

## BESCHLUSS

### des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 321. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)

### zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM)

mit Wirkung zum 1. April 2014

---

1. **Änderung des 1. Absatzes der Allgemeinen Bestimmungen Nr. 1.7**

Die im Anhang 3 aufgeführten Kalkulationszeiten werden unter Berücksichtigung des Komplexierungs- und Pauschalisierungsgrades als Basis gemäß § 46 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) ~~bzw. § 42 Arzt-/Ersatzkassen-Vertrag (EKV)~~ für die Plausibilitätsprüfungen vertragsärztlicher Leistungen verwendet.

2. **Änderung des 2. Absatzes der Allgemeinen Bestimmungen Nr. 2.1.4**

Unbeschadet der grundsätzlichen Verpflichtung zur Übermittlung von Behandlungsdaten sind die nachfolgenden Gebührenordnungspositionen insbesondere nur dann vollständig erbracht und können nur berechnet werden, wenn mindestens ein Bericht im Behandlungsfall entsprechend der Gebührenordnungsposition 01600 bzw. ein Brief entsprechend der Gebührenordnungsposition 01601 an den Hausarzt erfolgt ist, sofern sie nicht vom Hausarzt selbst erbracht worden sind, es sei denn die Leistungen werden auf Überweisung zur Durchführung von Auftragsleistungen (Indikations- oder Definitionsauftrag) gemäß § 24 Abs. 3 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) ~~bzw. § 27 Abs. 3 Arzt-/Ersatzkassen-Vertrag (EKV)~~ erbracht: 02311, 02312, 02313, 07310, 07311, 07320, 07330, 08310, 13250, 13300, 13350, 13500, 13501, 13502, 13545, 13550, 13561, 13600, 13601, 13602, 13650, 13700, 13701, 14313, 14314, 16230, 16231, 16232, 16233, 18310, 18311, 18320, 18330, 18331, 21230, 21231, 21233, 30110, 30111, 30702, 30704 und 30901. Für Gebührenordnungspositionen des Abschnittes 35.2 ist die Berichtspflicht erfüllt, wenn zu Beginn und nach Beendigung einer Psychotherapie, mindestens jedoch einmal im Krankheitsfall bei Therapien, die länger als ein Jahr dauern, ein Bericht an den Hausarzt entsprechend der

Gebührenordnungsposition 01600 bzw. ein Brief entsprechend der Gebührenordnungsposition 01601 erstellt und versendet wird.

**3. Änderung der Allgemeinen Bestimmungen Nr. 2.1.5**

Ausschließlich auf Überweisung tätige Ärzte gemäß § 13 Abs. 4 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) ~~bzw. § 7 Abs. 4 Arzt-/Ersatzkassenvertrag (EKV)~~ sind von der Regelung in Nr. 2.1.4 entbunden.

**4. Änderung des 1. Absatzes der Allgemeinen Bestimmungen Nr. 2.1.6**

Wird ein Vertragsarzt ausschließlich zur Durchführung von Leistungen beauftragt, die im "Verzeichnis der nicht gesondert berechnungsfähigen Leistungen" (Anhang 1) des EBM aufgeführt und die einer Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale zugeordnet sind, ist anstelle der einzelnen Leistungen die Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale der Fachgruppe einmal im Behandlungsfall mit 50 % der Punktzahl zu berechnen. Auch bei Durchführung von mehreren Auftragsleistungen (Indikations- oder Definitionsaufträge gemäß § 24 Abs. 7 Nr. 1 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) ~~bzw. § 27 Abs. 7 Nr. 1 Arzt-/ Ersatzkassenvertrag (EKV)~~) in einem Behandlungsfall ist die mit 50 % der Punktzahl zu berechnende Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale nur einmalig berechnungsfähig.

**5. Änderung der Allgemeinen Bestimmungen Nr. 2.2**

Eine Gebührenordnungsposition ist nur berechnungsfähig, wenn der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Arzt die für die Abrechnung relevanten Inhalte gemäß §§ 14a, 15 und § 25 **Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä)** ~~bzw. §§ 14, 20a und § 28 EKV~~ persönlich erbringt.

**6. Änderung der Allgemeinen Bestimmungen Nr. 3.1**

Der Behandlungsfall ist definiert in § 21 Abs. 1 **Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä)** ~~bzw. § 25 Abs. 1 EKV~~ als Behandlung desselben Versicherten durch dieselbe Arztpraxis in einem Kalendervierteljahr zu Lasten derselben Krankenkasse.

**7. Änderung der Allgemeinen Bestimmungen Nr. 3.2**

Der Krankheitsfall ist definiert in § 21 Abs. 1 **Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä)** ~~bzw. § 25 Abs. 1 EKV~~ und umfasst das aktuelle sowie die drei

nachfolgenden Kalendervierteljahre, die der Berechnung der krankheitsfallbezogenen Gebührenordnungsposition folgen.

#### 8. **Änderung der Allgemeinen Bestimmungen Nr. 3.3**

Der Betriebsstättenfall ist definiert in § 21 Abs. 1a **Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) bzw. in § 25 Abs. 1a EKV** und umfasst die Behandlung desselben Versicherten in einem Kalendervierteljahr durch einen oder mehrere Ärzte derselben Betriebsstätte oder derselben Nebenbetriebsstätte zu Lasten derselben Krankenkasse unabhängig vom behandelnden Arzt.

#### 9. **Änderung der Allgemeinen Bestimmungen Nr. 3.4**

Der Arztfall ist definiert in § 21 Abs. 1b **Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) bzw. in § 25 Abs. 1b EKV** und umfasst die Behandlung desselben Versicherten durch denselben an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt in einem Kalendervierteljahr zu Lasten derselben Krankenkasse unabhängig von der Betriebs- oder Nebenbetriebsstätte.

#### 10. **Änderung des 4. Absatzes der Allgemeinen Bestimmungen Nr. 4.1**

Bei Überweisungen zur Durchführung von Auftragsleistungen (Indikations- oder Definitionsauftrag gemäß § 24 Abs. 7 Nr. 1 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) **bzw. § 27 Abs. 7 Nr.1 Arzt-/ Ersatzkassenvertrag (EKV)**), die nicht im Anhang 1 (Spalten VP und/oder GP) aufgeführt sind (s. Allgemeine Bestimmung 2.1.6) an nicht ausschließlich auf Überweisung tätige Ärzte gemäß § 13 Abs. 4 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) **bzw. § 7 Abs. 4 Arzt-/Ersatzkassenvertrag (EKV)**, ist nicht die Versicherten- oder Grundpauschale sondern die Konsultationspauschale entsprechend der Gebührenordnungsposition 01436 zu berechnen.

#### 11. **Änderung der Allgemeinen Bestimmungen Nr. 4.3.2**

Die Berechnung von Komplexen und Zusatzpauschalen ist nur möglich, wenn die apparativen, räumlichen und persönlichen Voraussetzungen - in Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren bzw. Arztpraxen mit angestellten Ärzten unbeschadet der Regelung gemäß § 11 Abs. 1 **Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) bzw. § 39 Abs. 1 EKV und Nr. 23b § 41** der Bedarfsplanungs-Richtlinien-Ärzte zumindest von einem an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt - zur Erbringung mindestens eines obligaten sowie aller fakultativen Leistungsinhalte im Gebiet und/oder im Schwerpunkt gegeben sind. Die apparative Ausstattung zur Erbringung

fakultativer Leistungsinhalte ist beim Vertragsarzt erfüllt, wenn er über die Möglichkeit der Erbringung der fakultativen Leistungsinhalte verfügt und diese der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung auf Anforderung nachweisen kann. Für Ärzte, die ausschließlich im Status eines angestellten Arztes tätig sind, gilt diese Regelung nur für die Betriebsstätten derselben Arztpraxis. Für die in den Versicherten-, Grund- bzw. Konsiliarpauschalen und die in Anhang 1 (Spalte VP / GP) genannten Leistungen findet diese Bestimmung keine Anwendung.

## 12. Änderung der Allgemeinen Bestimmungen Nr. 5.2

Bei der Berechnung sind die Gebührenordnungspositionen nach Maßgabe der Kassenärztlichen Vereinigungen unter Angabe der Arztnummer sowie aufgeschlüsselt nach Betriebs- und Nebenbetriebsstätten gemäß § 44 Abs. ~~6~~ **7 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) bzw. § 34 Abs. 12 EKV** zu kennzeichnen.

## 13. Änderung der Leistungslegendierung der Gebührenordnungsposition 01321

01321 **Grundpauschale** für Ärzte, Institute und Krankenhäuser, die zur Erbringung von Leistungen innerhalb mindestens eines der nicht in der Gebührenordnungsposition 01320 aufgeführten Fachgebiete ermächtigt sind, mit Ausnahme der Ärzte, die nach § 13 Abs. 4 Bundesmantelvertrag Ärzte (**BMV-Ä**) ~~bzw. nach § 7 Abs. 4 Ersatzkassenvertrag (Bundesmantelvertrag Ersatzkassen)~~ nur auf Überweisung in Anspruch genommen werden können

## 14. Änderung des obligaten Leistungsinhalts der Gebührenordnungsposition 01436

01436 **Konsultationspauschale**  
*Obligater Leistungsinhalt*

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Diagnostik und/oder Behandlung einer/von Erkrankung(en) eines Patienten im Rahmen einer Überweisung zur Durchführung von Auftragsleistungen (Indikations- oder Definitionsauftrag gemäß § 24 Abs. 7 Nr. 1

Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) ~~bzw. § 27 Abs. 7 Nr. 1 Arzt-/Ersatzkassenvertrag (EKV)~~ an nicht ausschließlich auf Überweisung tätige Ärzte gemäß § 13 Abs. 4 **Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) bzw. § 7 Abs. 4 EKV**

und/oder

- Diagnostik einer/von Erkrankungen eines Patienten im Rahmen einer Überweisung zur Konsiliaruntersuchung, Mitbehandlung oder Weiterbehandlung gemäß § 24 Abs. 7 Nrn. 2, 3 oder 4 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) ~~bzw. § 27 Abs. 7 Nrn. 2, 3 oder 4 Arzt-/Ersatzkassenvertrag (EKV)~~ zur Erbringung von Leistungen entsprechend der Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 31.1, ggf. in mehreren Sitzungen

und/oder

- Diagnostik und/oder Behandlung einer/von Erkrankung(en) eines Patienten im Rahmen einer Überweisung zur Konsiliaruntersuchung, Mitbehandlung oder Weiterbehandlung gemäß § 24 Abs. 7 Nrn. 2, 3 oder 4 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) ~~bzw. § 27 Abs. 7 Nrn. 2, 3 oder 4 Arzt-/Ersatzkassenvertrag (EKV)~~ innerhalb derselben Arztgruppe gemäß § 24 Abs. 4 **Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä), bzw. § 27 Abs. 4 EKV** zur Durchführung von Leistungen entsprechend der Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 31.2 und/oder 31.5, ggf. in mehreren Sitzungen

und/oder

- Diagnostik und/oder Behandlung einer/von Erkrankung(en) eines Patienten im Rahmen einer Überweisung zur Konsiliaruntersuchung, Mitbehandlung oder Weiterbehandlung gemäß § 24 Abs. 7 Nrn. 2, 3 oder 4 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) ~~bzw. § 27 Abs. 7 Nrn. 2, 3 oder 4 Arzt-/Ersatzkassenvertrag (EKV)~~ innerhalb derselben Arztgruppe gemäß § 24 Abs. 4 **Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä), bzw. § 27 Abs. 4 EKV** zur Durchführung von Leistungen entsprechend der Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 31.4

**15. Änderung der 1. Bestimmung des Abschnitts 1.6**

1. Für das Ausstellen von Auskünften, Bescheinigungen, Zeugnissen, Berichten und Gutachten auf besonderes Verlangen der Krankenkassen bzw. des Medizinischen Dienstes gelten die Regelungen gemäß § 36 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) ~~bzw. § 18 Arzt-/Ersatzkassenvertrag (EKV).~~

**16. Änderung der 1. Anmerkung nach der Gebührenordnungsposition 01750**

*Die Gebührenordnungsposition 01750 ist nur durch den Programmverantwortlichen Arzt gemäß § 3 Abs. 2 der Anlage 9.2 ~~der Bundesmantelverträge~~ **Bundesmantelverträge des Bundesmantelvertrags-Ärzte (BMV-Ä)** berechnungsfähig.*

**17. Änderung der Leistungslegendierung, des obligaten Leistungsinhalts sowie der dritten Anmerkung der Gebührenordnungsposition 01753**

01753 **Abklärungsdiagnostik I** gemäß § 12 der Anlage 9.2 ~~der Bundesmantelverträge~~ **des Bundesmantelvertrags-Ärzte (BMV-Ä)**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Abklärungsdiagnostik gemäß § 12 der Anlage 9.2 **des Bundesmantelvertrags-Ärzte (BMV-Ä) der Bundesmantelverträge**

*Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 01753 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung gemäß Anlage 9.2 **des Bundesmantelvertrags-Ärzte (BMV-Ä) der Bundesmantelverträge** voraus, welche nicht gleichzeitig für die Gebührenordnungsposition 01754 erteilt werden kann.*

**18. Änderung der Leistungslegendierung, des obligaten Leistungsinhalts sowie der zweiten Anmerkung der Gebührenordnungsposition 01754**

01754 **Abklärungsdiagnostik II** gemäß § 12 der Anlage 9.2 **des Bundesmantelvertrags-Ärzte (BMV-Ä) der Bundesmantelverträge**

*Obligater Leistungsinhalt*

- Abklärungsdiagnostik gemäß § 12 der Anlage 9.2 **des Bundesmantelvertrags-Ärzte**

**(BMV-Ä) der Bundesmantelverträge**

*Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 01754 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung gemäß Anlage 9.2 **des Bundesmantelvertrags-Ärzte (BMV-Ä) der Bundesmantelverträge** voraus, welche nicht gleichzeitig für die Gebührenordnungsposition 01753 erteilt werden kann.*

**19. Änderung der Leistungslegendierung der Gebührenordnungsposition 01755**

01755 **Stanzbiopsie(n) unter Röntgenkontrolle im Rahmen der Abklärungsdiagnostik** gemäß § 19 der Anlage 9.2 **des Bundesmantelvertrags-Ärzte (BMV-Ä) der Bundesmantelverträge** durch den Arzt, der nicht die Abklärungsdiagnostik nach der Gebührenordnungsposition 01753 oder 01754 durchführt

**20. Änderung der Leistungslegendierung der Gebührenordnungsposition 01756**

01756 **Histologische Untersuchung eines durch eine Biopsie gewonnenen Materials** gemäß § 20 der Anlage 9.2 **des Bundesmantelvertrags-Ärzte (BMV-Ä) der Bundesmantelverträge**

**21. Änderung der Leistungslegendierung der Gebührenordnungsposition 01758**

01758 **Teilnahme an einer multidisziplinären Fallkonferenz** gemäß § 13 der Anlage 9.2 **des Bundesmantelvertrags-Ärzte (BMV-Ä) der Bundesmantelverträge**, ggf. auch Teilnahme des behandelnden Frauen- und Hausarztes

**22. Änderung der Leistungslegendierung der Gebührenordnungsposition 01759**

01759 **Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 01753 oder 01755** für Vakuumbiopsie(n) der Mamma gemäß § 19 der Anlage 9.2 **des Bundesmantelvertrags-Ärzte (BMV-Ä) der Bundesmantelverträge** und gemäß der

Qualitätssicherungsvereinbarung zur  
Vakuumbiopsie der Brust nach § 135 Abs. 2 SGB  
V

**23. Änderung der Nrn. 8 und 11 der Präambel 3.1**

8. Die in der Präambel genannten Vertragsärzte sind - unbeschadet der Regelungen gemäß 5 und 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen - bei Vorliegen der Voraussetzungen gemäß Anlage 8 des Bundesmantelvertrages-Ärzte **(BMV-Ä)/Arzt-Ersatzkassenvertrag** zur Abrechnung der Kostenpauschalen 40870 und 40872 berechtigt.
11. Relevant für die Fallzählung der Vergütung der Gebührenordnungsposition 03230 sind Behandlungsfälle gemäß § 21 Abs. 1 und Abs. 2 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) ~~bzw. § 25 Abs. 1 und Abs. 2 Arzt-Ersatzkassenvertrag (EKV)~~, ausgenommen Notfälle im organisierten Not(-fall)dienst (Muster 19 der Vordruck-Vereinbarung) und Überweisungsfälle zur Durchführung ausschließlich von Probenuntersuchungen oder zur Befundung von dokumentierten Untersuchungsergebnissen und Behandlungsfälle, in denen ausschließlich Kostenerstattungen des Kapitels 40 berechnet werden, sowie stationäre (belegärztliche) Behandlungsfälle.

**24. Änderung der 3. und 4. Anmerkung nach der Gebührenordnungsposition 03040**

*Die Gebührenordnungsposition 03040 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen der "Onkologie-Vereinbarung" (Anlage 7 ~~des Bundesmantelvertrags-Ärzte (BMV-Ä) zu den Bundesmantelverträgen~~) berechnungsfähig. Diese Ausschlüsse finden in versorgungsbereichsübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten keine Anwendung, sofern diese Leistungen von Vertragsärzten des fachärztlichen Versorgungsbereiches erbracht werden.*

*Die Gebührenordnungsposition 03040 ist im Behandlungsfall nicht neben Leistungen gemäß § 6 (Abgrenzungen der fachärztlichen Versorgung) Anlage 5 ~~des Bundesmantelvertrags-Ärzte (BMV-Ä) / Arzt-Ersatzkassenvertrag (EKV)~~ berechnungsfähig.*



*Diese Ausschlüsse finden in versorgungsbereichsübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten keine Anwendung, sofern diese Leistungen von Vertragsärzten des fachärztlichen Versorgungsbereiches erbracht werden.*

**25. Änderung der 2. und 3. Anmerkung nach der Gebührenordnungsposition 03220**

*Die Gebührenordnungsposition 03220 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen der "Onkologie-Vereinbarung" (Anlage 7 **des Bundesmantelvertrags-Ärzte (BMV-Ä) zu den Bundesmantelverträgen**) berechnungsfähig. Diese Ausschlüsse finden in versorgungsbereichsübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten keine Anwendung, sofern diese Leistungen von Vertragsärzten des fachärztlichen Versorgungsbereiches erbracht werden.*

*Die Gebührenordnungsposition 03220 ist im Behandlungsfall nicht neben Leistungen gemäß § 6 (Abgrenzungen der fachärztlichen Versorgung) Anlage 5 **des Bundesmantelvertrags-Ärzte (BMV-Ä) / Arzt-Ersatzkassenvertrag (EKV)** berechnungsfähig. Diese Ausschlüsse finden in versorgungsbereichsübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten keine Anwendung, sofern diese Leistungen von Vertragsärzten des fachärztlichen Versorgungsbereiches erbracht werden.*

**26. Änderung der 2. und 3. Anmerkung nach der Gebührenordnungsposition 03221**

*Die Gebührenordnungsposition 03221 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen der "Onkologie-Vereinbarung" (Anlage 7 **des***

~~**Bundemantelvertrags-Ärzte (BMV-Ä) zu den Bundemantelverträgen**~~ berechnungsfähig.  
Diese Ausschlüsse finden in versorgungsbereichsübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten keine Anwendung, sofern diese Leistungen von Vertragsärzten des fachärztlichen Versorgungsbereiches erbracht werden.

Die Gebührenordnungsposition 03221 ist im Behandlungsfall nicht neben Leistungen gemäß § 6 (Abgrenzungen der fachärztlichen Versorgung) Anlage 5 ~~des Bundemantelvertrags-Ärzte (BMV-Ä) / Arzt-Ersatzkassenvertrag (EKV)~~ berechnungsfähig.  
Diese Ausschlüsse finden in versorgungsbereichsübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten keine Anwendung, sofern diese Leistungen von Vertragsärzten des fachärztlichen Versorgungsbereiches erbracht werden.

## 27. Änderung der Nrn. 4 und 12 der Präambel 4.1

4. Wird ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt oder Zusatzweiterbildung im Arztfall ausschließlich im hausärztlichen Versorgungsbereich tätig, sind die pädiatrischen Versichertenpauschalen aus Abschnitt 4.2.1 berechnungsfähig. Wird ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt oder Zusatzweiterbildung im Arztfall im fachärztlichen Versorgungsbereich tätig, sind abweichend von 4.1 der Allgemeinen Bestimmungen die Versichertenpauschalen aus Abschnitt 4.2.1 mit einem Aufschlag in Höhe von 60 % der jeweiligen Punktzahl berechnungsfähig. Die Regelungen unter 6.1 der Allgemeinen Bestimmungen bleiben davon unberührt. Erfolgt die Behandlung eines Versicherten auf Überweisung zur Durchführung von Auftragsleistungen (Indikations- bzw. Definitionsauftrag gemäß § 24 Abs. 7 Nr. 1 ~~**Bundemantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) bzw. § 27 Abs. 7 Nr. 1 EKV**~~) ist für den Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin gemäß 4.1 der Allgemeinen Bestimmungen neben den Gebührenordnungspositionen seines Abschnitts die Gebührenordnungsposition 01436 - Konsultationspauschale - berechnungsfähig.

12. Relevant für die Fallzählung der Vergütung der Gebührenordnungsposition 04230 sind Behandlungsfälle gemäß § 21 Abs. 1 und Abs. 2 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) ~~bzw. § 25 Abs. 1 und Abs. 2 Arzt-/Ersatzkassenvertrag (EKV)~~, ausgenommen Notfälle im organisierten Not(-fall)dienst (Muster 19 der Vordruck-Vereinbarung) und Überweisungsfälle zur Durchführung ausschließlich von Probenuntersuchungen oder zur Befundung von dokumentierten Untersuchungsergebnissen und Behandlungsfälle, in denen ausschließlich Kostenerstattungen des Kapitels 40 berechnet werden, sowie stationäre (belegärztliche) Behandlungsfälle.

**28. Änderung der 3. und 4. Anmerkung nach der Gebührenordnungsposition 04040**

*Die Gebührenordnungsposition 04040 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen der "Onkologie-Vereinbarung" (Anlage 7 **des Bundesmantelvertrags-Ärzte (BMV-Ä) zu den Bundesmantelverträgen**) berechnungsfähig. Diese Ausschlüsse finden in versorgungsbereichsübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten keine Anwendung, sofern diese Leistungen von Vertragsärzten des fachärztlichen Versorgungsbereiches erbracht werden.*

*Die Gebührenordnungsposition 04040 ist im Behandlungsfall nicht neben Leistungen gemäß § 6 (Abgrenzungen der fachärztlichen Versorgung) Anlage 5 **des Bundesmantelvertrags-Ärzte (BMV-Ä) /-Arzt-/Ersatzkassenvertrag (EKV)** berechnungsfähig. Diese Ausschlüsse finden in versorgungsbereichsübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten keine Anwendung, sofern diese Leistungen von Vertragsärzten des fachärztlichen Versorgungsbereiches erbracht werden.*

**29. Änderung der 2. und 3. Anmerkung nach der Gebührenordnungsposition 04220**

Die Gebührenordnungsposition 04220 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen der "Onkologie-Vereinbarung" (Anlage 7 **des Bundesmantelvertrags-Ärzte (BMV-Ä) zu den Bundesmantelverträgen**) berechnungsfähig. Diese Ausschlüsse finden in versorgungsbereichsübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten keine Anwendung, sofern diese Leistungen von Vertragsärzten des fachärztlichen Versorgungsbereiches erbracht werden.

Die Gebührenordnungsposition 04220 ist im Behandlungsfall nicht neben Leistungen gemäß § 6 (Abgrenzungen der fachärztlichen Versorgung) Anlage 5 **des Bundesmantelvertrags-Ärzte (BMV-Ä) / Arzt-Ersatzkassenvertrag (EKV)** berechnungsfähig. Diese Ausschlüsse finden in versorgungsbereichsübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten keine Anwendung, sofern diese Leistungen von Vertragsärzten des fachärztlichen Versorgungsbereiches erbracht werden.

**30. Änderung der 2. und 3. Anmerkung nach der Gebührenordnungsposition 04221**

Die Gebührenordnungsposition 04221 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen der "Onkologie-Vereinbarung" (Anlage 7 **des Bundesmantelvertrags-Ärzte (BMV-Ä) zu den Bundesmantelverträgen**) berechnungsfähig. Diese Ausschlüsse finden in versorgungsbereichsübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten keine Anwendung, sofern diese Leistungen von Vertragsärzten des fachärztlichen Versorgungsbereiches erbracht werden.

werden.

*Die Gebührenordnungsposition 04221 ist im Behandlungsfall nicht neben Leistungen gemäß § 6 (Abgrenzungen der fachärztlichen Versorgung) Anlage 5 des Bundesmantelvertrags-Ärzte (BMV-Ä) ~~/Arzt-Ersatzkassenvertrag (EKV)~~ berechnungsfähig. Diese Ausschlüsse finden in versorgungsbereichsübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten keine Anwendung, sofern diese Leistungen von Vertragsärzten des fachärztlichen Versorgungsbereiches erbracht werden.*

### 31. Änderung der Nr. 6 der Bestimmungen des Abschnitts 13.3.6

6. Entgegen der Beschränkung der Erbringung von Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 13.2.2.3 auf Definitionsaufträge sind auf Grund der Vorgaben der Anlage 9.1.3 des **Bundesmantelvertrags-Ärzte (BMV-Ä) bzw. ~~EKV~~** die Gebührenordnungspositionen 13251 und 13254 für Fachärzte für Innere Medizin mit der Schwerpunktbezeichnung "Nephrologie" und/oder Vertragsärzten, die über eine Genehmigung zur Durchführung von Blutreinigungsverfahren gemäß § 135 Abs. 2 SGB V verfügen, berechnungsfähig. Die Leistungen nach **der Anlage 9.1 des Bundesmantelvertrags-Ärzte (BMV-Ä) bzw. ~~EKV Anlage 9.1~~** sind durch Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunktbezeichnung "Nephrologie" und/oder Vertragsärzten, die über eine Genehmigung zur Durchführung von Blutreinigungsverfahren gemäß § 135 Abs. 2 SGB V verfügen, berechnungsfähig.

### 32. Änderung der Nr. 14 der Präambel 32

14. Bei Aufträgen zur Durchführung von Untersuchungen des Kapitels 32 hat der überweisende Vertragsarzt grundsätzlich Diagnose, Verdachtsdiagnose oder Befunde mitzuteilen und Art und Umfang der Leistungen durch Angabe der Gebührenordnungsposition bzw. der Legende der Gebührenordnungsposition zu definieren (Definitionsauftrag) oder durch Angabe des konkreten Untersuchungsziels einzugrenzen (Indikationsauftrag). Der ausführende Vertragsarzt darf nur diese Gebührenordnungspositionen berechnen. Eine Erweiterung des Auftrages bedarf der Zustimmung des Vertragsarztes, der den Auftrag erteilt hat.

**(gemäß § 24 Abs. 7 und 8 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) ~~BMÄ~~  
und ~~E-GO~~)**

**33. Änderung der Nr. 1 der Bestimmungen des Abschnitts 32.2**

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 Abstufungsquote gemäß den Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemäß § 87 b 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 **(BMV-Ä)** bzw. ~~§ 28 Abs. 3 Bundesmantelvertrag-Ärzte/Ersatzkassen~~ und in den Richtlinien nach § 106 a SGB V geregelt.

**34. Änderung der Nr. 2 der Bestimmungen des Abschnitts 34.2.9**

2. Ambulant ausgeführte vertragsärztliche Leistungen werden gemäß § 41 Abs. 1 **Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä)** ~~bzw. § 33 Abs. 1 EKV~~ nach den Grundsätzen der Vergütung für stationäre (belegärztliche) Behandlung honoriert, wenn der Kranke an demselben Tag in die stationäre Behandlung dieses Vertragsarztes (Belegarztes) genommen wird.