

BESCHLUSS

**des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V
in seiner 309. Sitzung am 27. Juni 2013**

zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM)

mit Wirkung zum 1. Oktober 2013

1. Aufnahme einer Nr. 9., 10. und 11. in die Präambel 3.1

9. Abweichend von der Allgemeinen Bestimmung 5.1 erfolgt in fachgleichen (Teil-)Berufsausübungsgemeinschaften zwischen Ärzten gemäß Nr. 1 dieser Präambel und in fachgleichen Praxen von Ärzten gemäß Nr. 1 dieser Präambel mit angestelltem/n Arzt/Ärzten gemäß Nr. 1 dieser Präambel ein Aufschlag in Höhe von 22,5 % auf die Versichertenpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 03000, 03010 und 03030.
10. Für die Gebührenordnungsposition 03230 wird ein Punktzahlvolumen für die gemäß der Gebührenordnungsposition 03230 erbrachten und berechneten Gespräche gebildet. Das Punktzahlvolumen beträgt 45 Punkte multipliziert mit der Anzahl der Behandlungsfälle gemäß Nr. 11 dieser Präambel. In Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten beträgt das Punktzahlvolumen 45 Punkte für jeden Behandlungsfall gemäß Nr. 11 dieser Präambel, an dem ein Arzt gemäß Nr. 1 dieser Präambel an der Behandlung beteiligt ist.
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 Notfalldienst (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.

2. Änderung des bisherigen Abschnitts 3.2.1

3.2.1 Hausärztliche Versichertenpauschalen, Versorgungsbereichsspezifische Vorhaltung

03000 Versichertenpauschale

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Allgemeine und fortgesetzte ärztliche Betreuung eines Patienten in Diagnostik und Therapie bei Kenntnis seines häuslichen und familiären Umfeldes,
- Koordination diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen, insbesondere auch mit anderen behandelnden Ärzten, nichtärztlichen Hilfen und flankierenden Diensten,
- Einleitung präventiver und rehabilitativer Maßnahmen sowie die Integration nichtärztlicher Hilfen und flankierender Dienste in die Behandlungsmaßnahmen,
- Erhebung von Behandlungsdaten und Befunden bei anderen Leistungserbringern und Übermittlung erforderlicher Behandlungsdaten und Befunde an andere Leistungserbringer, sofern eine schriftliche Einwilligung des Versicherten, die widerrufen werden kann, vorliegt,
- Dokumentation, insbesondere Zusammenführung, Bewertung und Aufbewahrung der wesentlichen Behandlungsdaten,
- Weitere persönliche oder andere Arzt-Patienten-Kontakte gemäß 4.3.1 und der Allgemeinen Bestimmungen,
- Betreuung, Behandlung und Gespräch bis zu 10 Minuten Dauer,
- In Anhang 1 aufgeführte Leistungen,

einmal im Behandlungsfall

bis zum vollendeten 4. Lebensjahr	236 Punkte
ab Beginn des 5. bis zum vollendeten 18. Lebensjahr	150 Punkte
ab Beginn des 19. bis zum vollendeten 54. Lebensjahr	122 Punkte
ab Beginn des 55. bis zum vollendeten 75. Lebensjahr	157 Punkte
ab Beginn des 76. Lebensjahres	210 Punkte

Die Dokumentation der ggf. erfolgten schriftlichen, widerrufbaren Einwilligung des Versicherten zur Erhebung, Dokumentation und Übermittlung von Behandlungsdaten und Befunden an andere Leistungserbringer erfolgt nach Maßgabe der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung auf der Grundlage des § 73 SGB V und verbleibt beim Hausarzt.

Bei Behandlung im organisierten Not(-fall)dienst sind anstelle der Versichertenpauschale nach der Gebührenordnungsposition 03000 die Notfallpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 01210, 01211 und 01214 bis 01219 zu berechnen.

Bei einer Behandlung im Vertretungsfall oder bei Überweisung zur Mit-, Weiterbehandlung oder Konsiliaruntersuchung durch einen in der Präambel 3.1 Nr. 1 genannten Vertragsarzt ist anstelle der Versichertenpauschale nach der Gebührenordnungsposition 03000 die Versichertenpauschale nach der Gebührenordnungsposition 03010 zu berechnen.

Bei einer Behandlung im Rahmen einer nach Art und Umfang definierten Überweisung (Definitionsauftrag) ist die Versichertenpauschale nach der Gebührenordnungsposition 03000 nicht berechnungsfähig.

Erfolgt im Behandlungsfall lediglich eine Inanspruchnahme durch den Patienten unvorhergesehen im Zusammenhang mit der Erbringung der Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen 01100, 01101, 01411, 01412 oder 01415, so ist anstelle der Versichertenpauschale 03010 die Versichertenpauschale 03030 zu berechnen.

Die Gebührenordnungsposition 03000 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 01436 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 03000 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01600, 01601, 03010 und 03030 berechnungsfähig.

03010 Versichertenpauschale bei Überweisungen durch einen in der Präambel 3.1 Nr. 1 genannten Vertragsarzt oder bei einer Behandlung im Vertretungsfall

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Weitere persönliche oder andere Arzt-Patienten-Kontakte gemäß 4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen,
- Betreuung und Behandlung bis zu 10 Minuten Dauer,
- In Anhang 1 aufgeführte Leistungen,

einmal im Behandlungsfall

bis zum vollendeten 4. Lebensjahr	118 Punkte
ab Beginn des 5. bis zum vollendeten 18. Lebensjahr	75 Punkte
ab Beginn des 19. bis zum vollendeten 54. Lebensjahr	61 Punkte
ab Beginn des 55. bis zum vollendeten 75. Lebensjahr	79 Punkte
ab Beginn des 76. Lebensjahres	105 Punkte

Bei einer Behandlung im Vertretungsfall oder bei Überweisung zur Mit-, Weiterbehandlung oder Konsiliaruntersuchung durch einen in der Präambel 3.1 Nr. 1 genannten Vertragsarzt ist anstelle der Versichertenpauschale nach der Gebührenordnungsposition 03000 die Versichertenpauschale nach der Gebührenordnungsposition 03010 zu berechnen.

Bei einer Behandlung im Rahmen einer nach Art und Umfang definierten Überweisung (Definitionsauftrag) ist die Versichertenpauschale nach der Gebührenordnungsposition 03010 nicht berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 03010 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 01436 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 03010 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01600, 01601, 03000 und 03030 berechnungsfähig.

03030 Versichertenpauschale bei unvorhergesehener Inanspruchnahme zwischen 19:00 und 7:00 Uhr, an Samstagen, Sonntagen, gesetzlichen Feiertagen, am 24.12. und 31.12. bei persönlichem Arzt-Patienten-Kontakt

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt im Zusammenhang mit der Erbringung der Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen 01100, 01101, 01411, 01412 oder 01415,

Fakultativer Leistungsinhalt

- In Anhang 1 aufgeführte Leistungen,

höchstens zweimal im Behandlungsfall

77 Punkte

Die Versichertenpauschale nach der Nr. 03030 ist im belegärztlich-stationären Behandlungsfall nicht berechnungsfähig.

Erfolgt im Behandlungsfall lediglich eine Inanspruchnahme durch den Patienten unvorhergesehen im Zusammenhang mit der Erbringung der Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen 01100, 01101, 01411, 01412 oder 01415, so ist anstelle der Versichertenpauschale 03000 die Versichertenpauschale 03030 zu berechnen.

Die Gebührenordnungsposition 03030 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01210, 01214, 01216, 01218, 01436 und 30702 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 03030 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01600, 01601, 03000 und 03010 berechnungsfähig.

03040 Zusatzpauschale zu den Gebührenordnungspositionen 03000 und 03030 für die Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrags gemäß § 73 Abs. 1 SGB V

Obligater Leistungsinhalt

- Vorhaltung der zur Erfüllung von Aufgaben der hausärztlichen Grundversorgung notwendigen Strukturen,

einmal im Behandlungsfall

140 Punkte

Bei der Nebeneinanderberechnung der Gebührenordnungsposition 03040 und der Gebührenordnungsposition 03030 in demselben Behandlungsfall ist ein Abschlag in Höhe von 50 % auf die Gebührenordnungsposition 03040 vorzunehmen. Bei zweimaliger Berechnung der Gebührenordnungsposition

03030 im Behandlungsfall neben der Gebührenordnungsposition 03040 ist kein Abschlag auf die Gebührenordnungsposition 03040 vorzunehmen.

Neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 1.2 ist für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 03040 in demselben Behandlungsfall mindestens ein weiterer persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt außerhalb des organisierten Not(-fall)dienstes gemäß der Gebührenordnungsposition 03000 notwendig.

Die Gebührenordnungsposition 03040 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen der „Onkologie-Vereinbarung“ (Anlage 7 zu den Bundesmantelverträgen) berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 03040 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35111 bis 35113, 35120, 35130, 35131, 35140 bis 35142 und 35150 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 30.5, 30.7, 30.9 und 35.2 berechnungsfähig.

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

Die Gebührenordnungsposition ist bei Überweisung durch einen in der Präambel 3.1 Nr. 1 genannten Vertragsarzt zur spezialisierten diabetologischen Behandlung in diabetologischen Schwerpunktpraxen auch neben der Gebührenordnungsposition 03010 berechnungsfähig. Von der Punktzahl der Gebührenordnungsposition 03040 ist ein Abschlag in Höhe von 50 % vorzunehmen. Die entsprechende Kodierung nach ICD-10-GM ist bei der Überweisung anzugeben.

Die Gebührenordnungsposition 03040 ist bei Überweisung durch einen in der Präambel 3.1 Nr. 1 genannten Vertragsarzt zur spezialisierten Behandlung eines an HIV-/AIDS-erkrankten Patienten gemäß Abschnitt 30.10 in HIV-Schwerpunktpraxen auch neben der Gebührenordnungsposition 03010 berechnungsfähig. Von der Punktzahl der Gebührenordnungsposition 03040 ist ein Abschlag in Höhe von 50 % vorzunehmen. Die entsprechende Kodie-

nung nach ICD-10-GM ist bei der Überweisung anzugeben.

Bei Praxen mit weniger als 400 Behandlungsfällen je Arzt gemäß Nr. 11 der Präambel 3.1 (Behandlungsfälle der Praxis gemäß Nr. 11 der Präambel 3.1 dividiert durch Anzahl der Ärzte gemäß Nr. 1 der Präambel 3.1) ist ein Abschlag in Höhe von 10 % auf die Gebührenordnungsposition 03040 vorzunehmen. Bei Praxen mit mehr als 1200 Behandlungsfällen je Arzt gemäß Nr. 11 der Präambel 3.1 ist ein Aufschlag in Höhe von 10 % auf die Gebührenordnungsposition 03040 vorzunehmen. Für die Bestimmung der Anzahl der Ärzte gemäß Nr. 1 der Präambel 3.1 ist der Umfang der Tätigkeit laut Zulassungs- bzw. Genehmigungsbescheid zu berücksichtigen.

Die Gebührenordnungsposition 03040 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zuge-setzt.

3. Streichung der Gebührenordnungsposition 03110, 03111, 03112, 03120, 03121, 03122, 03130 und 03212 aus dem Abschnitt 3.2.1

4. Änderung des Abschnitts 3.2.2

3.2.2 Chronikerpauschalen, Gesprächsleistung

Die Gebührenordnungspositionen 03220 und 03221 sind nur bei Patienten berechnungsfähig, die folgende Kriterien erfüllen:

- Vorliegen mindestens einer lang andauernden, lebensverändernden Erkrankung,
- Notwendigkeit einer kontinuierlichen ärztlichen Behandlung und Betreuung.

Eine kontinuierliche ärztliche Behandlung liegt vor, wenn im Zeitraum der letzten vier Quartale wegen derselben gesicherten chronischen Erkrankung(en) jeweils mindestens ein Arzt-Patienten-Kontakt gemäß den Allgemeinen Bestimmungen 4.3.1 pro Quartal in mindestens drei Quartalen in derselben Praxis stattgefunden hat. Hierbei müssen in mindestens zwei Quartalen persönliche Arzt-Patienten Kontakte stattgefunden haben. Die Gebührenordnungspositionen 03220 und 03221 können bei Neugeborenen und Säuglingen auch ohne die Voraussetzung der kontinuierlichen ärztlichen Behandlung berechnet werden. Eine kontinuierliche ärztliche Behandlung liegt auch vor, wenn der Patient mit mindestens einer lebensverändernden chronischen Erkrankung seinen ihn betreuenden Hausarzt gewechselt hat. In diesem Fall muss der die haus-

ärztliche Betreuung übernehmende Hausarzt die bei einem anderen Hausarzt stattgefundenen Arzt-Patienten-Kontakte dokumentieren. Die Dokumentation ist mit der Abrechnung mittels einer kodierten Zusatznummer nachzuweisen.

03220 Zuschlag zu der Versichertenpauschale nach der Gebührenordnungsposition 03000 zur Behandlung und Betreuung eines Patienten mit mindestens einer lebensverändernden chronischen Erkrankung

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Fortlaufende Beratung hinsichtlich Verlauf und Behandlung der chronischen Erkrankung(en),
- Leitliniengestützte Behandlung der chronischen Erkrankung(en),
- Anleitung zum Umgang mit der/den chronischen Erkrankung(en),
- Koordination ärztlicher und/oder pflegerischer Maßnahmen im Zusammenhang mit der Behandlung der chronischen Erkrankung(en),
- Erstellung und ggf. Aktualisierung eines Medikationsplans und ggf. Anpassung der Selbstmedikation und der Arzneimittelhandhabung,
- Überprüfung und fortlaufende Kontrolle der Arzneimitteltherapie mit dem Ziel des wirtschaftlichen und versorgungsgerechten Umgangs mit Arzneimitteln,

einmal im Behandlungsfall

130 Punkte

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 03220 setzt die Angabe des/der gesicherten Diagnose(n) der chronischen Erkrankung(en) gemäß ICD-10-GM voraus.

Die Gebührenordnungsposition 03220 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen der „Onkologie-Vereinbarung“ (Anlage 7 zu den Bundesmantelverträgen) berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 03220 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35111 bis 35113, 35120, 35130, 35131, 35140 bis 35142 und 35150 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 30.5, 30.7, 30.9 und 35.2 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 03220 ist im Behandlungsfall nicht neben Leistungen gemäß § 6 (Abgrenzungen der fachärztlichen Versorgung) Anlage 5 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) / Arzt-Ersatzkassenvertrag (EKV) berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 03220 ist bei Überweisung durch einen in der Präambel 3.1 Nr. 1 genannten Vertragsarzt zur spezialisierten diabetologischen Behandlung in diabetologischen Schwerpunktpraxen auch neben der Gebührenordnungsposition 03010 berechnungsfähig. Die entsprechende Kodierung nach ICD-10-GM ist bei der Überweisung anzugeben.

Die Gebührenordnungsposition 03220 ist bei Überweisung durch einen in der Präambel 3.1 Nr. 1 genannten Vertragsarzt zur spezialisierten Behandlung eines an HIV-/AIDS-erkrankten Patienten gemäß Abschnitt 30.10 in HIV-Schwerpunktpraxen auch neben der Gebührenordnungsposition 03010 berechnungsfähig. Die entsprechende Kodierung nach ICD-10-GM ist bei der Überweisung anzugeben.

Die Gebührenordnungsposition 03220 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03370 bis 03373 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 03220 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 03221 berechnungsfähig.

03221 Zuschlag zu der Versichertenpauschale nach der Gebührenordnungsposition 03000 für die intensive Behandlung und Betreuung eines Patienten mit mindestens einer lebensverändernden chronischen Erkrankung

Obligater Leistungsinhalt

- Mindestens zwei persönliche Arzt-Patienten-Kontakte,
- Überprüfung und/oder Anpassung und/oder Einleitung von Maßnahmen der leitliniengestützten Behandlung von der (den) chronischen Erkrankung(en),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Fortlaufende Beratung hinsichtlich Verlauf und Behandlung der chronischen Erkrankung(en),

- Anleitung zum Umgang mit der/den chronischen Erkrankung(en),
- Koordination ärztlicher und/oder pflegerischer Maßnahmen im Zusammenhang mit der Behandlung der chronischen Erkrankung(en),
- Erstellung und ggf. Aktualisierung eines Medikationsplans und ggf. Anpassung der Selbstmedikation und der Arzneimittelhandhabung,
- Überprüfung und fortlaufende Kontrolle der Arzneimitteltherapie mit dem Ziel des wirtschaftlichen und versorgungsgerechten Umgangs mit Arzneimitteln,

einmal im Behandlungsfall

150 Punkte

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 03221 setzt die Angabe des/der gesicherten Diagnose(n) der chronischen Erkrankung(en) gemäß ICD-10-GM voraus.

Die Gebührenordnungsposition 03221 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen der „Onkologie-Vereinbarung“ (Anlage 7 zu den Bundesmantelverträgen) berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 03221 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35111 bis 35113, 35120, 35130, 35131, 35140 bis 35142 und 35150 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 30.5, 30.7, 30.9 und 35.2 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 03221 ist im Behandlungsfall nicht neben Leistungen gemäß § 6 (Abgrenzungen der fachärztlichen Versorgung) Anlage 5 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) / Arzt-Ersatzkassenvertrag (EKV) berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 03221 ist bei Überweisung durch einen in der Präambel 3.1 Nr. 1 genannten Vertragsarzt zur spezialisierten diabetologischen Behandlung in diabetologischen Schwerpunktpraxen auch neben der Gebührenordnungsposition 03010 berechnungsfähig. Die entsprechende Kodierung nach ICD-10-GM ist bei der Überweisung anzugeben.

Die Gebührenordnungsposition 03221 ist bei Überweisung durch einen in der Präambel 3.1 Nr. 1 genannten Vertragsarzt zur spezialisierten Behand-

lung eines an HIV-/AIDS-erkrankten Patienten gemäß Abschnitt 30.10 in HIV-Schwerpunktpraxen auch neben der Gebührenordnungsposition 03010 berechnungsfähig. Die entsprechende Kodierung nach ICD-10-GM ist bei der Überweisung anzugeben.

Die Gebührenordnungsposition 03221 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03370 bis 03373 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 03221 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 03220 berechnungsfähig.

03230 Problemorientiertes ärztliches Gespräch im Zusammenhang mit einer lebensverändernden Erkrankung

Obligater Leistungsinhalt

- Gespräch von mindestens 10 Minuten Dauer,
- mit einem Patienten

und/oder

- einer Bezugsperson,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Beratung und Erörterung zu den therapeutischen, familiären, sozialen oder beruflichen Auswirkungen und deren Bewältigung im Zusammenhang mit lebensverändernder(n) Erkrankung(en),

je vollendete 10 Minuten

90 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 03230 ist im Notfall und im organisierten Not(fall)dienst nicht berechnungsfähig.

Bei der Nebeneinanderberechnung der Versichertenpauschale nach den Gebührenordnungspositionen 03000 oder 03010 und der Gebührenordnungsposition 03230 ist eine Dauer der Arzt-Patienten-Kontaktzeit von mindestens 20 Minuten Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 03230.

Bei der Nebeneinanderberechnung diagnostischer bzw. therapeutischer Gebührenordnungspositionen und der Gebührenordnungsposition 03230 ist eine mindestens 10 Minuten längere Arzt-Patienten-Kontaktzeit als in den entsprechenden Gebühre-

nordnungspositionen angegeben Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 03230.

Die Gebührenordnungsposition 03230 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03370, 03372, 03373, 35100 und 35110 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 03230 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 30700 berechnungsfähig.

5. Änderung der Bezeichnung des Abschnitts 3.2.3

3.2.3 Besondere Leistungen

6. Streichung der Gebührenordnungspositionen 03240 und 03332 aus dem Abschnitt 3.2.3

7. Aufnahme eines Abschnitts 3.2.4

3.2.4 Hausärztliche geriatrische Versorgung

1. Die Gebührenordnungspositionen 03360 und 03362 sind nur bei Patienten berechnungsfähig, die aufgrund ihrer Krankheitsverläufe einen geriatrischen Versorgungsbedarf aufweisen und folgende Kriterien erfüllen:

- Höheres Lebensalter (ab vollendetem 70. Lebensjahr)

und

- Geriatrietypische Morbidität (Patienten, bei denen mindestens ein nachfolgendes geriatrisches Syndrom dokumentiert ist) und/oder Vorliegen einer Pflegestufe

- Multifaktoriell bedingte Mobilitätsstörung einschließlich Fallneigung und Altersschwindel,
- Komplexe Beeinträchtigung kognitiver, emotionaler oder verhaltensbezogener Art,
- Frailty-Syndrom (Kombinationen von unbeabsichtigtem Gewichtsverlust, körperlicher und/oder geistiger Erschöpfung, muskulärer Schwäche, verringerter Ganggeschwindigkeit und verminderter körperlicher Aktivität),
- Dysphagie,
- Inkontinenz(en),
- Therapierefraktäres chronisches Schmerzsyndrom.

oder

- Vorliegen einer der folgenden Erkrankungen: F00-F02 dementielle Erkrankungen, G30 Alzheimer-Erkrankung, G20.1 Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung und G20.2 Primäres Parkinson-Syndrom mit schwerster Beeinträchtigung auch bei Patienten, die das 70. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.
2. Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 03360 und 03362 setzt die Angabe eines ICD-Kodes gemäß der ICD-10-GM voraus, der den geriatrischen Versorgungsbedarf dokumentiert.

03360 Hausärztlich-geriatrisches Basisassessment

Obligater Leistungsinhalt

- Erhebung und/oder Monitoring organbezogener und übergreifender motorischer, emotioneller und kognitiver Funktionseinschränkungen,
- Beurteilung der Selbstversorgungsfähigkeiten mittels standardisierter, wissenschaftlich validierter Testverfahren (z. B. Barthel-Index, PGBA, IADL nach Lawton/Brody, geriatrisches Screening nach LACHS),
- Beurteilung der Mobilität und Sturzgefahr durch standardisierte Testverfahren (z. B. Timed "up & go", Tandem-Stand, Esslinger Sturzrisikoassessment),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Beurteilung von Hirnleistungsstörungen mittels standardisierter Testverfahren (z. B. MMST, SKT oder TFDD),
- Anleitung zur Anpassung des familiären und häuslichen Umfeldes an die ggf. vorhandene Fähigkeits- und Funktionsstörung,
- Anleitung zur Anpassung des Wohnraumes, ggf. Arbeitsplatzes,
- Abstimmung mit dem mitbehandelnden Arzt,

einmal im Behandlungsfall

122 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 03360 ist im Krankheitsfall höchstens zweimal berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 03360 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03370 bis 03373 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 03360 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 03242 berechnungsfähig.

03362 Hausärztlich-geriatrischer Betreuungskomplex

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Einleitung und/oder Koordination der Behandlung, ggf. Durchführung therapeutischer Maßnahmen zur Behandlung von geriatrischen Syndromen, z. B.
 - Stuhl- und/oder Harninkontinenz
 - Sturz, lokomotorische Probleme (z. B. Schwindel, Gangunsicherheit)
 - Frailty-Syndrom
 - Immobilität und verzögerte Remobilität
 - Hemiplegiesyndrom
 - Kognitive und neuropsychologische Störungen einschließlich Depression und Demenz
 - Metabolische Instabilität,
- Überprüfung, ggf. Priorisierung und Anpassung aller verordneten Arzneimittel und Selbstmedikation sowie ggf. Überprüfung der Arzneimittelhandhabung,
- Erstellung und/oder Aktualisierung eines Medikationsplans,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Verordnung und/oder Einleitung von physio- und/oder ergotherapeutischen und/oder logopädischen Maßnahmen,
- Koordination der pflegerischen Versorgung,

einmal im Behandlungsfall

159 Punkte

Für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 03362 neben der Versichertenpauschale nach den Gebührenordnungspositionen 03000, 03010 oder 03030 ist in demselben Behandlungsfall mindestens ein weiterer persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt notwendig.

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 03362 setzt das Vorliegen der Ergebnisse eines hausärztlich-geriatrischen Basisassessments nach der Gebührenordnungsposition 03360 voraus. Die Durchführung des hausärztlich-geriatrischen

Basisassessments darf nicht länger als vier Quartale zurückliegen.

Die Gebührenordnungsposition 03362 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03370 bis 03373 berechnungsfähig.

8. Aufnahme eines Abschnitts 3.2.5

3.2.5 Palliativmedizinische Versorgung

1. Die Gebührenordnungspositionen 03370 bis 03373 sind für die Behandlung von schwerstkranken und sterbenden Patienten in jedem Alter berechnungsfähig, die an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und so weit fortgeschrittenen Erkrankung leiden, dass dadurch nach fachlicher Einschätzung des behandelnden Arztes die Lebenserwartung auf Tage, Wochen oder Monate gesunken ist. Eine Erkrankung ist nicht heilbar, wenn nach dem allgemein anerkannten Stand der Medizin Behandlungsmaßnahmen nicht zur Beseitigung dieser Erkrankung führen können. Sie ist fortschreitend, wenn ihr Verlauf trotz medizinischer Maßnahmen nach dem allgemein anerkannten Stand der Medizin nicht nachhaltig entgegengewirkt werden kann. Der behandelnde Arzt ist verpflichtet, in jedem Einzelfall zu überprüfen, ob eine angemessene ambulante Versorgung in der Häuslichkeit (darunter fallen auch Pflege- und Hospizeinrichtungen) möglich ist.
2. Der grundsätzliche Anspruch eines Patienten auf eine spezialisierte Palliativversorgung (SAPV) im Sinne des § 37b SGB V wird durch das Erbringen der nachfolgenden Gebührenordnungspositionen nicht berührt.
3. Die Gebührenordnungspositionen 03371, 03372 und 03373 sind nicht bei Patienten berechnungsfähig, die eine Vollversorgung nach § 5 Abs. 2 der Richtlinie zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) des Gemeinsamen Bundesausschusses erhalten.
4. Die Gebührenordnungspositionen 03370 bis 03373 sind nicht berechnungsfähig, wenn der behandelnde Vertragsarzt äquivalente Leistungen bei dem Patienten im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung gemäß § 37b SGB V i.V.m. § 132d Abs. 1 SGB V erbringt.

03370 Palliativmedizinische Ersterhebung des Patientenstatus inkl. Behandlungsplan

Obligater Leistungsinhalt

- Untersuchung des körperlichen und psychischen Zustandes des Patienten,
- Beratung und Aufklärung des Patienten und/oder der betreuenden Person zur Ermittlung des Patientenwillens und ggf. Erfassung des Patientenwillens,

- Erstellung und Dokumentation eines palliativmedizinischen Behandlungsplans unter Berücksichtigung des Patientenwillens,

einmal im Krankheitsfall

341 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 03370 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03220, 03221, 03230, 03360 und 03362 berechnungsfähig.

03371 Zuschlag zu der Versichertenpauschale 03000 für die palliativmedizinische Betreuung des Patienten in der Arztpraxis

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Dauer mindestens 15 Minuten,
- Palliativmedizinische Betreuung des Patienten (z. B. Schmerztherapie, Symptomkontrolle),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Koordinierung der palliativmedizinischen und -pflegerischen Versorgung in Zusammenarbeit mit anderen spezialisierten Leistungserbringern wie z. B. Vertragsärzten, Psychotherapeuten, Pflegediensten, psychosozialen Betreuungsdiensten, Hospizen,
- Anleitung und Beratung der Betreuungs- und Bezugspersonen,

einmal im Behandlungsfall

159 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 03371 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03220, 03221, 03360, 03362, 03372 und 03373 berechnungsfähig.

03372 Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 01410 oder 01413 für die palliativmedizinische Betreuung in der Häuslichkeit

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Dauer mindestens 15 Minuten,
- Palliativmedizinische Betreuung des Patienten (z. B. Schmerztherapie, Symptomkontrolle),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Koordinierung der palliativmedizinischen und -pflegerischen Versorgung in Zusammenarbeit mit anderen spezialisierten Leistungserbringern wie z. B. Vertragsärzten, Psychotherapeuten, Pflegediensten, psychosozialen Betreuungsdiensten, Hospizen,
- Anleitung und Beratung der Betreuungs- und Bezugspersonen,

je vollendete 15 Minuten

124 Punkte

Der Höchstwert für die Gebührenordnungsposition 03372 beträgt am Behandlungstag 620 Punkte.

Die Gebührenordnungsposition 03372 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 03220, 03221, 03230, 03360, 03362, 03371 und 03373 berechnungsfähig.

03373 Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 01411, 01412 oder 01415 für die palliativmedizinische Betreuung in der Häuslichkeit

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Palliativmedizinische Betreuung des Patienten (z.B. Schmerztherapie, Symptomkontrolle),

je Besuch

124 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 03373 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01100 bis 01102, 01210, 01211, 01214 bis 01219, 03220, 03221, 03230, 03360, 03362, 03371 und 03372 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 03373 ist für Besuche im Rahmen des organisierten Notfalldienstes, für Besuche im Rahmen der Notfallversorgung durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser sowie für dringende Visiten auf der Belegstation nicht berechnungsfähig.

9. Änderung der Nr. 3 und 4 der Präambel 4.1

3. Die in der Präambel unter 1. aufgeführten Vertragsärzte können zusätzlich die arztgruppenspezifischen Leistungen entsprechend den

Gebührenordnungspositionen 01520, 01521, 01530, 01531 sowie die Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 4.4, 4.5, 11.3, 31.2, 31.3, 31.4.3, 31.5, 31.6, 32.3, 33 und 34 berechnen, wenn sie die Voraussetzungen zur Berechnung von Gebührenordnungspositionen gemäß Abschnitt 4.4 und/oder 4.5 erfüllen. ~~Erfüllen die in der Präambel genannten Vertragsärzte die Voraussetzungen zur Berechnung von Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 4.4 und/oder 4.5, sind anstelle des Qualitätszuschlags des Abschnitts 4.2.2 die Gebührenordnungspositionen der Bereiche II und IV berechnungsfähig.~~

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 **40 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 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.

10. Aufnahme einer Nr. 10., 11. und 12. in die Präambel 4.1

10. Abweichend von der Allgemeinen Bestimmung 5.1 erfolgt in fachgleichen (Teil-)Berufsausübungsgemeinschaften zwischen Ärzten gemäß Nr. 1 dieser Präambel und in fachgleichen Praxen von Ärzten gemäß Nr. 1 dieser Präambel mit angestelltem/n Arzt/Ärztinnen gemäß Nr. 1 dieser Präambel ein Aufschlag in Höhe von 22,5 % auf die Versichertenpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 04000, 04010 und 04030.
11. Für die Gebührenordnungsposition 04230 wird ein Punktzahlvolumen für die gemäß der Gebührenordnungsposition 04230 erbrachten und berechneten Gespräche gebildet. Das Punktzahlvolumen beträgt 45 Punkte multipliziert mit der Anzahl der Behandlungsfälle gemäß Nr. 12 dieser Präambel. In Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten beträgt das Punktzahlvolumen 45 Punkte für jeden Behandlungsfall gemäß Nr. 12 dieser Präambel, an dem ein Arzt gemäß Nr. 1 dieser Präambel an der Behandlung beteiligt ist.
12. Relevant für die Fallzählung der Vergütung der Gebührenordnungsposition 04230 sind Behandlungsfälle gemäß § 21 Abs. 1 und Abs. 2

Bundemantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) bzw. § 25 Abs. 1 und Abs. 2 Arzt-/Ersatzkassenvertrag (EKV), ausgenommen Notfälle im organisierten Notfalldienst (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.

11. Änderung des bisherigen Abschnitts 4.2.1

4.2.1 Pädiatrische Versichertenpauschalen, Versorgungsbereichsspezifische Vorhaltung

04000 Versichertenpauschale

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Allgemeine und fortgesetzte ärztliche Betreuung eines Patienten in Diagnostik und Therapie bei Kenntnis seines häuslichen und familiären Umfeldes,
- Koordination diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen, insbesondere auch mit anderen behandelnden Ärzten, nichtärztlichen Hilfen und flankierenden Diensten,
- Einleitung präventiver und rehabilitativer Maßnahmen sowie die Integration nichtärztlicher Hilfen und flankierender Dienste in die Behandlungsmaßnahmen,
- Erhebung von Behandlungsdaten und Befunden bei anderen Leistungserbringern und Übermittlung erforderlicher Behandlungsdaten und Befunde an andere Leistungserbringer, sofern eine schriftliche Einwilligung des Versicherten, die widerrufen werden kann, vorliegt,
- Dokumentation, insbesondere Zusammenführung, Bewertung und Aufbewahrung der wesentlichen Behandlungsdaten,
- Weitere persönliche oder andere Arzt-Patienten-Kontakte gemäß 4.3.1 und der Allgemeinen Bestimmungen,
- Betreuung, Behandlung und Gespräch bis zu 10 Minuten Dauer,
- In Anhang 1 aufgeführte Leistungen,

einmal im Behandlungsfall

bis zum vollendeten 4. Lebensjahr	236 Punkte
ab Beginn des 5. bis zum vollendeten 18. Lebensjahr	150 Punkte
ab Beginn des 19. bis zum vollendeten 54. Lebensjahr	122 Punkte
ab Beginn des 55. bis zum vollendeten 75. Lebensjahr	157 Punkte
ab Beginn des 76. Lebensjahres	210 Punkte

Die Dokumentation der ggf. erfolgten schriftlichen, widerrufbaren Einwilligung des Versicherten zur Erhebung, Dokumentation und Übermittlung von Behandlungsdaten und Befunden an andere Leistungserbringer erfolgt nach Maßgabe der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung auf der Grundlage des § 73 SGB V und verbleibt beim Hausarzt.

Bei Behandlung im organisierten Not(-fall)dienst sind anstelle der Versichertenpauschale nach der Gebührenordnungsposition 04000 die Notfallpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 01210, 01211 und 01214 bis 01219 zu berechnen.

Bei einer Behandlung im Vertretungsfall oder bei Überweisung zur Mit-, Weiterbehandlung oder Konsiliaruntersuchung durch einen in der Präambel 3.1 Nr. 1 genannten Vertragsarzt ist anstelle der Versichertenpauschale nach der Gebührenordnungsposition 04000 die Versichertenpauschale nach der Gebührenordnungsposition 04010 zu berechnen.

Bei einer Behandlung im Rahmen einer nach Art und Umfang definierten Überweisung (Definitionsauftrag) ist die Versichertenpauschale nach der Gebührenordnungsposition 04000 nicht berechnungsfähig.

Erfolgt im Behandlungsfall lediglich eine Inanspruchnahme durch den Patienten unvorhergesehen im Zusammenhang mit der Erbringung der Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen 01100, 01101, 01411, 01412 oder 01415, so ist anstelle der Versichertenpauschale 04000 die Versichertenpauschale 04030 zu berechnen.

Die Gebührenordnungsposition 04000 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 01436 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 04000 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01600, 01601, 04010 und 04030 berechnungsfähig.

04010 Versichertenpauschale bei Überweisungen durch einen in der Präambel 4.1 Nr. 1 genannten Vertragsarzt oder bei einer Behandlung im Vertretungsfall

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Weitere persönliche oder andere Arzt-Patienten-Kontakte gemäß 4.3.1 der Allgemeinen Bestimmungen,
- Betreuung und Behandlung bis zu 10 Minuten Dauer,
- In Anhang 1 aufgeführte Leistungen,

einmal im Behandlungsfall

bis zum vollendeten 4. Lebensjahr	118 Punkte
ab Beginn des 5. bis zum vollendeten 18. Lebensjahr	75 Punkte
ab Beginn des 19. bis zum vollendeten 54. Lebensjahr	61 Punkte
ab Beginn des 55. bis zum vollendeten 75. Lebensjahr	79 Punkte
ab Beginn des 76. Lebensjahres	105 Punkte

Bei einer Behandlung im Vertretungsfall oder bei Überweisung zur Mit-, Weiterbehandlung oder Konsiliaruntersuchung durch einen in der Präambel 4.1 Nr. 1 genannten Vertragsarzt ist anstelle der Versichertenpauschale nach der Gebührenordnungsposition 04000 die Versichertenpauschale nach der Gebührenordnungsposition 04010 zu berechnen.

Bei einer Behandlung im Rahmen einer nach Art und Umfang definierten Überweisung (Definitionsauftrag) ist die Versichertenpauschale nach der Gebührenordnungsposition 04010 nicht berechnungsfähig.

Werden Leistungen der Abschnitte 4.4 oder 4.5 erbracht, ist die Versichertenpauschale nach der Gebührenordnungsposition 04010 nicht berechnungsfähig. In diesen Fällen ist unter Beachtung der Prä-

ambel 4.1 Nr. 4 die Versichertenpauschale 04000 zu berechnen.

Die Gebührenordnungsposition 04010 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 01436 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 04010 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01600, 01601, 04000 und 04030 berechnungsfähig.

04030 Versichertenpauschale bei unvorhergesehener Inanspruchnahme zwischen 19:00 und 7:00 Uhr, an Samstagen, Sonntagen, gesetzlichen Feiertagen, am 24.12. und 31.12. bei persönlichem Arzt-Patienten-Kontakt

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt im Zusammenhang mit der Erbringung der Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen 01100, 01101, 01411, 01412 oder 01415,

Fakultativer Leistungsinhalt

- In Anhang 1 aufgeführte Leistungen,

höchstens zweimal im Behandlungsfall

77 Punkte

Die Versichertenpauschale nach der Nr. 04030 ist im belegärztlich-stationären Behandlungsfall nicht berechnungsfähig.

Erfolgt im Behandlungsfall lediglich eine Inanspruchnahme durch den Patienten unvorhergesehen im Zusammenhang mit der Erbringung der Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen 01100, 01101, 01411, 01412 oder 01415, so ist anstelle der Versichertenpauschale 04000 die Versichertenpauschale 04030 zu berechnen.

Die Gebührenordnungsposition 04030 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01210, 01214, 01216, 01218, 01436 und 30702 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 04030 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01600, 01601, 04000 und 04010 berechnungsfähig.

04040 Zusatzpauschale zu den Gebührenordnungspositionen 04000 und 04030 für die Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrags gemäß § 73 Abs. 1 SGB V

Obligater Leistungsinhalt

- Vorhaltung der zur Erfüllung von Aufgaben der hausärztlichen Grundversorgung notwendigen Strukturen,

einmal im Behandlungsfall

140 Punkte

Bei der Nebeneinanderberechnung der Gebührenordnungsposition 04040 und der Gebührenordnungsposition 04030 in demselben Behandlungsfall ist ein Abschlag in Höhe von 50 % auf die Gebührenordnungsposition 04040 vorzunehmen. Bei zweimaliger Berechnung der Gebührenordnungsposition 04030 im Behandlungsfall neben der Gebührenordnungsposition 04040 ist kein Abschlag auf die Gebührenordnungsposition 04040 vorzunehmen.

Neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 1.2 ist für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 04040 in demselben Behandlungsfall mindestens ein weiterer persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt außerhalb des organisierten Not(-fall)dienstes gemäß der Gebührenordnungsposition 04000 notwendig.

Die Gebührenordnungsposition 04040 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen der „Onkologie-Vereinbarung“ (Anlage 7 zu den Bundesmantelverträgen) berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 04040 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35111 bis 35113, 35120, 35130, 35131, 35140 bis 35142 und 35150 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 30.5, 30.7, 30.9 und 35.2 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 04040 ist im Behandlungsfall nicht neben Leistungen gemäß § 6 (Abgrenzungen der fachärztlichen Versorgung) Anlage 5 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) / Arzt-/Ersatzkassenvertrag (EKV) berechnungsfähig.

Bei Überweisung durch einen in der Präambel 4.1 Nr. 1 genannten Vertragsarzt zur spezialisierten diabetologischen Behandlung in diabetologischen Schwerpunktpraxen ist die Gebührenordnungsposi-

tion 04040 auch neben der Gebührenordnungsposition 04010 berechnungsfähig. Von der Punktzahl der Gebührenordnungsposition 04040 ist ein Abschlag in Höhe von 50 % vorzunehmen. Die entsprechende Kodierung nach ICD-10-GM ist bei der Überweisung anzugeben.

Bei Praxen mit weniger als 400 Behandlungsfällen je Arzt gemäß Nr. 12 der Präambel 4.1 (Behandlungsfälle der Praxis gemäß Nr. 12 der Präambel 4.1 dividiert durch Anzahl der Ärzte gemäß Nr. 1 der Präambel 4.1) ist ein Abschlag in Höhe von 10 % auf die Gebührenordnungsposition 04040 vorzunehmen. Bei Praxen mit mehr als 1200 Behandlungsfällen je Arzt gemäß Nr. 12 der Präambel 4.1 ist ein Aufschlag in Höhe von 10 % auf die Gebührenordnungsposition 04040 vorzunehmen. Für die Bestimmung der Anzahl der Ärzte gemäß Nr. 1 der Präambel 4.1 ist der Umfang der Tätigkeit laut Zulassungs- bzw. Genehmigungsbescheid zu berücksichtigen.

*Die Gebührenordnungsposition 04040 wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zuge-
setzt.*

12. Streichung der Gebührenordnungsposition 04110, 04111, 04112, 04120, 04121, 04122, 04130 und 04212 aus dem Abschnitt 4.2.1

13. Änderung des Abschnitts 4.2.2

4.2.2 Chronikerpauschalen, Gesprächsleistung

Die Gebührenordnungspositionen 04220 und 04221 sind nur bei Patienten berechnungsfähig, die folgende Kriterien erfüllen:

- Vorliegen mindestens einer lang andauernden, lebensverändernden Erkrankung,
- Notwendigkeit einer kontinuierlichen ärztlichen Behandlung und Betreuung.

Eine kontinuierliche ärztliche Behandlung liegt vor, wenn im Zeitraum der letzten vier Quartale wegen derselben gesicherten chronischen Erkrankung(en) jeweils mindestens ein Arzt-Patienten-Kontakt gemäß den Allgemeinen Bestimmungen 4.3.1 pro Quartal in mindestens drei Quartalen in derselben Praxis stattgefunden hat. Hierbei müssen in mindestens zwei Quartalen persönliche Arzt-Patienten Kontakte stattgefunden haben. Die Gebührenordnungspositionen 04220 und 04221 können bei Neugeborenen und Säuglingen auch ohne die Voraussetzung der konti-

nuierlichen ärztlichen Behandlung berechnet werden. Eine kontinuierliche ärztliche Behandlung liegt auch vor, wenn der Patient mit mindestens einer lebensverändernden chronischen Erkrankung seinen ihn betreuenden Hausarzt gewechselt hat. In diesem Fall muss der die hausärztliche Betreuung übernehmende Hausarzt die bei einem anderen Hausarzt stattgefundenen Arzt-Patienten-Kontakte dokumentieren. Die Dokumentation ist mit der Abrechnung mittels einer kodierten Zusatznummer nachzuweisen.

04220 Zuschlag zu der Versichertenpauschale nach der Gebührenordnungsposition 04000 zur Behandlung und Betreuung eines Patienten mit mindestens einer lebensverändernden chronischen Erkrankung

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Fortlaufende Beratung hinsichtlich Verlauf und Behandlung der chronischen Erkrankung(en),
- Leitliniengestützte Behandlung der chronischen Erkrankung(en),
- Anleitung zum Umgang mit der/den chronischen Erkrankung(en),
- Koordination ärztlicher und/oder pflegerischer Maßnahmen im Zusammenhang mit der Behandlung der chronischen Erkrankung(en),
- Erstellung und ggf. Aktualisierung eines Medikationsplans und ggf. Anpassung der Selbstmedikation und der Arzneimittelhandhabung,
- Überprüfung und fortlaufende Kontrolle der Arzneimitteltherapie mit dem Ziel des wirtschaftlichen und versorgungsgerechten Umgangs mit Arzneimitteln,

einmal im Behandlungsfall

130 Punkte

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 04220 setzt die Angabe des/der gesicherten Diagnose(n) der chronischen Erkrankung(en) gemäß ICD-10-GM voraus.

Die Gebührenordnungsposition 04220 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen der „Onkologie-Vereinbarung“ (Anlage 7 zu den Bundesmantelverträgen) berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 04220 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungs-

positionen 35111 bis 35113, 35120, 35130, 35131, 35140 bis 35142 und 35150 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 30.5, 30.7, 30.9 und 35.2 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 04220 ist im Behandlungsfall nicht neben Leistungen gemäß § 6 (Abgrenzungen der fachärztlichen Versorgung) Anlage 5 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) / Arzt-/Ersatzkassenvertrag (EKV) berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 04220 ist bei Überweisung durch einen in der Präambel 4.1 Nr. 1 genannten Vertragsarzt zur spezialisierten diabetologischen Behandlung in diabetologischen Schwerpunktpraxen auch neben der Gebührenordnungsposition 04010 berechnungsfähig. Die entsprechende Kodierung nach ICD-10-GM ist bei der Überweisung anzugeben.

Die Gebührenordnungsposition 04220 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 04370 bis 04373 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 04220 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 04221 berechnungsfähig.

04221 Zuschlag zur Versichertenpauschale 04000 für die intensive Behandlung und Betreuung eines Patienten mit mindestens einer lebensverändernden chronischen Erkrankung

Obligater Leistungsinhalt

- Mindestens zwei persönliche Arzt-Patienten-Kontakte,
- Überprüfung und/oder Anpassung und/oder Einleitung von Maßnahmen der leitliniengestützten Behandlung von der (den) chronischen Erkrankung(en),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Fortlaufende Beratung hinsichtlich Verlauf und Behandlung der chronischen Erkrankung(en),
- Anleitung zum Umgang mit der/den chronischen Erkrankung(en),
- Koordination ärztlicher und/oder pflegerischer Maßnahmen im Zusammenhang mit der Behandlung der chronischen Erkrankung(en),

- Erstellung und ggf. Aktualisierung eines Medikationsplans und ggf. Anpassung der Selbstmedikation und der Arzneimittelhandhabung,
- Überprüfung und fortlaufende Kontrolle der Arzneimitteltherapie mit dem Ziel des wirtschaftlichen und versorgungsgerechten Umgangs mit Arzneimitteln,

einmal im Behandlungsfall

150 Punkte

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 04221 setzt die Angabe des/der gesicherten Diagnose(n) der chronischen Erkrankung(en) gemäß ICD-10-GM voraus.

Die Gebührenordnungsposition 04221 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen der „Onkologie-Vereinbarung“ (Anlage 7 zu den Bundesmantelverträgen) berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 04221 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 35111 bis 35113, 35120, 35130, 35131, 35140 bis 35142 und 35150 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 30.5, 30.7, 30.9 und 35.2 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 04221 ist im Behandlungsfall nicht neben Leistungen gemäß § 6 (Abgrenzungen der fachärztlichen Versorgung) Anlage 5 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) / Arzt-/Ersatzkassenvertrag (EKV) berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 04221 ist bei Überweisung durch einen in der Präambel 4.1 Nr. 1 genannten Vertragsarzt zur spezialisierten diabetologischen Behandlung in diabetologischen Schwerpunktpraxen auch neben der Gebührenordnungsposition 04010 berechnungsfähig. Die entsprechende Kodierung nach ICD-10-GM ist bei der Überweisung anzugeben.

Die Gebührenordnungsposition 04221 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 04370 bis 04373 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 04221 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 04220 berechnungsfähig.

04230 Problemorientiertes ärztliches Gespräch im Zusammenhang mit einer lebensverändernden Erkrankung

Obligater Leistungsinhalt

- Gespräch von mindestens 10 Minuten Dauer,
 - mit einem Patienten
- und/oder

- einer Bezugsperson,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Beratung und Erörterung zu den therapeutischen, familiären, sozialen oder beruflichen Auswirkungen und deren Bewältigung im Zusammenhang mit lebensverändernden Erkrankung(en),

je vollendete 10 Minuten

90 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 04230 ist im Notfall und im organisierten Not(fall)dienst nicht berechnungsfähig.

Bei der Nebeneinanderberechnung der Versichertenpauschale nach den Gebührenordnungspositionen 04000, oder 04010 und der Gebührenordnungsposition 04230 ist eine Dauer der Arzt-Patienten-Kontaktzeit von mindestens 20 Minuten Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 04230.

Bei der Nebeneinanderberechnung diagnostischer bzw. therapeutischer Gebührenordnungspositionen und der Gebührenordnungsposition 04230 ist eine mindestens 10 Minuten längere Arzt-Patienten-Kontaktzeit als in den entsprechenden Gebührenordnungspositionen angegeben Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 04230.

Die Gebührenordnungsposition 04230 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 04370, 04372, 04373, 35100 und 35110 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 04230 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 30700 berechnungsfähig.

14. Änderung der Bezeichnung des Abschnitts 4.2.3

4.2.3 Besondere Leistungen

15. Streichung der Gebührenordnungsposition 04332 aus dem Abschnitt 4.2.3

16. Aufnahme eines Abschnitts 4.2.4

4.2.4 Sozialpädiatrische Versorgung

04355 Sozialpädiatrisch orientierte eingehende Beratung, Erörterung und/oder Abklärung

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Dauer mindestens 15 Minuten,
- Als Einzelsitzung,
- Berücksichtigung krankheitsspezifischer, teilha-bebezogener und prognostischer sowie entwick-lungsabhängiger, familiendynamischer Faktoren,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Erhebung der bestehenden Befunde und/oder Erkenntnisse,
- Befunderhebung(n) unter sozialpädiatrischen Kri-terien:
 - Entwicklungsstand,
 - Intelligenz,
 - Körperlicher und neurologischer Befund,
 - Psychischer Befund,
 - Psychosozialer Hintergrund zur (drohenden) Störung, körperlichen, psychischen oder psy-chosomatischen Erkrankung oder (drohen- den) Behinderung,
- Prüfung der Anwendung ganzheitlicher Förder- und/oder Therapieverfahren,
- Berücksichtigung der Therapieprinzipien der So-zialpädiatrie,
- Anleitung der Bezugsperson(en),
- Einleitung und/oder Koordination störungsspezi-fischer Maßnahmen,

einmal im Behandlungsfall

145 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 04355 ist nur bei mindestens einer der im Folgenden genannten Er-krankungen berechnungsfähig: G25 Sonstige extra-

pyramidale Krankheiten und Bewegungsstörungen, G31 Sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems, anderenorts nicht klassifiziert, G40 Epilepsie, G43 Migräne, G44.2 Spannungskopfschmerz, G80 Infantile Zerebralparese, F45.0 Somatisierungsstörung, F45.1 Undifferenzierte Somatisierungsstörung, F45.2 Hypochondrische Störung, F45.3 Somatoforme autonome Funktionsstörung, F45.4 Anhaltende Schmerzstörung, F45.8 Sonstige somatoforme Störungen, F60 - F69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, F80 - F89 Entwicklungsstörungen, F90 - F98 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend, R27.8 Sonstige Koordinationsstörungen.

Bei der Nebeneinanderberechnung der Gebührenordnungsposition 04000 und der Gebührenordnungsposition 04355 ist eine Arzt-Patienten-Kontaktzeit von mindestens 25 Minuten Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 04355.

Bei der Nebeneinanderberechnung diagnostischer bzw. therapeutischer Gebührenordnungspositionen und der Gebührenordnungsposition 04355 ist eine mindestens 15 Minuten längere Arzt-Patienten-Kontaktzeit als in den entsprechenden Gebührenordnungspositionen angegeben Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 04355.

Die Gebührenordnungsposition 04355 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01210, 01214, 01216, 01218 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 30.3, 30.11, 35.1 und 35.2 berechnungsfähig.

17. Aufnahme eines Abschnitts 4.2.5

4.2.5 Palliativmedizinische Versorgung

1. Die Gebührenordnungspositionen 04370 bis 04373 sind für die Behandlung von schwerstkranken und sterbenden Patienten in jedem Alter berechnungsfähig, die an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und so weit fortgeschrittenen Erkrankung leiden, dass dadurch nach fachlicher Einschätzung des behandelnden Arztes die Lebenserwartung auf Tage, Wochen oder Monate gesunken ist. Eine Erkrankung ist nicht heilbar, wenn nach dem allgemein anerkannten Stand der Medizin Behandlungsmaßnahmen nicht zur Beseitigung dieser Erkrankung führen können. Sie ist fortschreitend, wenn ihr Verlauf trotz medizini-

scher Maßnahmen nach dem allgemein anerkannten Stand der Medizin nicht nachhaltig entgegengewirkt werden kann. Der behandelnde Arzt ist verpflichtet, in jedem Einzelfall zu überprüfen, ob eine angemessene ambulante Versorgung in der Häuslichkeit (darunter fallen auch Pflege- und Hospizeinrichtungen) möglich ist.

2. Der grundsätzliche Anspruch eines Patienten auf eine spezialisierte Palliativversorgung (SAPV) im Sinne des § 37b SGB V wird durch das Erbringen der nachfolgenden Gebührenordnungspositionen nicht berührt.
3. Die Gebührenordnungspositionen 04371, 04372 und 04373 sind nicht bei Patienten berechnungsfähig, die eine Vollversorgung nach § 5 Abs. 2 der Richtlinie zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) des Gemeinsamen Bundesausschusses erhalten.
4. Die Gebührenordnungspositionen 04370 bis 04373 sind nicht berechnungsfähig, wenn der behandelnde Vertragsarzt äquivalente Leistungen bei dem Patienten im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung gemäß § 37b SGB V i.V.m. § 132d Abs. 1 SGB V erbringt.

04370 Palliativmedizinische Ersterhebung des Patientenstatus inkl. Behandlungsplan

Obligater Leistungsinhalt

- Untersuchung des körperlichen und psychischen Zustandes des Patienten,
- Beratung und Aufklärung der Patienten und/oder der betreuenden Person zur Ermittlung des Patientenwillens und ggf. Erfassung des Patientenwillens,
- Erstellung und Dokumentation eines palliativmedizinischen Behandlungsplans unter Berücksichtigung des Patientenwillens,

einmal im Krankheitsfall

341 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 04370 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 04220, 04221 und 04230 berechnungsfähig.

04371 Zuschlag zu der Versichertenpauschale 04000 für die palliativmedizinische Betreuung des Patienten in der Arztpraxis

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Dauer mindestens 15 Minuten,

- Palliativmedizinische Betreuung des Patienten (z. B. Schmerztherapie, Symptomkontrolle),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Koordinierung der palliativmedizinischen und -pflegerischen Versorgung in Zusammenarbeit mit anderen spezialisierten Leistungserbringern wie z. B. Vertragsärzten, Psychotherapeuten, Pflegediensten, psychosozialen Betreuungsdiensten, Hospizen,
- Anleitung und Beratung der Betreuungs- und Bezugspersonen,

einmal im Behandlungsfall

159 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 04371 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 04220, 04221, 04372 und 04373 berechnungsfähig.

04372 Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 01410 oder 01413 für die palliativmedizinische Betreuung in der Häuslichkeit

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Dauer mindestens 15 Minuten,
- Palliativmedizinische Betreuung des Patienten (z. B. Schmerztherapie, Symptomkontrolle),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Koordinierung der palliativmedizinischen und -pflegerischen Versorgung in Zusammenarbeit mit anderen spezialisierten Leistungserbringern wie z. B. Vertragsärzten, Psychotherapeuten, Pflegediensten, psychosozialen Betreuungsdiensten, Hospizen,
- Anleitung und Beratung der Betreuungs- und Bezugspersonen,

je vollendete 15 Minuten

124 Punkte

Der Höchstwert für die Gebührenordnungsposition 04372 beträgt am Behandlungstag 620 Punkte.

Die Gebührenordnungsposition 04372 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 04220, 04221, 04230, 04371 und 04373 berechnungsfähig.

04373 Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 01411, 01412 oder 01415 für die palliativmedizinische Betreuung in der Häuslichkeit

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Palliativmedizinische Betreuung des Patienten (z.B. Schmerztherapie, Symptomkontrolle),

je Besuch

124 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 04373 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01100 bis 01102, 01210, 01211, 01214 bis 01219, 04220, 04221, 04230, 04371 und 04372 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 04373 ist für Besuche im Rahmen des organisierten Notfalldienstes, für Besuche im Rahmen der Notfallversorgung durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser sowie für dringende Visiten auf der Belegstation nicht berechnungsfähig.

18. Änderungen im Anhang 3 zum EBM

GOP	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
03000	Versichertenpauschale			
	bis zum vollendeten 4. Lebensjahr	KA	23	Nur Quartalsprofil
	ab Beginn des 5. und bis zum vollendeten 18. Lebensjahr	KA	14	Nur Quartalsprofil
	ab Beginn des 19. und bis zum vollendeten 54. Lebensjahr	KA	11	Nur Quartalsprofil
	ab Beginn des 55. und bis zum voll-	KA	13	Nur Quar-

	deten 75. Lebensjahr			talsprofil
	ab Beginn des 76 Lebensjahres	KA	18	Nur Quartalsprofil
03010	Versichertenpauschale im Vertretungsfall und bei Überweisung			
	bis zum vollendeten 4. Lebensjahr	KA	11	Nur Quartalsprofil
	ab Beginn des 5. und bis zum vollendeten 18. Lebensjahr	KA	7	Nur Quartalsprofil
	ab Beginn des 19. und bis zum vollendeten 54. Lebensjahr	KA	5	Nur Quartalsprofil
	ab Beginn des 55. und bis zum vollendeten 75. Lebensjahr	KA	7	Nur Quartalsprofil
	ab Beginn des 76 Lebensjahres	KA	9	Nur Quartalsprofil
03030	Versichertenpauschale bei unvorhergesehener Inanspruchnahme	KA	./.	Keine Eignung
03040	Zusatzpauschale zu den Gebührenordnungspositionen 03000 und 03030 für die Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrags gemäß § 73 Abs. 1 SGB V	KA	./.	Keine Eignung
03110	Versichertenpauschale bis 5. Lebensjahr	KA	26	Nur Quartalsprofil
03111	Versichertenpauschale 6. — 59. Lebensjahr	KA	20	Nur Quartalsprofil
03112	Versichertenpauschale ab 60. Lebensjahr	KA	23	Nur Quartalsprofil
03120	Versichertenpauschale bis 5. Lebensjahr	KA	13	Nur Quartalsprofil
03121	Versichertenpauschale 6. — 59. Lebensjahr	KA	10	Nur Quartalsprofil
03122	Versichertenpauschale ab 60. Lebens-	KA	12	Nur Quar-

	jahr			talsprofil
03130	Versichertenpauschale bei unvorhergesehener Inanspruchnahme	KA	./.	Nur Quartalsprofil
03220	Zuschlag zur GOP 03000 zur Behandlung und Betreuung eines Patienten mit mindestens einer lebensverändernden chronischen Erkrankung	KA	15	Nur Quartalsprofil
03221	Zuschlag zur GOP 03000 für die intensive Behandlung und Betreuung eines Patienten mit mindestens einer lebensverändernden chronischen Erkrankung	KA	17	Nur Quartalsprofil
03230	Problemorientiertes ärztliches Gespräch im Zusammenhang mit einer lebensverändernden Erkrankung	KA	10	Tages- und Quartalsprofil
03212	Zuschlag zu den Versichertenpauschalen nach den Nrn. 03110 bis 03112 für die Behandlung von Patienten mit schwerwiegender chronischer Krankheit	KA	20	Nur Quartalsprofil
03240	Hausärztlich-geriatrisches Basisassessment	KA	10	Nur Quartalsprofil
03332	Zuschlag für die Polypektomie	€	5	Tages- und Quartalsprofil
03360	Hausärztlich-geriatrisches Basisassessment	KA	8	Nur Quartalsprofil
03362	Geriatrischer Betreuungskomplex	KA	12	Nur Quartalsprofil
03370	Palliativmedizinische Ersterhebung des Patientenstatus inkl. Behandlungsplan	KA	./.	Keine Eignung
03371	Zuschlag zu der Versichertenpauschale 03000 für die palliativmedizinische Betreuung des Patienten in der Arztpraxis	KA	15	Tages- und Quartalsprofil
03372	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 01410 oder 01413 für die palliativmedizinische Betreuung in der Häuslichkeit	KA	15	Tages- und Quartalsprofil

03373	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 01411, 01412 oder 01415 für die palliativmedizinische Betreuung in der Häuslichkeit	KA	./.	Keine Eignung
04000	Versichertenpauschale			
	bis zum vollendeten 4. Lebensjahr	KA	23	Nur Quartalsprofil
	ab Beginn des 5. und bis zum vollendeten 18. Lebensjahr	KA	14	Nur Quartalsprofil
	ab Beginn des 19. und bis zum vollendeten 54. Lebensjahr	KA	11	Nur Quartalsprofil
	ab Beginn des 55. und bis zum vollendeten 75. Lebensjahr	KA	13	Nur Quartalsprofil
	ab Beginn des 76 Lebensjahres	KA	18	Nur Quartalsprofil
04010	Versichertenpauschale im Vertretungsfall und bei Überweisung			
	bis zum vollendeten 4. Lebensjahr	KA	11	Nur Quartalsprofil
	ab Beginn des 5. und bis zum vollendeten 18. Lebensjahr	KA	7	Nur Quartalsprofil
	ab Beginn des 19. und bis zum vollendeten 54. Lebensjahr	KA	5	Nur Quartalsprofil
	ab Beginn des 55. und bis zum vollendeten 75. Lebensjahr	KA	7	Nur Quartalsprofil
	ab Beginn des 76 Lebensjahres	KA	9	Nur Quartalsprofil
04030	Versichertenpauschale bei unvorhergesehener Inanspruchnahme	KA	./.	Keine Eignung
04040	Zusatzpauschale zu den Gebührenordnungspositionen 04000 und 04030 für die Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrags gemäß § 73 Abs. 1 SGB V	KA	./.	Keine Eignung

04110	Versichertenpauschale bis 5. Lebensjahr	KA	26	Nur Quartalsprofil
04111	Versichertenpauschale 6. – 59. Lebensjahr	KA	20	Nur Quartalsprofil
04112	Versichertenpauschale ab 60. Lebensjahr	KA	23	Nur Quartalsprofil
04120	Versichertenpauschale bis 5. Lebensjahr	KA	13	Nur Quartalsprofil
04121	Versichertenpauschale 6. – 59. Lebensjahr	KA	10	Nur Quartalsprofil
04122	Versichertenpauschale ab 60. Lebensjahr	KA	12	Nur Quartalsprofil
04130	Versichertenpauschale bei unvorhergesehener Inanspruchnahme	KA	./.	Nur Quartalsprofil
04220	Zuschlag zur GOP 04000 zur Behandlung und Betreuung eines Patienten mit mindestens einer lebensverändernden chronischen Erkrankung	KA	15	Nur Quartalsprofil
04221	Zuschlag zur GOP 04000 für die intensive Behandlung und Betreuung eines Patienten mit mindestens einer lebensverändernden chronischen Erkrankung	KA	17	Nur Quartalsprofil
04230	Problemorientiertes ärztliches Gespräch im Zusammenhang mit einer lebensverändernden Erkrankung	KA	10	Tages- und Quartalsprofil
04212	Zuschlag zu den Versichertenpauschalen nach den Nrn. 03110 bis 03112 für die Behandlung von Patienten mit schwerwiegender chronischer Krankheit	KA	20	Nur Quartalsprofil
04240	Hausärztlich-geriatrisches Basisassessment	KA	10	Nur Quartalsprofil
04332	Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 04331 für die Polypenentfernung(en)	6	5	Tages- und Quartalsprofil
04355	Sozialpädiatrisch orientierte eingehende Beratung, Erörterung und/oder Abklä-	KA	15	Tages- und

	rung			Quartalsprofil
04370	Palliativmedizinische Ersterhebung des Patientenstatus inkl. Behandlungsplan	KA	./.	Keine Eignung
04371	Zuschlag zu der Versichertenpauschale 04000 für die palliativmedizinische Betreuung des Patienten in der Arztpraxis	KA	15	Tages- und Quartalsprofil
04372	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 01410 oder 01413 für die palliativmedizinische Betreuung in der Häuslichkeit	KA	15	Tages- und Quartalsprofil
04373	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 01411, 01412 oder 01415 für die palliativmedizinische Betreuung in der Häuslichkeit	KA	./.	Keine Eignung

19. Aufnahme der analogen Berechnungsausschlüsse für die genannten Gebührenordnungspositionen

20. Aufnahme von Protokollnotizen

1. Der Bewertungsausschuss prüft zwei Jahre nach Einführung der Leistungen zur geriatrischen Versorgung, zur allgemeinen Palliativmedizin und zur Sozialpädiatrie in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab die Entwicklung dieser Leistungen. Insbesondere wird geprüft:
 - Entwicklung der Leistungsmenge und des Leistungsbedarfes der einzelnen Leistungen sowie der Leistungskombinationen zu anderen Leistungen
 - Anzahl und regionale Verteilung der abrechnenden Leistungserbringer und deren Struktur sowie deren Spezialisierungsgrad
 - Anzahl der Behandlungsfälle und behandelten Versicherten sowie deren Alters- und Diagnosestruktur

Für die Auswertung zu den palliativmedizinischen Gebührenordnungspositionen wird zudem die durchschnittliche Dauer der palliativmedizinischen Versorgung analysiert. Gleichzeitig wird geprüft, wie sich nach Einführung der Leistungen zur allgemeinen Palliativmedizin die Leistungsmenge und der Leistungsbedarf für die Verordnungen zur spezialisierten allgemeinen Palliativversorgung nach den Gebührenordnungspositionen 01425 und 01426 entwickelt haben. Des Weiteren wird ausgewertet, in welchem Umfang für Patienten, für die die Gebührenordnungspositionen 01425 und 01426 berechnet wurden,

auch Gebührenordnungspositionen der allgemeinen Palliativmedizin abgerechnet wurden.

Für die Auswertung zu der sozialpädiatrischen Gebührenordnungsposition wird zudem die Häufigkeit der in den Abrechnungsbestimmungen vorausgesetzten Diagnosen analysiert.

Die Auswertung erfolgt durch das Institut des Bewertungsausschusses.

Die Umsetzung dieses Beschlusses erfolgt (mit Ausnahme der gezielten Förderung der geriatrischen und der palliativmedizinischen Versorgung sowie der Versorgung von Kindern mit chronischen Erkrankungen und/oder Behinderungen) insgesamt ausgabenneutral und punktsammenneutral. Aufgrund der Maßnahmen dieses Beschlusses werden sich weder das Volumen des Leistungsbedarfs (nach Euro-Gebührenordnung) aller Leistungen, die innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) vergütet werden noch das Volumen des Leistungsbedarfs aller extrabudgetären Leistungen (EGV) verändern. Die Höhe der MGV wird sich durch die Maßnahmen nicht verändern.

Der Bewertungsausschuss evaluiert nach der Umsetzung dieses Beschlusses die Auswirkungen auf das Punktzahlvolumen spätestens nach einem Jahr und stellt fest, auf welche Ursachen ggf. aufgetretene Veränderungen des Punktzahlvolumens zurückzuführen sind. Über die Ergebnisse der Evaluation wird der Bewertungsausschuss beraten. Die Evaluation erfolgt durch das Institut des Bewertungsausschusses.

2. Zur Abbildung der altersklassenspezifischen Bewertung der Versichertenpauschalen nach den GOP 03000, 03010, 04000 und 04010 werden folgende in kodierte Zusatznummern in die Liste der kodierten Zusatznummern aufgenommen.

Zusatznummer	Text/Inhalt
03001	für Versicherte bis zum vollendeten 4. Lebensjahr
03002	für Versicherte ab Beginn des 5. bis zum vollendeten 18. Lebensjahres
03003	für Versicherte ab Beginn des 19. bis zum vollendeten 54. Lebensjahres
03004	für Versicherte ab Beginn des 55. bis zum vollendeten 75. Lebensjahres
03005	für Versicherte ab Beginn des 76. Lebensjahres
03011	für Versicherte bis zum vollendeten 4. Lebensjahr
03012	für Versicherte ab Beginn des 5. bis zum vollendeten 18. Lebensjahres
03013	für Versicherte ab Beginn des 19. bis zum vollendeten 54. Lebensjahres
03014	für Versicherte ab Beginn des 55. bis zum vollendeten 75. Lebensjahres
03015	für Versicherte ab Beginn des 76. Lebensjahres
04001	für Versicherte bis zum vollendeten 4. Lebensjahr
04002	für Versicherte ab Beginn des 5. bis zum vollendeten 18. Lebensjahres
04003	für Versicherte ab Beginn des 19. bis zum vollendeten 54. Lebensjahres
04004	für Versicherte ab Beginn des 55. bis zum vollendeten 75. Lebensjahres
04005	für Versicherte ab Beginn des 76. Lebensjahres
04011	für Versicherte bis zum vollendeten 4. Lebensjahr
04012	für Versicherte ab Beginn des 5. bis zum vollendeten 18. Lebensjahres
04013	für Versicherte ab Beginn des 19. bis zum vollendeten 54. Lebensjahres
04014	für Versicherte ab Beginn des 55. bis zum vollendeten 75. Lebensjahres
04015	für Versicherte ab Beginn des 76. Lebensjahres

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung wird mit Wirkung zum 4. Quartal 2013 im Rahmen der Zertifizierung der Praxisverwaltungssysteme eine neue Vorgabe aufnehmen. Diese Vorgabe verpflichtet die Hersteller von Praxisverwaltungssystemen, die vom Vertragsarzt zu erfassenden Gebührenordnungspositionen 03000, 03010, 04000 und 04010 unmittelbar in Abhängigkeit vom Patientenalter unter Beachtung der Regelung in der Allgemeinen Bestimmung 4.3.5 in die zutreffende altersklassenspezifische kodierte Zusatznummer umzusetzen. In der Abrechnung der Leistungen gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigungen sowie im Einzelfallnachweis werden diese kodierten Zusatznummern übertragen. Dies gilt auch für kodierte Zusatznummern im Zusam-

menhang mit der Abrechnung der Gebührenordnungspositionen 03220, 03221, 04220 und 04221.

Entscheidungserhebliche Gründe

zum Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 309. Sitzung am 27. Juni 2013 zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) mit Wirkung zum 1. Oktober 2013

1. Rechtsgrundlage

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband vereinbaren gemäß § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V im Bewertungsausschuss den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM). Dabei sollen die Leistungen der hausärztlichen Versorgung nach § 87 Abs. 2b Satz 1 SGB V als Versichertenpauschalen abgebildet werden; für Leistungen, die besonders gefördert werden sollen oder nach Absatz 2a Satz 6 telemedizinisch erbracht werden können, sind Einzelleistungen oder Leistungskomplexe vorzusehen.

In seiner 288. Sitzung am 22. Oktober 2012 hatte der Bewertungsausschuss den Beschluss zu Grundsätzen und Eckpunkten zur Änderung und Weiterentwicklung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes gefasst, der Vorgaben zur gezielten Förderung der geriatrischen und palliativmedizinischen Versorgung und der Versorgung von Kindern mit chronischen Erkrankungen und/oder Behinderungen im hausärztlichen Versorgungsbereich beinhaltet. In seiner 303. Sitzung am 31. Mai 2013 hat der Bewertungsausschuss nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V einen Beschluss zur Weiterentwicklung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) im hausärztlichen Versorgungsbereich in den Jahren 2013 und 2014 gefasst.

Mit dem vorliegenden Beschluss erfolgt die Umsetzung der EBM-Änderungen zum 1. Oktober 2013 im hausärztlichen Versorgungsbereich gemäß Nr. I des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 303. Sitzung am 31. Mai 2013.

2. Regelungshintergründe

Die hausärztliche Versichertenpauschale wird nach fünf Altersklassen (bisher drei) differenziert. Die stärkere Altersdifferenzierung dient der verbesserten Abbildung des unterschiedlichen Behandlungsaufwandes der Patienten in den jeweiligen Lebensjahren. Das hausärztliche Gespräch ist als Einzelleistung neben der Versichertenpauschale wieder berechnungsfähig. Die Gesprächsleistung war bisher anteilig in der Versichertenpauschale beinhaltet. Mit Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 288. Sitzung am 22. Oktober 2012 wurde in Nr. 2.4 die Ausgaben- bzw. Punktsammenneutralität bei der Weiterentwicklung des EBM zum Zeitpunkt des Inkrafttretens festgelegt. Mit dem Ziel einer Mengensteuerung der

Gesprächsleistung erfolgt die Aufnahme einer Regelung zur Bildung eines Gesprächsbudgets in die Präambeln 3.1 und 4.1 des EBM.

Für die Vorhaltung der zur Erfüllung von Aufgaben der hausärztlichen Grundversorgung notwendigen Strukturen wird eine Zusatzpauschale für die Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrags gemäß § 73 Abs. 1 SGB V aus der Versichertenpauschale ausgegliedert. Diese Zusatzpauschale kann einmal im Quartal abgerechnet werden. Die Berechnungsfähigkeit der Vorhaltepauschale dient der Stärkung der Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrages. In Behandlungsfällen, in denen Leistungen berechnet werden, die definitionsgemäß vom grundsätzlichen hausärztlichen Versorgungsauftrag abweichen, ist die Zusatzpauschale daher nicht berechnungsfähig. Die Bewertung der Zusatzpauschale wird für Praxen mit stark unterdurchschnittlicher bzw. mit hoher Behandlungsfallzahl je Arzt mit einem Ab- bzw. Zuschlag angepasst, um die größenabhängigen Strukturen entsprechend zu berücksichtigen.

Die Behandlung und Betreuung eines Patienten mit chronischer Erkrankung wird zukünftig nach der Anzahl der Arzt-Patienten-Kontakte im Behandlungsfall differenziert. Hierfür erfolgt für die Abbildung bei nur einem persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt die Aufnahme eines Zuschlags zu der Versichertenpauschale nach der Gebührenordnungsposition 03220 bzw. 04220 sowie für die Abbildung bei mindestens zwei persönlichen Arzt-Patienten-Kontakten die Aufnahme eines Zuschlags zu der Versichertenpauschale nach der Gebührenordnungsposition 03221 bzw. 04221. Die genannten Gebührenordnungspositionen ersetzen die bisherigen Gebührenordnungspositionen 03212 und 04212, die nicht nach dem Aufwand der Behandlung der chronischen Erkrankungen differenzierten.

Für die hausärztlich-geriatrische, die palliativmedizinische und die sozialpädiatrische Versorgung werden in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab die Abschnitte 3.2.4, 3.2.5, 4.2.4 und 4.2.5 aufgenommen. Die in den Abschnitten aufgenommen Leistungen bilden die Förderung der genannten Versorgungsbereiche gemäß des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 288. Sitzung am 22. Oktober 2012 ab.

Der Bewertungsausschuss hat die angegebenen Punktzahlen zu den Gebührenordnungspositionen auf der Grundlage des ab 1. Oktober 2013 gültigen kalkulatorischen Punktwertes, der durch Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 304. Sitzung einheitlich mit dem Orientierungswert in der Höhe von 10 Cent vereinbart wurde, festgesetzt.

3. Inkrafttreten

Der Beschluss tritt mit Wirkung zum 1. Oktober 2013 in Kraft.