

## **BESCHLUSS**

**Nr. 8**

**durch die Partner des Bundesmantelvertrages-Ärzte (BMV-Ä)**

**zur Überprüfung der auf Grundlage des § 50 EKV gefassten Beschlüsse der Arbeitsgemeinschaft Ärzte/Ersatzkassen gemäß Protokollnotiz zu § 63 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) - Aufhebung und Übernahme der Beschlüsse und Feststellungen**

**mit Wirkung zum 1. Oktober 2015**

## **Die Partner des Bundesmantelvertrages beschließen:**

---

### **1. Aufhebung der auf Grundlage des § 50 EKV gefassten Beschlüsse und Feststellungen der Arbeitsgemeinschaft Ärzte/Ersatzkassen**

Die Beschlüsse bzw. Beschlussteile und Feststellungen Nrn. 801, 803, 804, 805, 807, 808, 810, 811, 817, 895, 897 Nr. 1 bis 12, 897 „vertragliche Anmerkung zur Gebührenordnungsposition 01721“, 897 „vertragliche Anmerkung zu den Gebührenordnungspositionen 03323 (neu: 03241), 04323 (neu: 04241) und 13253“, 898, 899, 900, 901, 902 und 903 werden aufgehoben.

### **2. Übernahme der auf Grundlage des § 50 EKV gefassten Beschlüssen und Feststellungen der Arbeitsgemeinschaft Ärzte/Ersatzkassen durch die Partner des Bundesmantelvertrages**

- a. Die Kosten für geschlossene Entnahmegefäße (z. B. Vakuumflaschen) und Verbindungsleitungen im Zusammenhang mit einem Aderlass sind nur bei den Diagnosen D45 (Polycythaemia vera) und E83.1 (Hämochromatose) im Einzelfall auf dem Behandlungsausweis abzurechnen.
- b. Die Kosten für die Verwendung von Verbindungsschläuchen bei der TUR sind mit der Vergütung für die Leistung abgegolten und demzufolge nicht gesondert berechnungsfähig.
- c. Die Kosten für die Verwendung von Sterifix-Mini-Spike sind mit der Vergütung für die Leistung abgegolten und demzufolge nicht gesondert berechnungsfähig.
- d. Die Kosten für Beschneidungsglocken sind in der Vergütung der Leistung enthalten und demzufolge nicht gesondert berechnungsfähig.
- e. Die Kosten für Stripping-Sonden sind in der Bewertung für die Leistung nach Nr. 31203 oder 31205 enthalten und demzufolge nicht gesondert berechnungsfähig.

### **3. Übernahme von Entscheidungen in grundsätzlichen Fragen durch die Partner des Bundesmantelvertrages**

- a. Laborleistungen sowie physikalisch-medizinische Leistungen, die ein Krankenhaus als Institutsleistungen durchführt, dürfen von einem ermächtigten Krankenhausarzt nicht berechnet werden.
- b. Gebietsbezogene Leistungen, die ein ermächtigter Krankenhausarzt oder Belegarzt im Krankenhaus von Angestellten des Krankenhauses für seine ambulante Praxis erbringen lässt, können von ihm nicht berechnet werden, auch

wenn dem Krankenhausarzt oder Belegarzt vom Krankenhausträger die allgemeine Aufsicht über diese Angestellten übertragen wurde.

- c. Solche gebietsbezogenen Leistungen sind nur dann berechnungsfähig, wenn das Krankenhaus seine Angestellten den genannten Ärzten zur jeweiligen Leistungserbringung ausdrücklich zuordnet, der Arzt die für die Untersuchungen und Behandlungen notwendigen Kenntnisse hat, die Leistungen vom Arzt angeordnet und unter seiner persönlichen Aufsicht und unmittelbaren Verantwortung erbracht werden.
- d. Bei Aufträgen zur Durchführung von nach Art und Umfang konkret definierten Leistungen ist die unkommentierte Mitteilung eines Befundes nicht gesondert berechnungsfähig.
- e. Die Anforderung von Befundmitteilungen und Krankenblättern durch einen ambulant behandelnden Vertragsarzt sowie die Rücksendung solcher Unterlagen sind keine berechnungsfähigen ärztlichen Leistungen.

### **Gültig ab 1. Oktober 2015**

#### **Protokollnotizen:**

1. Im Zusammenhang mit der Aufhebung des Beschlusses Nr. 801 empfehlen die Partner des Bundesmantelvertrages den Partnern der Gesamtverträge, Stickstoff zur Durchführung von kryochirurgischen Leistungen in die regionalen Sprechstundenbedarfsvereinbarungen aufzunehmen.
2. Zur Aufhebung des Beschlusses 811 (Kosten für Cystotonometrikatheter) wird angemerkt, dass die Aufhebung dieses Beschlusses kein Präjudiz für die Beurteilung der Zuordnung der Kosten zu Nr. 7.1 bzw. 7.3 der Allgemeinen Bestimmungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) darstellt. Ein Cystotonometrikatheter ist kein Einmalharnblasenkatheter i. S. des 3. Spiegelstriches Nr. 7.1 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM. Im Rahmen der Abrechnung der Gebührenordnungspositionen 08310 und 26313 sind Cystotonometrikatheter und Urethradruckprofilkatheter nicht nebeneinander berechnungsfähig.
3. Die Partner des Bundesmantelvertrages verweisen im Zusammenhang mit der Aufhebung des Beschlusses Nr. 895 auf die Anlage 22 des Bundesmantelvertrages-Ärzte (BMV-Ä).
4. Die Partner des Bundesmantelvertrages verweisen im Zusammenhang mit der Aufhebung der Feststellung 900 auf den Anhang 1 (Kryotherapie oder Schleifen und/oder Fräsen der Haut und/oder der Nägel oder Behandlung von Akneknoten, ggf. einschließlich Kompressen und dermatologischen Externa) des EBM sowie § 27 SGB V (Kosmetische Maßnahmen zur Aknebehandlung sind nicht Bestandteil des Leistungskatalogs der Gesetzlichen Krankenversicherung).

5. Im Zusammenhang mit der Aufhebung des Beschlusses Nr. 902 empfehlen die Partner des Bundesmantelvertrages, den Transport von Schnellschnittmaterial sowie Blutkonserven und Blutprodukten auf regionaler Ebene zu regeln.

**Anhang zum Beschluss Nr. 8 der Partner des Bundesmantelvertrages-Ärzte (BMV-Ä):  
Übersicht über die Umsetzung der auf Grundlage des § 50 EKV gefassten Beschlüsse der  
Arbeitsgemeinschaft Ärzte/Ersatzkassen**

Nr.	Beschluss / Feststellung	Umsetzung
801	<b>Zu A I. 2. - Allgemeine Bestimmungen der E-GO</b> „Die Kosten für Mittel zur Durchführung von kryochirurgischen Leistungen sind in den abrechnungsfähigen Leistungsansätzen enthalten und demzufolge nicht gesondert berechnungsfähig.“	<b>Beschluss Nr. 8 der Partner des BMV-Ä:</b> Protokollnotiz: Empfehlung an die Partner der Gesamtverträge, Stickstoff in die Sprechstundenbedarfsvereinbarungen aufzunehmen
803	<b>Zu Nr. 285</b> „Die Kosten für geschlossene Entnahmegefäße (z. B. Vakuumflaschen) und Verbindungsleitungen im Zusammenhang mit einem Aderlaß nach Nr. 285 sind im Einzelfall auf dem Behandlungsausweis abzurechnen.“	<b>Beschluss Nr. 8 der Partner des BMV-Ä:</b> Fortsetzung für die Diagnosen D45 und E83.1
804	<b>Zu A I. 2. der Allgemeinen Bestimmungen der E-GO</b> „Operationsabdecktücher auch Einmalabdecktücher sind als Bestandteil der allgemeinen Praxiskosten in den berechnungsfähigen Leistungen enthalten.“	<b>Beschluss Nr. 8 der Partner des BMV-Ä:</b> Aufhebung
805	<b>Zu § 2 des Vertrages</b> „Die Biofeedback-Behandlung ist keine Vertragsleistung im Sinne von § 2 EKV.“	<b>Beschluss des Bewertungsausschusses:</b> Aufnahme in den Anhang 4 zum EBM
807	<b>Zu A I. 2. - Allgemeine Bestimmungen der E-GO</b> „Die Kosten für die Verwendung von TUR-Überleitungsgeräten sind mit der Vergütung für die Leistung abgegolten und demzufolge nicht gesondert berechnungsfähig.“	<b>Beschluss Nr. 8 der Partner des BMV-Ä:</b> Fortsetzung für Verbindungsschläuche
808	<b>Zu A I. 2. - Allgemeine Bestimmungen der E-GO</b> „Die Kosten für die Verwendung von Sterifix-Mini-Spike sind mit der Vergütung für die Leistung abgegolten und demzufolge nicht gesondert berechnungsfähig.“	<b>Beschluss Nr. 8 der Partner des BMV-Ä:</b> Fortsetzung
810	<b>Zu Nr. 1743 E-GO</b> „Die Kosten für Beschneidungsglocken sind in der Vergütung der Leistung nach Nr. 1743 enthalten.“	<b>Beschluss Nr. 8 der Partner des BMV-Ä:</b> Fortsetzung
811	<b>Zu Kapitel M der E-GO</b> „Die Kosten für Cystotonometrikatheter sind in den Bewertungen für die entsprechenden Leistungen enthalten.“	<b>Beschluss Nr. 8 der Partner des BMV-Ä:</b> Aufhebung, Protokollnotiz

Nr.	Beschluss / Feststellung	Umsetzung
817	<b>Zu den Nrn. 2861 und 2862 E-GO</b> „Die Kosten für Stripping-Sonden sind in der Bewertung für die Leistung nach Nr. 2861 oder 2862 enthalten.“	<b>Beschluss Nr. 8 der Partner des BMV-Ä:</b> Fortsetzung
895	<b>Zu Kapitel 32 der E-GO</b> Verfahrensordnung zur Beurteilung innovativer Laborleistungen im Hinblick auf die Anpassungen im Kapitel 32	<b>Beschluss Nr. 8 der Partner des BMV-Ä:</b> Protokollnotiz
897	<b>Änderung des Beschlusses Nr. 800</b> 1. Laborleistungen sowie physikalisch-medizinische Leistungen, die ein Krankenhaus als Institutsleistungen durchführt, dürfen von einem ermächtigten Krankenhausarzt nicht berechnet werden.	<b>Beschluss Nr. 8 der Partner des BMV-Ä:</b> Fortsetzung
897	<b>Änderung des Beschlusses Nr. 800</b> 2. Gebietsbezogene Leistungen, die ein ermächtigter Krankenhausarzt oder Belegarzt im Krankenhaus von Angestellten des Krankenhauses für seine ambulante Praxis erbringen lässt, können von ihm nicht berechnet werden, auch wenn dem Krankenhausarzt oder Belegarzt vom Krankenhausärzter die allgemeine Aufsicht über diese Angestellten übertragen wurde.	<b>Beschluss Nr. 8 der Partner des BMV-Ä:</b> Fortsetzung
897	<b>Änderung des Beschlusses Nr. 800</b> 3. Solche gebietsbezogenen Leistungen sind nur dann berechnungsfähig, wenn das Krankenhaus seine Angestellten den genannten Ärzten zur jeweiligen Leistungserbringung ausdrücklich zuordnet, der Arzt die für die Leistungserbringung notwendigen Kenntnisse hat, die Leistungen vom Arzt angeordnet und unter seiner persönlichen Aufsicht und unmittelbaren Verantwortung erbracht werden.	<b>Beschluss Nr. 8 der Partner des BMV-Ä:</b> Fortsetzung
897	<b>Änderung des Beschlusses Nr. 800</b> 4. Führt ein Vertragsarzt wegen örtlicher Gegebenheiten oder aufgrund sonstiger nicht durch die Art der Erkrankung bedingter Umstände die Behandlung des Patienten außerhalb der Arztpraxis durch, so kann kein Besuch berechnet werden.	<b>Beschluss Nr. 8 der Partner des BMV-Ä:</b> Aufhebung
897	<b>Änderung des Beschlusses Nr. 800</b> 5. Bei Aufträgen zur Durchführung von nach Art und Umfang konkret definierten Leistungen ist die unkommentierte Mitteilung eines Befundes nicht gesondert berechnungsfähig.	<b>Beschluss Nr. 8 der Partner des BMV-Ä:</b> Fortsetzung

Nr.	Beschluss / Feststellung	Umsetzung
897	<p><b>Änderung des Beschlusses Nr. 800</b></p> <p>6. Die Anforderung von Befundmitteilungen und Krankenblättern durch einen ambulant behandelnden Vertragsarzt sowie die Rücksendung solcher Unterlagen sind keine berechnungsfähigen ärztlichen Leistungen.</p>	<p><b>Beschluss Nr. 8 der Partner des BMV-Ä:</b> Fortsetzung</p>
897	<p><b>Änderung des Beschlusses Nr. 800</b></p> <p>7. Die Wegepauschale wird vom Praxissitz des Vertragsarztes aus berechnet.</p> <p>8. Die Bereiche für die Wegepauschalen sind vom Vertragsarzt selbst - ausgehend vom Praxissitz als Zentrum - zu bestimmen.</p> <p>9. Bei Besuchen im organisierten Notfalldienst, die von einer für den Notfalldienst geschaffenen zentralen Einrichtung aus durchgeführt werden, ist anstelle des Praxissitzes der Ort dieser Einrichtung das Zentrum der festgelegten Wegebereiche. Örtliche Sonderregelungen zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den VdAK-Landesvertretungen bleiben hiervon unberührt.</p> <p>10. Die Wegepauschalen sind je Besuch berechnungsfähig, unabhängig davon, ob und wie Besuchsfahrten ggf. miteinander verbunden werden. Die tatsächlich zurückgelegte Entfernung wird bei der Ermittlung der jeweiligen Wegepauschale nicht berücksichtigt. Ausschlaggebend ist allein die Lage der Besuchsstelle innerhalb definierter Wegebereiche.</p> <p>11. Für die Berechnung der Wegepauschale ist es unerheblich, auf welche Weise bzw. mit welchem Verkehrsmittel und mit welchem Zeitaufwand die Besuchsstelle erreicht worden ist.</p> <p>12. Die Rückfahrten sind mit den Wegepauschalen abgegolten.</p>	<p><b>Beschluss Nr. 8 der Partner des BMV-Ä:</b> Aufhebung</p>
897	<p><b>Änderung des Beschlusses Nr. 800</b></p> <p><u>Vertragliche Anmerkung zur Gebührenordnungsposition 01721</u></p> <p>„Besuchsgebühren und Wegepauschalen eines Kinderarztes zur Durchführung einer Untersuchung nach der Gebührenordnungsposition 01721 im Belegkrankenhaus können an demselben Tag nur einmal berechnet werden, auch wenn bei mehreren Kindern eine Früherkennungsuntersuchung durchgeführt wird.“</p>	<p><b>Beschluss des Bewertungsausschusses:</b> Aufnahme einer Anmerkung zur Gebührenordnungsposition 01721</p>

Nr.	Beschluss / Feststellung	Umsetzung
897	<b>Änderung des Beschlusses Nr. 800</b> <u>Vertragliche Anmerkung zu den Gebührenordnungspositionen 03323, 04323 und 13253</u> „Die Abrechnung der Gebührenordnungspositionen 03323, 04323 und 13253 setzt die Anwesenheit des abrechnenden Arztes bei der Auswertung voraus.“	<b>Beschluss Nr. 8 der Partner des BMV-Ä:</b> Aufhebung
898	<b>Änderung der Feststellung Nr. 812</b> <u>Zu den Gebührenordnungspositionen 01411 und 01412</u> "Wird ein Vertragsarzt in dringenden Fällen (z. B. zu einem Verkehrsunfall) gerufen und wird der Patient nicht angetroffen, so kann der Vertragsarzt unter Angabe von Gründen die Gebührenordnungsposition 01411 oder 01412 in voller Höhe berechnen."	<b>Interpretationsbeschluss des Arbeitsausschusses:</b> Fortsetzung
899	<b>Änderung der Feststellung Nr. 815</b> <u>Zur Gebührenordnungsposition 30401</u> „Die Gebührenordnungsposition 30401 ist nur bei folgenden Indikationen berechnungsfähig: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Varikose, primär und sekundär I83</li> <li>– Varizen der unteren Extremität Zustand nach Thrombose I80, mit Zusatzkennzeichen Diagnosenicherheit „Z“</li> <li>– Postthrombotisches Syndrom I87.0</li> <li>– AVK mit Ödem I73.9</li> <li>– Posttraumatische Ödeme I97.8</li> <li>– Zyklisch idiopathische Ödeme R60</li> <li>– Lymphödem I89.0</li> <li>– Hereditäres Lymphödem Q82.0</li> <li>– Lipödem R60</li> <li>– Chronisch venöse Insuffizienz peripher I87.2</li> <li>– Ulcus cruris venosum L97.“</li> </ul>	<b>Beschluss des Bewertungsausschusses:</b> Aufnahme einer Anmerkung zur Gebührenordnungsposition 30401
900	<b>Änderung der Feststellung Nr. 818</b> „Kosmetische Maßnahmen zur Aknebehandlung sind nicht Bestandteil des Leistungskataloges der Ersatzkassen.“	<b>Beschluss Nr. 8 der Partner des BMV-Ä:</b> Protokollnotiz
901	<b>Änderung der Feststellung Nr. 819</b> <u>Zu § 2 Abs. 1 des BMV- Ärzte/Ersatzkassen</u> „Bei Selbstbehandlung kann ein Vertragsarzt die Gebührenordnungsposition 01430 berechnen. Daneben sind Leistungen des Abschnitt II und Gesprächsleistungen nicht berechnungsfähig.“	<b>Interpretationsbeschluss des Arbeitsausschusses:</b> Fortsetzung



Nr.	Beschluss / Feststellung	Umsetzung
902	<p><b>Änderung des Beschlusses Nr. 820</b>  <u>Zu Transportkosten für Schnellschnittmaterial</u>            „Die bei gewerblichem Transport von Schnellschnittmaterial entstandenen Kosten sind unter Beifügen der entsprechenden Nachweise geltend zu machen. Bei nicht gewerblichen Transporten erfolgt die Abrechnung der Kosten gemäß den Vereinbarungen zu den Wegepauschalen.“</p>	<p><b>Beschluss Nr. 8 der Partner des BMV-Ä:</b>            Protokollnotiz: Empfehlung zur Regelung auf regionaler Ebene</p>
903	<p><b>Änderung des Beschlusses Nr. 823</b>  <u>Zu den Gebührenordnungspositionen 32426 bis 32429</u>            „Die Erbringung und/oder Auftragserteilung zur Durchführung von Laborleistungen nach den Gebührenordnungspositionen 32426 bis 32429 setzt grundsätzlich das Vorliegen der Ergebnisse vorangegangener Haut- und/oder Provokationstests voraus, ausgenommen bei Kindern bis zum vollendeten 6. Lebensjahr.“</p>	<p><b>Beschluss Nr. 9 der Partner des BMV-Ä:</b>            Aufnahme einer Anmerkung zur Gebührenordnungsposition 32427</p>