

## KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG

## Mitteilungen

## Änderungen bei der Abrechnung nach den Verträgen mit der Postbeamtenkrankenkasse, Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten Dienstunfall Bahn und Post

Im Zuge des Inkrafttretens der Vierten Änderungsverordnung zur GOÄ zum 1. 1. 1996 werden verschiedene Änderungen und Ergänzungen vertraglicher Vereinbarungen erforderlich, die nachstehend veröffentlicht werden und sich inhaltlich im wesentlichen wie folgt zusammenfassen lassen:

### 1) Vertrag mit der Postbeamtenkrankenkasse (Mitgliedergruppe A) sowie Vertrag über die badeärztliche Behandlung

Mit Wirkung ab 1. 1. 1996 ist als Abrechnungsgrundlage bei der ärztlichen Versorgung von Versicherten der Gruppe A der Postbeamtenkrankenkasse die Ersatzkassengebührenordnung zugrunde zu legen. Die nach der E-GO erbrachten ärztlichen Leistungen – ausgenommen

die Leistungen des Abschnitts O (Laboratoriumsuntersuchungen) – werden als Einzelleistungen mit einem Punktwert von 14,5 Pf (belegärztliche Leistungen mit einem Punktwert von 12,35 Pf) vergütet. Die nach Abschnitt O (Laboratoriumsuntersuchungen) erbrachten ärztlichen Leistungen werden als Einzelleistungen mit einem Punktwert von 14,1 Pf (belegärztliche Leistungen mit einem Punktwert von 12 Pf) vergütet. Fallzahl- beziehungsweise häufigkeitsabhängige Abstufungsregelungen in der E-GO finden keine Anwendung. In den Fällen, in denen in der E-GO besondere Punktzahlen für die Versichertengruppe Rentner ausgewiesen sind, werden diese für Mitglieder der Gruppe A ab Vollendung des 60. Lebensjahres in Ansatz gebracht. Durch eine Protokollnotiz wird sichergestellt, daß un-

erwünschte Ausgabenentwicklungen wegen der neuen Abrechnungsgrundlage geprüft und ggf. korrigiert werden.

Bei der badeärztlichen Versorgung findet wegen der bereits bestehenden Direktabrechnung ab 1. 4. 1996 die neue GOÄ Anwendung.

### 2) Vertrag mit der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten (Beitragsklassen I–III), Dienstunfall Bahn und Post

Die vertraglichen Regelungen mit der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten (Beitragsklassen I–III) sowie Dienstunfall Bahn und Post werden zum 1. 4. 1996 dergestalt auf die neue GOÄ umgestellt, daß die bisher festgelegten Faktoren – soweit diese nicht aufgrund von Vorschriften der GOÄ entfallen bzw. neu festzusetzen sind – unter Zugrundelegung eines Punktwertes von 11,4 Pf weitergelten.

Ferner ist beim Vertrag Dienstunfall Post analog der Regelung zum Vertrag Dienstunfall Bahn der Übergang des Abrechnungsverfahrens auf die Direktabrechnung vereinbart worden. Adressat der Rechnung ist die Unfallkasse Post und Telekom, Postfach 30 50, 72017 Tübingen. Weiterhin sind die Vertragstexte unter Berücksichtigung der gesetzlich geänderten Verhältnisse redaktionell angepaßt worden. □

## Bekanntmachungen

## 8. Nachtragsvereinbarung

zum Vertrag zwischen der Postbeamtenkrankenkasse (PBeaKK), Stuttgart, und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), Köln, vom 20. September 1983

1) § 5 Abs. 1 erhält folgende Fassung:

„1. Zur ärztlichen Behandlung nach diesem Vertrag gehören die ambulante Behandlung sowie die belegärztliche Behandlung.“

Zu den Leistungen nach diesem Vertrag gehören auch:

- Die Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten,
- die Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern,
- die Anwendung der Psychotherapie,
- die Maßnahmen über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung,
- die Maßnahmen zur Empfängnisregelung sowie zum nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruch und zur nicht rechtswidrigen Sterilisation gemäß den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen in der jeweils geltenden Fassung.

Leistungen nach diesem Vertrag sind auch die nach Maßgabe besonderer vertraglicher Regelungen mit den Ersatzkassen vereinbarten Leistungen. Für die psychotherapeutische Behandlung gelten die in der vertragsärztlichen Versorgung getroffenen Regelungen entsprechend. Dies gilt auch für die Regelungen zur Qualitätssicherung.“

2) In § 5 Abs. 2 wird „§ 7“ durch „§ 22“ ersetzt.

3) § 5 Abs. 4 wird ersatzlos gestrichen.

4) Die Abs. 5 bzw. 6 werden Abs. 4 und 5.

5) Die Anlage A zum Vertrag (Honorarvereinbarung) erhält folgende Fassung:

„1) Für die Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen sind die Vorschriften der Ersatzkassen-Gebührenordnung (E-GO) in der jeweils geltenden Fassung und die ergänzenden Vereinbarungen maßgebend, soweit in die-

sem Vertrag nichts anderes bestimmt ist.

2) Die nach der Ersatzkassen-Gebührenordnung erbrachten ärztlichen Leistungen – ausgenommen die Leistungen des Abschnitts O (Laboratoriumsuntersuchungen) – werden als Einzelleistungen mit einem Punktwert von 14,5 Pf (belegärztliche Leistungen mit einem Punktwert von 12,35 Pf) vergütet. Die nach Abschnitt O (Laboratoriumsuntersuchungen) erbrachten Leistungen werden als Einzelleistungen mit einem Punktwert von 14,1 Pf (belegärztliche Leistungen mit einem Punktwert von 12 Pf) vergütet.

3) Die aufgrund besonderer vertraglicher Regelungen mit den Ersatzkassen erbrachten Leistungen (z. B. Onkologie) sind entsprechend den jeweiligen Empfehlungenvereinbarungen zwischen Kassenärztlicher Bundesvereinigung und dem VdAK in Rechnung zu stellen.

4) Fallzahl- bzw. häufigkeitsabhängige Abstufungsregelungen in der E-GO finden keine Anwendung.

5) In den Fällen, in denen in der E-GO besondere Punktzahlen für die Versichertengruppe Rentner ausgewiesen sind, sind diese für Mitglieder der Gruppe A der Postbeamtenkrankenkasse und ihrer mitversicherten Angehörigen ab Vollendung des 60. Lebensjahres in Ansatz zu bringen. ▷

6) Die Verordnung von Sprechstundenbedarf richtet sich nach den durch die jeweils zuständige Kassenärztliche Vereinigung getroffenen Regelungen und ist dem Bestand für die privatärztliche Versorgung zu entnehmen. Die Ersatzbeschaffung des im Behandlungsfall verbrauchten Sprechstundenbedarfs (z. B. Arznei- und Verbandmittel) ist auf den Namen des Versicherten mittels des Arzneiverordnungsblattes – Muster 16 – vorzunehmen; das Feld 'Spr-St. Bedarf' und das Feld 'Gebühr frei' sind anzukreuzen."

6) Die Anlagen B, C, D, E und F werden ersatzlos gestrichen.

7) Die Vereinbarung tritt am 1. Januar 1996 in Kraft.

## Protokollnotiz

zur 8. Nachtragsvereinbarung vom 6. Februar 1996 zwischen der Postbeamtenkrankenkasse (PBeaKK), Stuttgart, und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), Köln

Aufgrund der am 1. 1. 1996 in Kraft getretenen Vierten Verordnung zur Änderung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) ist zur Vereinfachung der Abrechnung die Abrechnungsgrundlage für die erbrachten ärztlichen Leistungen von der Gebührenordnung für Ärzte auf die Ersatzkassen-Gebührenordnung umgestellt worden.

Die mit dieser Umstellung verbundenen finanziellen Auswirkungen sind mangels konkreter Daten nicht abzuschätzen. Um nach Möglichkeit eine kostenneutrale Umstellung zu erreichen, haben sich die Vertragspartner zur Minimierung des honorarmäßigen Risikos auf folgende Vorgehensweise geeinigt:

Stellen die Vertragspartner ausgehend von dem Gesamthonorarvolumen für das Jahr 1995 fest, daß dieses für den Abrechnungszeitraum 1996 erheblich unter- bzw. überschritten wurde, werden eine Überprüfung der Berechnungsgrundlage und entsprechende Korrekturmaßnahmen bei den vereinbarten Punktwerten vorgenommen.

## 7. Nachtragsvereinbarung

zum Badearztvertrag zwischen der Postbeamtenkrankenkasse (PBeaKK), Stuttgart, und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), Köln, vom 20. September 1983

I. § 8 erhält folgende Fassung:

„§ 8

1. Für die badeärztliche Tätigkeit zur Durchführung einer Heilkur (Badekur) wird bei einer Kurdauer von 4 Wochen ein Pauschalhonorar in Höhe von 104,80 DM gezahlt. Mit diesem Honorar sind die eingehende Erstuntersuchung des Anspruchsberechtigten einschl. der Aufstellung des Kurplanes, die badeärztliche Leitung und Überwachung der Kur mit den laufenden Untersuchungen einschl. der für die PBeaKK erforderlichen Bescheinigungen und der am Schluß der Kur zu erstellende Kurbericht (Schlußbericht) abgegolten.

2. Für die badeärztliche Tätigkeit bei einer weniger als 4 Wochen dauernden Kur reduziert sich das Honorar nach Abs. 1 um 21,05 DM für jede fehlende volle Woche.

3. Dauert die Kur länger als 4 Wochen, erhöht sich das Honorar nach Abs. 1 für jede weitere volle Woche um 21,05 DM. Dies gilt jedoch nur dann, wenn der Vertragsbadearzt vom Patienten in dieser Woche noch in Anspruch genommen wird und die Verlängerung der Kur von der PBeaKK ausdrücklich genehmigt ist.

4. Beschränkt sich die Tätigkeit des Vertragsbadearztes auf die eingehende Erstuntersuchung und die Aufstellung des Kurplanes, so erhält er ein Honorar in Höhe von 43,95 DM.

5. Über den Umfang der in Abs. 1 bis 4 genannten Leistungen hinaus dürfen nur solche badeärztlichen Verrichtungen, die zur ordnungsgemäßen Durch-

führung der Kur unbedingt erforderlich sind, als Sonderleistungen nach dem Gebührenverzeichnis der GOÄ vom 12. November 1982, zuletzt geändert durch die Vierte Änderungsverordnung vom 18. Dezember 1995, mit dem 1,47fachen des Gebührensatzes unter Zugrundelegung eines Punktwertes von 11,4 Pf berechnet werden.

Die Vergütung für Entschädigungen und der Ersatz von Auslagen erfolgen nach den §§ 7 bis 9 beziehungsweise 10 der GOÄ.

Neben dem Pauschalhonorar nach den Abs. 1 bis 4 dürfen nicht besonders berechnet werden alle der Diagnostik dienenden Leistungen, die in dem Gebührenverzeichnis der GOÄ mit einer

Punktzahl von 70 und weniger bewertet sind; nicht berechnet werden dürfen ferner die GOÄ-Nummern 800 und 801.

6. Ändert sich das festgelegte Pauschalhonorar während der Dauer der Kur, so wird der zum Zeitpunkt der eingehenden Erstuntersuchung geltende Betrag vergütet."

II. § 12 Abs. 1 erhält folgende Fassung:

„1. Der Prüfungsantrag der PBeaKK ist innerhalb einer Frist von 8 Wochen nach Eingang der Abrechnung des Vertragsbadearztes zu stellen. Dem Prüfungsantrag sind die Abrechnung und ggf. die Verordnung(en) des betreffenden Vertragsbadearztes beizufügen. Für jeden Prüfungsantrag zahlt die PBeaKK einen Betrag in Höhe von 41,- DM an die mit der Prüfung beauftragte KV.“

Diese Vereinbarung tritt am 1. April 1996 in Kraft.

## Vereinbarung

zwischen dem Vorstand der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten (KVB), Frankfurt, und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), Köln, betreffend die Änderung des Vertrages vom 13. September 1983 in der Fassung vom 1. Januar 1993

1. In § 5 Abs. 1 werden die Worte „und Anlage E“ ersatzlos gestrichen.

2. § 7 Abs. 2 wird um folgenden Satz ergänzt:

„Die Kosten für vom Prüfarzt erstellte Gutachten tragen die Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten und die zuständige Kassenärztliche Vereinigung je zur Hälfte.“

3. § 8 erhält folgende Fassung:

„Zu den Leistungen nach diesem Vertrag gehören auch die Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten, zur Früherkennung von Krankheiten bei

Kindern sowie die Maßnahmen über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung und die Anwendung von Psychotherapie (Anlage B) entsprechend den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen in der jeweils geltenden Fassung.“

4. Die Anlage A zum Vertrag wird zu I. und II. wie folgt neu gefaßt:

„I. Allgemeines

Für die Vergütung der ärztlichen Leistungen sind die Vorschriften der Ge-

bührenordnung für Ärzte (GOÄ) vom 12. November 1982, zuletzt geändert durch die Vierte Änderungsverordnung vom 18. Dezember 1995, maßgebend, soweit in diesem Vertrag nichts anderes bestimmt ist.

**II. Vergütung der ambulanten ärztlichen Behandlung**

1) Die nach dem Gebührenverzeichnis der GOÄ ambulant erbrachten ärztlichen Leistungen werden als Einzelleistungen jeweils unter Zugrundelegung eines Punktwertes von 11,4 Pf wie folgt vergütet:

Leistungen mit Ausnahme der Abschnitte A, E, M und O mit dem 2,2fachen des Gebührensatzes

Leistungen der Abschnitte A, E und O mit dem 1,8fachen des Gebührensatzes

Leistungen des Abschnitts M sowie nach Nr. 437 mit dem 1,15fachen des Gebührensatzes.

2) Auf Leistungen, die nach den Bestimmungen der GOÄ nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig sind, ist der vereinbarte Multiplikator nicht anzuwenden.“

5. In der Überschrift zu III. und im Absatz 1 erster Satz wird jeweils hinter stationärer bzw. stationär das Wort „belegärztlicher“ bzw. „belegärztlichen“ eingefügt.

6. Die Anlagen B, C und E zum Vertrag werden ersatzlos gestrichen. Die bisherige Anlage D wird Anlage B zum Vertrag und erhält folgende Fassung:

„Anwendung von Psychotherapie

**§ 1**

Für die psychotherapeutische Behandlung gelten die in der vertragsärztlichen Versorgung getroffenen Regelungen entsprechend.

**§ 2**

Bei der Durchführung von Psychotherapie gemäß § 1 sind die Gebührenpositionen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) vom 12. November 1982, zuletzt geändert durch die Vierte Änderungsverordnung vom 18. Dezember 1995, anzusetzen. Für Leistungen, die dort nicht ausdrücklich verzeichnet sind, gelten folgende Regelungen:

1. Nach Nr. 860 GOÄ ist berechnungsfähig

Erhebung des psychodynamischen Status mittels der biographischen Anamnese unter neurosenpsychologischen oder verhaltensanalytischen Gesichtspunkten mit schriftlichen Aufzeichnungen, ggf. einschl. ergänzender Testverfahren, einschl. Beratung des Kranken, ggf. in mehreren Sitzungen

2. Nach Nr. 801 GOÄ ist berechnungsfähig

Vertiefte Exploration mit differentialdiagnostischer Einordnung des Krankheitsbildes und psychotherapeutischer Indikationsstellung unter Einbeziehung der dokumentierten Ergebnisse des psychodynamischen Status

3. Nach Nr. 808 GOÄ ist berechnungsfähig

Bericht an den Gutachter zum Antrag des Versicherten auf Feststellung der Leistungspflicht zur Einleitung oder Verlängerung der tiefenpsychologisch fundierten, der analytischen Psychotherapie oder der Verhaltenstherapie

4. Nach Nrn. 861 bzw. 870 GOÄ – auch als probatorische Sitzungen – und nach Nrn. 862 GOÄ bzw. 871 GOÄ als Gruppenbehandlung ist berechnungsfähig

Die Kurzzeittherapie im Rahmen der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie oder Verhaltenstherapie

5. Nach Nr. 849 GOÄ ist berechnungsfähig

Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände mit schriftlichem Vermerk über die ätiologischen Zusammenhänge, einschl. Beratung, einmal im Behandlungsfall

6. Nach Nr. 806 GOÄ ist berechnungsfähig

Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen unter systematischer Nutzung der Arzt-Patienten-Interaktion, je Sitzung (Dauer mindestens 15 Minuten)

7. Nach Nr. 865 GOÄ ist berechnungsfähig

Ergänzende ärztliche Angaben zum Bericht an den Gutachter.

**§ 3**

Vor Beginn einer Behandlung ist vom Mitglied der KVB ein Antrag auf Feststellung der Leistungspflicht an die KVB zu stellen. In dem Antrag muß der Arzt die Indikation zur gewählten Behandlungsmethode und den Behandlungsplan (z. B. Frequenz, Leistungsumfang, prognostische Einschätzung, begleitende Psychotherapie der Beziehungsperson(en) in der Kinderpsychotherapie) begründen.

**§ 4**

1. Für die Prüfung der Voraussetzungen zur Anwendung der tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Psychotherapie sowie der Verhaltenstherapie ist ein Gutachterverfahren eingerichtet.

2. Die KVB übersendet dem Arzt, der die Psychotherapie selbst ausführen wird bzw. beabsichtigt, sie an einen psychologischen Psychotherapeuten oder

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zu delegieren, nach Beantragung der Leistung durch das Mitglied der KVB (vgl. § 3 dieser Anlage) die entsprechenden Vordrucke. Die Vordrucke sind auszufüllen und an den im Briefkopf genannten Gutachter zu schicken. Bei Antrag auf Fortsetzung der Behandlung ist entsprechend zu verfahren.

**§ 5**

Die ärztlichen Leistungen werden nach Anlage A vergütet.

**§ 6**

Für Gutachten und Obergutachten werden die Gebühren gesondert vereinbart.“

Diese Vereinbarung tritt am 1. April 1996 in Kraft. □

**Protokollnotiz**

**zur Vereinbarung vom 6. Februar 1996 zwischen dem Vorstand der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten (KVB), Frankfurt, und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Köln**

Aufgrund der am 1. 1. 1996 in Kraft getretenen Vierten Verordnung zur Änderung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) wurde es notwendig, die Gebührenregelungen auf die geänderte Abrechnungsbasis umzustellen.

Als Grundlage für diese Umstellung wurde mangels eigener konkreter Daten von den Berechnungen des Bundesministeriums für Gesundheit über die finanziellen Auswirkungen der Neufassung der GOÄ ausgegangen. Danach wird unter Berücksichtigung aller Änderungen eine Erhöhung der Vergütung der ärztlichen Leistungen um ca. 2,9 % (strukturelle Komponente) und durch die zum 1. Januar 1996 wirksam werdende Punktwertanhebung eine Erhöhung von 3,6 % erwartet. Unter Zugrundelegung dieser Daten unterstellen die Vertragspartner, daß sich für den Vertragsbereich der Mitgliedergruppe I-III der KVB eine Ausgabenerhöhung in dieser Größenordnung ergibt.

Die Vertragspartner sind sich dahingehend einig, daß eine Überprüfung der Berechnungsgrundlage für die Umstellung auf die neue GOÄ und entsprechende Korrekturmaßnahmen vorgenommen werden, wenn der unterstellte Prozentsatz von 6,5 % nach Vorliegen der Abrechnungen für den Abrechnungszeitraum 1996 erheblich überschritten wird. □

## 7. Nachtrag

zum Vertrag zwischen dem Vorstand der Deutschen Bundesbahn (jetzt: dem Präsidenten des Bundeseisenbahnvermögens), Frankfurt/Main, und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Köln, über die Heilbehandlung der durch Dienstunfall verletzten Bundesbahnbeamten (jetzt: Beamten des Bundeseisenbahnvermögens) vom 21. Mai 1984

I. Im Vertrag werden die Worte „der Deutschen Bundesbahn“ durch „des Bundeseisenbahnvermögens“, „Bundesbahndirektion Hamburg“ durch „Dienststelle Berlin des BEV“, „Bundesbahnbeamten“ durch „Beamten des BEV“ und „den Bundesbahndirektionen“ durch „der Dienststelle Berlin des BEV“ ersetzt.

|  |           |
|--|-----------|
| 2. Kurzer Befundbericht nach Vordruck          | 15,70 DM  |
| 3. Krankheitsbericht                           | 37,00 DM  |
| 4. Neurologischer Befundbericht                | 50,50 DM  |
| 5. Gutachten zur Feststellung der Unfallfolgen | 108,60 DM |

|   |                            |
|---|----------------------------|
| 6. Gutachten zur Nachprüfung der Unfallfolgen       | 94,90 DM                   |
| 7. Auf Verlangen frei erstattete Gutachten          | 78,70 DM<br>bis 253,60 DM  |
| 8. Eingehend begründete wissenschaftliche Gutachten | 165,80 DM<br>bis 521,00 DM |
| 9. Schreibgebühren bei Berichten und Gutachten      |                            |
| a) je angefangene DIN-A4-Seite                      | 6,84 DM                    |
| b) je Kopie   | 0,34 DM                    |

IV. Diese Vereinbarung tritt am 1. April 1996 in Kraft. □

II. In Anlage A wird der Vorspann wie folgt geändert:

„Auszug aus dem Beamtenversorgungsgesetz (BeamtVG) in der Fassung vom 16. Dezember 1994 (Bundesgesetzblatt I S. 3858)“

III. Die Anlage B (Honorarvereinbarung) zum Vertrag wird wie folgt geändert:

Die Abschnitte I.–III. der Anlage B (Honorarvereinbarung) zum Vertrag werden wie folgt neu gefaßt:

„I. Für die Vergütung der ärztlichen Leistungen sind die Vorschriften der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) vom 12. November 1982, zuletzt geändert durch die Vierte Änderungsverordnung vom 18. Dezember 1995, maßgebend, soweit in diesem Vertrag nichts anderes bestimmt ist.

II. Die nach dem Gebührenverzeichnis der GOÄ erbrachten ärztlichen Leistungen – mit Ausnahme der Leistung nach Nr. 437 und der Leistungen des Abschnittes M (Laboratoriumsuntersuchungen) – werden als Einzelleistungen mit dem 1,57fachen des Gebührensatzes unter Zugrundelegung eines Punktwertes von 11,4 Pf vergütet; dabei ist die errechnete Gebühr auf volle 10 Pf aufzurunden.

Die im Abschnitt M (Laboratoriumsuntersuchungen) des Gebührenverzeichnisses aufgeführten Leistungen sowie die Nr. 437 werden als Einzelleistungen mit dem 1,15fachen des Gebührensatzes unter Zugrundelegung eines Punktwertes von 11,4 Pf vergütet; dabei ist die errechnete Gebühr auf volle 10 Pf aufzurunden.

Auf Leistungen, die nach den Bestimmungen der GOÄ nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig sind, sind die vereinbarten Multiplikatoren nicht anzuwenden.

III. Besondere Gebühren gelten in folgenden Fällen:

1. Arztzeugnis über Dienstunfähigkeit nach vereinbartem Vordruck 9,10 DM

## 7. Nachtrag

zum Vertrag zwischen der Deutschen Bundespost, vertreten durch den Präsidenten des Sozialamtes der Deutschen Bundespost (jetzt: der Unfallkasse Post und Telekom (UK PT) – vertreten durch den Geschäftsführer), Tübingen, und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Köln, über die Heilbehandlung der durch Dienstunfall verletzten Postbeamten (jetzt: Beamten der aus der ehemaligen Deutschen Bundespost hervorgegangenen Unternehmen und Dienststellen) vom 6. Juni 1984

I. Der Vertrag (Stand 1. Juli 1992) wird wie folgt geändert:

1. § 1 erhält folgende Fassung:  
„(1) Im Bereich der ehemaligen Deutschen Bundespost entscheidet die Unfallkasse Post und Telekom Tübingen (im folgenden UK PT genannt) über die Anerkennung eines Unfalles oder einer Krankheit als Dienstunfall. Die UK PT erstattet die notwendigen und angemessenen Kosten der Behandlung jener Gesundheitsschäden, die die Folge eines Dienstunfalles oder einer als Dienstunfall geltenden Krankheit sind.

(2) Die Beschäftigungsstelle des Verletzten teilt die Anerkennung eines Unfalles oder einer Krankheit als Dienstunfall unverzüglich dem behandelnden Arzt durch Übersendung einer Kostenübernahmeerklärung (Fbl 965 121 000) mit. Dieses Formblatt verwendet der Arzt bei seiner Abrechnung über die von ihm erbrachten Leistungen.“

2. In § 2 Abs. 2 wird das Wort „SAP“ ersetzt durch „UK PT“.

3. § 4 erhält folgende Fassung:  
„(1) Die Ärzte oder die von ihnen beauftragten Verrechnungsstellen übersenden die Rechnungen über die Kosten der Heilbehandlung unmittelbar der Unfallkasse Post und Telekom, Postfach 30 50, 72017 Tübingen.

(2) Aus den Kostenbelegen (Fbl 965 121 000) müssen neben dem Befund der Tag der Behandlung, die Art der Verrichtung (Nummer der GOÄ) und der Gesamtbetrag zu ersehen sein.

(3) Die Unfallkasse Post und Telekom Tübingen überweist den angeforderten Rechnungsbetrag unmittelbar an den Arzt oder an die von dem Arzt beauftragte Verrechnungsstelle.“

4. § 5 wird ersatzlos gestrichen.

5. Der bisherige § 6 wird § 5.

6. Der bisherige § 7 wird § 6.

II. In Anlage A wird der Vorspann wie folgt geändert:

„Auszug aus dem Beamtenversorgungsgesetz (BeamtVG) in der Fassung vom 16. Dezember 1994 (Bundesgesetzblatt I S. 3858)“

III. Die Abschnitte I.–III. der Anlage B (Honorarvereinbarung) zum Vertrag werden wie folgt geändert:

„I. Für die Vergütung der ärztlichen Leistungen sind die Vorschriften der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) vom 12. November 1982, zuletzt geändert durch die Vierte Änderungsverordnung vom 18. Dezember 1995, maßgebend, soweit in diesem Vertrag nichts anderes bestimmt ist.

II. Die nach dem Gebührenverzeichnis der GOÄ erbrachten ärztlichen Leistungen – mit Ausnahme der Leistung nach Nr. 437 und der Leistungen des Abschnittes M (Laboratoriumsuntersuchungen) – werden als Einzelleistungen mit dem 1,57fachen des Gebührensatzes unter Zugrundelegung eines Punktwertes von 11,4 Pf vergütet; dabei ist die errechnete Gebühr auf volle 10 Pf aufzurunden.

Die im Abschnitt M (Laboratoriumsuntersuchungen) des Gebührenverzeichnisses aufgeführten Leistungen sowie die Nr. 437 werden als Einzelleistungen mit dem 1,15fachen des Gebührensatzes unter Zugrundelegung eines Punktwertes von 11,4 Pf vergütet; dabei ist die errechnete Gebühr auf volle 10 Pf aufzurunden.

Auf Leistungen, die nach den Bestimmungen der GOÄ nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig sind, sind die vereinbarten Multiplikatoren nicht anzuwenden.

III. Besondere Gebühren gelten in folgenden Fällen:

1. Arztzeugnis über Dienstunfähigkeit nach vereinbartem Vordruck 9,10 DM
2. Kurzer Befundbericht nach Vordruck 15,70 DM
3. Krankheitsbericht 37,00 DM
4. Neurologischer Befundbericht 50,50 DM
5. Gutachten zur Feststellung der Unfallfolgen 108,60 DM
6. Gutachten zur Nachprüfung der Unfallfolgen 94,90 DM

7. Auf Verlangen frei erstattete Gutachten 78,70 DM bis 253,60 DM
8. Eingehend begründete wissenschaftliche Gutachten 165,80 DM bis 521,00 DM
9. Schreibgebühren bei Berichten und Gutachten
  - a) je angefangene DIN-A4-Seite 6,84 DM
  - b) je Kopie 0,34 DM

IV. Diese Vereinbarung tritt am 1. April 1996 in Kraft. □

## Beschlüsse des Arbeitsausschusses des Bewertungsausschusses zur Anwendung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (Interpretationsbeschlüsse)

Der Bewertungsausschuß nach § 87 Abs. 3 SGB V hat in seiner 43. Sitzung am 31. August 1995 folgenden Beschluß gefaßt:

„Der Arbeitsausschuß des Bewertungsausschusses wird ermächtigt, über Auslegungsfragen zum Einheitlichen Bewertungsmaßstab verbindlich zu beschließen und insbesondere die Entscheidungen des Bewertungsausschusses zu EBM-Leistungsbeschreibungen zu interpretieren. Die Auslegungsbeschlüsse ergehen einstimmig; sie werden von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung veröffentlicht.“

Entsprechend dem Beschluß des Bewertungsausschusses hat der Arbeitsausschuß des Bewertungsausschusses die nachfolgend aufgeführten Interpretationsbeschlüsse einstimmig gefaßt. Die Beschlüsse des Arbeitsausschusses werden fortlaufend numeriert und benennen hinter der Numerierung jeweils diejenigen Passagen des EBM, zu denen durch den Arbeitsausschuß des Bewertungsausschusses eine ergänzende Interpretation erfolgt ist. Bei jedem Beschluß des Arbeitsausschusses wird das Datum des Inkrafttretens angegeben.

### Interpretationsbeschlüsse des Arbeitsausschusses des Bewertungsausschusses

*Beschluß Nr. 1 zu:*

#### Allgemeine Bestimmungen B 3.

Wird ein Vertragsarzt ausschließlich zur Erbringung von Leistungen beauftragt, die im „Verzeichnis nicht gesondert abrechnungsfähiger Leistungen“ des EBM aufgeführt sind, kann er dafür die Ordinationsgebühr nach Nr. 1 einmal im Behandlungsfall berechnen.

Im übrigen bleiben die Allgemeinen Bestimmungen B 3. unberührt.

(Gültig ab 1. 1. 1996)

*Beschluß Nr. 2 zu:*

#### Nr. 1 bzw. Abschnitt C III.

Bei Schutzimpfungen im Verletzungsfall sind alle postexpositionellen Injektionen von Tollwut-Aktivimpfstoff, die Erstinjektion von Tetanus-Aktivimpfstoff sowie ggf. erforderliche Injektionen von Passivimpfstoffen mit der Gebühr nach Nr. 1 oder 2 – ggf. in Verbindung mit Nr. 5 – abgegolten.

(Gültig ab 1. 1. 1996)

*Beschluß Nr. 3 zu:*

#### Erste Anmerkung hinter Nr. 5

Auch Gruppenbehandlungen sind nur eine Inanspruchnahme des Arztes. Eine ggf. berechnungsfähige Gebühr nach Nr. 5 ist insgesamt nur einmal auf dem Behandlungsausweis eines der Teilnehmer zu berechnen.

(Gültig ab 1. 1. 1996)

*Beschluß Nr. 4 zu:*

#### Berechnung von Leistungen der Gebührenordnungsabschnitte G III. und G IV. durch psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten können aus den Gebührenordnungsabschnitten G III. und G IV. die Leistungen nach den Nrn. 855, 856, 857, 858, 864, 871-884 und 890-897 – ggf. in Verbindung mit der Gebühr nach Nr. 5 – sowie die Leistung nach Nr. 868 und ggf. Pauschalerstattungen des Kapitels U berechnen.

(Gültig ab 1. 1. 1996)

*Beschluß Nr. 5 zu:*

#### Leistung nach Nr. 50

Das Aufsuchen eines Kranken in der Praxis eines anderen Arztes oder eines Zahnarztes ist auch bei Durchführung von Leistungen des Abschnitts D I. oder von Narkosen nach den Nrn. 185 oder 193 nach Nr. 50 berechnungsfähig.

(Gültig ab 1. 1. 1996)

*Beschluß Nr. 6 zu:*

#### Leistung nach Nr. 192

In der Leistung nach Nr. 192 ist die ärztliche Beratung über die Bedeutung des Eingriffs und die möglichen psychischen und physischen Auswirkungen entsprechend § 218 c StGB enthalten.

(Gültig ab 1. 1. 1996)

*Beschluß Nr. 7 zu:*

#### Leistung nach Nr. 389

Alleinige Messungen der Hautdicke mittels Ultraschall, z. B. zur Osteoporose-Diagnostik, sind nicht Gegenstand der vertragsärztlichen Versorgung und daher nicht berechnungsfähig.

(Gültig ab 1. 1. 1996)

*Beschluß Nr. 8 zu:*

#### Leistungen nach den Nrn. 620 und 621

Werden die Leistungen nach den Nrn. 620 und 621 inhaltsgleich bei implantierten Kardioverter-/Defibrillator-systemen erbracht, können dafür die Nrn. 620 oder 621 berechnet werden.

(Gültig ab 1. 1. 1996)

*Beschluß Nr. 9 zu:*

#### 1. Anmerkung hinter Nr. 812

Die Anmerkung hinter Nr. 812 wurde in unzutreffender Weise aus der bis zum 31. 12. 1995 geltenden Fassung des EBM übernommen. Die Anmerkung ist in der bis zum 31. 12. 1995 geltenden Formulierung weiterhin anzuwenden.

(Gültig ab 1. 1. 1996)

*Beschluß Nr. 10 zu:*

#### Leistung nach Nr. 1227

Hinreichende Voraussetzung zur Erbringung der Leistung nach Nr. 1227 ist

die statische, schwellenbestimmende rechnergestützte Perimetrie mit mindestens 50 Prüforten, ggf. einschließlich statistischer Trendanalyse.

(Gültig ab 1. 1. 1996)

*Beschluß Nr. 11 zu:*

**Leistung nach Nr. 2106**

Die Leistung nach Nr. 2106 kann auch bei der Exzision einer großen intra- oder epidermal gelegenen Geschwulst berechnet werden.

(Gültig ab 1. 1. 1996)

*Beschluß Nr. 12 zu:*

**Leistung nach Nr. 138**

Die Untersuchung zum Nachweis von Chlamydia trachomatis-Antigen(en) aus der Zervix kann auch durch Nukleinsäurenachweis ohne Amplifikation unter Verwendung markierter Sonden erfolgen. Die präventive Leistung ist nach Nr. 138 zu berechnen.

(Gültig ab 1. 1. 1996)

*Beschluß Nr. 13 zu:*

**Kapitel R Magnetfeld-Resonanz-Tomographie (MRT)**

Einstellungssequenzen, Scout-Sequenzen, Localizer oder Initial Scans, die zur Einstellung und sekundären Rekonstruktion von MRT-Untersuchungen dienen, sind gemäß den Allgemeinen Bestimmungen A I. 1., zweiter Satz, nicht gesondert berechnungsfähig.

(Gültig ab 1. 1. 1996)

*Beschluß Nr. 14 zu:*

**Leistung Nr. 66**

Die Berechnung der ambulanten postoperativen und tagesklinischen Betreuung nach den Nrn. 63-66 im Anschluß an ambulante Operationen ohne Leistungsdefinition nach den Nrn. 96-98 ist auch dann zulässig, wenn die entsprechenden Eingriffe nicht unter zuschlagsberechtigten Anästhesien/Narkosen vorgenommen worden sind.

(Gültig ab 1. 1. 1996)

*Beschluß Nr. 15 zu:*

**Gebührenordnungsabschnitt G IV.**

Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten können – neben einer zusätzlichen probatorischen Sitzung für die Erhebung der biographischen Anamnese zur Antragstellung – die Leistung nach Nr. 864 nur zusätzlich berechnen, wenn sie die dokumentierten Ergebnisse der vom delegierenden Arzt erbrachten Leistung nach Nr. 860, ggf. zusätzlich Nr. 861, in die Erarbeitung der Indikationsstellung und die Begründung des Antrages auf Psychotherapie einbeziehen.

(Gültig ab 1. 1. 1996)

*Beschluß Nr. 16 zu:*

**Leistung nach Nr. 2**

Ärzte aus nicht in Nr. 2 aufgeführten Arztgruppen – einschl. ermächtigter Krankenhausärzte, unabhängig von ihrer Gebietsbezeichnung –, die nicht die Berechtigung zur Abrechnung der Nr. 4 haben, können die Nr. 2 neben Auftragsleistungen mit persönlichem Arzt-Patienten-Kontakt berechnen.

(Gültig ab 1. 1. 1996)

*Beschluß Nr. 17 zu:*

**Leistung Nr. 6000**

Intravenöse Einbringungen von Kontrastmitteln mittels Injektion sind nach Nr. 6000 berechnungsfähig.

(Gültig ab 1. 1. 1996) □

**Folgende Ergänzung der vertraglichen Anmerkungen BMÄ und E-GO werden mit Wirkung ab 1. 1. 1996 beschlossen:**

## Änderung der Satzung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung hat am 22. Mai 1995 beschlossen:

**I. Die Satzung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in der Fassung vom 11. Mai 1992 wird wie folgt geändert und ergänzt:**

**1. § 5 wird wie folgt geändert:**

- a) In Absatz 1 werden die Sätze 3 bis 6 gestrichen.
- b) In Absatz 2 wird der Satz 3 gestrichen

**2. § 6 Abs. 2 erhält folgende Fassung (geänderter Passus fett):**

Wahlvorschläge für die Wahl der Vorstandsmitglieder bedürfen jeweils der Unterstützung von mindestens 10 Mitgliedern der Vertreterversammlung; für die Wahl eines Beisitzers, der aus den Vertretern der außerordentlichen Mitglieder gewählt werden soll, können bis zu zwei Wahlvorschläge aufgestellt werden, die nur der Unterstützung von 5 Vertretern der außerordentlichen Mitglieder bedürfen. Die Wahl erfolgt in gesonderten Wahlgängen für jedes Vorstandsmitglied. Gewählt ist, wer die Mehrheit der gültigen abgegebenen Stimmen erhält, Stimmhaltungen zählen dabei nicht mit. Erreicht im ersten Wahlgang keiner der zur Wahl vorgeschlagenen Kandidaten die nötige Stimmenzahl, so findet eine Stichwahl zwischen den beiden Kandidaten statt, welche die meisten Stimmen erhalten haben. **Die Stichwahl ist erforderlichenfalls zu wiederholen. Errei-**

**Aufnahme einer weiteren Anmerkung hinter Nr. 1.**

Soweit ärztlich geleitete Einrichtungen gemäß § 311 Abs. 2 SGB V als Gemeinschaftspraxen geführt werden und nach dem EBM abrechnen, gelten die vorstehenden vertraglichen Regelungen entsprechend.

**Aufnahme eines zweiten Absatzes in die vertragliche Präambel zu Kapitel E.**

Unter Berücksichtigung der allgemeinen Verordnungsgrundsätze der Heil- und Hilfsmittel-Richtlinien können Vertragsärzte, auf deren Veranlassung und unter deren ärztlicher Verantwortung entsprechend der Präambel zum Kapitel E qualifizierte nichtärztliche Mitarbeiter die Leistungen nach den Nrn. 503, 504, 507, 509 und 524 erbringen, die genannten Leistungen unabhängig von ihrer Gebietsbezeichnung berechnen. □

**chen im ersten Wahlgang die Zweitplazierten die gleiche Stimmenzahl, so findet zunächst unter ihnen eine Stichwahl zur Entscheidung über die Teilnahme an der Stichwahl nach Satz 4 statt.** Steht nur ein Wahlvorschlag zur Abstimmung, so können gültige Stimmen nur mit „ja“ oder „nein“ abgegeben werden. Gewählt ist der Vorgeschlagene, wenn die Ja-Stimmen die Nein-Stimmen überwiegen.

**3. In § 7 wird folgender Absatz 5 – neu – angefügt:**

(5) Ein Mitglied des Vorstandes kann durch Beschluß der Vertreterversammlung von seinem Amt abberufen werden. Der Beschluß über die Abberufung bedarf einer Mehrheit von  $\frac{3}{4}$  der Mitglieder der Vertreterversammlung. Der Antrag auf Abberufung muß von mindestens  $\frac{1}{4}$  der Mitglieder der Vertreterversammlung gestellt werden. Über den Antrag kann nur verhandelt und beschlossen werden, wenn er spätestens 4 Wochen vor der Versammlung nach Maßgabe der Bestimmungen des Satzes 3 bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung eingegangen ist.

**II. Die vorstehenden Änderungen der Satzung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung treten gemäß § 11 in Kraft\*). § 7 Abs. 5 gilt erstmals für die auf die Beschlußfassung folgende nächste Amtsperiode des Vorstands.** □

\*) Die Genehmigung durch die Aufsichtsbehörde, Bundesministerium für Gesundheit, ist am 12. 12. 1995 erfolgt.