

## Mitteilungen

# Beschluss des Bewertungsausschusses

Der Bewertungsausschuss nach § 87 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 3 SGB V  
hat in seiner 62. Sitzung zu den ihm durch das SGB V neu übertragenen Aufgaben gemäß § 85 Abs. 4 a SGB V  
und zu Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) beschlossen

## Trennung der Vergütungen in einen hausärztlichen und fachärztlichen Anteil

Mit der GKV-Gesundheitsreform 2000 wurde in das SGB V der § 85 Abs. 4 a neu aufgenommen, der dem Bewertungsausschuss nach § 87 Abs. 1 Satz 1 neue zusätzliche Aufgaben überträgt. So hat der Bewertungsausschuss erstmalig bis zum 28. 2. 2000 Kriterien

- zur Festlegung der Vergütungsanteile für die hausärztliche und die fachärztliche Versorgung,
- zur Anpassung dieser Kriterien an Veränderungen der vertragsärztlichen Versorgung, sowohl im hausärztlichen als auch im fachärztlichen Bereich, und
- zur Berücksichtigung der Anzahl der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte

festzusetzen.

Diese Kriterien werden der regionalen Versorgungssituation angepasst, indem sie zur Grundlage der Trennung der Gesamtvergütungen in einen hausärztlichen und einen fachärztlichen Anteil gemäß § 85 Abs. 4 SGB V in den Honorarverteilungsmaßstäben gemacht werden.

Die Trennung der Vergütungen erfolgt über die Festlegung einer Berechnungsvorschrift für einen regionalen Trennungsfaktor. Der regionale Trennungsfaktor wird ermittelt aus dem Verhältnis des Gesamtleistungsbedarfs aller Vertragsärzte zum Gesamtleistungsbedarf der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Vertragsärzte jeweils für die Jahre 1996 bis 1999; der für die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Vertragsärzte günstigste Trennungsfaktor kommt dann zur Anwendung, indem die im Gesamtvertrag festgelegte Gesamtvergütung des Jahres 2000 mit dem Trennungsfaktor multipliziert wird.

Bei der Ermittlung des Trennungsfaktors werden Leistungsbedarfsvolumina, die aufgrund besonderer vertraglicher und gesetzlicher Bestimmungen gesondert betrachtet werden müssen, nicht berücksichtigt. Dies sind die abgerechneten Leistungsbedarfsvolumina aus der hausärztlichen Grundvergütung, dem Labor sowie den sog. „KO-Leistungen“.

Unter Berücksichtigung der gesetzlich festgesetzten Grundlohnsummensteigerung in Höhe von 1,43 Prozent gegenüber 1999 lässt sich aufgrund der Trennung der Vergütungen folgende Veränderung in 2000 abschätzen:

Versorgungsbereich	Grundlohnsummensteigerung im Jahre 2000 in Prozent	Veränderung der Gesamtvergütungsanteile gegenüber 1999 (Schätzung) in Prozent
Hausärztlicher Versorgungsbereich	+1,43	1 bis 6*
Fachärztlicher Versorgungsbereich	+1,43	-1 bis -6*

\* Die Streubreite ergibt sich aus der regionalen Berechnung und den 1999 zugrunde liegenden unterschiedlichen Gesamtvergütungsanteilen für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung.

Der Beschluss des Bewertungsausschusses gilt mit Wirkung zum 1. 1. 2000 und umfasst zunächst nur die Festlegung der Kriterien zur erstmaligen Bestimmung der haus- und fachärztlichen Anteile. Der Bewertungsausschuss hat in seinem Beschluss darüber hinaus eine weitere Beschlussfassung angekündigt, in welcher er sich insbesondere mit der Festlegung von Kriterien zur Anpassung der Vergütungen an Veränderungen der vertragsärztlichen Versorgung befassen wird. Dabei wird er auch Kriterien zur Berücksichtigung von fachgruppenübergreifenden Gemeinschaftspraxen, die gleichzeitig beiden Versorgungsbereichen angehören, festlegen.

## Beschluss zur Regelung der angemessenen Höhe der Vergütungen psychotherapeutischer Leistungen

Dem Bewertungsausschuss wurde weiterhin die Aufgabe übertragen, für die Festsetzung der angemessenen Höhe der Vergütung psychotherapeutischer Leistungen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen Regelungen zu treffen.

In dem ebenfalls ab dem 1. 1. 2000 in Kraft gesetzten Beschluss (siehe A., Teil II.) bestimmt der Bewertungsausschuss eine regionale Berechnungsvorschrift für einen Punktwert, der jedoch nur gilt für Leistungen und Leistungserbringer, die nachfolgende Kriterien erfüllen:

Leistungskriterien sind

- nur antrags- und genehmigungspflichtige sowie zeitgebundene Leistungen des Abschnitts G IV. des EBM.

Leistungserbringerkriterien sind

- nur für ausschließlich psychotherapeutisch tätige Vertragsärzte und -therapeuten; dies sind gemäß den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen zur Bedarfsplanung Vertragsärzte und -therapeuten, die mindestens 90 Prozent ihres Gesamtleistungsbedarfs aus den Leistungen des Abschnittes G IV. und G V. sowie den Leistungen nach den Nrn. 855 bis 858 des Abschnittes G III. generieren.

Unter diesen Kriterien sollen die Kassenärztlichen Vereinigungen einen Punktwert festsetzen, der sich unter Berücksichtigung der Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes (Az.: B 6 KA 14/98) zur angemessenen Höhe der Vergütung psychotherapeutischer Leistungen sowie unter Berücksichtigung der Gesamtertragslage und Vergütungssituation aller Vertragsärzte und unter Verwendung der Vergleichsgruppe der Fachärzte für Allgemeinmedizin im hausärztlichen Versorgungsbereich aus betriebswirtschaftlichen Grunddaten, die der Bewertungsausschuss vorgibt, berechnet.

Die Berechnungsvorschrift ist zunächst zeitlich befristet für das Jahr 2000 und soll in ihren Auswirkungen durch den Bewertungsausschuss analysiert werden. Gegebenenfalls nimmt der Bewertungsausschuss für das Jahr 2001 Korrekturen vor. ▷

**Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) zum 1. Januar 2000**

Die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung haben sich in einer Bundesempfehlung (siehe amtliche Bekanntmachungen Deutsches Ärzteblatt 96, Heft 1–2, 8. 1. 1999) verpflichtet, die Auswirkungen der zum 1. 7. 1999 in Kraft gesetzten Laborreform sorgfältig zu analysieren und ggf. Korrekturen vorzunehmen. Mit den zum 1. 1. 2000 in Kraft tretenden Änderungen des EBM kommt der Bewertungsausschuss dieser Verpflichtung der Vertragspartner auf Bundesebene nach, nachdem der Leistungsmengenrückgang der Leistungen des Speziallabors sowie die daraus resultierenden Honorarverluste für Labor höher sind als erwartet.

**Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) mit Wirkung zum 1. April 2000**

Neben den Änderungen für ausschließlich psychotherapeutisch tätige Vertragsärzte und -therapeuten, die sich aus der Anpassung der Einordnungskriterien an die Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen zur Bedarfsplanung ergeben, umfasst der weitere Änderungsbedarf vorrangig das Labor, nachdem die Analyse zu den Auswirkungen der Laborreform Hinweise auf möglicherweise auftretende Versorgungsdefizite gegeben hat.

Die ehemals getrennten Kataloge der indikationsbezogenen Ausnahmekennziffern für das Allgemein- und das Speziallabor werden zusammengeführt und vereinheitlicht. Damit wird der Interpretationsbeschluss Nr. 39 nunmehr auch im EBM umgesetzt. Neben dieser Abrechnungsvereinfachung werden darüber hinaus

zusätzliche indikationsbezogene Kennziffern eingeführt, die den medizinischen Versorgungsbedarf im Labor berücksichtigen.

Mit der Streichung der Leistung nach Nr. 5151 kommt der Bewertungsausschuss seiner Verpflichtung gemäß § 87 Abs. 2 Satz 2 nach, den Leistungskatalog auch daraufhin zu überprüfen, ob die Leistungsbeschreibungen und ihre Bewertungen dem Erfordernis der Rationalisierung im Rahmen wirtschaftlicher Leistungserbringung entsprechen. Damit wird diese Leistung keinesfalls aus dem GKV-Leistungskatalog gestrichen, nachdem die durchleuchtungsgestützte Chemonukleolyse einer Bandscheibe verfahrensunabhängig nach der Nr. 2390 zu berechnen ist. Durch die weitere Änderung der Leistung nach der Nr. 2960 wird sichergestellt, dass die Facettendeneration ebenfalls verfahrensunabhängig entsprechend der Leistung nach Nr. 2960 berechnet werden kann.

Zusätzlich berücksichtigt der Bewertungsausschuss den Beschluss des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen zur Osteodensitometrie, indem die Indikation, bei der die Osteodensitometrie noch als Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung durchführbar ist, aufgenommen wurde.

**Beschlussfassung des Bewertungsausschusses (60. Sitzung)**

Im Deutschen Ärzteblatt 96, Heft 49 vom 10. Dezember 1999 wurde die Beschlussfassung des Bewertungsausschusses aus der 60. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) veröffentlicht. Das Unterschriftenverfahren ist inzwischen abgeschlossen. Damit ist der Vorbehalt in der Veröffentlichung im Deutschen Ärzteblatt vom 10. Dezember 1999 gegenstandslos.

**Bekanntmachungen****A****Beschlussvorlage****zur Beschlussfassung gemäß § 85 Abs. 4 a SGB V (GKV-GR 2000) durch den Bewertungsausschuss nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in der 62. Sitzung am 16. Februar 2000****TEIL I****Beschluss des Bewertungsausschusses zur Festlegung von Kriterien zur Teilung der Gesamtvergütungen gemäß § 85 Abs. 4 a SGB V (GKV-GR 2000) mit Wirkung zum 1. Januar 2000**

Beschluss des Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V zur Festlegung von Kriterien zur Verteilung der Gesamtvergütungen nach § 85 Abs. 4 a SGB V (GKV-GR 2000), insbesondere zur Festlegung der Vergütungsanteile für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung

**Vorbemerkung**

Nach § 85 Abs. 4 a SGB V (GKV-GR 2000) hat der Bewertungsausschuss nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V Kriterien zur Verteilung der Gesamtvergütungen, insbesondere

- zur Festlegung der Vergütungsanteile für die hausärztliche und die fachärztliche Versorgung,
- zur Anpassung dieser Vergütungsanteile an solche Veränderungen der vertragsärztlichen Versorgung, die bei der Festlegung zu berücksichtigen sind,

und

- zur Erfassung der Veränderungen in der Zahl der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte in den Jahren nach 1996 vorzugeben.

**1. Erstmalige Festlegung der Vergütungsanteile für den hausärztlichen und fachärztlichen Bereich für das Jahr 2000.**

1.1. Für das Jahr 2000 berechnen die Kassenärztlichen Vereinigungen die getrennten Vergütungsanteile nach folgenden Schritten gesondert für den Primär- und Ersatzkassenbereich:

1.1.1. Ermittlung des relativen Leistungsbedarfanteils zur Trennung der Gesamtvergütungen für den hausärztlichen Versorgungsbereich für das Jahr 1996.

1.1.2. Bereinigung dieses relativen Leistungsbedarfanteils um die mit dem Versorgungsbereichswechsel von Ärzten veränderten Leistungsbedarfsanteile in den der Berechnung nachfolgenden Jahren bis einschließlich 1999.

1.1.3. Wiederholung der Schritte 1.1.1. und 1.1.2. für die Jahre 1997, 1998 und 1999.

1.1.4. Anwendung der Bestregelung durch Auswahl des

für den hausärztlichen Versorgungsbereich größten relativen Leistungsbedarfsanteils aus den Jahren 1996 bis 1999.

1.1.5. Ermittlung des relevanten Vergütungsanteils für den hausärztlichen Versorgungsbereich durch Anwendung des größten relativen Leistungsbedarfsanteils aus den Jahren 1996 bis 1999 auf die Gesamtvergütungen des Jahres 2000.

1.1.6. Ermittlung des Vergütungsanteils für den fachärztlichen Versorgungsbereich durch Abzug des relevanten Vergütungsanteils für den hausärztlichen Versorgungsbereich von den gesamtvertraglich vereinbarten Gesamtvergütungen für das Jahr 2000.

1.2. Die genauen Berechnungsvorgaben sind der Anlage 1 zu diesem Beschluss zu entnehmen.

**2. Berücksichtigung des Versorgungsbereichswechsels ab dem 1. Januar 2000.**

2.1. Die Berücksichtigung des Versorgungsbereichswechsels findet ab dem 1. Januar 2000 quartalsweise statt.

2.2. Erfolgt der Versorgungsbereichswechsel, ist die Bereinigung quartalsweise auf der Basis des Honorarbescheides des Vorjahresquartals des wechselnden Vertragsarztes durchzuführen. Die Vergütung für die hausärztliche Grundvergütung verbleibt immer im hausärztlichen Versorgungsbereich.

**3. Anpassung der Vergütungsanteile an Veränderungen der vertragsärztlichen Versorgung, die bei der Festlegung zu berücksichtigen sind.**

3.1. Der Bewertungsausschuss gemäß § 87 Abs. 1 Satz 1 wird noch im Jahr 2000 einen weiteren Beschluss zur Anpassung dieser Vergütungsanteile an solche Veränderungen der vertragsärztlichen Versorgung, die bei der Festlegung zu berücksichtigen sind, fassen.

3.2. Hierzu wird der Bewertungsausschuss unter anderem Kriterien festlegen, die Veränderungen im hausärztlichen und fachärztlichen Versorgungsbereich und versorgungsbereichsübergreifende Leistungsverlagerungen – soweit sie für die Anpassung der Vergütungsanteile relevant sind – berücksichtigen.

3.3. Der Bewertungsausschuss wird in diesem Beschluss auch Kriterien aufnehmen, die die noch vertraglich zu beschließenden Regelungen für fachübergreifende Gemeinschaftspraxen berücksichtigen.

3.4. Beschlüsse des Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V zum EBM, insbesondere zur Einführung veranlasserbezogener Vergütungsregelungen, sind bei der Anpassung der Vergütungsanteile zu berücksichtigen, soweit sie sich auf die Vergütungsanteile auswirken.

**Anlage 1**

**zum Beschluss des Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V mit Wirkung zum 1. Januar 2000**

**Trennung der Gesamtvergütungen für die Bereiche der hausärztlichen und der fachärztlichen Versorgung gemäß § 85 Abs. 4 a SGB V (GKV-GR 2000) Berechnungsvorgaben gemäß 1.2.**

**Erstmalige Berechnung der getrennten Vergütungsanteile für den hausärztlichen und den fachärztlichen Versorgungsbereich für das Jahr 2000.**

Die Kassenärztlichen Vereinigungen ermitteln jeweils für den Primär- und Ersatzkassenbereich (bereichseigener und bereichsfremder Leistungsbedarf) getrennt nach folgenden Schritten:

**Schritt 1**

Ermittlung des zum Zeitpunkt der Auszahlung anerkannten Leistungsbedarfs (nach sachlich-rechnerischer Berichtigung unter Berücksichtigung der zum jeweiligen Zeitpunkt gültigen Teilbud-

gets beziehungsweise Praxisbudgets) aller an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Vertragsärzte (AST-Nrn.: 001, 191, 231, 238, 651, 652, 658), in 1996, aller abrechnenden Ärzte, aller Leistungsarten (AST-Nr.: 99), ohne Leistungsbedarf Kapitel U, ohne Dialysesachkosten und ohne Leistungsbedarf aus gesondert regional vereinbarten Leistungen (z. B. AST-Nrn.: 669, 689, 799).

$$(\text{= LB}_1^{\text{HÄ}^{1996}})$$

**Anmerkung:**

1. Die Zuordnung des Leistungsbedarfs versorgungs- und fachgruppenübergreifender Gemeinschaftspraxen erfolgt nach Maßgabe der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung unter Berücksichtigung des Zulassungsstatus dieser Praxen.

2. Vertragsärzte, die mit mehreren Gebietsbezeichnungen zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen sind, von denen ein Gebiet der hausärztlichen Versorgungsebene zuzuordnen ist, sind mit ihrem Leistungsbedarf dem hausärztlichen Versorgungsbereich zuzuordnen.

3. Zu den gesondert regional vereinbarten Leistungen gehören auch Pauschalersatzungen und Kostenersatz sowie Leistungen, die mit KV-spezifischen Gebührenordnungsnummern 9000 ff. codiert sind.

4. Bei der Ermittlung des Leistungsbedarfs in den Schritten 1, 2, 3, 7 und 8 sollen die Kassenärztlichen Vereinigungen die AST-Frequenzstatistik (bundeseinheitliche und KV-spezifische Punktzahl und DM-Leistungen) oder gleichwertige statistische Abrechnungsgrundlagen verwenden.

**Schritt 2**

Bereinigung dieses Leistungsbedarfs um den in 1996 abgerechneten Leistungsbedarf (alle abrechnenden Hausärzte, alle Leistungsarten [AST-Nr.: 99]) der hausärztlichen Grundvergütung (Nr. 8066), des Kapitels O (Nrn. 3450 bis 4823) und der so genannten KO-Leistungen des bis zum 31. 12. 2002 gültigen Vertrages über die hausärztliche Versorgung.

$$\text{LB}_2^{\text{HÄ}^{1996}} = \text{LB}_1^{\text{HÄ}^{1996}} - \text{LB}_{\text{HÄGV}}^{1996} - \text{LB}_{\text{Kapitel O}}^{1996} - \text{LB}_{\text{KO-Leistungen}}^{1996}$$

**[Formel 1]**

**Anmerkung:**

Bei der Bereinigung des Leistungsbedarfs der so genannten KO-Leistungen sind die Leistungen des Allgemein- und Speziallabors des Kapitels O, die im KO-Katalog aufgeführt sind, nicht zu bereinigen, da diese bereits durch die Bereinigung im Labor berücksichtigt sind.

**Schritt 3**

Ermittlung des zum Zeitpunkt der Auszahlung anerkannten Leistungsbedarfs (nach sachlich-rechnerischer Berichtigung unter Berücksichtigung der zum jeweiligen Zeitpunkt gültigen Teilbudgets bzw. Praxisbudgets) der fachärztlich tätigen Kinderärzte (AST-Nrn.: 230, 232, 233, 234, 239) in 1996, aller abrechnenden Ärzte, aller Leistungsarten (AST-Nr.: 99), ohne Leistungsbedarf Kapitel U, ohne Dialysesachkosten, ohne Leistungsbedarf aus gesondert regional vereinbarten Leistungen und ohne die in Schritt 2 genannten Leistungsbedarfsanteile.

$$(\text{= LB}_3^{\text{fKiÄ}^{1996}})$$

**Schritt 4**

Ermittlung des Leistungsbedarfs aller ab dem 1. 1. 2000 dem hausärztlichen Versorgungsbereich auf der Grundlage 1996 zuzuordnenden Vertragsärzte.

$$\text{LB}_4^{\text{HÄ}^{1996}} = \text{LB}_2^{\text{HÄ}^{1996}} + \text{LB}_3^{\text{fKiÄ}^{1996}}$$

**[Formel 2]**



**Schritt 5**

Ermittlung des Leistungsbedarfs je Arzt unter Berücksichtigung der Schritte 1 und 2, um den bei einem Versorgungsbereichswechsel von Vertragsärzten bereinigt werden muss.

$$LB_5^{VB\text{-Wechsel}} = LB_4^{H\ddot{A}1996} * \frac{1}{(\text{Anzahl Hausärzte 1996} + \text{fachärztliche Kinderärzte 1996})}$$

[Formel 3]

**Schritt 6**

Bereinigung des Leistungsbedarfs bei Versorgungsbereichswechsel.

$$LB_6^{H\ddot{A}1996\text{bereinigt}} = LB_4^{H\ddot{A}1996} + LB_5^{VB\text{-Wechsel}} * (m-n)$$

[Formel 4]

m = Anzahl der von 1997 bis 1999 in den hausärztlichen Versorgungsbereich gewechselten Ärzte  
 n = Anzahl der von 1997 bis 1999 in den fachärztlichen Bereich gewechselten Ärzte

**Schritt 7**

Ermittlung des zum Zeitpunkt der Auszahlung anerkannten Gesamtleistungsbedarfs (nach sachlich-rechnerischer Berichtigung unter Berücksichtigung der zum jeweiligen Zeitpunkt gültigen Teilbudgets bzw. Praxisbudgets) aller Vertragsärzte, aller abrechnenden Ärzte, aller Leistungsarten (AST: 99), ohne Leistungsbedarf Kapitel U, ohne Dialysesachkosten und ohne Leistungsbedarf aus gesondert regional vereinbarten Leistungen.

$$(\text{= } LB_7^{Ges1996})$$

**Schritt 8**

Bereinigung des Gesamtleistungsbedarfs entsprechend Schritt 2.

$$LB_8^{Ges1996} = LB_7^{Ges1996} - LB_{h\ddot{a}GV}^{1996} - LB_{Kapitel\ O}^{1996} - LB_{KO\text{-Leistungen}}^{1996}$$

[Formel 5]

**Schritt 9**

Ermittlung des relativen Trennungsfaktors r.

$$r_{1996}^{H\ddot{A}} = LB_6^{H\ddot{A}1996\text{bereinigt}} * \frac{1}{LB_8^{Ges1996}}$$

[Formel 6]

**Schritt 10**

Durchführung der Schritte 1 bis 9 für 1997, 1998 und 1999.

**Anmerkung:**

Bei der Durchführung der Schritte 1 bis 9 jeweils für das Jahr 1997, 1998 und 1999 sind die in Schritt 6 aufgeführten Faktoren m und n entsprechend anzupassen.

**Schritt 11**

Anwendung der Bestregelung gemäß § 85 Abs. 4 a SGB V mit Bestimmung  $r_{Best}^{H\ddot{A}}$ .

**Schritt 12**

Ermittlung des hausärztlichen Vergütungsanteils durch Anwendung des Trennungsfaktors  $r_{Best}^{H\ddot{A}}$  auf die trennungsrelevanten Gesamtvergütungen des Jahres 2000 unter entsprechender Berücksichtigung der Schritte 1 und 2 mit der Maßgabe, dass

- der im Jahr 1999 auf die Erstattungspsychotherapie gemäß Artikel 11 Abs. 1 Nr. 2 PsychThG entfallende Anteil des psychotherapeutischen Ausgabenbudgets nicht den trennungsrelevanten Gesamtvergütungen zuzuordnen, sondern den Gesamtvergütungsanteilen für die fachärztliche Versorgung zuzuordnen ist,

- Leistungen der Prävention und Substitution Opiatabhängiger, soweit sie mit vereinbarten Punktwerten vergütet werden, nicht den trennungsrelevanten Gesamtvergütungsanteilen zuzuordnen sind.

**Anmerkung:**

Vertragsärzte, die gemäß § 73 SGB V dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören und so genannte KO-Leistungen des Hausarzt-/Facharztvertrages bis zum 31. 12. 2002 abrechnen, erhalten die Vergütungen für den abgerechneten Leistungsbedarf aus dem fachärztlichen Vergütungsanteil.

**TEIL II**

**Beschluss des Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V zur Festlegung der angemessenen Höhe der Vergütung ausschließlich psychotherapeutisch tätiger Vertragsärzte und -therapeuten gemäß § 85 Abs. 4 a SGB V (GKV-GR 2000) mit Wirkung zum 1. Januar 2000**

**Vorbemerkung**

Gemäß § 85 Abs. 4 SGB V (GKV-GR 2000) sind im Honorarverteilungsmaßstab durch die Kassenärztlichen Vereinigungen Regelungen zur Vergütung der Leistungen der ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Vertragsärzte und -therapeuten zu treffen, die eine angemessene Höhe der Vergütung je Zeiteinheit gewährleisten. Hierzu hat der Bewertungsausschuss gemäß § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V den Inhalt der zu treffenden Regelungen zu bestimmen. Unter Berücksichtigung der Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes (Az.: B 6 KA 14/98) zur angemessenen Höhe der Vergütung psychotherapeutischer Leistungen beschließt der Bewertungsausschuss nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V mit Wirkung zum 1. Januar 2000 wie folgt:

**1. Angemessene Höhe der Vergütung psychotherapeutischer Leistungen.**

1.1 Die angemessene Höhe der Vergütung antrags- und genehmigungspflichtiger psychotherapeutischer Leistungen des Abschnittes G IV. des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) ist abhängig von der Umsatz- und Ertragsentwicklung im gesamten vertragsärztlichen Bereich. Damit kann die Höhe des festzusetzenden Punktwertes für die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des Abschnittes G IV. des EBM eines ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Vertragsarztes bzw. -therapeuten ebenfalls nur in Abhängigkeit von der Ertrags- und Umsatzsituation im gesamten vertragsärztlichen Bereich festgelegt werden. Hierzu bezieht sich der Bewertungsausschuss nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V auf die vergleichbare Ertrags- und Umsatzsituation eines Facharztes für Allgemeinmedizin in der hausärztlichen Versorgung.

**2. Festlegung der angemessenen Höhe der Vergütung mit Hilfe eines regionalen Mindestpunktwertes für antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen des Abschnittes G IV. des EBM ausschließlich psychotherapeutisch tätiger Vertragsärzte und -therapeuten.**

2.1 Die Kassenärztlichen Vereinigungen setzen gemäß § 85 Abs. 4 Satz 4 SGB V (GKV-GR 2000) einen Mindestpunktwert fest, der sich wie folgt für das Jahr 2000 errechnet.

2.2 Die Definition des ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Vertragsarztes bzw. -therapeuten ergibt sich aus den Kriterien der Bedarfsplanungs-Richtlinien für die psychotherapeutische Versorgung.

2.3 Die Kassenärztliche Vereinigung ermittelt den IST-Umsatz eines ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Vertrags-

arztes bzw. -therapeuten aus dem durchschnittlichen IST-Umsatz je Arzt bzw. Therapeut in DM des Jahres 1998.

2.4 Der aus 2.3 ermittelte IST-Umsatz in DM wird zur Festsetzung der für einen ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Vertragsarzt bzw. -therapeuten zutreffenden Betriebsausgaben mit dem bundeseinheitlichen Faktor von 1,47 multipliziert.

2.5 Zur Ermittlung der Betriebsausgaben in DM eines ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Vertragsarztes bzw. -therapeuten wird der aus 2.4 ermittelte angestrebte IST-Umsatz multipliziert mit dem bundesdurchschnittlichen Kostensatz gemäß Anlage 3 zu den Allgemeinen Bestimmungen A I., Teil B des EBM in Höhe von 40,2 Prozent, mit der Maßgabe, dass ein oberer Grenzbetrag der Betriebsausgaben in Höhe von 66 000 DM gemäß Anlage 3 zu den Allgemeinen Bestimmungen A I., Teil B des EBM nicht überschritten wird. Erfolgt eine Überschreitung, wird zur Ermittlung der Betriebsausgaben der obere Grenzbetrag von 66 000 DM verwandt.

2.6 Die Kassenärztliche Vereinigung ermittelt den durchschnittlichen Ertrag eines Facharztes für Allgemeinmedizin in der hausärztlichen Versorgung in 1998, indem sie den IST-Umsatz dieses Jahres eines Facharztes für Allgemeinmedizin in der hausärztlichen Versorgung um den absoluten Betrag in DM der Betriebsausgaben mindert. Dabei wird zur Ermittlung der Betriebsausgaben in DM der in Anlage 3 zu den Allgemeinen Be-

stimmungen A I., Teil B des EBM aufgeführte prozentuale Kostensatz in Höhe von 59,3 Prozent genutzt.

2.7 Die Kassenärztliche Vereinigung ermittelt den Soll-Umsatz eines ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Vertragsarztes bzw. -therapeuten aus der Addition des Ertrages eines Facharztes für Allgemeinmedizin in der hausärztlichen Versorgung in 1998 gemäß 2.6 und den Betriebsausgaben in DM gemäß 2.5.

2.8 Der Mindestpunktwert ergibt sich aus der Division des Soll-Umsatzes gemäß 2.7 durch einen fiktiven Leistungsbedarf in Höhe von 2 244 600 Punkten.

2.9 Dieser so festgelegte Mindestpunktwert gilt nur für die zeitgebundenen antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des Abschnitts G IV. des EBM bis zu einer Höhe von insgesamt 561 150 Punkten je Quartal und Arzt für ausschließlich psychotherapeutisch tätige Vertragsärzte und -therapeuten.

### 3. In-Kraft-Treten und Gültigkeit

3.1 Der Beschluss tritt mit Wirkung zum 1. Januar 2000 und Gültigkeit bis zum 31. Dezember 2000 in Kraft. Die Vertragspartner im Bewertungsausschuss werden die Auswirkungen dieses Beschlusses sorgfältig analysieren und auf der Basis dieses Beschlusses für den Zeitraum ab dem 1. Januar 2001 gegebenenfalls Korrekturen vornehmen.

## B

# Beschlussvorlage

## zur Beschlussfassung von Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) durch den Bewertungsausschuss nach § 87 Abs. 3 SGB V in der 62. Sitzung am 16. Februar 2000

### TEIL I

#### Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) durch den Bewertungsausschuss nach § 87 Abs. 3 SGB V mit Wirkung zum 1. Januar 2000

##### 1. Änderung der Allgemeinen Bestimmungen A I., Teil A, 1.

1. Eine Leistung ist nur berechnungsfähig, wenn der Leistungsinhalt vollständig erbracht worden ist. Eine Leistung ist dann nicht neben oder anstelle einer anderen Leistung berechnungsfähig, wenn sie Teil des Leistungsinhalts einer anderen berechnungsfähigen Leistung oder eines Leistungskomplexes ist. Dies gilt für Gesprächsleistungen auch dann, wenn das Gespräch mit unterschiedlicher Zielsetzung (Diagnose/Therapie) geführt wird (Nrn. 10, 11, 17, 21, 165, 171, 173, 180, 190, 822, 827, 845, 846, 848, 849, 850, 851, 871, 872, 873, 874, 877, 878, 881, 882, 883, 884 und 1180). Psychologische Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten können außer den Leistungen nach den Nrn. 1, 42 und 44 darüber hinaus – ohne Benennung in den Leistungslegenden – nur die Leistungen nach den Nrn. 3, 5, 72 bis 75, 77, 855 bis 858, 860, 861, 866, 868 und 870 bis 897 berechnen.

##### 2. Änderung der Allgemeinen Bestimmungen A I., Teil B, 5.

5. Von der Anrechnung auf Praxisbudgets ausgenommen sind die im EBM gekennzeichneten Leistungen nach den folgenden Kapiteln, Abschnitten, Unterabschnitten beziehungsweise Gebührenordnungspositionen:

- ...
- Nrn. 3450 bis 4824
- ...

##### 3. Änderung des zweiten Absatzes der Präambel zum Abschnitt O III.

Dieser Gesamtpunktzahl steht ein Punktzahlvolumen gegenüber, das sich aus der Umrechnung der nicht gestaffelten DM-Beträge der eigenerbrachten, bezogenen oder überwiesenen kurativ-ambulanten Laboratoriumsuntersuchungen des vertraglichen Anhangs zu Abschnitt O III. ergibt. In dieses Punktzahlvolumen werden von der Arztpraxis durchgeführte Auftragsleistungen nicht einbezogen. Im Falle der Abstufung von Leistungen sind die DM-Beträge in voller, nicht gestaffelter Höhe umzurechnen.

##### 4. Änderung des letzten Absatzes der Präambel zum Abschnitt O III.

Die Leistungen des vertraglichen Anhangs zu diesem Abschnitt unterliegen einer Staffelung je Arztpraxis (Abrechnungsnummer) in Abhängigkeit von der im Quartal erbrachten Anzahl an Leistungen nach dem vertraglichen Anhang zu Abschnitt O III. Rechnet die Arztpraxis bis zu höchstens 450 000 Leistungen nach dem vertraglichen Anhang zum Abschnitt O III. im Quartal ab, wird die Vergütung in DM der Summe der abgerechneten Kosten des vertraglichen Anhangs zu Abschnitt O III. zusätzlich eines prozentualen Aufschlages in Höhe von 24 Prozent zur Summe der Kosten, jedoch höchstens bis zu einer auszahlenden Gesamtsumme von 6 200 000 DM, die sich aus dem zum Zeitpunkt der Auszahlung anerkannten Leistungsbedarf der Praxis ergibt, berechnet. Rechnet die Arztpraxis mehr als 450 000 Leistungen nach dem vertraglichen Anhang zu Abschnitt O III. im Quartal ab, gilt die vorgenannte Regelung nicht, sondern die Vergütung in DM der darüber hinaus abgerechneten Kosten des vertraglichen Anhangs zu Abschnitt O III. wird um 20 Prozent vermindert. Sofern ein Höchstwert zu berechnen ist,

zählen die dem Höchstwert zugrunde liegenden Leistungen hinsichtlich der Abstufung insgesamt als eine Leistung.  
(gültig bis zum 31. Dezember 2000)

## TEIL II

### Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) durch den Bewertungsausschuss nach § 87 Abs. 3 SGB V mit Wirkung zum 1. April 2000

#### 1. Änderung der Allgemeinen Bestimmungen A I., Teil B, 1.5 1.5 Fallpunktzahlen (Praxisbudget), je Behandlungsfall ...

	Versichertengruppe		
	Alle Versicherten	M/F	Rentner
Ausschließlich psychotherapeutisch tätige Vertragsärzte mit mehr als 90 Prozent ihres Gesamtleistungsbedarfs aus G IV., G V. und den Leistungen Nrn. 855 bis 858 des Abschnittes G III., Ärzte für Psychotherapeutische Medizin	965	980	940
...			

#### 2. Änderung der Allgemeinen Bestimmungen A I., Teil B, 5. 5. Von der Anrechnung auf Praxisbudgets ausgenommen sind die im EBM gekennzeichneten Leistungen nach den folgenden Kapiteln, Abschnitten, Unterabschnitten beziehungsweise Gebührenordnungspositionen:

- ...
- Nrn. 3450 bis 4826
- ...

#### 3. Änderung der Anlage 3 zu den Allgemeinen Bestimmungen A I., Teil B

##### Berechnung der KV-bezogenen Fallpunktzahlen für das Praxisbudget

Arztgruppe	bundesdurchschnittlicher Kostensatz, 1994 in Prozent	Betriebsausgaben in Tsd. DM Neue Bundesländer*
Allgemein./Prakt. Ärzte	59,3	153
Augenärzte	58,8	194
Anästhesisten	62,8	116
Chirurgen	65,0	197
Frauenärzte	56,2	186
Hautärzte	54,1	183
HNO-Ärzte	56,8	199
Hausärztliche Internisten	60,1	186
Kinderärzte	59,0	165
Neurologen	58,1	201
Nervenärzte	55,2	157
Psychiater, Ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie	47,5	70

\* durchschnittliche Betriebsausgaben GKV-West abzüglich 12,5 Prozent

Ausschließlich psychotherapeutisch tätige Vertragsärzte mit mehr als 90 Prozent ihres Gesamtleistungsbedarfs aus G IV., G V. und den Leistungen Nrn. 855 bis 858 des Abschnittes G III., Ärzte für Psychotherapeutische Medizin	40,2	66
Psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	39,5	65
Orthopäden	63,6	296
Urologen	64,7	222
...		

#### 4. Änderung der Ordinationsgebühr Nr. 1

1 Ordinationsgebühren, je Behandlungsfall

	Versichertengruppe	
	M/F	Rentner
Ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie und Ärzte für Psychotherapeutische Medizin, mit einem Leistungsbedarfsanteil aus Leistungen der Abschnitte G IV., G V. sowie der Leistungen nach den Nrn. 855 bis 858 des Abschnittes G III. von höchstens 50 Prozent	105	150

Ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie und Ärzte für Psychotherapeutische Medizin, mit einem Leistungsbedarfsanteil aus Leistungen der Abschnitte G IV., G V. sowie der Leistungen nach den Nrn. 855 bis 858 des Abschnittes G III. von mehr als 50 Prozent, ärztliche Psychotherapeuten, Psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	40	40
...		

#### 5. Änderung der Leistungslegende Nr. 2960

2960\* Operative Denervation der kleinen Wirbelgelenke (z. B. Facettendenerivation), je Bewegungssegment . . . . . 700

#### 6. Neuaufnahme der Kennziffer 3480 in die Präambel zum Abschnitt O I/II.

– Antivirale Therapie der chronischen Hepatitis B oder C mit Interferon und/oder Nukleosidanaloga (3480)  
(Gültig bis 31. Dezember 2000)

#### 7. Neuaufnahme der Kennziffer 3481 in die Präambel zum Abschnitt O I/II.

– Erkrankungen oder Verdacht auf Erkrankungen, bei denen eine gesetzliche Meldepflicht besteht, sofern in diesen Krankheitsfällen mikrobiologische, virologische oder infektionsimmunologische Untersuchungen durchgeführt werden, oder Krankheitsfälle mit meldepflichtigem Nachweis eines

Krankheitserregers (3481)  
(Gültig bis 31. Dezember 2000)

**8. Neuaufnahme der Kennziffer 3482 in die Präambel zum Abschnitt O I/II.**

– Vorsorgeuntersuchungen gemäß den Mutterschafts-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen, soweit die Leistungen nach Kapitel O (Laboratoriumsuntersuchungen) abzurechnen sind, oder prä- beziehungsweise perinatale Infektionen (3482)  
(Gültig bis 31. Dezember 2000)

**9. Neuaufnahme der Kennziffer 3483 in die Präambel zum Abschnitt O I/II.**

– Anfallsleiden unter antiepileptischer Therapie oder Psychosen unter Clozapintherapie (3483)  
(Gültig bis 31. Dezember 2000)

**10. Neuaufnahme der Kennziffer 3484 in die Präambel zum Abschnitt O I/II.**

– Allergische Erkrankungen bei Kindern bis zum vollendeten 6. Lebensjahr (3484)  
(Gültig bis 31. Dezember 2000)

**11. Neuaufnahme der Kennziffer 3487 in die Präambel zum Abschnitt O I/II.**

– Therapiepflichtige hämolytische Anämie, Diagnostik und Therapie der hereditären Thrombophilie, des Antiphospholipidsyndroms oder der Hämophilie (3487)  
(Gültig bis 31. Dezember 2000)

**12. Neuaufnahme der Kennziffer 3488 in die Präambel zum Abschnitt O I/II.**

– Tumorerkrankung unter parenteraler tumorspezifischer Behandlung oder progrediente Malignome unter Palliativbehandlung (3488)  
(Gültig bis 31. Dezember 2000)

**13. Neuaufnahme der Kennziffer 3489 in die Präambel zum Abschnitt O I/II.**

– Diagnostik und Therapie von Fertilitätsstörungen, soweit die Laborleistungen nicht Bestandteil der Leistungen nach den Nrn. 1182 bis 1192 sind (3489)  
(Gültig bis 31. Dezember 2000)

**14. Änderung der Kennziffer 3490 in der Präambel zum Abschnitt O I/II.**

– Laboratoriumsdiagnostik vor Beginn der Substitutionsbe-

handlung Opiatabhängiger gemäß den Leitlinien der Bundesärztekammer oder substitionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger gemäß den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen (3490)  
(Gültig bis 31. Dezember 2000)

**15. Änderung der Kennziffer 3493 in der Präambel zum Abschnitt O I/II.**

– Manifeste angeborene Stoffwechsel- und/oder endokrinologische Erkrankung(en) bei Kindern und Jugendlichen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr oder Mukoviszidose (3493)  
(Gültig bis 31. Dezember 2000)

**16. Änderung der Kennziffer 3496 in der Präambel zum Abschnitt O I/II.**

– HLA-Diagnostik vor und/oder Nachsorge unter immunsuppressiver Therapie nach allogener Transplantation eines Organs oder hämatopoetischer Stammzellen (3496)  
(Gültig bis 31. Dezember 2000)

**17. Streichung der Kennziffern 3487 bis 3499 in der Präambel zum Abschnitt O III.**

**18. Änderung des ersten Satzes des fünften Absatzes der Präambel zum Abschnitt O III.**

Bei der Berechnung der begrenzten Gesamtpunktzahl bleibt die Zahl der Behandlungsfälle mit den Krankheitsfällen, die im fünften Absatz der Präambel zum Abschnitt O I/II. aufgeführt sind, und bei der Berechnung des Punktzahlvolumens nach Satz 3 bleiben die Leistungen nach dem vertraglichen Anhang zu Abschnitt O III. unberücksichtigt, die in diesen Behandlungsfällen erbracht werden.

**19. Streichung der Leistungslegende zu Nr. 5151**

**20. Änderung der Anmerkung hinter Nr. 5222**

Neben der Leistung nach Nr. 5222 sind die Leistungen nach den Nrn. 251, 254, 301 bis 319, 418 bis 450, 2960, 5100 bis 5150, 5160 bis 5165, 5210 und 5211 nicht berechnungsfähig.

**21. Änderung der Leistungslegende zu Nr. 5300**

5300 Osteodensitometrische Untersuchung(en) (Photonenabsorptions-Technik) an einem oder mehreren Teilen des peripheren Skeletts und/oder des Achsenskeletts bei Patienten, die eine Fraktur ohne nachweisbares adäquates Trauma erlitten haben und bei denen gleichzeitig aufgrund anderer anamnestischer und klinischer Befunde ein begründeter Verdacht auf eine Osteoporose besteht . . . 450

**C**

**Ankündigung des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 3 SGB V zur Gliederung der Leistungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) in Leistungen der hausärztlichen und Leistungen der fachärztlichen Versorgung gemäß § 87 Abs. 2 a SGB V in der 62. Sitzung am 16. Februar 2000**

Gemäß § 87 Abs. 2 a sind die im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) aufgeführten abrechnungsfähigen Leistungen entsprechend der in § 73 Abs. 1 SGB V festgelegten Gliederung der vertragsärztlichen Versorgung bis zum 31. 3. 2000 in Leistungen der hausärztlichen und Leistungen der fachärztlichen Versorgung zu gliedern mit der Maßgabe, dass, unbeschadet gemeinsam abrechenbarer Leistungen, Leistungen der

hausärztlichen Versorgung nur von den an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten und Leistungen der fachärztlichen Versorgung nur von den an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten abgerechnet werden dürfen; innerhalb der Gliederung der fachärztlichen Leistungen können weitere Untergliederungen nach Fachgruppen vorgesehen werden. ▷

Hierzu wird der Bewertungsausschuss gemäß § 87 Abs. 3 SGB V im Jahre 2000 wie folgt beschließen:

1. Mit der fristgerechten Erfüllung des gesetzlichen Auftrages an den Bewertungsausschuss, Kriterien zur Trennung der Vergütungen in einen hausärztlichen und fachärztlichen Anteil gemäß § 85 Abs. 4 a SGB V festzulegen, ist der entscheidende Schritt zur Stärkung der hausärztlichen Versorgung erfolgt.

2. Der weitere gesetzliche Auftrag an den Bewertungsausschuss, nicht nur den Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen, sondern auch ihr wertmäßiges in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander festzulegen und den Bewertungsmaßstab daraufhin zu überprüfen, ob die Leistungsbeschreibung und ihre Bewertungen noch dem Stand der medizinischen Wissenschaft und Technik sowie dem Erfordernis der Rationalisierung im Rahmen wirtschaftlicher Leistungserbringung entsprechen, erfordert eine sorgfältige Prüfung der zuzuordnenden abrechnungsfähigen Leistungen des hausärztlichen bzw. fachärztlichen Versorgungsbereiches. Die Leistungsbewertung der abrechnungsfähigen Leistungen muss in einem ausgewogenen über alle Versorgungsbereiche hinweg korrekten Verhältnis der Leistungen zueinander stehen, so dass der Bewertungsausschuss die Inhaltsbeschreibung und Bewertung der Leistungen

der hausärztlichen Versorgung nur in Kenntnis der Gesamtstruktur eines vollständig reformierten Einheitlichen Bewertungsmaßstabes vornehmen kann. Die dabei unabdingbar notwendige Sorgfalt macht die Einhaltung der gesetzlichen Frist zum 31. März 2000 unmöglich.

3. Der Bewertungsausschuss nach § 87 Abs. 3 SGB V beabsichtigt daher bis zum 1. Juli 2000 einen Beschluss zu fassen, der die inhaltliche Gliederung der Leistungen der vertragsärztlichen Versorgung in Leistungen der hausärztlichen und Leistungen der fachärztlichen Versorgung vorgibt. Mit diesem Beschluss wird auch die künftige Struktur des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes mit der weiteren Gliederung der fachärztlichen Leistungen in Untergliederungen nach Fachgruppen sowie die Struktur der Leistungsbeschreibung beschlossen. Damit wird der gesetzliche Auftrag zum für den Bewertungsausschuss frühestmöglichen Zeitpunkt erfüllt.

4. Im Weiteren wird der Bewertungsausschuss noch im Jahr 2000 einen Beschluss zu einem grundsätzlich reformierten EBM mit der vollständigen Leistungsbeschreibung und Leistungsbewertung sowohl der haus- als auch der fachärztlichen Leistungen fassen. Das In-Kraft-Setzen ist zum 1. Januar 2001 beabsichtigt.

**D**

**Vertragliche Änderungen der Partner des Bundesmantelvertrages Ärzte (Gesprächsrunde) sowie der AG Ärzte/Ersatzkassen mit Wirkung zum 1. April 2000**

**Anmerkung:**

Teil D ist nicht Bestandteil der Beschlussvorlage für den Bewertungsausschuss nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V, sondern soll getrennt im schriftlichen Beschlussverfahren beschlossen werden.

**1. Änderung der Anmerkung vor Nr. 3500**

Der Nachweis von Eiweiß und/oder Glukose im Harn (gegebenenfalls einschließlich Kontrolle auf Ascorbinsäure) sowie die Bestimmung des spezifischen Gewichts und/oder des pH-Wertes im Harn sind nicht berechnungsfähig.

**2. Streichung der Leistungsposition Nr. 3614**

**3. Änderung der Leistungslegende zu Nr. 3707**

3707 Zuschlag für die Leistungen nach den Nrn. 3661, 3668, 3669 oder 3670 oder 3671, 3681, 3682, 3685 oder 3686, 3687, 3694, 3695 und 3696 bei Erbringung mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien im Labor innerhalb der eigenen Praxis als Einzelbestimmung(en), je Leistung ..... 1,50

**4. Änderung der Anmerkung hinter Nr. 3707**

Der Zuschlag nach Nr. 3707 ist nicht berechnungsfähig bei Bezug der Analyse aus Laborgemeinschaften oder bei Erbringung mit Analysensystemen, die für Serien mit hoher Probenzahl bestimmt sind, zum Beispiel Systeme mit mechanisierter Probenverteilung und/oder programmierten Analysen mehrerer Messgrößen in einem Untersuchungsablauf.

**5. Streichung des Höchstwertes für Untersuchungen nach den Nrn. 3660 bis 3700 und 3705**

**6. Änderung der Leistungslegende zu Nr. 3848**

3848 Bestimmung von mindestens sechs der folgenden Parameter: Erythrozyten, Leukozyten, Thrombozyten, Hämoglobin, Hämatokrit, Kalium, Glukose im Blut, Kreatinin, Gamma-GT vor Eingriffen in Narkose oder in rückenmarksnaher Regionalanästhesie (spinal, peridural)

globin, Hämatokrit, Kalium, Glukose im Blut, Kreatinin, Gamma-GT vor Eingriffen in Narkose oder in rückenmarksnaher Regionalanästhesie (spinal, peridural)

**7. Neuaufnahme eines weiteren Höchstwertes für Drogensuchtests nach den Nrn. 3860 bis 3868 (wird erster Höchstwert)**

Höchstwert im Behandlungsfall für die Untersuchungen nach den Nrn. 3860 bis 3868 im ersten und zweiten Quartal der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger gemäß den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen. .... 240,00

**8. Änderung der Legende des bestehenden Höchstwertes für Drogensuchtests nach den Nrn. 3860 bis 3868 (wird zweiter Höchstwert)**

Höchstwert im Behandlungsfall für die Untersuchungen nach den Nrn. 3860 bis 3868 ab dem dritten Quartal oder außerhalb der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger gemäß den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen. .... 120,00

**9. Neuaufnahme der Leistungsposition Nr. 3929**

3929 Mikroskopische Untersuchung des Blutes auf Parasiten, zum Beispiel Plasmodien, Mikrofilarien, im gefärbten Blutausstrich und/oder Dicken Tropfen. .... 9,00

**10. Änderung der Leistungslegende zu Nr. 3961**

3961 Ähnliche Untersuchungen (mit Ausnahme von Glukose-Toleranztests), unter Angabe der Art der Untersuchung

**11. Streichung der Leistungsposition Nr. 4213**

**12. Streichung der Leistungsposition Nr. 4216**

**13. Neuaufnahme der Leistungsposition Nr. 4266**

4266 Pyridinolin, Desoxyypyridinolin und/oder Typ I-Kollagen-Telopeptide ..... 30,00

**14. Neuaufnahme der Leistungsposition Nr. 4267**  
4267 Knochen-AP (Isoenzym der Alkalischen Phosphatase) und/oder Typ I-Prokollagen-Propeptide. . . . . 30,00

**15. Änderung der Leistungslegende zu den Nrn. 4550 bis 4625**  
Qualitativer Nachweis und/oder quantitative Bestimmung von Antikörpern gegen Krankheitserreger mittels Immunoassay, indirekter Immunfluoreszenz, Komplementbindungsreaktion, Immunpräzipitation (zum Beispiel Ouchterlony-Test), indirekter Hämagglutination, Hämagglutinationshemmung oder Bakterienagglutination (Widal-Reaktion), einschließlich der Beurteilung des Infektions- oder Immunstatus, je Krankheitserreger oder klinisch relevanter Immunglobulinklasse, zum Beispiel IgG-, IgM-Antikörper

**16. Änderung der Leistungslegende zu Nr. 4658**  
4658 Kulturelle mykologische Untersuchung nach Aufbereitung (zum Beispiel Zentrifugation, Auswaschung) und/oder unter Verwendung von mindestens zwei Nährmedien und/oder als Langzeitkultivierung, gegebenenfalls einschließlich Keimzahlbestimmung, nachfolgender mikroskopischer Prüfung(en) und Kultur(en), unter Angabe der Art des Untersuchungsmaterials. . . . . 10,00

**17. Änderung der Leistungslegende zu Nr. 4702**  
4702 Untersuchung auf betahämolisierende Streptokokken, zum Beispiel aus dem Rachen, mit mindestens zwei Nährböden . . . . . 8,50

**18. Änderung der Anmerkung hinter Nr. 4712**  
Neben der Leistung nach Nr. 4702 sind bei demselben Körpermaterial die Leistungen nach den Nrn. 4691, 4697 und 4698 nicht berechnungsfähig. Neben den Leistungen nach den Nrn. 4703 bis 4708 sind bei demselben Körpermaterial die Leistungen nach den Nrn. 4694, 4695 und 4698 nicht berechnungsfähig.

**19. Neuaufnahme einer Anmerkung hinter Nr. 4736**

Die Leistung nach Nr. 4736 ist bei demselben Körpermaterial nicht neben der Leistung nach Nr. 4734 berechnungsfähig.

**20. Änderung der Leistungslegende zu Nr. 4822**  
4822 Quantitative Bestimmung der Hepatitis B-Virus-DNA oder Hepatitis-C-Virus-RNA vor oder während der antiviralen Therapie mit Interferon und/oder Nukleosidanaloga. 145,00

**21. Streichung der dritten Anmerkung hinter Nr. 4823**

**22. Neuaufnahme der Leistungsposition Nr. 4825**  
4825 Chlamydia trachomatis-DNA und/oder -RNA . . . . 28,00

**23. Neuaufnahme einer Anmerkung hinter Nr. 4825**  
Neben der Leistung nach Nr. 4825 sind kulturelle Untersuchungen und/oder Antigennachweise zum Nachweis von C. trachomatis nicht berechnungsfähig.

**24. Neuaufnahme der Leistungsposition Nr. 4826**  
4826 Bestimmung des Hepatitis-C-Virus-Genotyps vor antiviraler Therapie mit Interferon und/oder Nukleosidanaloga . . . . . 200,00

**25. Neuaufnahme einer Anmerkung hinter Nr. 4826**  
Die Leistung nach Nr. 4826 ist im Krankheitsfall einmal berechnungsfähig.

**26. Neuaufnahme einer zweiten Anmerkung hinter Nr. 4826**  
Neben den Leistungen nach den Nrn. 4821 bis 4826 ist die Leistung nach Nr. 4805 zum Nachweis desselben Erregers nicht berechnungsfähig.

**27. Änderung des Hinweises vor Kapitel O**

**Hinweis der KBV:** Die Leistungen des Kapitels O sind gemäß den Allgemeinen Bestimmungen A I., Teil B, 5., von der Anrechnung auf die Praxisbudgets ausgenommen. Die arztgruppenbezogenen begrenzten Gesamtpunktzahlen für die Abschnitte O I./II. und O III. (Labor-Teilbudgets) gelten unabhängig von den Praxisbudgets.

**E**

**Interpretationsbeschlüsse des Arbeitsausschusses des Bewertungsausschusses der 178. Sitzung vom 25. Januar 2000 und 180. Sitzung vom 22. Februar 2000 mit Wirkung zum 1. April 2000**

**Anmerkung:**  
Der Teil E ist nicht Bestandteil der Beschlussfassung durch den Bewertungsausschuss nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V, sondern dient lediglich der ergänzenden Information.

**1. Streichung des Interpretationsbeschlusses Nr. 39**  
(Gültig ab 1. April 2000)

**2. Neuaufnahme des Interpretationsbeschlusses Nr. 44**  
**Beschluss Nr. 44 zu:**  
**Leistungspositionen Nrn. 5125 und 5126 EBM**  
Die Leistungen nach den Nrn. 5125 und 5126 sind bei kurativ-stationärer (belegärztlicher) Durchführung nicht berechnungsfähig.  
(Gültig ab 1. April 2000)

**3. Neuaufnahme des Interpretationsbeschlusses Nr. 45**  
**Beschluss Nr. 45 zu:**  
**Gebührenordnungsabschnitt N V. (Gelenkchirurgie) EBM**  
Die intraartikuläre Einbringung von Karbonfaserstiften und

die Sachkosten für Karbonfaserstifte sind nicht berechnungsfähig.  
(Gültig ab 1. April 2000)

**4. Streichung des Interpretationsbeschlusses Nr. 35**  
(Gültig ab 1. April 2000)

**5. Neuaufnahme des Interpretationsbeschlusses Nr. 46**  
**Beschluss Nr. 46 zu:**  
**EBM Nrn. 5120 u. 5122 und Pauschalen Nrn. 7250–7252**  
**Interventionelle kardiologische Maßnahmen**

Die im Zusammenhang mit interventionellen kardiologischen Maßnahmen, wie z. B. der Rotablation, der Laseratherektomie oder der Atherektomie entstehenden Sachkosten, sind nicht Bestandteil der Sachkostenregelung nach den Nrn. 7250 bis 7252. Die entstehenden Kosten sind entsprechend den Allgemeinen Bestimmungen des EBM A I., Teil A, 4., erster Spiegelstrich, gesondert berechnungsfähig. In diesem Fall sind die Nrn. 7250 bis 7252 nicht berechnungsfähig.  
(Gültig ab 1. April 2000) □