

B E S C H L U S S

des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 297. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)

zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM)

mit Wirkung zum 1. April 2013

1. Änderung der Leistung nach der Gebührenordnungsposition 32001 im Abschnitt 32.1

Wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen des Kapitels 32 (in Punkten) für

Arztgruppe	Punkte
Allgemeinärzte, Praktische Ärzte, Hausärztliche Internisten	48
Anästhesisten	15
Chirurgen	10
Frauenärzte	30
Hautärzte	5
HNO-Ärzte	5
Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	17
Nervenärzte, Neurologen, Ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	5
Notfallärzte	5
Orthopäden, Ärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin	5
Nuklearmediziner	45
Radiologen	5

Strahlentherapeuten	20
Urologen	70
Fachärztliche Internisten ohne Schwerpunkt (Teilgebiet)	50
Fachärztliche Internisten mit Schwerpunkt (Teilgebiet)	
Angiologie	25
Endokrinologie	80
Gastroenterologie	35
Hämatologie und Internistische Onkologie	240
Kardiologie	20
Nephrologie	165
Pneumologie	20
Rheumatologie	130

je kurativ-ambulantem **Arztfall Behandlungsfall** mit Ausnahme von Überweisungsfällen mit Auftragsleistungen.

Bei einer Ermächtigung nach § 95 Abs. 4 SGB V oder nach 119b Satz 4 SGB V ist der Ermächtigte entsprechend seiner Zugehörigkeit zu den aufgeführten Arztgruppen zu berücksichtigen, sofern der Ermächtigungsumfang dem eines zugelassenen Vertragsarztes entspricht. Andernfalls kann in der Ermächtigung nach Satz 1 die Berechnungsfähigkeit des Wirtschaftlichkeitsbonus bestimmt werden. Ermächtigte Ärzte, Krankenhäuser oder Institute sind entsprechend ihrer Zugehörigkeit zu den aufgeführten Arztgruppen zu berücksichtigen.

Ausgenommen von der - für die **Nr. 32001 Gebührenordnungsposition 32001** relevanten - Zählung der kurativ-ambulantem Behandlungsfälle sind Überweisungsfälle zur Befundung von dokumentierten Untersuchungsergebnissen und Fälle, in denen ausschließlich Kosten der vertraglich vereinbarten Pauschalerstattungen abgerechnet werden. **Zusätzlich bleibt die Zahl der kurativ-ambulantem Behandlungsfälle mit einer Kennnummer nach Nr. 6 der Präambel zum Abschnitt 32.2 unberücksichtigt.**

Die tatsächliche Inanspruchnahme eines an einem Selektivvertrag teilnehmenden Arztes der Arztpraxis von in den Selektivvertrag eingeschriebenen Versicherten ohne Abrechnung von Leistungen über die Kassenärztliche Vereinigung ist bei der Fallzählung nach Nachweis durch den Vertragsarzt zusätzlich zu berücksichtigen, sofern die wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen des Kapitels 32 nicht Gegenstand des selektivvertraglichen Ziffernkranzes sind.

Für (Teil-)Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinische Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten wird die Höhe der Leistungsbewertung der Gebührenordnungsposition 32001 als Summe der Produkte des relativen Anteils der Fälle eines Arztes in der Arztpraxis und der arztgruppenbezogenen Leistungsbewertung der Gebührenordnungsposition 32001 der beteiligten Ärzte errechnet. Beteiligte Ärzte, die nicht zur Abrechnung der Gebührenordnungsposition 32001 berechtigt sind, werden mit 0 Punkten in der arztgruppenbezogenen Leistungsbewertung berücksichtigt.

Für einen Vertragsarzt, der seine Tätigkeit unter mehreren Gebiets- oder Schwerpunktbezeichnungen ausübt, richtet sich die Höhe der Gebührenordnungsposition 32001 nach dem Versorgungsauftrag, mit dem er zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen ist.

2. Neufassung der Präambel 32.2 Allgemeine Laboratoriumsuntersuchungen

1. Bei den im Abschnitt 32.2 aufgeführten Bewertungen handelt es sich um vertraglich vereinbarte EURO-Beträge für die Kosten der laboratoriumsmedizinischen Analysen. Der tatsächliche Vergütungsanspruch errechnet sich aus den vertraglich vereinbarten Euro-Beträgen nach Satz 1 multipliziert mit der für das entsprechende Quartal gültigen Abstaffelungsquote gemäß den Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemäß § 87b Abs. 4 SGB V (Artikel 1, Nr. 24 GKV-VStG) zur Honorarverteilung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen Teil E und gilt als Höchstpreis. Bei Erbringung von laboratoriumsmedizinischen Leistungen des Abschnitts 32.2 durch Laborgemeinschaften haben diese Anspruch auf die Erstattung der tatsächlich entstandenen Kosten höchstens bis zum Höchstpreis. Das Nähere zur Abrechnung von laboratoriumsmedizinischen Leistungen des Abschnitts 32.2 durch Laborgemeinschaften ist in § 25 Abs. 3 Bundesmantelvertrag-Ärzte

bzw. § 28 Abs. 3 Bundesmantelvertrag-Ärzte/Ersatzkassen und in den Richtlinien nach § 106a SGB V geregelt.

2. Für die Kosten eigenerbrachter, von Laborgemeinschaften bezogener Leistungen oder als Auftragsleistung überwiesener kurativ-ambulanter Laboratoriumsuntersuchungen nach dem Abschnitt 32.2 wird je **Vertragsarzt Arztpraxis** und Quartal eine begrenzte Gesamtpunktzahl gebildet, deren Höhe sich aus dem Produkt aus **nach Versichertengruppe differenzierter arztgruppenbezogener Fallpunktzahl** und der jeweiligen Zahl kurativ-ambulanter ~~Fälle des Vertragsarztes~~ **Behandlungsfälle der Arztpraxis** ergibt. In die Berechnung der begrenzten Gesamtpunktzahl gehen nicht ein alle Überweisungsfälle zur ausschließlichen Erbringung von Leistungen der Kapitel 11, 19 und 32, kurativ-ambulante Behandlungsfälle zur Befundung von dokumentierten Untersuchungsergebnissen und Fälle, in denen ausschließlich Kosten der vertraglich vereinbarten Pauschalerstattungen abgerechnet werden. Für von Laborgemeinschaften bezogene kurativ-ambulante Laboratoriumsuntersuchungen gelten diese Kosten als Höchstpreise.
3. Dieser Gesamtpunktzahl steht ein Punktzahlvolumen gegenüber, das sich aus der Umrechnung der vertraglich vereinbarten EURO-Beträge der eigenerbrachten, bezogenen oder überwiesenen kurativ-ambulant Laboratoriumsuntersuchungen nach dem Abschnitt 32.2 ergibt. In dieses Punktzahlvolumen werden von ~~dem Vertragsarzt der Arztpraxis~~ durchgeführte Auftragsleistungen nicht einbezogen.
4. Die Umrechnung in Punkte erfolgt durch Multiplikation mit dem Faktor 26,6, wobei auf ganze Zahlen auf- oder abgerundet wird.
5. Überschreitet die Summe dieser Punkte die begrenzte Gesamtpunktzahl ~~des Vertragsarztes der Arztpraxis~~, werden die überschreitenden Punkte von dem ~~diesem Vertragsarzt dieser Arztpraxis~~ zustehenden Punktzahlvolumen, das sich aus der ~~Nr. Gebührenordnungsposition~~ 32001 ergibt, abgezogen.
6. Bei der Berechnung der begrenzten Gesamtpunktzahl bleibt die Zahl der **Arztfälle Behandlungsfälle** mit den nachfolgend aufgeführten **Krankheitsfällen Untersuchungsindikationen** und bei der Berechnung des Punktzahlvolumens nach Nr. 3 bleiben die Gebührenordnungspositionen nach dem Abschnitt 32.2 unberücksichtigt, die in diesen **Arztfällen Behandlungsfällen** erbracht werden. Die entsprechenden Abrechnungsscheine sind vom abrechnenden Arzt und im Falle einer Überweisung auch von dem veranlassenden Arzt mit den angegebenen Kennnummern zu versehen.

Untersuchungsindikation	Kennnummer
Antivirale Therapie der chronischen Hepatitis B oder C mit Interferon und/oder Nukleosidanaloga	32005
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	32006
Vorsorgeuntersuchungen gemäß den Mutterschafts-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen , soweit die Leistungen nach Kapitel 32 abzurechnen sind, oder prä- bzw. perinatale Infektionen	32007
Anfallsleiden unter antiepileptischer Therapie oder Psychosen unter Clozapintherapie	32008
Allergische Erkrankungen bei Kindern bis zum vollendeten 6. Lebensjahr	32009
Genetisch bedingte Erkrankungen oder Verdacht auf diese Erkrankungen, sofern Untersuchungen nach den Nrn. Gebührenordnungspositionen 11310 bis 11312, 11320 bis 11322 sowie der Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 11.4 durchgeführt werden	32010
Therapiepflichtige hämolytische Anämie, Diagnostik und Therapie der hereditären Thrombophilie, des Antiphospholipidsyndroms oder der Hämophilie	32011
Tumorerkrankung unter parenteraler tumorspezifischer Behandlung oder progrediente Malignome unter Palliativbehandlung	32012
Diagnostik und Therapie von Fertilitätsstörungen, soweit die Laborleistungen nicht Bestandteil der Gebührenordnungspositionen 08530 bis 08561 sind	32013

Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen	32014
Orale Antikoagulantientherapie	32015
Präoperative Labordiagnostik vor ambulanten oder belegärztlichen Eingriffen in Narkose oder in rückenmarksnaher Regionalanästhesie	32016
Manifeste angeborene Stoffwechsel- und/oder endokrinologische Erkrankung(en) bei Kindern und Jugendlichen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr oder Mukoviszidose	32017
Chronische Niereninsuffizienz mit einer endogenen Kreatinin-Clearance < 25 ml/min	32018
Erkrankungen unter systemischer Zytostatika-Therapie und/oder Strahlentherapie	32019
HLA-Diagnostik vor und/oder Nachsorge unter immunsuppressiver Therapie nach allogener Transplantation eines Organs oder hämatopoetischer Stammzellen	32020
Therapiebedürftige HIV-Infektionen	32021
Manifester Diabetes mellitus	32022
Rheumatoide Arthritis (PCP) einschl. Sonderformen und Kollagenosen unter immunsuppressiver oder immunmodulierender Langzeit-Basistherapie	32023

7. Arztgruppenbezogene Fallpunktzahlen für die Kosten der Leistungen des Abschnitts 32.2

Arztgruppe	Versichertengruppe	
		Allgemein-versicherte

Allgemeinärzte, Praktische Ärzte, Hausärztliche Internisten	25	40
Anästhesisten	15	15
Frauenärzte	15	15
Hautärzte	10	10
Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	15	15
Nuklearmediziner	25	20
Strahlentherapeuten	35	30
Urologen	35	45
Fachärztliche Internisten ohne Schwerpunkt (Teilgebiet)	25	40
Fachärztliche Internisten mit Schwerpunkt (Teilgebiet)		
Angiologie	25	40
Endokrinologie	40	55
Gastroenterologie	15	20
Hämatologie und Onkologie	140	165
Kardiologie	10	10
Nephrologie	95	130
Pneumologie	25	30
Rheumatologie	60	80
Nicht aufgeführte Arztgruppen	5	10

Bei einer Ermächtigung nach § 95 Abs. 4 SGB V oder nach 119b Satz 4 SGB V ist der Ermächtigte entsprechend seiner Zugehörigkeit zu den aufgeführten Arztgruppen zu berücksichtigen, sofern der Ermächtigungsumfang dem eines zugelassenen Vertragsarztes entspricht. Andernfalls kann in der Ermächtigung nach Satz 1 die Fallpunktzahl bestimmt werden. ~~Ermächtigte Ärzte, Krankenhäuser oder Institute sind entsprechend ihrer Zugehörigkeit zu den aufgeführten Arztgruppen zu berücksichtigen.~~

8. Für einen Arzt, der seine vertragsärztliche Tätigkeit unter mehreren Gebiets- oder Schwerpunktbezeichnungen ausübt, richtet sich die Höhe der arztgruppenbezogenen Fallpunktzahl je Allgemeinversicherten und je Rentner nach dem Versorgungsauftrag, mit dem er zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen ist.
 9. Für **(Teil-)Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinische Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten** wird die Höhe der Fallpunktzahl je Versichertengruppe als Summe der Produkte des relativen Anteils der jeweiligen Fälle eines Arztes in der Arztpraxis und der arztgruppenbezogenen Fallpunktzahl der beteiligten Ärzte errechnet.
 - ~~9.~~ 10. Die Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 32.2 sind im Zyklusfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 08550, 08551, 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.
 - ~~10.~~ 11. Die Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 32.2 sind am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 31.1.2 und nicht neben der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.
 - ~~11.~~ 12. Im Zusammenhang mit einer Screening-Untersuchung dürfen Tumormarker nicht verwendet werden.
3. **Neufassung der Präambel 32.3 Spezielle Laboratoriumsuntersuchungen, molekulargenetische und molekularpathologische Untersuchungen**
1. Bei den im Abschnitt 32.3 aufgeführten Bewertungen handelt es sich um vertraglich vereinbarte EURO-Beträge für die Kosten der laboratoriumsmedizinischen Analysen. Der tatsächliche Vergütungsanspruch errechnet sich aus den vertraglich vereinbarten Euro-Beträgen nach Satz 1 multipliziert mit der für das entsprechende Quartal gültigen Abstaffelungsquote gemäß den Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemäß § 87b

- Abs. 4 SGB V (Artikel 1, Nr. 24 GKV-VStG) zur Honorarverteilung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen Teil E und gilt als Höchstpreis.
2. Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 32.3 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Vereinbarung zu den Laboratoriumsuntersuchungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.
 3. Für die Kosten eigenerbrachter oder als Auftragsleistung überwiesener kurativ-ambulanter Laboratoriumsuntersuchungen nach dem Abschnitt 32.3 wird je **Vertragsarzt Arztpraxis** und Quartal eine begrenzte Gesamtpunktzahl gebildet, deren Höhe sich aus dem Produkt aus **nach Versichertengruppe differenzierter** arztgruppenbezogener Fallpunktzahl und der **jeweiligen** Zahl kurativ-ambulanter **Fälle Behandlungsfälle des Vertragsarztes der Arztpraxis** ergibt. **Die tatsächliche Inanspruchnahme eines an einem Selektivvertrag teilnehmenden Arztes der Arztpraxis von in Selektivverträgen eingeschriebenen Versicherten ohne Abrechnung von Leistungen über die Kassenärztliche Vereinigung ist bei der Fallzählung nach Nachweis durch den Vertragsarzt zusätzlich zu berücksichtigen.** In die Berechnung der begrenzten Gesamtpunktzahl gehen nicht ein alle Überweisungsfälle zur ausschließlichen Erbringung von **Leistungen** entsprechend ~~der den~~ Gebührenordnungspositionen der Kapitel 11, 19 und 32, kurativ-ambulante Behandlungsfälle zur Befundung von dokumentierten Untersuchungsergebnissen und Fälle, in denen ausschließlich Kosten der vertraglich vereinbarten Pauschalerstattungen abgerechnet werden.
 4. Dieser Gesamtpunktzahl steht ein Punktzahlvolumen gegenüber, das sich aus der Umrechnung der vertraglich vereinbarten und nicht gestaffelten EURO-Beträge der eigenerbrachten, bezogenen oder überwiesenen kurativ-ambulant Laboratoriumsuntersuchungen nach dem Abschnitt 32.3 ergibt. In dieses Punktzahlvolumen werden von der Arztpraxis durchgeführte Auftragsleistungen nicht einbezogen. Im Falle der Abstufelung von **entsprechenden Gebührenordnungspositionen Leistungen nach der Präambel Nr. 11** sind die EURO-Beträge in voller nicht gestaffelter **und vertraglich vereinbarter** Höhe umzurechnen.
 5. Die Umrechnung in Punkte erfolgt durch Multiplikation mit dem Faktor 28,6, wobei auf ganze Zahlen auf- oder abgerundet wird.
 6. Überschreitet die Summe dieser Punkte die begrenzte Gesamtpunktzahl ~~des Vertragsarztes der Arztpraxis~~, werden die überschreitenden Punkte von dem ~~diesem~~ **Vertragsarzt dieser Arztpraxis** zustehenden Punktzahlvolumen, das sich aus der **Nr. Gebührenordnungsposition 32001** ergibt, abgezogen. **Die tatsächliche Inanspruchnahme eines an einem**

Selektivvertrag teilnehmenden Arztes der Arztpraxis von in Selektivverträgen eingeschriebenen Versicherten ohne Abrechnung von Leistungen über die Kassenärztliche Vereinigung ist bei der Ermittlung des dieser Arztpraxis zustehenden Punktzahlvolumens mit dem Produkt aus der Anzahl der Fälle im Selektivvertrag und der arztgruppenbezogenen Punktzahl der Gebührenordnungsposition 32001 nach Nachweis durch den Vertragsarzt zu berücksichtigen.

7. Bei der Berechnung der begrenzten Gesamtpunktzahl bleibt die Zahl der Behandlungsfälle mit den ~~Krankheitsfällen~~ **Untersuchungsindikationen**, die in Nr. 6 der Präambel zum Abschnitt 32.2 aufgeführt sind, und bei der Berechnung des Punktzahlvolumens nach Nr. 4 bleiben die Leistungen entsprechend der Gebührenordnungspositionen nach dem Abschnitt 32.3 unberücksichtigt, die in diesen Behandlungsfällen erbracht werden. Satz 2 der Nr. 6 der Präambel zum Abschnitt 32.2 gilt entsprechend.
8. Arztgruppenbezogene Fallpunktzahlen für die Kosten der Leistungen des Abschnitts 32.3

Arztgruppe	Versichertengruppe	
	Allgemein- versicherte	Rentner
Allgemeinärzte, Praktische Ärzte, Hausärztliche Internisten	40	30
Frauenärzte	60	50
Hautärzte	30	30
Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	45	45
Nervenärzte, Neurologen, Ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	15	15
Nuklearmediziner	210	160
Strahlentherapeuten	40	70

Urologen	70	75
Fachärztliche Internisten ohne Schwerpunkt (Teilgebiet)	70	50
Fachärztliche Internisten mit Schwerpunkt (Teilgebiet)		
Angiologie	70	50
Endokrinologie	850	810
Gastroenterologie	70	50
Hämatologie und Onkologie	200	220
Kardiologie	20	10
Nephrologie	250	300
Pneumologie	65	45
Rheumatologie	310	300
Nicht aufgeführte Arztgruppen	10	10

Bei einer Ermächtigung nach § 95 Abs. 4 SGB V oder nach 119b Satz 4 SGB V ist der Ermächtigte entsprechend seiner Zugehörigkeit zu den aufgeführten Arztgruppen zu berücksichtigen, sofern der Ermächtigungsumfang dem eines zugelassenen Vertragsarztes entspricht. Andernfalls kann in der Ermächtigung nach Satz 1 die Fallpunktzahl bestimmt werden. ~~Ermächtigte Ärzte, Krankenhäuser oder Institute sind entsprechend ihrer Zugehörigkeit zu den aufgeführten Arztgruppen zu berücksichtigen.~~

9. Für einen Arzt, der seine vertragsärztliche Tätigkeit unter mehreren Gebiets- oder Schwerpunktbezeichnungen ausübt, **ergibt richtet** sich die Höhe der arztgruppenbezogenen Fallpunktzahl je Allgemeinversicherten und je Rentner nach dem Versorgungsauftrag mit dem er zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen ist.
- 10. Für (Teil-)Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinische Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten wird die Höhe**

der Fallpunktzahl je Versichertengruppe als Summe der Produkte des relativen Anteils der jeweiligen Fälle eines Arztes in der Arztpraxis und der arztgruppenbezogenen Fallpunktzahl der beteiligten Ärzte errechnet.

- ~~10.~~ **11.** Die Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 32.3 unterliegen einer Staffelung je Arztpraxis in Abhängigkeit von der im Quartal erbrachten Anzahl der Gebührenordnungspositionen nach dem Abschnitt 32.3. Rechnet die Arztpraxis mehr als 450.000 Gebührenordnungspositionen nach dem Abschnitt 32.3 im Quartal ab, wird die Vergütung in EURO der darüber hinaus abgerechneten Kosten nach dem Abschnitt 32.3 um 20 % vermindert. Sofern ein Höchstwert zu berechnen ist, zählen die dem Höchstwert zugrunde liegenden Gebührenordnungspositionen hinsichtlich der Abstufung insgesamt als eine Gebührenordnungsposition.
- ~~11.~~ **12.** Die Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 32.3 sind im Zyklusfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 08550, 08551, 08552, 08560 und 08561 berechnungsfähig.
- ~~12.~~ **13.** Die Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 32.3 sind am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 31.1.2 und nicht neben der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.