirurgischer Eingriff im Enddarmbereich, je Sitzung“

21. Neuaufnahme der Leistungsposition Nr. 375:

„375 Infrarotkoagulation im Enddarmbereich, je Sitzung 100“

22. Änderung des 1. Absatzes der Präambel zu Abschnitt C VII:

„Als Organe im Sinne der nachfolgend beschriebenen Leistungen gelten neben den anatomo-

misch definierten Organen auch der Darm, Gelenke als Funktionseinheiten sowie Muskelgruppen, Lymphknoten und/oder Gefäße einer Körperregion, mit Ausnahme von hirnversorgenden und Extremitätengefäßen, deren sonographische Untersuchung nach Nr. 685 berechnungsfähig ist.“

23. Änderung des 6. Absatzes der Präambel zu Abschnitt C VII:
„Die Leistungen nach den Nrn. 380, 382, 383, 385, 387, 393 und 394 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.“

24. Änderung der Leistungslegende zu Nr. 380:
„380 Sonographie des Oberbauches mit Untersuchung der Leber, der Gallenblase, der Gallenwege, der Milz, der Gefäße und/oder Lymphknoten sowie ggf. der Nieren, der im Oberbauch befindlichen Abschnitte des Magen-Darm-Traktes und von Teilen des Pankreas, einmal im Behandlungsfall“

25. Änderung der Leistungslegende zu Nr. 382:
„382 Sonographie des Harntraktes mit Untersuchung beider Nieren und der Harnblase sowie ggf. der Prostata, der Ureteren und der Gefäße der Region, einmal im Behandlungsfall.“

26. Änderung der Leistungslegende zu Nr. 386:
„386 Sonographische Untersuchung von bis zu drei weiteren Organen, zusätzlich zu den Leistungen nach den Nrn. 385, 393 oder 394, je Organ“

27. Änderung der Leistungslegende zu Nr. 388:
„388 Sonographische Untersuchung von bis zu drei weiteren Organen zur Kontrolle der von demselben Arzt im selben Behandlungsfall erhobenen Befunde, zusätzlich zur Leistung nach Nr. 387 oder ggf. zu den Leistungen nach den Nrn. 385, 393 oder 394, je Organ“

28. Änderung der Leistungslegende zu Nr. 390:
„390 Zuschlag zu den sonographischen Leistungen nach den Nrn. 107, 382, 383, 385 oder 387 bei transkavitärer Untersuchung“

29. Neuaufnahme der Leistungsposition Nr. 393:
„393 Sonographische Untersuchung der Hüftgelenke bei einem Säugling 300“

30. Neuaufnahme der Leistungsposition Nr. 394:
„394 Sonographische Untersuchung der Schilddrüse oder einer Brustdrüse 230“

31. Neuaufnahme des Abschnittes „C IX. Optische Führungshilfen“

32. Neuaufnahme der Leistungsposition Nr. 398:
„398 Optische Führungshilfe oder Lagekontrolle mittels Ultraschall oder Durchleuchtung bei Punktionen, Sondierungen, Katheterisierungen, Biopsien oder endoskopischen Untersuchungen 130“

33. Neuaufnahme einer Anmerkung hinter Nr. 398:
„Die Leistung nach Nr. 398 ist nicht neben Leistungen berechnungsfähig, die eine optische Führungshilfe als Leistungsbestandteil enthalten.“

Kapitel D

1. Änderung der Leistungsbeurteilung der Nr. 411:
„411 Lokalanästhesie(n) definierter Triggerpunkte, ggf. einschl. der Leistung nach Nr. 410, je Sitzung 130“

2. Änderung der Leistungsbeurteilung der Nr. 415:
„415 Lokalanästhesie der kleinen Wirbelgelenke einer Seite, je Bewegungssegment (Das Bewegungssegment ist anzugeben.) 140“

3. Änderung der Leistungslegende zu Nr. 420:
„420 Leitungsanästhesie eines peripheren Nerven (auch Spinalnerven)“

4. Neuaufnahme einer Anmerkung hinter Nr. 420:
„Die Berechnung der Leistungen nach den Nrn. 410 bis 415 neben der Leistung nach Nr. 420 bedarf der besonderen Begründung.“

5. Änderung der Leistungslegende zu Nr. 422:
„422 Leitungsanästhesie eines Nerven oder Ganglions an der Schädelbasis oder retrobulbäre Anästhesie (Der Nerv oder das Ganglion ist anzugeben.)“

6. Änderung der Leistungslegende zu Nr. 450:
„450 Anlegen einer Anästhesie der Spinalwurzel, des Spinalganglions und des Ramus communicans, des Sympathikus, einseitig lumbal“

7. Änderung der Leistungslegende zu Nr. 451:
„451 Anlegen einer Anästhesie der Spinalwurzel, des Spinalganglions und des Ramus communicans des Sympathikus, einseitig zervikal oder thorakal“

8. Neuaufnahme einer Anmerkung hinter Nr. 467:
„Die Fortsetzung einer Katheterperidural- oder Katheterspinalanästhesie durch Nachinjektion eines Nicht-Lokalanästhetikums (z. B. Opioids) ist nach Nr. 261 berechnungsfähig.“

9. Änderung der Leistungslegende und Leistungsbewertung zu Nr. 490:
„490 Leitung der postnarkotischen Überwachungsphase über mindestens 15 Minuten Dauer im Anschluß an die Leistungen nach den Nrn. 480 bis 488 bis zur Stabilisierung der Vitalfunktionen, einschl. Abschlußuntersuchung 280“

Kapitel E

1. Änderung des ersten Absatzes der Präambel zu Kapitel E:
„In den Leistungen des Abschnittes E sind alle Kosten enthalten mit Ausnahme der Arzneimittel und wirksamen Substanzen, die für Inhalationen, für die Thermotherapie nach den Nrn. 529, 530 und 533, für die Iontophorese nach Nr. 552 sowie für die Photochemotherapie erforderlich sind.“

2. Änderung der Leistungslegende zu Nr. 514:
„514 Extensionsbehandlung mit Gerät(en), ggf. mit gleichzeitiger Wärmeanwendung und ggf. mit Massage mittels Gerät, je Sitzung“

Kapitel F

1. Änderung der Leistungslegende zu Nr. 616:
„616 Zweidimensionale echokardiographische Untersuchung mittels Real-Time-Verfahren (B-Mode), mit Bilddokumentation, ggf. einschl. der Leistung nach Nr. 615“

2. Neuaufnahme einer Anmerkung hinter Nr. 642:
„Neben den Leistungen nach den Nrn. 640 bis 642 ist die Leistung nach Nr. 720 nicht berechnungsfähig.“

3. Änderung der Leistungslegende und Leistungsbewertung zu Nr. 652:
„652 Licht-Reflexions-rheographische Untersuchung der Extremitätenvenen, je Extremität 50“

4. Änderung der Leistungslegende und Leistungsbewertung zu Nr. 676:
„676 Doppler-sonographische Druckmessungen an den Extremitätenarterien in Ruhe an mehreren Abschnitten oder in Ruhe und nach Belastung 130“

5. Änderung der Leistungslegende zu Nr. 681:
„681 Transkranielle gepulste Doppler-sonographische Untersuchung, einschl. graphischer Registrierung, zusätzlich zur Leistung nach Nr. 680“

6. Änderung der Leistungslegende zu Nr. 686:
„686 Sonographische Untersuchung der extrakraniellen und/

oder intrakraniellen Hirngefäße mittels Duplex-Verfahren, zusätzlich zu den Leistungen nach den Nrn. 680 bzw. 681“

7. Neuaufnahme der Leistungsposition Nr. 687:
„687 Sonographische Untersuchung der Arterien und/oder Venen des Körperstamms und/oder der Extremitäten mittels Duplexverfahren 450“

8. Änderung der Leistungslegende und Leistungsbewertung zu Nr. 691:

„691 Spirographische Untersuchung zur Bestimmung expiratorischer Parameter (Vitalkapazität, Vitalkapazität bei forcierter Ausatmung, Sekundenkapazität, Atemstromstärken im Bereich unterschiedlicher Lungenvolumina), einschl. graphischer Registrierung und Dokumentation 140“

9. Änderung der Leistungslegende und Leistungsbewertung zu Nr. 692:

„692 Zuschlag zur Leistung nach Nr. 691 bei Bestimmung inspiratorischer Parameter und Darstellung der Flußvolumenkurve einschl. graphischer Registrierung und Dokumentation 120“

10. Änderung der Leistungslegende und Leistungsbewertung zu Nr. 695:

„695 Zuschlag zur Leistung nach Nr. 691 bei Bestimmung expiratorischer Parameter nach Applikation bronchospasmolytisch wirksamer Substanzen, einschl. Substanzkosten, einschl. graphischer Registrierung und Dokumentation 100“

11. Änderung der Leistungslegende und Leistungsbewertung zu Nr. 696:

„696 Zuschlag zur Leistung nach Nr. 691 bei Bestimmung expiratorischer Parameter nach Applikation bronchokonstriktorisch wirksamer Substanzen mit Ausnahme von Allergenen, einschl. Substanzkosten, einschl. graphischer Registrierung und Dokumentation, ggf. einschl. der Leistung nach Nr. 695 140“

12. Änderung der Leistungslegende und Leistungsbewertung zu Nr. 697:

„697 Zuschlag zu den Leistungen nach den Nrn. 695 und/oder 696 bei Bestimmung inspiratorischer Parameter und Darstellung der Flußvolumenkurve einschl. graphischer Registrierung und Dokumentation . . . 140“

13. Änderung der Leistungslegende zu Nr. 711:

„711 Zuschlag zu den Leistungen nach den Nrn. 710 oder 715 bei Bestimmung(en) des Atemwegwiderstandes (Resistance) mittels Oszillationsme-

thode oder Verschußdruckmethode nach Applikation bronchospasmodisch wirksamer Substanzen, einschl. Substanzkosten, ggf. einschl. fortlaufender Registrierung“

14. Änderung der Leistungslegende zu Nr. 712:

„712 Zuschlag zu den Leistungen nach den Nrn. 710 oder 715 bei Bestimmung(en) des Atemwiderstandes (Resistance) mittels Oszillationsmethode oder Verschußdruckmethode nach Applikation bronchokonstriktisch wirksamer Substanzen mit Ausnahme von Allergenen, einschl. Substanzkosten, ggf. einschl. fortlaufender Registrierung, ggf. einschl. der Leistung nach Nr. 711“

15. Änderung der Leistungslegende zu Nr. 715:

„715 Ganzkörperplethysmographische Lungenfunktionsdiagnostik, einschl. Bestimmung des intrathorakalen Gasvolumens und des Atemwegwiderstandes (Resistance), einschl. graphischer Registrierung und Dokumentation“

16. Änderung der Leistungslegende zu Nr. 716:

„716 Zuschlag zur Leistung nach Nr. 715 bei ganzkörperplethysmographischer(n) Bestimmung(en) des intrathorakalen Gasvolumens und des Atemwegwiderstandes (Resistance) nach Applikation bronchospasmodisch wirksamer Substanzen, einschl. Substanzkosten, einschl. graphischer Registrierung und Dokumentation“

17. Änderung der Leistungslegende zu Nr. 717:

„717 Zuschlag zur Leistung nach Nr. 715 bei ganzkörperplethysmographischer(n) Bestimmung(en) des intrathorakalen Gasvolumens und des Atemwegwiderstandes (Resistance), nach Applikation bronchokonstriktisch wirksamer Substanzen mit Ausnahme von Allergenen, einschl. Substanzkosten, einschl. graph. Registrierung und Dokumentation“

18. Änderung der Anmerkung hinter Nr. 717:

„Neben den Leistungen nach den Nrn. 716 oder 717 sind die Leistungen nach den Nrn. 695, 696, 711 oder 712 nicht berechnungsfähig.“

19. Änderung der Leistungslegende der Nr. 722:

„722 Zuschlag zur Leistung nach Nr. 721 für eine oder mehrere Bestimmung(en) bei Belastungsuntersuchungen oder zur Indikationsstellung einer Sauerstoffbeatmung“

20. Änderung der Leistungslegende der Nr. 726:

„726 Zuschlag zur Leistung nach Nr. 725 bei Entnahme(n) von Lungengewebe durch transbronchiale Biopsie“

21. Änderung der Leistungsbeurteilung der Nr. 727:

„727 Thorakoskopie oder Mediastinoskopie, ggf. mit Skalenoskopie und/oder Probeexzision und/oder Probepunktion 2000“

22. Änderung der Leistungslegende und Leistungsbeurteilung zu Nr. 741:

„741 Gastroskopie und/oder partielle Duodenoskopie, ggf. einschl. Ösophagoskopie, Probeexzision, Probepunktion und/oder Urease-Nachweis (einschl. Kosten) 1200“

23. Änderung der Leistungslegende und Leistungsbeurteilung zu Nr. 760:

„760 Endoskopische Untersuchung im Bereich des Colon descendens, einschl. Sigmoidoskopie, ggf. einschl. Rektoskopie, ggf. einschl. Probeexzision und/oder Probepunktion, ggf. einschl. Lagekontrolle des Endoskops durch ein bildgebendes Verfahren 950“

24. Änderung der Leistungslegende und Leistungsbeurteilung zu Nr. 761:

„761 Endoskopische Untersuchung im Bereich des Colon transversum, ggf. einschl. der Leistung nach Nr. 760, ggf. einschl. Probeexzision und/oder Probepunktion, ggf. einschl. Lagekontrolle des Endoskops durch ein bildgebendes Verfahren 1400“

25. Änderung der Leistungslegende und Leistungsbeurteilung zu Nr. 762:

„762 Endoskopische Untersuchung im Bereich des Colon ascendens, ggf. einschl. der Leistung nach Nr. 761, ggf. einschl. Probeexzision und/oder Probepunktion, ggf. einschl. Lagekontrolle des Endoskops durch ein bildgebendes Verfahren . . 1700“

26. Änderung der Leistungslegende und Leistungsbeurteilung zu Nr. 763:

„763 Endoskopische Untersuchung des Zökums und/oder des terminalen Ileums, ggf. einschl. der Leistung nach Nr. 762, ggf. einschl. Probeexzision und/oder Probepunktion, ggf. einschl. Lagekontrolle des Endoskops durch ein bildgebendes Verfahren 2000“

Kapitel G

1. Neuaufnahme der Leistungsposition Nr. 801:

„801 Klinisch-neurologische Überprüfung des Verlaufs einer Erkrankung des Zentralnerven-

systems und/oder einer systemischen Erkrankung der Muskulatur oder des peripheren Nervensystems und Beratung des Kranken unter Einbeziehung der dokumentierten Ergebnisse des zugrundeliegenden neurologischen Status nach Nr. 800, einschl. ergänzender Dokumentation . 170“

2. Neuaufnahme einer Anmerkung hinter Nr. 801:

„Eine mehr als zweimalige Berechnung der Nr. 801 im Behandlungsfall bedarf der besonderen Begründung.“

3. Änderung der Leistungsbeurteilung der Nr. 802:

„802 Elektroenzephalographische Untersuchung, einschl. Provokationen 450“

4. Änderung der Leistungslegende zu Nr. 804:

„804 Elektroenzephalographische Untersuchung nach mindestens 24-stündigem Schlafentzug – bei Kindern bis zum vollendeten 10. Lebensjahr nach mindestens 5-stündigem Schlafentzug – ggf. einschl. Schlafableitung und weiteren Provokationen“

5. Neuaufnahme der Leistungsposition Nr. 806:

„806 Langzeitelektroenzephalographische Untersuchung über mindestens 18 Stunden 800“

6. Änderung der Leistungslegende zu Nr. 812:

„812 Bestimmung(en) der sensiblen Nervenleitgeschwindigkeit“

7. Neuaufnahme einer Anmerkung hinter Nr. 812:

„Die Leistung nach Nr. 812 ist nur berechnungsfähig neben den Leistungen nach den Nrn. 809 bis 811 oder als Kontrolluntersuchung nach vorangegangenen elektromyographischen Untersuchungen mit gleichzeitiger(n) Bestimmung(en) der sensiblen Nervenleitgeschwindigkeit.“

8. Änderung der Leistungsbeurteilung der Nr. 814:

„814 Echoenzephalographische Untersuchung, einschl. graphischer oder Bilddokumentation 90“

9. Änderung der Leistungslegende zu Nr. 816:

„816 Systematische sensomotorische Übungsbehandlung von Funktionsstörungen des Zentralnervensystems (z. B. PNF, Behandlung von Sprachstörungen) als Einzelbehandlung, ggf. einschl. Einweisung der Bezugsperson(en) in das Verfahren, ggf. in mehreren Sitzungen (Dauer insgesamt mindestens 45 Minuten)“

10. Änderung der Leistungslegende zu Nr. 817:

„817 Systematische sensomotorische Übungsbehandlung von Funktionsstörungen des Zentralnervensystems (z. B. PNF, Behandlung von Sprachstörungen) als Gruppenbehandlung (2 bis 6 Teilnehmer), ggf. einschl. Einweisung der Bezugsperson(en) in das Verfahren, ggf. in mehreren Sitzungen (Dauer insgesamt mindestens 45 Minuten)“

11. Änderung der Leistungslegende zu Nr. 820:

„820 Erhebung des vollständigen psychiatrischen Status (Bewußtsein, Orientierung, Affekt, Antrieb, Wahrnehmung, Denkablauf, mnestiche Funktionen) unter Einbeziehung der lebensgeschichtlichen und sozialen Daten, ggf. einschl. Beratung und Erhebung ergänzender neurologischer Befunde, einschl. schriftlicher ärztlicher Aufzeichnungen“

12. Neuaufnahme einer Anmerkung hinter Nr. 820:

„Eine mehrfache Berechnung der Leistung nach Nr. 820 im Behandlungsfall bedarf der besonderen Begründung.“

13. Änderung der Leistungsbeurteilung der Nr. 840:

„840 Erhebung der biographischen Anamnese zur Psychopathologie eines Kindes oder Jugendlichen unter Einschaltung der Bezugs- und/oder Kontaktperson(en) und Berücksichtigung der entwicklungspsychologischen Gesichtspunkte, mit schriftlicher Aufzeichnung, ggf. in mehreren Sitzungen 550“

14. Änderung der Leistungslegende und Leistungsbeurteilung zu Nr. 841:

„841 Erhebung des vollständigen psychiatrischen Status bei einem Kind oder Jugendlichen, ggf. unter auch mehrfacher Einschaltung der Bezugs- und/oder Kontaktperson(en) und Berücksichtigung der entwicklungspsychologischen Gesichtspunkte, einschl. schriftlicher ärztlicher Aufzeichnungen, ggf. einschl. Beratung und Erhebung ergänzender neurologischer Befunde, ggf. in mehreren Sitzungen . 650“

15. Änderung der Leistungslegende und Leistungsbeurteilung zu Nr. 845:

„845 Behandlung eines psychopathologisch definierten Krankheitsbildes bei einem Kind oder Jugendlichen durch syndrombezogene verbale Intervention unter Einbeziehung der dokumentierten Ergebnisse des zugrundeliegenden psychiatrischen Status nach Nr. 841 . . 700“

16. Neuaufnahme der Leistungsposition Nr. 846:

„846 Behandlung eines psychopathologisch definierten Krankheitsbildes bei einem Kind oder Jugendlichen durch syndrombezogene verbale Intervention unter gleichzeitiger Einbeziehung der Bezugs- und/oder Kontaktperson(en) und der dokumentierten Ergebnisse des zugrundeliegenden psychiatrischen Status nach Nr. 841 900“

17. Neuaufnahme der Leistungsposition Nr. 847:

„847 Eingehende situationsbezogene Anleitung der Bezugs- oder Kontaktperson(en) eines Kindes oder Jugendlichen mit psychopathologisch definiertem Krankheitsbild, insgesamt pro Behandlungsfall 600“

18. Neuaufnahme von zwei Anmerkungen hinter Nr. 847:

„Neben der Leistung nach Nr. 846 sind die Leistungen nach den Nrn. 845 und 847 nicht berechnungsfähig.“

„Neben den Leistungen nach den Nrn. 846 und 847 ist die Leistung nach Nr. 835 nicht berechnungsfähig.“

Kapitel H

1. Änderung der Leistungsbeurteilung zu Nr. 901:

„901 Kauterisationsbehandlung der Haut als selbständige Leistung, je Sitzung 65“

2. Neuaufnahme der Leistungsposition Nr. 904:

„904 Entfernung und/oder Nachbehandlung von bis zu fünf plantaren, palmaren, sub- oder parangualen Warzen 130“

3. Änderung der Leistungsbeurteilung zu Nr. 905:

„905 Entfernung und/oder Nachbehandlung von bis zu fünf vulgären Warzen bzw. Mollusken, z. B. mittels scharfen Löffels, Kauterisation oder chemisch-kaustischer Verfahren oder Entfernung von bis zu fünfzehn pendelnden Fibromen 80“

4. Änderung der Anmerkung hinter Nr. 905:

„Die Leistungen nach den Nrn. 904 oder 905 sind je Sitzung bis zu dreimal berechnungsfähig. Vorbehandlungen zur Durchführung der Leistungen nach den Nrn. 904 und 905 können nicht gesondert berechnet werden.“

Kapitel I

1. Neuaufnahme einer Anmerkung hinter Nr. 952:

„Neben der Leistung nach Nr. 952 sind die Leistungen nach den Nrn. 1530 und 1531 nicht berechnungsfähig.“

Kapitel J

1. Neuaufnahme der Leistungsposition Nr. 1158:

„1158 Zuschlag zur Leistung nach den Nrn. 1128 oder 1138 bei Appendektomie 600“

Kapitel K

1. Änderung der Leistungsbeurteilung zu Nr. 1206:

„1206 Objektive Refraktionsbestimmung bei einem Kind bis zum vollendeten 6. Lebensjahr“

2. Änderung der Anmerkung hinter Nr. 1211:

„Neben den Leistungen nach den Nrn. 1210 oder 1211 sind die Leistungen nach den Nrn. 63, 1212 oder 1213 nicht berechnungsfähig.“

3. Änderung der Leistungsbeurteilung zu Nr. 1217:

„1217 Quantitative Untersuchung der Augenmotorik auf Heterophorie und Strabismus, ggf. einschl. der Leistung nach Nr. 1216“

4. Änderung der Leistungsbeurteilung und Leistungsbewertung der Nr. 1218:

„1218 Quantitative Untersuchung des binokularen Sehaktes auf Simultansehen, Fusion, Fusionsbreite und Stereopsis, ggf. einschl. der Leistung nach Nr. 1216 210“

5. Änderung der Leistungsbeurteilung zu Nr. 1219:

„1219 Quantitative Untersuchung des binokularen Sehaktes auf Simultansehen, Fusion, Fusionsbreite und Stereopsis bei einem Kind bis zum vollendeten 6. Lebensjahr, ggf. einschl. der Leistung nach Nr. 1216“

6. Änderung der Leistungsbeurteilung der Nr. 1268:

„1268 Sonographische Untersuchung zur Gewebdiagnostik eines Auges mittels A-Bild-Verfahren, einschl. Bilddokumentation, ggf. einschl. vergleichender Untersuchung des anderen Auges 170“

7. Änderung der Leistungsbeurteilung der Nr. 1282:

„1282 Entfernung einer Bindehaut- oder Lidgeschwulst. 350“

Kapitel L

1. Änderung der Leistungsbeurteilung der Nr. 1440:

„1440 Sonographische Untersuchung der Nasennebenhöhlen mittels A-Bild-Verfahren, einschl. Bild- oder apparateseitiger graphischer Dokumentation 170“

2. Änderung der Leistungsbeurteilung und Leistungsbewertung zu Nr. 1530:

„1530 Gezielte Prüfung der Sprache (Artikulationsmotorik, Artikulationsleistungen, Redefluß) 60“

3. Änderung der Leistungsbeurteilung und Leistungsbewertung zu Nr. 1531:

„1531 Gezielte Prüfung der Stimme (Stimmklang, Tonhaltedauer und Sprechstimmelage) 60“

4. Neuaufnahme der Leistungsposition Nr. 1533:

„1533 Untersuchung des Sprechens und der Sprache mit Prüfung der Sprachentwicklung, des aktiven und des passiven Wortschatzes, der Grammatik und Syntax der Sprache, der prosodischen Faktoren und des Redeflusses, des Sprachverständnisses und der zentralen Sprachverarbeitung, einschl. der Leistung nach Nr. 1530 und des vollständigen gebietsbezogenen Status nach Nr. 63 320“

5. Neuaufnahme der Leistungsposition Nr. 1534:

„1534 Untersuchung der Stimme mit Prüfung der Ruhe- und Phonationsatmung, des Stimmesatzes und -absatzes, der Sprech-, Ruf- und Singstimmleistungen und ggf. der Stimme nach Belastung, einschl. der Leistung nach Nr. 1531 und des vollständigen gebietsbezogenen Status nach Nr. 63 320“

6. Neuaufnahme einer Anmerkung hinter Nr. 1534:

„Die Leistungen nach den Nrn. 1533 und 1534 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.“

7. Neuaufnahme der Leistungsposition Nr. 1538:

„1538 Stimmfeldmessung (Stimmumfang und Dynamikbreite der Stimme) mittels Schallpegelmessung bis 110 dB mit graphischer Darstellung der frequenzbezogenen Schallpegel für minimale und maximale Lautstärke 200“

8. Änderung der Leistungsbeurteilung und Leistungsbewertung zu Nr. 1596:

„1596 Tympanometrie mittels Impedanzmessung zur Bestimmung der Bewegungsfähigkeit des Trommelfell-Gehörknöchelchen-Apparates mit graphischer Darstellung des Kurvenverlaufs, auch beidseitig 80“

9. Neuaufnahme der Leistungsposition Nr. 1597:

„1597 Reflexbestimmung an den Innenohrmuskeln mittels Impedanzmessung mit mindestens vier Prüffrequenzen, ggf. bei ipsi- und kontralateraler Ableitung sowie Bestimmung des Reflexdecay, auch beidseitig 200“

Kapitel M

1. Änderung der Leistungsbeurteilung zu Nr. 1725:

„1725 Katheterisierung der Harnblase und/oder Einlegen ei-

nes Verweilkatheters, beim Mann oder bei einem Kind bis zum vollendeten 14. Lebensjahr“

2. Änderung der Leistungsbeurteilung der Nr. 1784:

„1784 Zystoskopie, ggf. einschl. Urethroskopie und/oder Probeexzision, bei der Frau. 350“

3. Änderung der Leistungsbeurteilung der Nr. 1785:

„1785 Zystoskopie, ggf. einschl. Urethroskopie und/oder Probeexzision, beim Mann 600“

Kapitel N

1. Änderung des zweiten Satzes der Präambel zu Abschnitt NI.:

„Die Leistung nach Nr. 200 ist nicht berechnungsfähig für Verbände, die zur Abdeckung von Wunden dienen, die durch einen ärztlichen Eingriff bei derselben Konsultation entstanden sind, und nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 2000 bis 2005, 2020 und 2021.“

2. Änderung der Leistungsbeurteilung der Nr. 2002:

„2002 Versorgung einer kleinen Wunde, einschl. Ausschneidung und Wundverschluß . . . 260“

3. Änderung der Leistungsbeurteilung der Nr. 2005:

„2005 Versorgung einer großen Wunde, einschl. Ausschneidung und Wundverschluß . . . 520“

4. Neuaufnahme einer Anmerkung hinter Nr. 2021:

„Für die Nachbehandlung der Wunden nach Entfernung von Warzen, Mollusken oder von pendelnden Fibromen sind die Leistungen nach den Nrn. 2020 bzw. 2021 nicht berechnungsfähig.“

5. Änderung der Leistungsbeurteilung der Nr. 2101:

„2101 Exzision eines großen Bezirks aus Haut oder Schleimhaut oder Exzision einer kleinen, unter der Haut oder Schleimhaut gelegenen Geschwulst 250“

6. Neuaufnahme der Leistungsposition Nr. 2104:

„2104 Exzision eines oder mehrerer Lymphknoten aus derselben Entnahmestelle. 550“

7. Änderung der Leistungsbeurteilung zu Nr. 2160:

„2160 Transplantation eines oder mehrerer haartragender Hautimplantate oder eines Dermafett-Transplantates.“

8. Änderung der Leistungsbeurteilung zu Nr. 2162:

„2162 Implantation eines Haut-Expanders oder alloplastischen Materials zur Weichteilunterfütterung, als selbständige Leistung“

9. Streichung der Leistungsposition Nr. 2163

10. Neuaufnahme der Leistungsposition Nr. 2173:

„2173 Zuschlag zu den operativen Leistungen nach den Nrn. 2170 bis 2172 bei Erbringung der Leistungen mittels Laserchirurgie 750“

11. Änderung der Leistungslegende zu Nr. 2221:

„2221 Exstirpation eines Tumors der Finger- oder Zehenweichteile (z. B. Hämangiom) . . .“

12. Änderung der Leistungslegende zu Nr. 2265:

„2265 Operative Herstellung eines Sehnenbettes, einschl. einer allopplastischen Einlage an der Hand oder am Fuß“

13. Änderung der Leistungsbewertung der Nr. 2360:

„2360 Entfernung perkutan eingebrachter Drähte 150“

14. Änderung der Leistungsbeurteilung der Nr. 2445:

„2445 Arthroskopische Untersuchung, ggf. einschl. Entnahme von Gewebeproben aus Weichteilen, Knorpel oder Knochen, einschl. Kosten 1500“

15. Änderung der Leistungsbewertung der Nr. 2472:

„2472 Entfernung einer Drahtstiftung 150“

16. Neuaufnahme der Leistungsposition Nr. 2613:

„2613 Operative Stillung einer Nachblutung nach Schilddrüsenoperation, als selbständige Leistung 600“

17. Änderung der Leistungslegende und Leistungsbewertung zu Nr. 2750:

„2750 Exzision von Hämorrhoidalknoten, segmentär nach Milligan-Morgan 1050“

18. Neuaufnahme der Leistungsposition Nr. 2751:

„2751 Exzision von Hämorrhoidalknoten, submukös nach Parks 1800“

19. Änderung der Leistungsbeurteilung der Nr. 3020:

„3020 Resektion einer Wurzelspitze an einem Frontzahn 650“

20. Änderung der Leistungsbewertung der Nr. 3023:

„3023 Wurzelkanalaufbereitung und Wurzelfüllung, zusätzlich zu den Leistungen nach den Nrn. 3020, 3021 oder 3022, je Wurzelkanal 400“

21. Änderung der Leistungsbewertung der Nr. 3063:

„3063 Suprahyoidale Lymphknotenausräumung 2500“

22. Änderung der Leistungsbeurteilung der Nr. 3082:

„3082 Operative Einrichtung eines gebrochenen Kiefer- oder

Gesichtsknochens und Fixation durch Osteosynthese und/oder Aufhängungen 1400“

23. Änderung der Leistungslegende zu Nr. 3093:

„3093 Anlegen einer Stütz-, Halte- oder Hilfsvorrichtung, einer Verbandsplatte, Pelotte, Kopf-Kinn-Kappe oder orofazialen Drahtaufhängung einfacher Art am Ober- oder Unterkiefer.“

24. Änderung der Leistungslegende und Leistungsbewertung zu Nr. 3210:

„3210 Gezielter chirotherapeutischer Eingriff an der Wirbelsäule, einschl. Dokumentation der Funktionsanalyse, ggf. einschl. der Leistungen nach den Nrn. 3211 und 3215, je Sitzung 200“

25. Änderung der Leistungslegende und Leistungsbewertung zu Nr. 3211:

„3211 Gezielter chirotherapeutischer Eingriff an einem oder mehreren Extremitätengelenken, einschl. Dokumentation der Funktionsanalyse, ggf. einschl. der Leistung nach Nr. 3215, je Sitzung 180“

26. Änderung der ersten Anmerkung hinter Nr. 3211:

„Die Leistungen nach den Nrn. 3210 und 3211 sind im Behandlungsfall jeweils bis zu zweimal berechnungsfähig.“

27. Streichung der Anmerkung vor Nr. 3215:

„Neben den Leistungen nach den Nrn. 3210 und/oder 3211 ist die Leistung nach Nr. 3215 für die Behandlung desselben Extremitätengelenks oder desselben Wirbelsäulenabschnitts nicht berechnungsfähig.“

Kapitel O

1. Änderung der Leistungslegende zu Nr. 3500:

„3500 Orientierende Untersuchung in einem Körpermaterial mit visueller Auswertung mittels vorgefertigter Reagenzträger oder Reagenzubereitungen, auch bei apparativer Auswertung und/oder Verwendung von Mehrfachreagenzträgern . . .“

2. Änderung der Leistungslegende und Leistungsbewertung zu Nr. 3620:

„3620 Mikroskopische Differenzierung und Beurteilung aller korpuskulären Bestandteile des gefärbten Blutausriches . . 120“

3. Neuaufnahme einer Anmerkung hinter Nr. 3620:

„Die Leistung nach Nr. 3620 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 3842 oder 3843 berechnungsfähig.“

4. Streichung der Leistungsposition Nr. 3650

5. Änderung der Legende und Bewertung des Höchstwertes für Untersuchungen nach den Nrn. 3630 bis 3649:

„Höchstwert für die Untersuchungen nach den Nrn. 3630 bis 3649 (Blutzuckertagesprofile und Blutzuckerbelastungstests fallen nicht unter diesen Höchstwert.) 200“

6. Änderung der Anmerkung hinter dem Höchstwert für Untersuchungen nach den Nrn. 3630 bis 3649:

„Dieser Höchstwert schließt ggf. auch Leistungen nach den Nrn. 3660 bis 3705 ein.“

7. Neuaufnahme der Leistungsposition Nr. 3659:

„3659 Untersuchung auf ein Arzneimittel (z. B. Theophyllin, Antikonvulsiva, Herzglykoside) in einem Körpermaterial mittels beschichteter Reagenzträger und apparativer Messung (z. B. Reflexionsmessung), je Untersuchung 80“

8. Streichung der Leistungen Nrn. 3684 und 3699 aus dem Katalog der Leistungspositionen Nr. 3660 bis 3701:

„3684 Aldolase
3699 Kupfer“

9. Neuaufnahme der Leistungsposition Nr. 3705 in den Katalog der Leistungspositionen Nrn. 3660 bis 3701:

„3705 Glykosylierte Blut- und/oder Gewebeproteine, z. B. Fructosamin“

10. Änderung der Legende und der Bewertung des Höchstwertes für Untersuchungen nach den Nrn. 3660 bis 3705:

„Höchstwert für die Untersuchungen nach den Nrn. 3660 bis 3705 (Blutzuckertagesprofile und Blutzuckerbelastungstests fallen nicht unter diesen Höchstwert.) 200“

11. Änderung der Anmerkung hinter dem Höchstwert für Untersuchungen nach den Nrn. 3660 bis 3705:

„Dieser Höchstwert schließt ggf. auch Leistungen nach den Nrn. 3630 bis 3649 ein.“

12. Änderung der Leistungslegende zu Nr. 3732:

„3732 Thyroxinbindendes Globulin (TBG) . . .“

13. Änderung der Leistungslegende zu Nr. 3840:

„3840 Bestimmung von mindestens zwei der folgenden Parameter: Erythrozytenzahl, Leukozytenzahl (ggf. einschl. orientierender Differenzierung), Hämoglobin, Hämatokrit, insgesamt . . .“

14. Änderung der Leistungslegende zu Nr. 3841:

„3841 Bestimmung der Thrombozytenzahl und mindestens eines weiteren der folgen-

den Parameter: Erythrozytenzahl, Leukozytenzahl (ggf. einschl. orientierender Differenzierung), Hämoglobin, Hämatokrit, insgesamt . . .“

15. Änderung der Leistungslegende und Leistungsbewertung zu Nr. 3842:

„3842 Mechanisierte Zählung der Neutrophilen, Eosinophilen, Basophilen, Lymphozyten und Monozyten, insgesamt 60“

16. Änderung der Leistungslegende und Leistungsbewertung zu Nr. 3843:

„3843 Vollständiger Blutstatus mittels automatisierter Verfahren (Hämoglobin, Hämatokrit, Erythrozyten-, Leukozyten- und Thrombozytenzählung, mechanisierte Zählung der Neutrophilen, Eosinophilen, Basophilen, Lymphozyten und Monozyten, ggf. einschl. weiterer hämatologischer Kenngrößen), insgesamt 110“

17. Neuaufnahme der Leistungsposition Nr. 3844:

„3844 Zuschlag zu den Nrn. 3842 oder 3843 bei nachfolgender mikroskopischer Differenzierung und Beurteilung aller korpuskulären Bestandteile des gefärbten Blutausriches 60“

18. Streichung der Leistungsposition Nr. 3856

19. Neuaufnahme der Leistungspositionen Nr. 3858 und Nr. 3859 im Katalog zu den Nrn. 3850 ff:

„3858 Mikroalbuminurie-Nachweis
3859 Alpha-1-Mikroglobulinurie-Nachweis“

20. Neuaufnahme der Leistungsposition Nr. 3888:

„3888 Orientierender Schnelltest auf A-Streptokokken-Gruppenantigen aus dem Rachen eines Kindes 70“

21. Änderung der Leistungsbeurteilung der Nr. 3900:

„3900 Mikroskopische Untersuchung eines Materials nach differenzierender Färbung, je Untersuchung unter Angabe der Art der Untersuchung

Alkalische Leukozytenphosphatase
Esteraseaktion
Peroxydasereaktion PAS-Reaktion

Eisengranulachweis
Ähnliche Untersuchungen 120“

22. Streichung der Leistungsposition Nr. 4020

23. Änderung der Leistungslegende, des Katalogs und der Bewertung zu Nr. 4025:

„4025 Quantitative physikalische Bestimmung von Elementen in einem Körpermaterial mittels Atomabsorption oder anderer gleichwertiger Verfahren, je Un-

tersuchung unter Angabe der Art der Untersuchung 220

Blei im Blut
Calcium im Harn
Gold im Serum
Magnesium
Zink“

24. Neuaufnahme der Leistungsposition Nr. 4026:
„4026 Quantitative physikalische Bestimmung von Elementen mittels Atomabsorption oder anderer gleichwertiger Verfahren, mindestens als Dreifachbestimmung des selben Elementes, ggf. im Additionsverfahren, je Untersuchung unter Angabe der Art der Untersuchung 1050

Aluminium
Eisen im Harn
Kupfer im Harn oder Gewebe
Spurenelemente“

25. Änderung der Leistungslegende zu Nr. 4103:
„4103 Quantitative Bestimmung der freien Thyroxinbindungskapazität mittels Radioimmunoassay (RIA).....“

26. Streichung der zweiten Anmerkung hinter dem Höchstwert zu den Nrn. 4101 bis 4103:
„Neben den Leistungen nach den Nrn. 4100 bis 4103 sind die Leistungen nach den Nrn. 3730 bis 3733 für Untersuchungen derselben Meßgrößen nicht berechnungsfähig. Immunochemische Untersuchungen von T3, T4, TBG und TSH sind nach den Nrn. 3730, 3731, 3732 und 3733 berechnungsfähig.“

27. Streichung einer Untersuchung aus dem Katalog der Leistungsposition Nr. 4130 und Änderung der Leistungsbewertung zu Nr. 4130:
„4130 Quantitative Bestimmung von Arzneimitteln, je Untersuchung unter Angabe der Art der Untersuchung

Antikonvulsiva
Zytostatika
Antibiotika
Ähnliche Untersuchungen
..... 300“

28. Änderung des Katalogs und der Leistungsbewertung zu Nr. 4140:
„4140 Quantitative Bestimmung in einem Körpermaterial, je Bestimmung unter Angabe der Art der Untersuchung

Digitoxin
Alpha-1-Feto-Protein (AFP)
Prolaktin
Follikelstimulierendes Hormon (FSH)
Luteinisierendes Hormon (LH)
Choriongonadotropin (HCG)
β-Choriongonadotropin (β-HCG)
Östriol
Freies Östriol
Gesamtöstrogene
Ähnliche Untersuchungen
..... 350“

29. Änderung der Leistungslegende, des Katalogs und der Leistungsbewertung zu Nr. 4145:
„4145 Quantitative Bestimmung in einem Körpermaterial, je Bestimmung unter Angabe der Art der Untersuchung

Vitamin B12
Folsäure
Trypsin
Insulin
Testosteron
Dehydroepiandrosteron (-sulfat)
Progesteron
Ostradiol
Cortisol
Wachstumshormon (HGH) und/oder Somatomedin C
Ähnliche Untersuchungen
..... 600“

30. Änderung der Leistungslegende, des Katalogs und der Leistungsbewertung zu Nr. 4150:
„4150 Quantitative Bestimmung in einem Körpermaterial, je Bestimmung unter Angabe der Art der Untersuchung

C-Peptid
Gastrin
Gallensäuren
Freies Testosteron
Aldosteron
Plasma-Renin-Aktivität
CA 125
CA 19-9
CA 15-3
CA 50
β2-Mikroglobulin
Ähnliche Untersuchungen
..... 800“

31. Änderung der Leistungslegende und des Katalogs zu Nr. 4151:
„4151 Aufwendige quantitative Bestimmung in einem Körpermaterial, je Bestimmung unter Angabe der Art der Untersuchung

Calcitonin
Parathormon
25-Hydroxy-Cholecalciferol
TSH-Rezeptor-Antikörper
Corticotropin (ACTH)
Androstendion
Corticosteron
11-Desoxycortisol
Ähnliche Untersuchungen. . .“

32. Änderung der Leistungslegende und des Katalogs zu Nr. 4152:
„4152 Aufwendige quantitative Bestimmung in einem Körpermaterial, je Bestimmung unter Angabe der Art der Untersuchung

Humanes Thyreoglobulin (HTG) mit Bestätigungstest
1,25 Dihydroxy-Cholecalciferol
Ähnliche Untersuchungen. . .“

33. Änderung der Leistungslegende zu Nr. 4170:
„4170 Qualitativer Nachweis von humanen Proteinantigenen oder Proteinantikörpern in Kör-

perflüssigkeiten mittels Immundiffusion, ggf. nach vorhergehender Einengung, je Nachweis (Die Art der Untersuchung ist anzugeben.).....“

34. Neuaufnahme der Leistungsposition Nr. 4173:
„4173 Nachweis von allergenspezifischen Immunglobulinen mit mindestens vier deklarierten Allergenen aus verschiedenen Allergengruppen auf einem Träger..... 200“

35. Neuaufnahme einer ersten Anmerkung hinter Nr. 4173:
„Die Nr. 4173 ist im Behandlungsfall nur einmal berechnungsfähig.“

36. Neuaufnahme einer zweiten Anmerkung hinter Nr. 4173:
„Neben der Leistung nach Nr. 4173 ist die Leistung nach Nr. 4175 nicht berechnungsfähig.“

37. Änderung der Leistungslegende und Leistungsbewertung zu Nr. 4180:
„4180 Bestimmung von allergenspezifischem(n) Immunglobulin(en) bis zu zehn Allergenen, je Allergen 240“

38. Änderung der Leistungslegende und Leistungsbewertung zu Nr. 4181:
„4181 Bestimmung von allergenspezifischem(n) Immunglobulin(en), jede weitere Bestimmung bis zu insgesamt fünfzehn Allergenen, je Allergen . . . 120“

39. Änderung der Leistungslegende und Leistungsbewertung zu Nr. 4182:
„4182 Bestimmung von allergenspezifischem(n) Immunglobulin(en) mit mindestens zwanzig deklarierten Allergenen auf einem Träger und Differenzierung nach Einzelallergenen, insgesamt..... 1400“

40. Neuaufnahme einer Anmerkung hinter Nr. 4182:
„Neben der Leistung nach Nr. 4182 sind die Leistungen nach den Nrn. 4180 und 4181 nicht berechnungsfähig.“

41. Streichung des Höchstwertes zu den Nrn. 4180 bis 4182:
„Höchstwert für die Untersuchungen nach den Nrn. 4180, 4181 und 4182. 2000“

42. Änderung der Leistungslegende und Leistungsbewertung zu Nr. 4203:
„4203 Elektrophoretische Trennung von Proteinen durch SDS-Elektrophorese oder ähnliche Verfahren mit anschließender Immunreaktion, einschl. Probenvorbereitung. 950“

43. Neuaufnahme der Leistungsposition Nr. 4204:
„4204 Immunoblot (z.B. Westernblot), einschl. Probenvorbereitung..... 750“

44. Änderung der Leistungslegende zu Nr. 4231:
„4231 Dichtegradientenisolierung von Zellen . . .“

45. Änderung der Leistungslegende zu Nr. 4232:
„4232 Dichtegradientenisolierung von Proteinen und/oder Organellen . . .“

46. Änderung der Leistungslegende zu Nr. 4260:
„4260 Antikörpernachweis mittels indirekter Antiglobulintests gegen mindestens zwei Testerythrozyten-Präparationen . . .“

47. Änderung der Leistungslegende zu Nr. 4261:
„4261 Antikörperdifferenzierung mittels indirekter Antiglobulintests gegen mindestens acht Testerythrozyten-Präparationen“

48. Änderung der Leistungslegende zum Katalog der Nrn. 4340 bis 4343:
„Qualitativer Nachweis von Hepatitis-spezifischen Antigenen oder Antikörpern mittels Immunoassay, je Untersuchung. . .“

49. Änderung der Leistungslegende zu Nr. 4360:
„4360 Qualitativer Nachweis von Infektionsantigenen oder Infektionsantikörpern mittels Immundiffusion im Gelmilieu (Ouchterlony-Test), je Antigen oder Antikörper (Die Art der Untersuchung ist anzugeben.) . . .“

50. Änderung der Leistungslegende zu Nr. 4376:
„4376 Qualitativer Nachweis von Antikörpern gegen Parasiten, Protozoen, Hefen/Pilze, Bakterien oder Viren mittels indirekter Immunfluoreszenz, je Untersuchung (Die Art der Untersuchung ist anzugeben.) . . .“

51. Änderung der Leistungslegende zu Nr. 4390:
„4390 Nachweis neutralisierender Antikörper im Patientenserum in Zellkulturen, in vivo oder im Brutei, je Art (Die Art der Untersuchung ist anzugeben) . . .“

52. Änderung der Leistungslegende zu Nr. 4420:
„4420 Gezielte parasitologische Untersuchung von Originalmaterial nach Aufbereitung (z.B. Anreicherung, Sedimentation, Auswaschung, Separation oder Anzüchtung), ggf. einschl. nachfolgender mikroskopischer Prüfung . . .“

53. Änderung der Leistungslegende zu Nr. 4441:
„4441 Kulturelle mykologische Untersuchung eines Originalmaterials nach Aufbereitung, ggf. einschl. nachfolgender mikroskopischer Prüfung . . .“

54. Änderung der Leistungslegende zu Nr. 4456: ▷

„4456 Kulturelle Untersuchung auf Neisseria gonorrhoeae unter vermehrter CO₂-Spannung, ggf. einschl. Oxydase- und/oder β-Lactamaseprüfung, ggf. einschl. nachfolgender mikroskopischer Prüfung...“

55. Änderung der Leistungslegende zu Nr. 4461:

„4461 Qualitativer Nachweis eines antimikrobiellen Wirkstoffes in Körperflüssigkeiten, Punktaten oder Gewebe auf biologischem Wege...“

56. Änderung der Leistungslegende zu Nr. 4480:

„4480 Empfindlichkeitsprüfungen von in Reinkultur gezüchteten, ätiologisch relevanten Bakterien im standardisierten Agar-Diffusionstest oder mittels Breakpointmethode gegen mindestens vier Chemotherapeutika, je Erreger...“

57. Änderung der Leistungslegende zu Nr. 4481:

„4481 Empfindlichkeitsprüfungen von in Reinkultur gezüchteten, ätiologisch relevanten Bakterien im standardisierten Agar-Diffusionstest oder mittels Breakpoint-Methode gegen mindestens acht Chemotherapeutika, je Erreger...“

58. Änderung der Leistungslegende und Leistungsbewertung zu Nr. 4482:

„4482 Bestimmung der minimalen Hemmkonzentration (MHK) von in Reinkultur gezüchteten, ätiologisch relevanten Bakterien, außer aus Sputum, Urin, Stuhl, und von Oberflächenabstrichen von Haut und Schleimhäuten (in mindestens acht Verdünnungsstufen), je Untersuchungsprobe, insgesamt 600“

59. Änderung der Leistungslegende und Leistungsbewertung zu Nr. 4483:

„4483 Zuschlag zur Leistung nach Nr. 4482 bei Bestimmung der minimalen bakteriziden Konzentration (MBK) durch Subkulturen, je Untersuchungsprobe..... 120“

60. Streichung des Höchstwertes zu Nr. 4483

61. Änderung der Leistungslegende zu Nr. 4488:

„4488 Bakteriologische oder serologische Untersuchung (bzw. Toxinachweis) in vivo, ggf. einschl. nachfolgender kultureller und mikroskopischer Untersuchungen, je Untersuchungsmaterial...“

62. Änderung der Leistungslegende zu Nr. 4491:

„4491 Aufwendige bakteriologische Untersuchung (z. B. auf Mykobakterien) in vivo, ggf.

einschl. nachfolgender Kultur und mikroskopischer Prüfung, je Untersuchungsmaterial...“

63. Änderung der Leistungslegende zu Nr. 4572:

„4572 Anzüchtung von Viren, Rickettsien oder Chlamydien in Zellkulturen oder in vivo, einschl. evtl. notwendiger Passagen...“

64. Änderung der Leistungslegende zu Nr. 4575:

„4575 Typisierung von Viren, Rickettsien oder Chlamydien in Zellkulturen oder in vivo oder im Brutei, für jedes Antiserum...“

Kapitel P

1. Änderung der Präambel zu Kapitel P:

„In den Gebühren für die Leistungen nach den Nrn. 155, 168 und 4800 bis 4860 ist die Leistung nach Nr. 74 enthalten.“

2. Änderung der Leistungsbewertung der Nr. 4851:

„4851 Zytologische Untersuchung von Abstrichen der Portio und der Zervix zur Krebsdiagnostik 120“

Kapitel Q

1. Änderung der Leistungslegende zu Nr. 5021:

„5021 Zuschlag zu den Leistungen nach den Nrn. 5020 oder 5022 für eine oder mehrere zusätzliche Aufnahmen zur Funktionsprüfung des Bandapparates eines Daumengrund-, Schulter-, Knie- oder Sprunggelenks“

2. Streichung der Leistungsposition Nr. 5073

3. Änderung der Leistungslegende zu Nr. 5075:

„5075 Dickdarm im Doppelkontrast einschl. Durchleuchtung (BV/TV) oder Dünndarmkontrastuntersuchung mit jenseits der Flexura duodeno-jejunalis mündender Sonde, einschl. Durchleuchtung (BV/TV) und Kontrastmitteleinbringung mittels Sonde...“

4. Neuaufnahme der Leistungsposition Nr. 5077:

„5077 Dickdarm-Kontrastuntersuchung bei einem Kind bis zum vollendeten 14. Lebensjahr, einschl. Durchleuchtung (BV/TV), ggf. einschl. Repositionsmaßnahmen bei Invagination 950“

5. Neuaufnahme der Leistungsposition Nr. 5157:

„5157 Embolisations- bzw. Sklerosierungsbehandlung einer Varikozele, einschl. vorangehender Kontrastdarstellung... 2400“

6. Änderung der Anmerkung hinter Nr. 5415:

„Neben der Leistung nach Nr. 5415 sind die Leistungen nach den Nrn. 5425, 5426, 5427, 5430 und 5467 nicht berechnungsfähig.“

7. Änderung der Leistungslegende zu Nr. 5433:

„5433 Szintigraphische Untersuchung der Schilddrüse mittels Scanner und/oder Gammakamera (Analogbild)...“

8. Änderung der Leistungslegende zu Nr. 5434:

„5434 Szintigraphische Untersuchung der Schilddrüse mittels Gammakamera und mit rechnergestützter Auswertung zur Erstellung regionaler Funktionsparameter, einschl. der Leistung nach Nr. 5433...“

9. Neuaufnahme der Leistungsposition Nr. 5435:

„5435 Szintigraphische Untersuchung der Schilddrüse mittels Gammakamera und mit rechnergestützter Auswertung zur Erstellung globaler Funktionsparameter (z. B. thyreoidale Jodavidität (TJ), 99m-Tc-Thyreoida-Uptake (TcTU), Radiojodclearance (RJC), Radiojodhyreoida-Uptake (RJTU) und/oder Radiojodzweiphasentest vor Radiojodtherapie), einschl. der Leistung nach Nr. 5434 ... 1800“

10. Änderung der Leistungsbewertung der Nr. 5466:

„5466 Zuschlag für die quantitative Auswertung mit Messung und Dokumentation von Impulsraten pro Flächenelement und/oder pro Volumenelement und/oder von Zeit-Aktivitätskurven, insgesamt 1200“

11. Streichung der Leistungsposition Nr. 5470

12. Änderung der Leistungslegende und Leistungsbewertung zu Nr. 5477:

„5477 Bestimmung der globalen tubulären und/oder glomerulären Clearance mittels radioaktiven Substanzen 3900“

13. Änderung der Leistungslegende zu Nr. 5478:

„5478 Bestimmung der seitgetrennten tubulären und/oder glomerulären Clearance mittels radioaktiven Substanzen, einschl. der Leistung nach Nr. 5475 bzw. 5477, ggf. einschl. der Leistung nach Nr. 5420 bei Verwendung derselben radioaktiven Substanz...“

14. Streichung der Leistungsposition Nr. 5479:

15. Änderung der Leistungslegende und Leistungsbewertung zu Nr. 5485:

„5485 Bestimmung(en) des osären Mineralgehaltes mittels Photonenabsorptionstechnik 2000“

16. Streichung der Leistungsposition Nr. 5486

Kapitel S

1. Änderung der Leistungslegende zu Nr. 6003:

„6003 Zuschlag zu den Leistungen nach den Nrn. 6001, 6002 oder 6011 für jede weitere intravenöse oder intraarterielle Kontrastmitteleinbringung mittels Hochdruckinjektion bei bestehendem Zugang...“

2. Änderung der Leistungslegende zu Nr. 6011:

„6011 Intraarterielle Einbringung des Kontrastmittels über einen Katheter mittels Hochdruckinjektion zur Übersichtsangiographie oder Angiokardiographie...“

3. Änderung der Leistungslegende zu Nr. 6012:

„6012 Intraarterielle Einbringung(en) des Kontrastmittels nach selektiver arterieller Katheterplatzierung zur selektiven Arteriographie oder zur Darstellung eines arteriellen Bypass...“

4. Neuaufnahme der Leistungsposition Nr. 6014:

„6014 Einbringung(en) des Kontrastmittels nach selektiver Katheterplatzierung in eine Koronararterie oder einen aortokoronaren Bypass 1400“

5. Streichung der Leistungsposition Nr. 6015

6. Neuaufnahme der Leistungsposition Nr. 6016:

„6016 Einbringung(en) des Kontrastmittels nach selektiver Katheterplatzierung in eine weitere Koronararterie oder einen weiteren aortokoronaren Bypass im Anschluß an die Leistung nach Nr. 6014 950“

7. Neuaufnahme der Leistungsposition Nr. 6025:

„6025 Einbringung des Kontrastmittels zur Sialographie..... 250“

8. Änderung der Leistungslegende und Leistungsbewertung zu Nr. 6030:

„6030 Einbringung des Kontrastmittels zur Galaktographie, ggf. einschl. Oberflächenanästhesie und Spülung 250“

9. Änderung der Leistungsbewertung der Nr. 6080:

„6080 Einbringung (präparativ) des Kontrastmittels zur Lymphographie, je Bein 550“

Kapitel T

1. Änderung der Leistungsbewertung zu Nr. 7002:

„7002 Bestrahlung von bis zu zwei Bestrahlungsfeldern bzw. Zielvolumina 160“

Die Beschlüsse treten am 1. April 1989 in Kraft.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung, K.d.ö.R., Köln, - einerseits - und der AOK-Bundesverband, K.d.ö.R., Bonn, der Bundesverband der Betriebskrankenkassen, K.d.ö.R., Essen, der Bundesverband der Innungskrankenkassen, K.d.ö.R., Berg-Gladbach und der Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, K.d.ö.R., Kassel, - andererseits - vereinbaren auf der Grundlage des § 37 Abs. 4 des Bundesmantelvertrages folgende Änderungen des Bewertungsmaßstabes für kassenärztliche Leistungen (BMÄ):

(Die vertraglichen Änderungen werden durch die Zustimmung der Vorstände der Spitzenverbände der Krankenkassen und der KBV in Kraft gesetzt.)

1. Streichung der ersten, zweiten und dritten Anmerkung hinter Nr. 6

2. Neuaufnahme von drei Anmerkungen hinter Nr. 8:

„Messungen allein, z. B. des Blutdrucks, des Körpergewichts, der Körpertemperatur erfüllen den Leistungsinhalt der Nrn. 4 bis 6 und 8 bzw. 62 nicht.

Neben den Leistungen nach den Nrn. 4 bis 6 und 8 sind die Leistungen nach den Nrn. 1 bis 3, 10, 11, 13, 17, 60, 61, 63, 360, 800, 801, 850, 950 bis 955, 1070, 1202, 1205, 1207, 1209, 1216 bis 1219, 1228, 1240, 1242, 1255, 1530, 1531, 1551 und 1775 nicht berechnungsfähig.

Ferner sind neben Leistungen nach den Nrn. 4 bis 6 und 8 Leistungen aus den Abschnitten B IX und B X, die klinische Untersuchungen (Nrn. 101 bis 105, 140, 142 bis 148, 157, 158, 166, 173, 180, 181, 190, 192) enthalten, nicht berechnungsfähig.“

4. Streichung der Anmerkung hinter Nr. 61

5. Änderung der ersten Anmerkung hinter Nr. 62:

„Neben der Leistung nach Nr. 62 sind die Leistungen nach den Nrn. 360, 800, 801, 850, 950 bis 955 nicht berechnungsfähig.“

6. Änderung der zweiten Anmerkung hinter Nr. 62:

„Ferner sind neben den Leistungen nach den Nrn. 60 bis 63 Leistungen aus den Abschnitten B IX und B X, die klinische Untersuchungen enthalten (Nrn. 101 bis 105, 140, 142 bis 148, 157, 158, 166, 173, 180, 181, 190, 192), nicht berechnungsfähig.“

7. Neuaufnahme einer Anmerkung hinter Nr. 63:

„Neben den Leistungen nach den Nrn. 60, 61 oder 63 sind die Leistungen nach den Nrn. 1, 4, 5, 6, 8, 62, 360, 600, 690, 800, 801, 850, 950 bis 955, 1200 bis 1205, 1207, 1209, 1216, 1218, 1219, 1228, 1240, 1242, 1255, 1448, 1530 1531, 1540, 1550, 1551, 1590, 1593 und 1775 bei derselben Arzt/Patient-Begegnung nicht berechnungsfähig.“

8. Streichung der Leistung nach Nr. 2163 aus dem Zuschlagskatalog nach Nr. 86

9. Neuaufnahme der Leistung nach Nr. 2104 in den Zuschlagskatalog nach Nr. 86

10. Streichung der Leistung nach Nr. 727 aus dem Zuschlagskatalog nach Nr. 87

11. Neuaufnahme der Leistungen nach den Nrn. 727, 2751, 2947 und 2948 in den Zuschlagskatalog nach Nr. 88

12. Streichung der Anmerkung hinter Nr. 642

13. Änderung der zweiten Anmerkung hinter Nr. 1020:

„Neben der Leistung nach Nr. 1020 sind die Leistungen nach den Nrn. 4, 5, 6, 8, 60, 61 und 62 nicht berechnungsfähig.“

14. Änderung der ersten Anmerkung hinter Nr. 3211:

„Ist ein ausreichender Behandlungseffekt mit der zweimaligen Erbringung der Leistungen nach den Nrn. 3210 und/oder 3211 im Quartal nicht erzielt worden, kann im Ausnahmefall jede weitere Behandlung nur mit ausführlicher Begründung zur Segmenthöhe, Blockierungsrichtung, zur muskulären reflektorischen Fixierung und zu den vegetativen und neurologischen Begleiterscheinungen erfolgen.“

15. Änderung der Pauschalersatzung der Nr. 7106:

„7106 Zuschlag zu den Nrn. 7101, 7105, 7110, 7120 oder 7121 bei Versendung infektiösen Materials, je Wertbrief . . . 6,00 DM“

16. Änderung der Pauschalersatzung der Nr. 7107:

„7107 Zuschlag zu den Nrn. 7101, 7105 oder 7110 bei Versendung infektiösen Materials, je Wertpaket 9,00 DM“

17. Änderung der Pauschalersatzung der Nr. 7111:

„7111 Versandpauschale für Röntgenaufnahmen, je Versand 4,20 DM“

18. Änderung der Pauschalersatzung der Nr. 7112:

„7112 Versandpauschale für Szintigramme, je Versand . . 2,20 DM“

19. Änderung der Pauschalersatzung der Nr. 7113:

„7113 Zuschlag zu den Nrn. 7100, 7101, 7105 oder 7110 bei Postversand 1,20 DM“

20. Änderung der Pauschalersatzung der Nr. 7120:

„7120 Versandpauschale, Standardbrief 1,00 DM“

21. Änderung der Pauschalersatzung der Nr. 7121:

„7121 Versandpauschale, Brief mit höherem Gewicht oder größerem Format . . . 2,00 DM“

Die Vereinbarung tritt zum 1. April 1989 in Kraft.

Beschlüsse und Feststellungen der Arbeitsgemeinschaft gemäß § 19 des Arzt/Ersatzkassen-Vertrages

Aus der 150. Sitzung

(Teil I)

590. Zu den Nrn. 760 bis 763 E-GO

Die Arbeitsgemeinschaft beschließt:

Die Feststellung Nr. 550 vom 25./27. 08. 87 wird aufgehoben. (Gültig ab 1. April 1989)

591. Änderungen bzw. Ergänzungen der E-GO

Die Arbeitsgemeinschaft beschließt:

(Siehe die inhaltlich identischen Änderungen in den Kapiteln A bis T der Anlage 5 des Bundesmantelvertrages - Ärzte mit Wirkung ab 1. April 1989) (Gültig ab 1. April 1989)

592. Änderungen bzw. Ergänzungen der E-GO

Die Arbeitsgemeinschaft beschließt:

1. Änderung des fünften Absatzes von A II. § 3 der Allgemeinen Bestimmungen:

„Die Leistungen nach den Nrn. 60, 61, 63, 800 oder 820 sind bei Auftragsleistungen nicht berechnungsfähig, es sei denn, daß der überweisende Arzt dazu ausdrücklich einen diesbezüglichen Auftrag erteilt.“

2. Aufhebung der ersten und zweiten Anmerkung hinter Nr. 6

3. Neuaufnahme einer ersten und zweiten Anmerkung hinter Nr. 8:

„Neben den Leistungen nach den Nrn. 4 bis 6 und 8 sind die Leistungen nach den Nrn. 1 bis 3, 10, 11, 13, 17, 60, 61, 63, 360, 800, 801, 850, 950 bis 955, 1070, 1202, 1205, 1207, 1209, 1216 bis 1219, 1228, 1240, 1242, 1255, 1530,

1531, 1551 und 1775 nicht berechnungsfähig.

Ferner sind neben Leistungen nach den Nrn. 4 bis 6 und 8 Leistungen aus den Abschnitten B IX und B X, die klinische Untersuchungen (Nrn. 101 bis 105, 140, 142 bis 148, 157, 158, 166, 173, 180, 181, 190, 192) enthalten, nicht berechnungsfähig.“

4. Streichung der Anmerkung hinter Nr. 61

5. Änderung der ersten Anmerkung hinter Nr. 62:

„Neben der Leistung nach Nr. 62 sind die Leistungen nach den Nrn. 360, 800, 801, 850, 950 bis 955 nicht berechnungsfähig.“

6. Änderung der zweiten Anmerkung hinter Nr. 62:

„Ferner sind neben den Leistungen nach den Nrn. 60 bis 63 Leistungen aus den Abschnitten B IX und B X, die klinische Untersuchungen enthalten (Nrn. 101 bis 105, 140, 142 bis 148, 157, 158, 166, 173, 180, 181, 190, 192), nicht berechnungsfähig.“

7. Neuaufnahme einer Anmerkung hinter Nr. 63:

„Neben den Leistungen nach den Nrn. 60, 61 oder 63 sind die Leistungen nach den Nrn. 1, 4, 5, 6, 8, 62, 360, 600, 690, 800, 801, 850, 950 bis 955, 1200 bis 1205, 1207, 1209, 1216, 1218, 1219, 1228, 1240, 1242, 1255, 1448, 1530, 1531, 1540, 1550, 1551, 1590, 1593 und 1775 bei derselben Arzt/Patient-Begegnung nicht berechnungsfähig.“

8. Neuaufnahme des Verweises „(A II § 3)“ hinter der Leistungslegende zu Nr. 63

9. Streichung der Leistung nach Nr. 2163 aus dem Zuschlagskatalog nach Nr. 86

10. Neuaufnahme der Leistung nach Nr. 2104 in den Zuschlagskatalog nach Nr. 86

11. Streichung der Leistung nach Nr. 727 aus dem Zuschlagskatalog nach Nr. 87

12. Neuaufnahme der Leistungen nach den Nrn. 727, 2751, 2947 und 2948 in den Zuschlagskatalog nach Nr. 88

13. Streichung der Anmerkung hinter Nr. 642

14. Änderung der zweiten Anmerkung hinter Nr. 1020:

„Neben der Leistung nach Nr. 1020 sind die Leistungen nach den Nrn. 4, 5, 6, 8, 60, 61 und 62 nicht berechnungsfähig.“

15. Änderung der ersten Anmerkung hinter Nr. 3211:

„Ist ein ausreichender Behandlungseffekt mit der zweimaligen Erbringung der Leistungen nach den Nrn. 3210 und/oder

3211 im Quartal nicht erzielt worden, kann im Ausnahmefall jede weitere Behandlung nur mit ausführlicher Begründung zur Segmenthöhe, Blockierungsrichtung, zur muskulären reflektorischen Fixierung und zu den vegetativen und neurologischen Begleiterscheinungen erfolgen.“

16. Änderung der Pauschalersatzung der Nr. 7106:

„7106 Zuschlag zu den Nrn. 7101, 7105, 7110, 7120 oder 7121 bei Versendung infektiösen Materials, je Wertbrief ... 6,00 DM“

17. Änderung der Pauschalersatzung der Nr. 7107:

„7107 Zuschlag zu den Nrn. 7101, 7105 oder 7110 bei Versendung infektiösen Materials, je Wertpaket 9,00 DM“

18. Änderung der Pauschalersatzung der Nr. 7111:

„7111 Versandpauschale für Röntgenaufnahmen, je Versand 4,20 DM“

19. Änderung der Pauschalersatzung der Nr. 7112:

„7112 Versandpauschale für Szintigramme, je Versand 2,20 DM“

20. Änderung der Pauschalersatzung der Nr. 7113:

„7113 Zuschlag zu den Nrn. 7100, 7101, 7105 oder 7110 bei Postversand 1,20 DM“

21. Änderung der Pauschalersatzung der Nr. 7120:

„7120 Versandpauschale, Standardbrief 1,00 DM“

22. Änderung der Pauschalersatzung der Nr. 7121:

„7121 Versandpauschale, Brief mit höherem Gewicht oder größerem Format ... 2,00 DM“

23. Änderung des 3. Absatzes von Punkt 1. der Anlage 1 zur E-GO:

„Bei belegärztlicher Tätigkeit ist die Berechnung der Leistungen nach den Nrn. 1 bis 8 und 25 bis 32 ausgeschlossen.“

24. Änderung des Punktes 3 c) der Anlage 1 zur E-GO:

„c) die Leistungen nach den Nrn. 106, 107, 118, 178, 191, 380, 381, 382, 383, 384, 385, 386, 387, 388, 390, 391, 392, 393, 394, 395, 396, 398, 563, 564, 565, 566, 601, 602, 603, 604, 605, 607, 608, 610, 611, 615, 616, 617, 618, 620, 621, 625, 630, 631, 641, 642, 650, 651, 653, 655, 656, 660, 661, 665, 671, 676, 677, 680, 681, 682, 685, 686, 687, 690, 691, 692, 693, 694, 695, 696, 697, 700, 705, 706, 711, 712, 715, 716, 717, 721, 723, 802, 803, 804, 805, 806, 808, 809, 810, 811, 812, 814, 1000, 1001, 1002, 1265, 1266, 1268, 1270, 1271, 1272, 1440, 1441, 1586, 1745, 1746 mit 60 % der Vergütungssätze“

(Gültig ab 1. April 1989) □

Vertrag über die ärztliche Versorgung von Zivildienstleistenden

Zwischen der Bundesrepublik Deutschland, vertreten durch den Bundesminister für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit (BMJFFG), und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) – Körperschaft des öffentlichen Rechts –, vertreten durch den Vorstand,

wird auf der Grundlage des § 75 Abs. 3 des Sozialgesetzbuches, Fünftes Buch (SGB V), folgender Vertrag abgeschlossen:

§ 1

Allgemeines

(1) Dieser Vertrag regelt die ambulante ärztliche Versorgung von Zivildienstleistenden sowie deren stationäre ärztliche Versorgung im Falle der belegärztlichen Behandlung.

(2) Zur ambulanten ärztlichen Versorgung gehört auch die ambulante Psychotherapie.

(3) Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung stellen im Sinne der Absätze 1 und 2 nach § 75 Abs. 3 Satz 1 SGB V die ärztliche Versorgung von Zivildienstleistenden sicher. Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung stellen auch nach § 75 Abs. 3 Satz 3 SGB V die Untersuchungen von Zivildienstpflichtigen durch Ärzte mit Gebietsbezeichnungen sicher, die von Beauftragten Ärzten des Bundesamtes für den Zivildienst (im folgenden „Beauftragter Arzt“) im Rahmen der nach § 39 Abs. 1 Zivildienstgesetz vorgesehenen Untersuchungen (z.B. Einstellungs-, Nach-, Tauglichkeitsuntersuchungen) veranlaßt werden.

§ 2

Behandlungsberechtigung

(1) Zur ärztlichen Versorgung nach § 1 Abs. 1 sind diejenigen berechtigt und verpflichtet, die gemäß § 95 Abs. 1 SGB V an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmen. Das gleiche gilt für Untersuchungen gemäß § 1 Abs. 3 Satz 2, jedoch mit der Maßgabe, daß eine auf einen namentlich benannten Arzt lautende schriftliche Überweisung des Beauftragten Arztes hierzu vorliegen muß.

(2) Psychotherapeutische Behandlungen im Sinne von § 1 Abs. 2 dürfen erst nach vorheriger Genehmigung durch das Bundesamt für den Zivildienst

(Bundesamt) in entsprechender Anwendung der Vereinbarungen in der kassenärztlichen Versorgung über Psychotherapie, einschließlich Verhaltenstherapie, erbracht werden.

§ 3

Behandlungsausweis

(1) Das Bundesamt wird darauf hinwirken, daß die Zivildienstleistenden sich vor Beginn der Behandlung durch den Behandlungsausweis (Kranken- oder Überweisungsschein), der nur in Verbindung mit dem Dienstaussweis gilt, ausweisen. Der Krankenschein (Anlage 1) ist bis Ende des laufenden Kalendervierteljahres, längstens jedoch bis zur Entlassung aus dem Zivildienst gültig. Wenn die Behandlung nach Ende des laufenden Kalendervierteljahres fortgesetzt werden muß, ist ein neuer Krankenschein vorzulegen. Wird der Krankenschein nicht spätestens 4 Wochen nach Behandlungsbeginn vorgelegt, ist der Arzt berechtigt, von dem Zivildienstleistenden eine Privatvergütung für die Behandlung zu verlangen.

(2) Der Arzt (§ 2 Abs. 1) kann, wenn erforderlich, den Zivildienstleistenden zur Durchführung bestimmter ärztlicher Leistungen zur Mit- oder Weiterbehandlung an einen anderen Arzt (§ 2 Abs. 1) mit einem in der vertragsärztlichen Versorgung geltenden Überweisungsschein überweisen. Für den Überweisungsschein gilt Abs. 1 Sätze 2 bis 4 entsprechend. Der Überweisungsschein dient dem Arzt, dem der Zivildienstleistende überwiesen wurde, als Abrechnungsgrundlage.

(3) Verordnet der Arzt Arznei-, Verband-, Heil- oder Hilfsmittel, hat er den für die kassenärztliche Versorgung geltenden Rezeptvordruck zu verwenden. In den Vordruck hat er Namen, Vornamen und Personenkennziffer des Zivildienstleistenden und dessen Dienststelle aus dem Behandlungsausweis zu übertragen. Bei der Verordnung von Arzneimitteln soll der Arzt die Preisvergleichsliste nach den Arzneimittel-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen beachten.

§ 4

Umfang der ärztlichen Versorgung

(1) Den Zivildienstleistenden ist die ärztliche Versorgung zu gewähren, die zur Erkennung, Heilung oder Linderung von Krankheiten nach den Regeln der ärztlichen Kunst zweckmäßig und ausreichend ist. Leistungen, die zur Erreichung des Heilerfolges nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, darf der behan-

delnde Arzt nicht bewirken oder verordnen. Bei der Verordnung von Krankenhauspflege dürfen nur Krankenhäuser in Anspruch genommen werden, die auch Vertragskrankenhäuser der gesetzlichen Krankenkassen sind. Soweit hiervon abgewichen werden soll, bedarf es der vorherigen Zustimmung des Bundesamtes.

(2) In den Fällen des § 1 Abs. 3 Satz 2 ist der in Anspruch genommene Arzt an den Überweisungsauftrag des Beauftragten Arztes gebunden; für Überweisungen an weitere Ärzte mit Gebietsbezeichnung ist die vorherige Zustimmung des Beauftragten Arztes einzuholen.

§ 5

Dienstunfähigkeit

(1) Für die Bescheinigung der Dienstunfähigkeit verwendet der Arzt die vom Bundesamt ausgegebene Dienstunfähigkeitsbescheinigung nach vereinbartem Vordruck (Anlage 2), den der Zivildienstleistende von seiner Dienststelle erhält. Darauf hat der Arzt zu vermerken, ob eine allgemeine Dienstunfähigkeit gegeben ist oder ob der Zivildienstleistende für leichtere Tätigkeiten als für die derzeit ausgeübte Beschäftigung eingesetzt werden kann bzw. seine derzeitige Tätigkeit nur noch unter Begrenzung von Schwere und Zeitaufwand verrichten kann.

(2) Das Bundesamt kann die Dienstunfähigkeit durch einen von ihm bestellten Vertrauensarzt oder durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung nachprüfen lassen. Kommt dieser zu einem anderen Beurteilungsergebnis der Dienstunfähigkeit, so ist der behandelnde Arzt darüber zu unterrichten. Das Bundesamt ist berechtigt, die erfolgte Feststellung der Dienstunfähigkeit entsprechend dem Ergebnis der vertrauensärztlichen Überprüfung aufzuheben oder abzuändern.

§ 6

Vergütung, Abrechnung, Prüfungsverfahren

(1) Die ärztlichen Leistungen werden gemäß § 75 Abs. 3 Satz 2 SGB V so vergütet, wie die Mitgliedskassen des VdAK die vertragsärztlichen Leistungen nach der Ersatzkassen-Gebührenordnung (E-GO) und den ergänzenden Vereinbarungen*) vergüten.

(2) Benötigte Mittel des Sprechstundenbedarfs sind dem Bestand zu entnehmen, der für Versicherte der Ersatzkassen be-

*) Vereinbarung über die Durchführung von aktiven Schutzimpfungen, Vereinbarung über die vertragsärztliche Behandlung von Krebskranken und Vereinbarung über die ambulante Dialysebehandlung

zogen worden ist. Das Bundesamt erstattet hierfür den Ersatzkassen pro abgerechnetem Behandlungsausweis einen Betrag, dessen Höhe zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem Verband der Angestellten-Krankenkassen im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit festgesetzt wird.

(3) Im Falle einer Untersuchung nach § 1 Abs. 3 Satz 2 ist grundsätzlich eine Beratungsgebühr nicht abrechnungsfähig. Fallen bei einer solchen Überweisung abrechnungsfähige Leistungen nicht an, so erhält der Arzt eine Entschädigung für die Inanspruchnahme in Höhe der Beratungsgebühr. Der Arzt übersendet seinen Befund dem Beauftragten Arzt, der die Unterlagen dem Bundesamt vorlegt.

(4) Die auf Grund eines Behandlungsausweises in Anspruch genommenen Ärzte legen die ordnungsgemäß ausgefüllten Behandlungsausweise nach Ablauf eines Kalendervierteljahres der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung in einer von dieser festgesetzten Frist vor. Die von den Ärzten im Rahmen der Einstellungs-, Nach- und Tauglichkeitsuntersuchungen (§ 1 Abs. 3 Satz 2) durchzuführenden Untersuchungen sind auf dem Überweisungsschein des Beauftragten Arztes (Anlage 3) abzurechnen. Die Honorarsummen für diese besonders gekennzeichneten Überweisungsscheine (B) werden gesondert ausgewiesen. Die Kassenärztliche Vereinigung übersendet dem Bundesamt innerhalb von drei Monaten nach Ablauf der Einreichungsfrist eine Gesamtzusammenstellung der ärztlichen Abrechnungen nebst Unterlagen.

(5) Die Kassenärztlichen Vereinigungen prüfen die von den Ärzten auf der Rückseite des Behandlungsausweises abgerechneten Leistungen, insbesondere im Hinblick auf § 4, und stellen sie sachlich und rechnerisch richtig. Auf Antrag des Bundesamtes prüfen sie die ihnen vorgelegten Behandlungsausweise bzw. Verordnungen und nehmen für den Fall einer unwirtschaftlichen Behandlungsweise einen Honorarabstrich vor bzw. verhängen bei unwirtschaftlicher Verordnungsweise einen Regreß. Für das Prüfungsverfahren gelten die bei der Kassenärztlichen Vereinigung aufgestellten Bestimmungen über die Abrechnung der ärztlichen Leistungen für Krankenkassen sinngemäß. Festgestellte Über- und Unterzahlungen sind auszugleichen.

(6) Für die Durchführung eines vom Bundesamt beantragten Prüfungs- und Beschwerdever-

fahrens wird ein Kostenbeitrag in Höhe von 1 v.H. der im Einzelfall vom Arzt in Rechnung gestellten Honorarforderung, mindestens jedoch 30,- DM gezahlt.

(7) Der BMJFFG wird dafür Sorge tragen, daß das Bundesamt nach Eingang der Abrechnung alsbald den von diesem festgestellten Gesamtbetrag an die Kassenärztliche Vereinigung zahlt.

(8) Die Kassenärztliche Vereinigung ist berechtigt, von den Honorarrechnungen der Ärzte einen nach den bei ihr geltenden Vorschriften zulässigen Verwaltungskostenbeitrag einzubehalten.

§ 7

Vertragsverletzung durch den Arzt

(1) Erfüllt ein Arzt (§ 2 Abs. 1) die ihm aus diesem Vertrag obliegenden Pflichten nicht oder nicht ordnungsgemäß, so ahndet die Kassenärztliche Vereinigung solche Vertragsverletzungen mit den ihr zustehenden Disziplarmitteln.

(2) Wegen gröblicher Verletzung seiner Pflichten kann ein Arzt (§ 2 Abs. 1) auch von der Teilnahme an diesem Vertrag ausgeschlossen werden.

(3) Ist ein Verfahren wegen einer Vertragsverletzung auf Veranlassung des Bundesamtes anhängig geworden, so ist dem Bundesamt eine Mitteilung über den Ausgang des Verfahrens zuzuleiten. Über das Ergebnis eines Disziplinarverfahrens gegen einen Arzt (§ 2 Abs. 1) ist das Bundesamt auch dann zu unterrichten, wenn ohne seine Anregung ein Disziplarmittel wegen Verletzung dieses Vertrages verhängt worden ist.

§ 8

Inkrafttreten, Kündigung, Übergangsvorschriften

(1) Dieser Vertrag tritt mit Wirkung vom 1. Januar 1989 in Kraft. Er kann mit einer Frist von 3 Monaten zum Ende eines Kalendervierteljahres gekündigt werden.

(2) Bis zum Zustandekommen eines neuen Vertrages gilt dieser Vertrag weiter.

(3) Der Vertrag vom 24. September 1987 tritt mit Ablauf des 31. Dezember 1988 außer Kraft. Er gilt jedoch weiter für die Abrechnungen, die einen Zeitraum vor dem 1. Januar 1989 betreffen.

Köln/Bonn, den 28. Februar 1989

Der Bundesminister für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit

Kassenärztliche Bundesvereinigung K.d.ö.R.

Bekanntgaben der Bundesärztekammer

Die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft informiert:

Pneumoniegefahr durch säure-senkende Streßulcus-Prophylaxe?

Säuresenkende Maßnahmen zur Streßulcusprophylaxe sollten zurückhaltend eingesetzt werden. Bei Intensivpatienten (nach großen operativen Eingriffen, nach Verbrennungen, nach schweren Verletzungen u. a.) sollten routinemäßig keine H₂-Rezeptorenblocker oder Antazida gegeben werden. In den letzten Jahren hat sich nämlich gezeigt, daß die damit verbundene Abnahme der Azidität des Mageninhaltes vor allem bei beatmeten Patienten mit einem neuen Risiko verbunden ist: Ein Anstieg des Magensaft-pH über 3,5 kann nach drei bis sieben Tagen zu einer Besiedlung des Mageninhaltes mit meist gramnegativen Keimen führen. Diese Keimbildung scheint eine der Ursachen nosokomialer Pneumonien unter Streßulcusprophylaxe zu sein. Das Bundesgesundheitsamt hat deshalb nach einer Expertenanhörung angeordnet, daß Hinweise auf die genannten Gefahren in die Gebrauchsinformationen von Cimetidin- und Ranitidin-haltigen* Injektionslösungen (Tagamet®, Sostril®, Zantic®) sowie von Antazida aufzunehmen sind. Auch Pirenzepin (Gastrozepin® u. a.) wurde in diese Liste aufgenommen. Seine

Wirksamkeit in der Streßulcusprophylaxe ist der von H₂-Rezeptorenblockern nicht unterlegen, obgleich seine säuresenkende Wirkung geringer ist. Ergänzend wird darauf aufmerksam gemacht, daß Magenverweilsonden mit einem zusätzlichen Risiko verbunden sind, da sie den Reflux von Magensaft begünstigen.

Eine aussichtsreiche Alternative mit nur geringer pH-Wert-Beeinflussung in der Streßulcusprophylaxe scheint nach neueren Studien Sucralfat (zum Beispiel Ulcogant-Suspension®) zu sein. Bei gleicher Wirksamkeit war das Pneumonierisiko im Vergleich zu H₂-Rezeptorenblockern und Antazida geringer. Mit der Zulassung für die Indikation „Streßblutungsprophylaxe“ ist zu rechnen.

Widerrufen wurde dagegen die Zulassung von Proglumid Injektionslösung (Milid®) zur Streßulcus-Prophylaxe, da die verfügbaren Daten keine Bewertung des Nutzens in diesem Anwendungsgebiet zulassen.

Literatur: Tryba M. (Hrsg.): Rationale Streßblutungsprophylaxe. Thieme, Stuttgart, 1987

* Für Famotidin (Pepdul®) wurde eine Zulassung für die Streßulcusprophylaxe nicht erteilt.

Durchsicht des Ärztemusterbestandes

Die Arzneimittelkommission der Deutschen Apotheker informierte die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft über Mitteilungen pharmazeutischer Hersteller, die Rückrufe und andere wichtige Änderungen von Fertigarzneimitteln betreffen. Der Bestand an Ärztemustern ist entsprechend durchzusehen und erforderlichenfalls sind die nicht mehr verkehrsfähigen Fertigarzneimittel bzw. deren genannte Chargen auszusondern und zu vernichten.

Rückruf von Cyclopentolat 0,5% Augentropfen

Ch.-B.: 500988
Die Firma Dr. Thilo & Co. GmbH teilt mit: „Dexa Polyspectran Augentropfen sind vereinzelt als Cyclopentolat 0,5% Augentropfen, Ch.-B.: 500988 etikettiert worden.“

Der Inhalt dieser Fläschchen bewirkt keine Pupillenerweite-

rung. Patienten werden durch Anwendung der falsch etikettierten Augentropfen nicht gefährdet. Thilo ruft vorsorglich die gesamte Charge Cyclopentolat 0,5% Augentropfen (Ch.-B.: 500988) zurück.“

Rückruf von Vitamin A-haltigem Arzneimittel A + E Thilo Vitamintabletten

Die Firma Dr. Thilo & Co. GmbH teilt mit: „Das BGA hat zur Abwehr von Arzneimittelrisiken bei der systemischen Anwendung Vitamin A-haltiger Humanarzneimittel ein Stufenplanverfahren durchgeführt. Als erste hieraus resultierende Maßnahme müssen die Texte der Packungsbeilage geändert werden.“

Thilo hat diese Umstellung durchgeführt und ruft deshalb sämtliche Chargen A + E Thilo Vitamintabletten zurück.

A + E Vitamintabletten sind vom 1. März 1989 an wieder lieferbar. Diese Ware enthält bereits die neue vorgeschriebene Packungsbeilage. Die Packungen sind auf der Faltschachtel zusätz-