

## BESCHLUSS

### des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 319. Sitzung am 18. Dezember 2013

#### Teil A

#### zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM)

mit Wirkung zum 1. Januar 2014

---

**1. Änderung der Leistungslegende der Gebührenordnungsposition 01620**

01620 Kurze Bescheinigung oder kurzes Zeugnis, nur auf besonderes Verlangen der Krankenkasse oder Ausstellung ders vereinbarten Vordruckes nach dem Mustern ~~41 oder~~ 50 30 Punkte

**2. Änderung der zweiten Anmerkung nach der Gebührenordnungsposition 03362**

*Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 03362 setzt das Vorliegen der Ergebnisse eines ~~hausärztlich-geriatrischen~~ Basisassessments **entsprechend den Inhalten nach** der Gebührenordnungsposition 03360 voraus. Die Durchführung des ~~hausärztlich-geriatrischen~~ Basisassessments darf nicht länger als vier Quartale zurückliegen.*

**3. Streichung der Nr. 3 der Präambel 31.2.4**

~~3. Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 31131 für die Facettendenervation OPS-Code 5-830.2 setzt die offen chirurgische Durchführung des Eingriffs gemäß Präambel 31.2.1 Nr. 1 voraus.~~

~~Minimalinvasive Verfahren z. B. zur Schmerztherapie sind mit den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 34.5 berechnungsfähig.~~

4. Streichung der Nr. 2 der Präambel 36.2.4

~~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.~~

## **BESCHLUSS**

### **des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 319. Sitzung am 18. Dezember 2013**

#### **Teil B**

#### **zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM)**

**mit Wirkung zum 1. April 2014**

---

**1. Änderung der fünften Anmerkung nach der Gebührenordnungsposition 04220**

*Die Gebührenordnungsposition 04220 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 04221, 35111 bis 35113, 35120, 35130, 35131, 35140 bis 35142 und 35150 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 4.4, 4.5, 30.5, 30.7, 30.9 und 35.2 berechnungsfähig. Diese Ausschlüsse finden in versorgungsbereichsübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten keine Anwendung, sofern diese Leistungen von Vertragsärzten des fachärztlichen Versorgungsbereiches erbracht werden.*

**2. Änderung der fünften Anmerkung nach der Gebührenordnungsposition 04221**

*Die Gebührenordnungsposition 04221 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 04220, 35111 bis 35113, 35120, 35130, 35131, 35140 bis 35142 und 35150 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte*

*4.4, 4.5, 30.5, 30.7, 30.9 und 35.2 berechnungsfähig. Diese Ausschlüsse finden in versorgungsbereichsübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten keine Anwendung, sofern diese Leistungen von Vertragsärzten des fachärztlichen Versorgungsbereiches erbracht werden.*

**3. Aufnahme der analogen Berechnungsausschlüsse bei den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 4.4 und 4.5**

## **Entscheidungserhebliche Gründe**

### **zum Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 319. Sitzung am 18. Dezember 2013 zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM), Teil A, mit Wirkung zum 1. Januar 2014**

---

#### **I. Rechtsgrundlage**

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband vereinbaren gemäß § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V im Bewertungsausschuss den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM). Mit Beschluss in seiner 319. Sitzung hat der Bewertungsausschuss diverse klarstellende Regelungen zum EBM getroffen und diesen entsprechend angepasst sowie an einigen Stellen aktualisiert.

#### **II. Regelungshintergründe**

##### Zu 1.:

Die Gebührenordnungsposition 01620 „Kurze Bescheinigung oder kurzes Zeugnis, nur auf besonderes Verlangen der Krankenkasse oder Ausstellung der vereinbarten Vordrucke nach den Mustern 41 oder 50“ kann für die Ausstellung des Musters 41 „Bericht des behandelnden Arztes“, das nur für Ersatzkassen gilt, berechnet werden. Im Zusammenhang mit der Zusammenführung der Bundesmantelverträge haben sich die Vertragspartner geeinigt, das Muster 41 aufzuheben. Folglich war eine Streichung des Musters 41 aus der Leistungslegende der Gebührenordnungsposition 01620 erforderlich.

##### Zu 2.:

Im Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 309. Sitzung am 27. Juni 2013 zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) mit Wirkung zum 1. Oktober 2013 wurde der hausärztlich-geriatrische Betreuungskomplex nach der Gebührenordnungsposition 03362 aufgenommen. Die redaktionelle Anpassung in der zweiten Anmerkung der Gebührenordnungsposition 03362 erfolgt, damit diese Leistung auch dann berechnungsfähig ist, wenn das geriatrische Basisassessment in Krankenhäusern mit geriatrischen Abteilungen oder im fachärztlichen Versorgungsbereich im angegebenen Zeitraum durchgeführt wurde und die Ergebnisse dem behandelnden hausärztlichen Vertragsarzt vorliegen.

Zu 3. und 4.:

Mit Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 290. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) wurde der OPS-Kode 5-830.2 mit Wirkung zum 1. April 2013 aus dem Anhang 2 des EBM gestrichen. Die Nr. 3 der Präambel 31.2.4 und die Nr. 2 der Präambel 36.2.4 enthalten jedoch noch die Bestimmungen, dass die Berechnung der Gebührenordnungsposition 31131 bzw. 36131 für die Facettendenervation (OPS-Kode 5-830.2) die offen chirurgische Durchführung des Eingriffs gemäß Präambel 31.2.1 Nr. 1 bzw. 36.2.1 Nr. 1 voraussetzt. Die Streichung dieser beiden Bestimmungen war nicht Gegenstand des Beschlusses der 290. Sitzung und wird jetzt nachträglich vorgenommen. Die minimalinvasiven Verfahren zur Schmerztherapie bleiben weiterhin über die Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 34.5 berechnungsfähig, der Hinweis an dieser Stelle wäre jedoch nicht zielführend.

**III. Inkrafttreten**

Dieser Beschlussteil tritt mit Wirkung zum 1. Januar 2014 in Kraft.

## **Entscheidungserhebliche Gründe**

### **zum Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 319. Sitzung am 18. Dezember 2013 zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM), Teil B, mit Wirkung zum 1. April 2014**

---

#### **I. Rechtsgrundlage**

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband vereinbarten gemäß § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V im Bewertungsausschuss den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM). Mit Beschluss in seiner 319. Sitzung hat der Bewertungsausschuss diverse klarstellende Regelungen zum Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) getroffen und den EBM entsprechend angepasst sowie an einigen Stellen aktualisiert.

#### **II. Regelungshintergründe**

Im Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 309. Sitzung am 27. Juni 2013 zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) mit Wirkung zum 1. Oktober 2013 wurden die Chronikerpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 04220 und 04221 aufgenommen. Diese ersetzen die bis zum 30. September 2013 gültige Chronikerpauschale nach der Gebührenordnungsposition 04212. Die Gebührenordnungsposition 04212 war im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 4.4 und 4.5 berechnungsfähig. Diese Abrechnungsbestimmung wird für die ab 1. Oktober 2013 gültigen Chronikerpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 04220 und 04221 fortgeführt.

#### **III. Inkrafttreten**

Dieser Beschlussteil tritt mit Wirkung zum 1. April 2014 in Kraft.