

Mitteilungen

Zu den Beschlüssen des Bewertungsausschusses aus der 93. Sitzung vom 29. Oktober 2004

1. Der Bewertungsausschuss hat in seiner 93. Sitzung zur Festlegung von Regelleistungsvolumen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen gemäß § 85 Abs. 4 SGB V neu beschlossen.

Mit diesem Beschluss wird unter I. festgelegt, dass der Beschluss zur Festlegung von Regelleistungsvolumen aus der 89. Sitzung des Bewertungsausschusses vom 13. Mai 2004 ab dem 1. Januar 2005 nicht angewandt wird. Unter II. wird den Partnern der Honorarverteilungsverträge empfohlen, die bis zum 31. Dezember 2004 gültigen Honorarverteilungsverträge bis zum 31. März 2005 anzuwenden. Mit III. des Beschlusses werden die für den Zeitraum vom 1. April 2005 bis 31. Dezember 2005 geltenden Regelungen für die Bildung von Regelleistungsvolumen gemäß § 85 Abs. 4 SGB V spezifiziert.

Unter IV. des Beschlusses wurde vereinbart, dass der Beschluss vom 13. Mai 2004 mit Wirkung zum 1. Januar 2006 dahingehend überprüft und ggf. geändert wird, ob die Höhe der Regelleistungsvo-

lumen sowohl die medizinisch notwendige Versorgung der GKV-Versicherten als auch die Höhe der Gesamtvergütungen als auch die Höhe der Vergütung der ärztlichen Leistungen ausreichend berücksichtigt.

2. Vor dem Hintergrund des Beschlusses zu den Regelleistungsvolumen hat der Bewertungsausschuss in derselben Sitzung vereinbart, die Einführung der Neufassung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) gemäß § 87 Abs. 1 SGB V vom 1. Januar 2005 auf den 1. April 2005 zu verschieben.

3. Der Bewertungsausschuss hat in seiner 93. Sitzung gemäß § 85 Abs. 4a SGB V zur Festlegung der angemessenen Höhe der Vergütung ausschließlich psychotherapeutisch tätiger Vertragsärzte und -therapeuten beschlossen. Dieser Beschluss war notwendig geworden, da der Beschluss aus der 90. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), der sich bereits im schriftlichen Zustimmungsverfahren befand, nicht zustande kam, da einige Mit-

glieder des Bewertungsausschusses ihre Unterschrift hierzu nicht leisteten. Der nicht zustande gekommene Beschluss aus der 90. Sitzung wurde im Deutschen Ärzteblatt, Jg. 101, Heft 38 am 17. September 2004 mit Zustimmungsvorbehalt bekannt gemacht.

Im Gegensatz zum Beschluss aus der 90. Sitzung berücksichtigt der jetzt gefasste Beschluss die Tatsache, dass die Praxisbudgets nur bis zum 30. Juni 2003 Gültigkeit hatten. Insofern wurde in dem Beschluss aus der 93. Sitzung die differenzierte Betrachtung der Kosten für die alten und die neuen Bundesländer bis zu diesem Datum befristet, während in der Beschlussfassung aus der 90. Sitzung noch der 30. Juni 2004 vorgesehen war.

Vorbehalt

Die Bekanntmachung der vom Bewertungsausschuss in seiner 93. Sitzung am 29. Oktober 2004 getroffenen Beschlüsse (zur Festlegung von Regelleistungsvolumen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen gemäß § 85 Abs. 4 SGB V, zur Verschiebung der Einführung der Neufassung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes [EBM] und zur Festlegung der angemessenen Höhe der Vergütung ausschließlich psychotherapeutisch tätiger Vertragsärzte und -therapeuten) erfolgt gemäß § 87 Abs. 6 Satz 1 SGB V unter dem Vorbehalt der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS). □

Bekanntmachungen

Beschluss

des Bewertungsausschusses gem. § 85 Abs. 4 a SGB V in seiner 93. Sitzung am 29. Oktober 2004 zur Festlegung von Regelleistungsvolumen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen gemäß § 85 Abs. 4 SGB V

mit Wirkung zum 1. Januar 2005

I. Der Beschluss des Bewertungsausschusses vom 13. Mai 2004 in Teil B (Amtliche Bekanntmachung: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 101, Heft 38, 17. September 2004) wird ab dem 1. Januar 2005 nicht angewendet.

II. Der Bewertungsausschuss empfiehlt den Partnern der Honorarverteilungsverträge, die bis zum 31. Dezember 2004 gültigen Honorarverteilungsverträge bis zum 31. März 2005 anzuwenden.

III. Im Zeitraum vom 1. April 2005 bis 31. Dezember 2005 gilt folgende Regelung für die Bildung von Regelleistungsvolumen gemäß § 85 Abs. 4 SGB V:

1. Maßnahmen zur Steuerung arztgruppenspezifischer Auswirkungen

Im Honorarverteilungsvertrag werden Arztgruppentöpfe für die in Anlage 1 aufgeführten Arztgruppen gebildet, die die Abrechnung ärztlicher Leistungen auf der Grundlage des zum 1. April 2005 in Kraft getretenen Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) berücksichtigen.

Eine Anpassung dieser Arztgruppentöpfe im Rahmen der Honorarverteilung ist dann in den Folgequartalen (ggf. in Schritten) notwendig, wenn der für eine Arztgruppe gemäß Anlage 1 für das Vorquartal ermittelte rechnerische Punkt-

wert (Vergütung für Leistungen des Regelleistungsvolumens im Arztgruppentopf zu Leistungsbedarf in Punkten für Leistungen des Regelleistungsvolumens [Leistungsbedarf im Regelleistungsvolumen und Leistungsbedarf, der über das Regelleistungsvolumen hinausgeht]) den über alle Arztgruppen eines Versorgungsbereichs gleichermaßen (ohne Berücksichtigung der Arztgruppentöpfe) ermittelten durchschnittlichen rechnerischen Punktwert um mehr als zehn Prozent über- oder unterschreitet.

Für Leistungen und Leistungsarten gemäß 4. kann im Honorarverteilungsvertrag festgelegt werden, dass in den Arztgruppentöpfen Untertöpfe gebildet werden. Im Honorarverteilungsvertrag kann weiterhin festgelegt werden, dass Leistungen aus 4.1 außerhalb der Arztgruppentöpfe nach einheitlichen Vorgaben für alle Ärzte vergütet werden (zum Beispiel organisierter Notfalldienst). Zudem kann die Bildung der Arztgruppentöpfe getrennt nach Primär- und Ersatzkassen im Honorarverteilungsvertrag festgelegt werden. ▷

Davon abweichend kann im Einvernehmen mit den Verbänden der Krankenkassen auf Landesebene unter Berücksichtigung der Trennung der Vergütungen in einen haus- und fachärztlichen Anteil auf die Bildung von Arztgruppentöpfen verzichtet werden.

2. Vergütung für ärztliche Leistungen

2.1 Grundsatz der Vergütung

Die Vergütung der im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) aufgeführten ärztlichen Leistungen erfolgt für alle Vertragsärzte und medizinische Versorgungszentren auf der Grundlage des gesamten abgerechneten anerkannten Leistungsbedarfs der Ärzte einer Arztpraxis oder eines medizinischen Versorgungszentrums (Arzt-Abrechnungsnummer) des jeweiligen aktuellen Abrechnungsquartals nach Maßgabe des vereinbarten Honorarverteilungsvertrages.

Regelleistungsvolumen gemäß § 85 Abs. 4 SGB V sind arztgruppenspezifische Grenzwerte, bis zu denen die von einer Arztpraxis oder einem medizinischen Versorgungszentrum (Arzt-Abrechnungsnummer) im jeweiligen Kalendervierteljahr (Quartal) erbrachten ärztlichen Leistungen mit einem von den Vertragspartnern des Honorarverteilungsvertrages (ggf. jeweils) vereinbarten, festen Punktwert (Regelleistungspunktwert) zu vergüten sind. Für den Fall der Überschreitung der Regelleistungsvolumen ist vorzusehen, dass die das Regelleistungsvolumen überschreitende Leistungsmenge mit abgestaffelten Punktwerten (Restpunktwerten) zu vergüten ist.

2.2 Anwendung von Regelleistungsvolumen

Sofern in einer Kassenärztlichen Vereinigung zum 31. März 2005 bereits Steuerungsinstrumente vorhanden sind, die in ihren Auswirkungen mit der gesetzlichen Regelung in § 85 Abs. 4 SGB V vergleichbar sind, können diese bis zum 31. Dezember 2005 fortgeführt werden, wenn die Verbände der Krankenkassen auf Landesebene das Einvernehmen hierzu herstellen.

Wird kein Einvernehmen durch die Verbände der Krankenkassen auf Landesebene hergestellt oder sind solche Steuerungselemente, die in ihren Auswirkungen mit der gesetzlichen Regelung in § 85 Abs. 4 SGB V vergleichbar sind, nicht vorhanden, finden Regelleistungsvolumen gemäß 3. mit Wirkung zum 1. April 2005 Anwendung.

3. Ermittlungen und Festsetzungen von Regelleistungsvolumen

3.1 Ermittlung des Regelleistungsvolumens

Für die Arztpraxis oder das medizinische Versorgungszentrum, die bzw. das

mit mindestens einer der in Anlage 1 genannten Arztgruppen zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen ist, sind im Honorarverteilungsvertrag nachfolgende Regelleistungsvolumen zu vereinbaren, für die dieser Beschluss die Inhalte der Regelungen vorgibt:

Die Höhe des Regelleistungsvolumens (RLV) einer Arztpraxis bzw. eines medizinischen Versorgungszentrums ergibt sich für die in Anlage 1 benannten Arztgruppen aus der Multiplikation der zum jeweiligen Zeitpunkt gültigen KV-bezogenen arztgruppenspezifischen Fallpunktzahl (FPZ) und der Fallzahl der Arztpraxis bzw. des medizinischen Versorgungszentrums im aktuellen Abrechnungsquartal. Die Vereinbarung gemäß 3.3.2 ist zu berücksichtigen.

Zur Sicherstellung einer ausreichenden medizinischen Versorgung und zur Zielerreichung einer Maßnahme in 1. können darüber hinaus im Honorarverteilungsvertrag Anpassungen des Regelleistungsvolumens vorgenommen werden.

Die in 4. aufgeführten Leistungen, Leistungsarten und Kostenerstattungen unterliegen nicht den Regelleistungsvolumen.

Regelleistungsvolumen finden für die gemäß Anlage 1 zugelassene Vertragsarztpraxis oder das zugelassene medizinische Versorgungszentrum Anwendung, nicht jedoch für ermächtigte Krankenhäuser, ermächtigte Krankenhausärzte und ermächtigte Institutionen, es sei denn, der mit der Ermächtigung begründete Versorgungsauftrag entspricht dem eines vergleichbaren Vertragsarztes.

3.1.1 Im Honorarverteilungsvertrag kann davon abweichend festgelegt werden, dass eine vom aktuellen Abrechnungsquartal abweichende Fallzahl eines zurückliegenden Abrechnungsquartals für die Ermittlung des Regelleistungsvolumens verwendet wird. In diesem Fall sind die Regelungen nach 3.2, 3.2.1, 3.3, 3.3.1, 3.3.1.1, 3.3.1.2, 3.3.2 und 3.4 analog anzuwenden.

3.2 Ermittlung der KV-bezogenen, arztgruppenspezifischen Fallpunktzahl

Die für eine Arztpraxis bzw. ein medizinisches Versorgungszentrum zutreffende Fallpunktzahl (FPZ) ergibt sich aus der Zugehörigkeit zu einer Arztgruppe gemäß Anlage 1 und der zum jeweiligen Zeitpunkt gültigen Berechnungsvorgabe in Anlage 2 für die dort angegebenen Altersklassen.

3.2.1 Abstaffelung der Fallpunktzahl in Abhängigkeit von der Fallzahl der Arztpraxis

Die für eine Arztpraxis bzw. ein medizinisches Versorgungszentrum zutreffende Fallpunktzahl (FPZ) wird für jeden

über 150 % der durchschnittlichen Fallzahl der Arztgruppe hinausgehenden Fall gemäß 3.3 um 25 % gemindert. 3.3.1, 3.3.1.1 und 3.3.1.2 gelten entsprechend (Ermittlung der relevanten durchschnittlichen Fallzahl in Gemeinschaftspraxen, medizinischen Versorgungszentren, Praxen mit angestellten Ärzten und bei Vertragsärzten, die ihre Tätigkeit unter mehreren Gebiets- oder Schwerpunktbezeichnungen ausüben, je Arzt). Im Honorarverteilungsvertrag kann abweichend die für die Ermittlung der 150-Prozent-Grenze relevante durchschnittliche Fallzahl nach Ordnungsnummern der Planungsbereiche festgesetzt werden. Über die gemäß 3.3 ermittelte Fallzahl hinaus bleiben kurativ-ambulante Behandlungsfälle, in denen ausschließlich Auftragsleistungen (Definitionsauftrag) erbracht werden, unberücksichtigt.

3.2.2 Fallpunktzahl bei Gemeinschaftspraxen, medizinischen Versorgungszentren und angestellten Ärzten, die nicht einer Leistungsbeschränkung unterliegen

Die Höhe der zutreffenden Fallpunktzahlen für Gemeinschaftspraxen und medizinische Versorgungszentren wird als arithmetischer Mittelwert der Fallpunktzahlen der in der Gemeinschaftspraxis oder dem medizinischen Versorgungszentrum vertretenen Arztgruppen gemäß Anlage 1 berechnet.

Für diese Gemeinschaftspraxen, medizinische Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten, die nicht einer Leistungsbeschränkung gemäß den Bedarfsplanungs-Richtlinien oder den Richtlinien über die Beschäftigung von angestellten Praxisärzten in der Vertragsarztpraxis (Angestellte-Ärzte-Richtlinien) unterliegen, gilt folgende Regelung:

Die zutreffende Fallpunktzahl wird unter Berücksichtigung eines Aufschlags von

- 130 Punkten für arztgruppen- und schwerpunktgleiche Gemeinschaftspraxen und Praxen mit angestellten Ärzten, die nicht einer Leistungsbeschränkung unterliegen,

- 30 Punkten je in einer arztgruppen- oder schwerpunktübergreifenden Gemeinschaftspraxis oder einem medizinischen Versorgungszentrum repräsentierten Fachgebiet oder Schwerpunkt, jedoch mindestens 130 Punkten und höchstens 220 Punkten errechnet.

3.2.3 Fallpunktzahl für Vertragsärzte, die ihre Tätigkeit unter mehreren Gebiets- oder Schwerpunktbezeichnungen ausüben

Für einen Vertragsarzt, der seine Tätigkeit unter mehreren Gebiets- oder Schwerpunktbezeichnungen ausübt, rich-

tet sich die Höhe der Fallpunktzahl nach dem Versorgungsauftrag, mit dem er zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen ist.

3.3 Ermittlung der Fallzahl

Die für die Ermittlung des Regelleistungsvolumens relevante Fallzahl einer Arztpraxis oder eines medizinischen Versorgungszentrums entspricht der Anzahl der kurativ-ambulantem Behandlungsfälle gemäß § 21 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2 BMV-Ä bzw. § 25 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2 EKV, ausgenommen Notfälle im organisierten Notfalldienst (Muster 19 a der Vordruckvereinbarung) und Überweisungsfälle zur Durchführung ausschließlich von Probenuntersuchungen oder zur Befundung von dokumentierten Untersuchungsergebnissen und Behandlungsfälle, in denen ausschließlich Kostenerstattungen des Kapitels 40 abgerechnet werden.

3.3.1 Fallzahlobergrenze

Die KV-bezogene, arztgruppenspezifische Fallzahlobergrenze wird je Arzt mit 200 Prozent des Durchschnitts je Quartal auf der Grundlage des jeweiligen Vorjahresquartals festgelegt. Im Honorarverteilungsvertrag können abweichend Fallzahlobergrenzen nach Ordnungsnummern der Planungsbereiche festgesetzt werden.

Für die Ermittlung der durchschnittlichen Fallzahl der Arztgruppe gilt 3.3 entsprechend. Im Honorarverteilungsvertrag kann vereinbart werden, Vertragsärzte, die nicht in vollem Umfang an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, entsprechend dem Umfang ihrer Tätigkeit bei der Ermittlung der durchschnittlichen Fallzahl der Arztgruppe zu berücksichtigen.

Überschreitet eine Praxis bzw. ein medizinisches Versorgungszentrum die ggf. unter Berücksichtigung von 3.3.1.1 zutreffende Fallzahlobergrenze, wird anstelle der individuellen Fallzahl im jeweiligen Abrechnungsquartal die Fallzahlobergrenze für die Ermittlung des Regelleistungsvolumens verwendet.

3.3.1.1 Fallzahlobergrenze bei Gemeinschaftspraxen, medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten

Die Fallzahlobergrenze in Gemeinschaftspraxen, medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten ergibt sich aus der Addition der arztgruppenbezogenen Fallzahlobergrenzen je Arzt gemäß 3.3.1 der in einer Gemeinschaftspraxis oder einem medizinischen Versorgungszentrum tätigen Vertragsärzte.

Nicht in Anlage 1 aufgeführte Arztgruppen werden bei der Ermittlung der Fallzahlobergrenze nicht berücksichtigt. Deren Fälle und Leistungen gehen nicht

in die Berechnung des Regelleistungsvolumens ein.

3.3.1.2 Fallzahlobergrenze für Vertragsärzte, die ihre Tätigkeit unter mehreren Gebiets- oder Schwerpunktbezeichnungen ausüben

Für einen Vertragsarzt, der seine Tätigkeit unter mehreren Gebiets- oder Schwerpunktbezeichnungen ausübt, ergibt sich die Fallzahlobergrenze gemäß 3.3.1 nach dem Versorgungsauftrag, mit dem er zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen ist.

3.3.2 Fallzahlzuwachsbeschränkungsregelungen

Im Honorarverteilungsvertrag sind Fallzahlzuwachsbeschränkungen festzulegen.

3.4 Fallzahlobergrenzen und Fallzahlzuwachsbeschränkungsregelungen bei Neu-

zulassung und Umwandlung der Kooperationsform

Im Honorarverteilungsvertrag sind für Neuzulassungen von Vertragsärzten und Umwandlung der Kooperationsform Anfangs- und Übergangsregelungen zu beschließen.

4. Leistungen, Leistungsarten und Kostenerstattungen, die nicht dem Regelleistungsvolumen unterliegen

Von der Anrechnung auf das Regelleistungsvolumen ausgenommen sind die nachfolgenden Leistungen, Leistungsarten und Kostenerstattungen:

4.1 Aus dem Arztgruppentopf zu verbürgende Leistungen und Leistungsarten, die dem Regelleistungsvolumen nicht unterliegen (siehe Tabelle)

| | | |
|---------------------|-----------------------------|--|
| 1.1 | Nrn. 01100 bis 01110 | Besondere Inanspruchnahme |
| 1.2 | Nrn. 01210 bis 01222 | Leistungen im organisierten Notfalldienst und im Notfall |
| 1.4 | Nrn. 01411, 01412, 01420 | Dringende Besuche, Prüfung der häuslichen Krankenpflege |
| 1.5 | Nrn. 01510 bis 01531 | Ambulante praxisklinische Betreuung und Nachsorge |
| 1.6 | Nrn. 01600 bis 01623 | Schriftliche Mitteilungen, Gutachten |
| 1.7 | Nrn. 01700 bis 01914 | Gesundheits- und Früherkennungsuntersuchungen, Mutterschaftsvorsorge, Empfängnisregelung und Schwangerschaftsabbruch |
| 3.2.1 | Nrn. 03001 bis 03005 | Hausärztliche Strukturleistungen |
| 3.3.3 | Nr. 03323** | Auswertung Langzeit-EKG |
| 4.2.1 | Nrn. 04001 bis 04005 | Strukturleistungen der Kinder- und Jugendmedizin |
| 4.3.3 | Nr. 04323** | Auswertung Langzeit-EKG |
| 5.2 | Nr. 05230 | Aufsuchen eines Kranken durch Anästhesiologen |
| 6.3 | Nr. 06332 | PDT |
| 8.4 | Nrn. 08410 bis 08416 | Geburtshilfe |
| 10.3 | Nrn. 10320 bis 10324 | Behandlung von Naevi Flammei und Hämangiomen |
| 12.2 | Nr. 12210 | Labor-Konsiliarkomplex |
| 13.2.2.3 | Nr. 13253** | Auswertung Langzeit-EKG |
| 13.3.6 | Nrn. 13600 bis 13621 | Dialyse |
| 19.3 ** | Nrn. 19310 bis 19312, 19331 | Histologische und zytologische Leistungen |
| 26.3 | Nr. 26330 | ESWL |
| 27.3 | Nr. 27323** | Auswertung Langzeit-EKG |
| 30.8 | Nrn. 30800 bis 30811 | Soziotherapie |
| 31.2.2 bis 31.2.13 | Nrn. 31101 bis 31351 | Ambulante und belegärztliche Operationen |
| 31.6.1 | Nrn. 31900 bis 31946 | Orthopädisch-chirurgisch konservative Leistungen (z. B. Hilfsmittelanpassung) |
| 34.2.1 bis 34.2.9 * | Nrn. 34210 bis 34297 | Diagnostische Radiologie |
| 35.2 | Nrn. 35200 bis 35225 | Antragspflichtige psychotherapeutische Leistungen |

Darüber hinaus unterliegen Leistungen, die im organisierten Notfalldienst (Muster 19 a der Vordruckvereinbarung) und in stationären (belegärztlichen) Behandlungsfällen erbracht werden, nicht dem Regelleistungsvolumen.

Die mit * gekennzeichneten Leistungsbereiche unterliegen bei Fachärzten für Diagnostische Radiologie dem Regelleistungsvolumen.

Die mit ** gekennzeichneten Leistungsbereiche unterliegen dem Regelleistungsvolumen nur dann nicht, wenn sie als Auftragsleistung (Definitions- oder Indikationsauftrag) erbracht werden.

Die genannten Leistungen und Leistungsarten sind den Leistungen in 4.2 zuzuordnen, sofern für die Vergütung dieser Leistungen gesondert gesamtvertraglich Regelungen vereinbart sind.

4.2 Nicht aus dem Arztgruppentopf zu vergütende Leistungen, Leistungsarten und Kostenerstattungen, die dem Regelleistungsvolumen nicht unterliegen

- Hausärztliche Grundvergütung
- Schutzimpfungen
- Leistungen bei Substitutionsbehandlung der Drogenabhängigkeit
- Leistungen der Reproduktionsmedizin
- Kostenerstattungsregelungen, die in den Gesamtvertragsvereinbarungen festgelegt sind
- Zusatzvereinbarungen auf Bundes- und Landesebene
- Gesondert gesamtvertraglich vereinbarte Leistungen (z. B. Prävention) und Kosten
- Labor-Grundpauschale nach Nr. 12225 sowie Leistungen und vertraglich vereinbarte Kosten für laboratoriumsmedizinische Untersuchungen des Kapitels 32
- Kostenpauschalen des Kapitels 40.

5. Trennung der Vergütungen

Der Beschluss zur Trennung der Vergütungen in einen haus- und fachärztlichen Anteil gemäß § 85 Abs. 4 SGB V bleibt unverändert bestehen.

IV. Der Bewertungsausschuss wird mit Wirkung zum 1. Januar 2006 seinen Beschluss vom 13. Mai 2004 dahingehend überprüfen und ggf. ändern, ob die Höhe der Regelleistungsvolumen sowohl die medizinisch notwendige Versorgung der GKV-Versicherten als auch die Höhe der Gesamtvergütungen als auch die Höhe der Vergütung der ärztlichen Leistungen ausreichend berücksichtigt. Kommt bis zum 31. August 2005 kein neuer Beschluss zustande, gilt der Beschluss nach III. bis zu einer Entscheidung des Erweiterten Bewertungsausschusses fort.

Anlage 1 zum Teil III zum Beschluss des Bewertungsausschusses

gemäß § 85 Abs. 4 a SGB V zur Festlegung von Regelleistungsvolumen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen gemäß § 85 Abs. 4 SGB V

Benennung der Arztgruppen

Für nachfolgende Arztgruppen werden Arztgruppentöpfe gemäß 1. und Regelleistungsvolumen gemäß 3.1 berechnet.

Im Honorarverteilungsvertrag können weitere Differenzierungen oder Zusammenfassungen der nachfolgenden Arztgruppen vereinbart werden.

Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit (Versorgungs-)Schwerpunkt können durch den Honorarverteilungsvertrag entsprechenden Arztgruppen zugeordnet werden.

Arztgruppe

- Fachärzte für Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören
- Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin
- Fachärzte für Anästhesiologie
- Fachärzte für Augenheilkunde
- Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie, für Herzchirurgie, für Neurochirurgie
- Fachärzte für Frauenheilkunde
- Fachärzte für Frauenheilkunde mit fakultativer WB Endokrinologie und Reproduktionsmedizin
- Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde
- Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten
- Fachärzte für Humangenetik
- Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören
- Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-)Schwerpunkt Angiologie
- Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-)Schwerpunkt Angiologie und invasiver Tätigkeit
- Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-)Schwerpunkt Endokrinologie
- Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-)Schwerpunkt Gastroenterologie
- Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-)Schwerpunkt Hämatologie/Onkologie
- Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-)Schwerpunkt Kardiologie

- Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-)Schwerpunkt Kardiologie und invasiver Tätigkeit
- Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-)Schwerpunkt Pneumologie
- Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-)Schwerpunkt Rheumatologie
- Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
- Fachärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
- Fachärzte für Nervenheilkunde
- Fachärzte für Neurologie
- Fachärzte für Nuklearmedizin
- Fachärzte für Orthopädie
- Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie
- Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie mit einem Anteil an Leistungen der Richtlinien-Psychotherapie im Vorjahresquartal von höchstens 30 %
- Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie mit einem Anteil an Leistungen der Richtlinien-Psychotherapie im Vorjahresquartal von mehr als 30 %
- Fachärzte für Psychotherapeutische Medizin
- andere ausschließlich psychotherapeutisch tätige Vertragsärzte, Psychologische Psychotherapeuten
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
- Fachärzte für Diagnostische Radiologie ohne Vorhaltung von CT und MRT
- Fachärzte für Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT
- Fachärzte für Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von MRT
- Fachärzte für Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT und MRT
- Fachärzte für Urologie
- Fachärzte für Physikalisch-Rehabilitative Medizin

Anlage 2 zum Teil III zum Beschluss des Bewertungsausschusses

gemäß § 85 Abs. 4 a SGB V zur Festlegung von Regelleistungsvolumen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen gemäß § 85 Abs. 4 SGB V

Berechnung der Fallpunktzahl (FPZ) gemäß 3.2 im Zeitraum vom 1. April 2005 bis 31. Dezember 2005

Die Berechnung der KV-bezogenen, arztgruppenspezifischen Fallpunktzahl (FPZ) für das Regelleistungsvolumen erfolgt für die in Anlage 1 genannten Arztgruppen mit den Faktoren

LB = Arztgruppenspezifischer Leistungsbedarf in Punkten im Zeitraum vom zweiten Halbjahr 2003 bis zum ersten Halbjahr 2004 der Leistungen, die dem Regelleistungsvolumen unterliegen, nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung, aber vor Anwendung der in diesem Zeitraum gültigen Honorarverteilungsmaßstäbe unter Berücksichtigung der Neufassung des EBM¹

e = KV-bezogene (ggf. nach Ordnungsnummern der Planungsbereiche), arztgruppenspezifische Anzahl der kurativ-ambulantem Behandlungsfälle im Zeitraum vom zweiten Halbjahr 2003 bis zum ersten Halbjahr 2004 unter Berücksichtigung von 3.3 und ggf. einer abweichenden Festlegung eines Aufsatzzeitraumes gemäß 3.1 des Beschlusses nach der Formel

$$FPZ_{RLV} = \frac{LB}{e} \times 0,8$$

Die Aufspaltung der Fallpunktzahl für Versicherte nach Altersklassen erfolgt mit **f** = KV-bezogener, arztgruppenspezifischer Leistungsbedarfsfallwert – ohne Berücksichtigung der Leistungen in 4. – im Zeitraum vom zweiten Halbjahr 2003 bis zum ersten Halbjahr 2004 aus Leistungen für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr

g = KV-bezogener, arztgruppenspezifischer Leistungsbedarfsfallwert – ohne Berücksichtigung der Leistungen in 4. – im Zeitraum vom zweiten Halbjahr 2003 bis zum ersten Halbjahr 2004 aus Leistungen für Versicherte ab dem 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr

h = KV-bezogener, arztgruppenspezifischer Leistungsbedarfsfallwert – ohne Berücksichtigung der Leistungen in 4. – im Zeitraum vom zweiten Halbjahr 2003 bis zum ersten Halbjahr 2004 aus Leistungen für Versicherte ab dem 60. Lebensjahr

i = KV-bezogener, arztgruppenspezifischer Leistungsbedarfsfallwert – ohne Berücksichtigung der Leistungen in 4. – im Zeitraum vom zweiten Halbjahr 2003 bis zum ersten Halbjahr 2004 aus Leistungen für alle Versicherten nach den Formeln

$$FPZ_{0-5} = FPZ \times \frac{f}{i}$$

für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr

¹Hierzu hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung den Kassenärztlichen Vereinigungen eine Übersetzungsliste zur Verfügung gestellt.

$$FPZ_{6-59} = FPZ \times \frac{g}{i}$$

für Versicherte ab dem 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr

$$FPZ_{60} = FPZ \times \frac{h}{i}$$

für Versicherte ab dem 60. Lebensjahr

Im Honorarverteilungsvertrag kann von den Vertragspartnern festgelegt werden, alle oben genannten Berechnungen je Quartal durchzuführen.

Protokollnotiz:

Die Protokollnotiz zum Beschluss des Bewertungsausschusses vom 13. Mai 2004 gilt fort. □

Beschluss

durch den Bewertungsausschuss gemäß § 87 Abs. 3 SGB V in der 93. Sitzung am 29. Oktober 2004 gemäß § 87 Abs. 1 SGB V zum In-Kraft-Treten des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM)

mit Wirkung zum 1. Januar 2005

Der Bewertungsausschuss beschließt: **Der Beschluss des Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs. 3 SGB V in seiner 90. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) gemäß § 87 Abs. 1 SGB V zur Neufassung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (Amtliche Bekanntmachung: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 101, Heft 38, 17. September 2004, A 2553 f) wird wie folgt geändert:**

1. Änderung des zweiten Satzes in 1. Der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) tritt zum 1. April 2005 in Kraft. □

Beschluss

durch den Bewertungsausschuss gemäß § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 93. Sitzung gemäß § 85 Abs. 4a SGB V zur Festlegung der angemessenen Höhe der Vergütung ausschließlich psychotherapeutisch tätiger Vertragsärzte und -therapeuten

mit Wirkung zum 1. Januar 2000

Vorbemerkung

Gemäß § 85 Abs. 4 SGB V 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. Die seit dem 1. Januar 2000 hierzu durch den Bewertungsausschuss getroffenen Beschlüsse (siehe 1.) sind nach den Urteilen des Bundessozialgerichtes (B 6 KA 52/03 R sowie B 6 KA 53/03 R) aufzuheben und mit Wirkung ab dem 1. Januar 2000 neu zu beschließen.

Der Bewertungsausschuss beschließt daher wie folgt:

1. Aufhebung der Beschlüsse des Bewertungsausschusses der 62. Sitzung vom 16. Februar 2000 (DÄ 97, Heft 9, A 555), der 65. Sitzung (DÄ 97, Heft 48, A 3291), der 73. Sitzung (DÄ 99, Heft 13, A 877) und der 88. Sitzung (DÄ 101, Heft 19, A 1357) zur angemessenen Höhe der

Vergütung ausschließlich psychotherapeutisch tätiger Vertragsärzte und -therapeuten

Alle Beschlüsse des Bewertungsausschusses zur Festlegung der angemessenen Höhe der Vergütung ausschließlich psychotherapeutisch tätiger Vertragsärzte und -therapeuten gemäß § 85 Abs. 4 a SGB V sowie die damit zusammenhängenden Interpretationsbeschlüsse werden unter Berücksichtigung des nachfolgenden Beschlusses rückwirkend zum 1. Januar 2000 aufgehoben. An ihre Stelle treten die nachfolgenden Regelungen:

2. Beschluss nach § 85 Abs. 4 a SGB V zur angemessenen Höhe der Vergütung psychotherapeutischer Leistungen mit Wirkung ab dem 1. Januar 2000

2.1 Beschlussarchitektur

Für den Zeitraum ab dem 1. Januar 2000 sind fünf – unterschiedliche Zeiträume betreffende – Beschlüsse zu fassen, sodass sich folgende Beschlussarchitektur ergibt: ▷