

B E S C H L U S S

des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 280. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM)

mit Wirkung zum 1. Oktober 2012

**1. Änderung der Allgemeinen Bestimmungen 6.2.1
Nebeneinanderberechnung von Gebührenordnungspositionen der
Abschnitte 4.4, 4.5 und/oder 13.3 des EBM**

Abweichend von den Allgemeinen Bestimmungen zum EBM ist die Nebeneinanderberechnung von Gebührenordnungspositionen der schwerpunktorientierten pädiatrischen Versorgung der Abschnitte 4.4 und/oder 4.5 und/oder der schwerpunktorientierten internistischen Versorgung des Abschnitts 13.3 - mit Ausnahme der Grundpauschalen - durch einen Vertragsarzt, der seine Tätigkeit unter mehreren Schwerpunktbezeichnungen ausübt, bei schwerpunktübergreifender Behandlung des Patienten unter Vornahme eines Abschlags in Höhe von 10% von der Punktzahl der jeweiligen im selben ~~Behandlungsfall~~ ~~Arztfall~~ berechneten Gebührenordnungsposition der Abschnitte 4.4, 4.5 und/oder 13.3 möglich.

Bei den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 4.4, 4.5 und/oder 13.3, auf die diese Abschlagsregelung angewendet wird, wird die Prüfzeit gemäß Anhang 3 des EBM ebenfalls um 10% vermindert.

**2. Aufnahme einer Abrechnungsbestimmung nach der Gebührenordnungs-
position 02501**

02501 **Einzelinhalationstherapie mit speziellem
Verneblersystem** zur *Pneumocystis carinii*
Prophylaxe

Obligater Leistungsinhalt

- Einzelinhalationstherapie mit speziellem
Verneblersystem zur *Pneumocystis*
carinii Prophylaxe,

je Sitzung

125 Punkte

3. Änderung der Bestimmung 4.5.4 Nr. 2.

- 2. Die Gebührenordnungspositionen 04560 und 04561 können - unter Berücksichtigung von 1.3 der Allgemeinen Bestimmungen - nur von Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzweiterbildung Kinder-Nephrologie und/oder Vertragsärzten Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin, die über eine Genehmigung zur Durchführung von Blutreinigungsverfahren gemäß § 135 Abs. 2 SGB V verfügen, berechnet werden. Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen ~~des Abschnitts 4.5.4 setzen~~ 04562, 04564 bis 04566 und 04572 und 04573 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Vereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren und/oder zur ambulanten Durchführung der LDL-Elimination als extrakorporales Hämotherapieverfahren gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.**

4. Änderung der ersten Anmerkung nach der Gebührenordnungsposition 10345

Die Gebührenordnungsposition 10345 ist nur bei mindestens einer der im Folgenden genannten Erkrankungen berechnungsfähig: Melanom und sonstige bösartige Neubildungen der Haut C43-C44, Kaposi-Sarkom C46, Bösartige Neubildung sonstiger und ungenau bezeichneter Lokalisationen C76, Sekundär und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildungen C77-C80, Mycosis fungoides C84.0.

5. Aufnahme einer zweiten Anmerkung nach der Gebührenordnungsposition 12210

Die Gebührenordnungsposition 12210 ist für Fachärzte für Transfusionsmedizin auch dann berechnungsfähig, wenn keine Auftragsleistung aus dem Kapitel 32 vorliegt.

6. Änderung der zweiten Anmerkung nach der Gebührenordnungsposition 13439

*Die Gebührenordnungsposition 13439 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13210 bis 13212, 13250, 13252, 13253, 13255 bis 13258, 13260, 13601, **13622** und 32247 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 13.3.1, 13.3.2, 13.3.4, 13.3.5, 13.3.7 und 13.3.8 berechnungsfähig.*

7. Änderung der ersten Anmerkung nach der Gebührenordnungsposition 15345

*Die Gebührenordnungsposition 15345 ist nur bei mindestens einer der im Folgenden genannten Erkrankungen berechnungsfähig: Bösartige Neubildungen der Lippe, der Mundhöhle und des Pharynx C00-C14, der Nasenhöhle, des Mittelohres, der Nebenhöhlen und des Larynx C30-C32, der oberen Atemwege, Teil nicht näher bezeichnet C39.0, Kaposi-Sarkom des Gaumens C46.2, Bösartige Neubildungen des Knochens im Kopf- und Gesichtsbereich C41.0-C41.1, der Haut des Kopf- und Gesichtsbereichs C43.0-C43.4, C44.0-C44.4, des Bindegewebes und sonstiger Weichteile des Kopfes, **der peripheren Nerven des Kopfes, des Gesichtes und des Halses C47.0**, des Gesichtes und des Halses C49.0, Bösartige Neubildung ungenau bezeichneter Lokalisation des Atmungssystems C39.9 sowie ungenau bezeichneter Lokalisation Kopf, Gesicht und Hals C76.0, Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildungen C77-C80.*

8. Änderung der ersten Anmerkung nach der Gebührenordnungsposition 16220

*Bei der Nebeneinanderberechnung der Gebührenordnungspositionen 16210 bis 16212 **oder 21213 bis 21215** und der*

Gebührenordnungsposition 16220 ist eine Arzt-Patienten-Kontaktzeit von mindestens 20 Minuten Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 16220.

9. Streichung der Bestimmungen 30.2 Nr. 2

~~2. Ist ein ausreichender Behandlungseffekt mit der zweimaligen Erbringung der Gebührenordnungsposition 30201 im Quartal nicht erzielt worden, kann im Ausnahmefall jede weitere Behandlung nur mit ausführlicher Begründung zur Segmenthöhe, Blockierungsrichtung, muskulären reflektorischen Fixierung und den vegetativen und neurologischen Begleiterscheinungen erfolgen.~~

10. Änderung der ersten Anmerkung nach der Gebührenordnungsposition 30201

*Die Gebührenordnungsposition 30201 ist im Behandlungsfall **höchstens** zweimal berechnungsfähig. Ist ein ausreichender Behandlungseffekt mit der zweimaligen Erbringung der Gebührenordnungsposition 30201 im Quartal nicht erzielt worden, kann im Ausnahmefall jede weitere Behandlung nur mit ausführlicher Begründung zur Segmenthöhe, Blockierungsrichtung, muskulären reflektorischen Fixierung und den vegetativen und neurologischen Begleiterscheinungen erfolgen.*

11. Änderung der Präambel 36.2.1 Nr. 4

4. In einem Zeitraum von drei Tagen, beginnend mit dem Operationstag, können vom Operateur neben der belegärztlichen Operation nur die Gebührenordnungspositionen 01220 bis 01222, 01320 und 01321, 01412, 01414, 01602, 01610 bis 01612, 01620 bis 01623, 01700, 01701, 01705 bis 01707, 01708, 01711 bis 01723, 01730 bis

01735, 01740 bis 01743, 01750, 01752 bis 01758 und 01770 bis 01775, 01780 bis 01787, 01790 bis 01793, 01800, **01802** bis 01811, 01815, 01816, 01820 bis 01822, 01825 bis **01828, 01830 bis** 01833, 01835 bis 01839, 01840, 01850, 01950 bis 01952, 01955, 01956, 02100, 02101, 02110 bis 02112 und 02120, 04434, 16310, 19310, 19312, 01915, 19320, 26310, 26311 und 26320 bis 26325, die arztgruppenspezifischen **Versicherten- und** Grundpauschalen, Gebührenordnungspositionen der Kapitel 32, 33, 34 und 35 bzw. Abschnitte 30.3 und 30.7 (mit Ausnahme der Gebührenordnungspositionen 30702 und 30704), 36.3, 36.5.2 sowie die Gebührenordnungspositionen 01100 oder 01101 jeweils in Verbindung mit der Gebührenordnungsposition 01414 berechnet werden.

12. Aufnahme einer Bestimmung 36.2.4 Nr. 2

2. Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 36131 für die Facettendenervation OPS-Kode 5-830.2 setzt die offen chirurgische Durchführung des Eingriffs gemäß Präambel 36.2.1 Nr. 1 voraus. Minimalinvasive Verfahren z. B. zur Schmerztherapie sind mit den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 34.5 berechnungsfähig.

13. Aufnahme weiterer Zeilen in den Anhang 2 zum EBM

OPS 2012	Seite	Bezeichnung 2012	Kategorie	OP-Leistungen	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose
5-549.2	N	Andere Bauchoperationen: Implantation eines Katheterverweilsystems in den Bauchraum	F2	31/36152	31/36503	31608	31609	31/36822

14. Änderung der Prüfzeit der Gebührenordnungsposition 16220

GOP	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
16220	Gespräch, Beratung, Erörterung, Abklärung (Einzelbehandlung)	10	8-10	Tages- und Quartalsprofil

Entscheidungserhebliche Gründe

zum Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 280. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) mit Wirkung zum 1. Oktober 2012

1. Rechtsgrundlage

Gemäß § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V hat der Bewertungsausschuss mit Beschluss in seiner 280. Sitzung diverse klarstellende Regelungen zum Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) getroffen und den EBM entsprechend angepasst sowie an einigen Stellen aktualisiert.

2. Regelungshintergründe

Zu 1:

Der Abschnitt 6.2.1 „Nebeneinanderabrechnung von Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 4.4, 4.5 und/oder 13.3“ der Allgemeinen Bestimmungen des EBM wurde dahingehend angepasst, dass nicht auf den „Behandlungsfall“, sondern korrekterweise auf den „Arztfall“ abgestellt wird. Die Änderung war angezeigt, da sich die Regelung des Abschnitts 6.2.1 auf Vertragsärzte mit mehreren Schwerpunktbezeichnungen bezieht.

Zu 2:

Bei der Gebührenordnungsposition 02501 „Einzelinhalationstherapie mit speziellem Verneblersystem“ wurde zur Klarstellung die Abrechnungsbegrenzung dieser Gebührenordnungsposition analog der Gebührenordnungsposition 02500 „Einzelinhalationstherapie“ auf einmal je Sitzung beschränkt.

Zu 3:

Fachärzte für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Nephrologie, die nicht an den Vereinbarungen zu den Blutreinigungsverfahren teilnehmen, können gemäß Abschnitt 13.3.6 Nr. 1 die entsprechenden Gebührenordnungspositionen berechnen. Hingegen konnten Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin, die nicht an den Vereinbarungen zu den Blutreinigungsverfahren teilnehmen, die entsprechenden Gebührenordnungspositionen bisher nicht abrechnen. Mit der Neufassung der Nr. 2 der Bestimmungen zum Abschnitt 4.5.4 „Gebührenordnungspositionen der pädiatrischen Nephrologie und Dialyse“ wurde eine Gleichstellung der Fachgruppen erreicht.

Zu 4:

Die Gebührenordnungsposition 10345 wurde dahingehend ergänzt, dass in die erste Anmerkung die Diagnose gemäß C84.0 „Mycosis fungoides“ mit aufgenommen wurde. Diese Anpassung der Zusatzpauschale Onkologie, die den speziellen Leistungsbedarf und Aufwand bei der Betreuung von Tumorpatienten abbildet, war erforderlich, da es sich bei dieser Diagnose um eine betreuungsaufwändige Krebserkrankung handelt.

Zu 5:

Die Gebührenordnungsposition 12210 „Konsiliarpauschale“ wurde für Fachärzte für Transfusionsmedizin dahingehend geöffnet, dass diese die Gebührenordnungsposition auch dann berechnen können, wenn keine Auftragsleistung aus dem Kapitel 32 vorliegt. Diese Anpassung erfolgte, da Fachärzte für Transfusionsmedizin häufig aufgrund von Überweisungen Patienten mit- bzw. weiterbehandeln. In diesen Fällen war die Konsiliarpauschale bislang nicht berechnungsfähig, da die Gebührenordnungsposition einen persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt vorschreibt.

Zu 6:

Bei der Gebührenordnungsposition 13439 „Zusatzpauschale Behandlung eines Bauchspeicheldrüsen- oder Nieren-Bauchspeicheldrüsen-Transplantatträgers“ wurde die Berechnung der Gebührenordnungsposition 13622 „Zusatzpauschale ärztliche Betreuung bei LDL-Apherese“ ausgeschlossen. Der Berechnungsausschluss erfolgte, da bei der Neuaufnahme der Gebührenordnungsposition 13622 in den EBM diese Leistung gegen die Leistungen des Abschnitts 13.3.3 „Gastroenterologische Gebührenordnungspositionen“ – und damit auch die Gebührenordnungsposition 13439 – ausgeschlossen wurden.

Zu 7:

In die erste Anmerkung nach der Gebührenordnungsposition 15345 wurden maligne Tumore peripherer Nerven des Kopfes, des Gesichts und des Halses gemäß dem ICD-Kode C47.0 neu mit aufgenommen, da die Behandlung dieser Erkrankungen ebenso aufwändig und komplex ist, wie die anderen bislang in der Gebührenordnungsposition aufgeführten Tumorerkrankungen.

Zu 8 und 14:

Aufgrund der Streichung der Gebührenordnungsposition 21222 zum 1. Juli 2010 und der nunmehr berechnungsfähigen Gebührenordnungsposition 16220, wurde die erste Anmerkung hinter der Gebührenordnungsposition 16220 dahingehend geändert, dass bei der Nebeneinanderberechnung der Gebührenordnungsposition 16220 und der Grundpauschalen 21213 bis 21215 eine Arzt-Patienten-Kontaktzeit von mindestens 20 Minuten vorausgesetzt wird. Diese Klarstellung dient dazu, dass für die Fachärzte für Nervenheilkunde und Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie, die die Grundpauschalen 21213 bis 21215 berechnen, diese Prüfzeiten auch im Tagesprofil berücksichtigt werden. Darüber hinaus wurde die Prüfzeit der Gebührenordnungsposition 16220 von 8 auf 10 Minuten erhöht.

Zu 9 und 10:

Zur Klarstellung der bislang widersprüchlichen Aussagen zur Begrenzung der Berechnungsfähigkeit der Gebührenordnungsposition 30201 wurde die Nr. 2 der

Bestimmungen zum Abschnitt 30.2 gestrichen und der ersten Anmerkung nach der Gebührenordnungsposition 30201 angefügt. Die bisherige Formulierung der Nr. 2 der Bestimmungen zum Abschnitt 30.2 ging über die Abrechnungsbestimmung der Gebührenordnungsposition 30201, die bislang höchstens zweimal im Behandlungsfall berechnungsfähig war, hinaus.

Zu 11:

Gemäß der Präambel zum Abschnitt 4.1 können Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin Gebührenordnungspositionen unter anderem auch des Abschnitts 36.2 „belegärztliche Operationen“ berechnen. In der Präambel zum Abschnitt 36.2.1 Nr. 4 wurden bislang lediglich jedoch die arztgruppenspezifischen Grundpauschalen, nicht aber auch die Versichertenpauschalen aufgeführt. Entsprechend wurde die Berechnungsfähigkeit der Versichertenpauschalen in die Präambel zum Abschnitt 36.2.1 Nr. 4 mit aufgenommen.

Die Streichung der Gebührenordnungspositionen 01801 und 01829 in der Präambel 36.2.1 Nr. 4 ist begründet im Beschluss der 278. Sitzung des Bewertungsausschusses.

Zu 12:

In Analogie der Bestimmungen zum Abschnitt 31.2.4 „Definierte operative Eingriffe an Knochen und Gelenken“ Nr. 3 im Kapitel für ambulante Operationen wurde in den Bestimmungen zum Abschnitt 36.2.4 „Definierte operative Eingriffe an Knochen und Gelenken“ im Kapitel für Belegärzte eine neue Nr. 2 mit gleichlautendem Inhalt aufgenommen.

Zu 13:

Der OPS-Kode 5-549.2 für die Implantation eines Katheterverweilsystems in den Bauchraum war bislang nicht im Anhang 2 zum EBM abgebildet. Dieser wurde nun aufgenommen.

3. Inkrafttreten

Der Beschluss tritt mit Wirkung zum 1. Oktober 2012 in Kraft.