

B E S C H L U S S

des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 391. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)

Teil A

zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) mit Wirkung zum 1. Januar 2017

**1. Änderung der ersten Anmerkung zur Gebührenordnungsposition 13294
im Abschnitt 13.3.1 EBM**

*Der Zuschlag nach der
Gebührenordnungsposition 13294 kann nur in
Behandlungsfällen abgerechnet werden, in
denen ausschließlich die
Gebührenordnungspositionen 13290, 13291,
13292, 13296, **13297** und/oder 32001
berechnet werden.*

**2. Änderung der ersten Anmerkung zur Gebührenordnungsposition 13344
im Abschnitt 13.3.2 EBM**

*Der Zuschlag nach der
Gebührenordnungsposition 13344 kann nur in
Behandlungsfällen abgerechnet werden, in
denen ausschließlich die
Gebührenordnungspositionen 13340, 13341,
13342, 13346, **13347** und/oder 32001
berechnet werden.*

**3. Änderung der ersten Anmerkung zur Gebührenordnungsposition 13394
im Abschnitt 13.3.3 EBM**

*Der Zuschlag nach der
Gebührenordnungsposition 13394 kann nur in
Behandlungsfällen abgerechnet werden, in
denen ausschließlich die
Gebührenordnungspositionen 13390, 13391,
13392, 13396, **13397** und/oder 32001
berechnet werden.*

4. Änderung der ersten Anmerkung zur Gebührenordnungsposition 13494 im Abschnitt 13.3.4 EBM

*Der Zuschlag nach der Gebührenordnungsposition 13494 kann nur in Behandlungsfällen abgerechnet werden, in denen ausschließlich die Gebührenordnungspositionen 13490, 13491, 13492, 13496, **13497** und/oder 32001 berechnet werden.*

5. Änderung der ersten Anmerkung zur Gebührenordnungsposition 13543 im Abschnitt 13.3.5 EBM

*Der Zuschlag nach der Gebührenordnungsposition 13543 kann nur in Behandlungsfällen abgerechnet werden, in denen ausschließlich die Gebührenordnungspositionen 13540, 13541, 13542, 13544, **13547** und/oder 32001 berechnet werden.*

6. Änderung der ersten Anmerkung zur Gebührenordnungsposition 13594 im Abschnitt 13.3.6 EBM

*Der Zuschlag nach der Gebührenordnungsposition 13594 kann nur in Behandlungsfällen abgerechnet werden, in denen ausschließlich die Gebührenordnungspositionen 13590, 13591, 13592, 13596, **13597** und/oder 32001 berechnet werden.*

7. Änderung der ersten Anmerkung zur Gebührenordnungsposition 13644 im Abschnitt 13.3.7 EBM

*Der Zuschlag nach der Gebührenordnungsposition 13644 kann nur in Behandlungsfällen abgerechnet werden, in denen ausschließlich die Gebührenordnungspositionen 13640, 13641, 13642, 13646, **13647** und/oder 32001 berechnet werden.*

8. Änderung der ersten Anmerkung zur Gebührenordnungsposition 13694 im Abschnitt 13.3.8 EBM

Der Zuschlag nach der Gebührenordnungsposition 13694 kann nur in Behandlungsfällen abgerechnet werden, in denen ausschließlich die Gebührenordnungspositionen 13690, 13691,

13692, 13696, **13697** und/oder 32001
berechnet werden.

**9. Änderung der ersten Anmerkung zur Gebührenordnungsposition 30401
im Abschnitt 30.4 EBM**

Die Gebührenordnungsposition 30401 ist nur bei Vorliegen einer der im Folgenden genannten Diagnosen gemäß ICD-10-GM berechnungsfähig: I70.20 und I70.21 Artherosklerose der Extremitätenarterien i. V. m. R60.0 Umschriebenes Ödem, I83.0 Varizen der unteren Extremitäten mit Ulzeration, I87.0 Postthrombotisches Syndrom, I87.2,- Venöse Insuffizienz (chronisch) (peripher), I89.0- Lymphödem, andernorts nicht klassifiziert, L97 Ulcus cruris venosum, M43.0 Progressive systemische Sklerose, Q27.8 Sonstige näher bezeichnete angeborene Fehlbildungen des peripheren Gefäßsystems, Q82.0- Hereditäres Lymphödem, T93 Folgen von Verletzungen der unteren Extremität i. V. m. R60.0 Umschriebenes Ödem.

10. Aufnahme der Gebührenordnungspositionen 05227, 06227, 07227, 08227, 09227, 10227, 13227, 13297, 13347, 13397, 13497, 13547, 13597, 13647, 13697, 14217, 16218, 18227, 20227, 21227, 21228, 22219, 26227, 27227 und 30701 in die Präambeln 31.2.1 Nr. 8, 31.6.1 Nr. 1 und 36.2.1 Nr. 4

Teil B

zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM)

mit Wirkung zum 1. April 2017

1. Änderung der Leistungslegende der Gebührenordnungsposition 01630 im Abschnitt 1.6 EBM

01630 Zuschlag zu den
Gebührenordnungspositionen 03000, 04000,
07345, 08345, 09345, 10345, 13435, 13437,
13439, 13561, 13601, 13675, 13677, 15345,
26315 und 30700 für die Erstellung eines
Medikationsplans gemäß § 29a
Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä)

2. Änderung der Nr. 9 der Präambel 3.1 EBM

9. Für die Gebührenordnungsposition 03230 wird ein Punktzahlvolumen für die gemäß der Gebührenordnungsposition 03230 erbrachten und berechneten Gespräche gebildet, **aus dem alle gemäß der Gebührenordnungsposition 03230 erbrachten Leistungen zu vergüten sind**. Das Punktzahlvolumen beträgt 45 Punkte multipliziert mit der Anzahl der Behandlungsfälle gemäß Nr. 10 dieser Präambel. In Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten beträgt das Punktzahlvolumen 45 Punkte für jeden Behandlungsfall gemäß Nr. 10 dieser Präambel, bei dem ein Arzt gemäß Nr. 1 dieser Präambel vertragsärztliche Leistungen durchführt und berechnet. ~~Über das Punktzahlvolumen hinausgehende Gespräche gemäß der Gebührenordnungsposition 03230 werden nicht vergütet.~~

3. Änderung der Nr. 12 der Präambel 4.1 EBM

12. Für die Gebührenordnungsposition 04230 wird ein Punktzahlvolumen für die gemäß der Gebührenordnungsposition 04230 erbrachten und berechneten Gespräche gebildet, **aus dem alle gemäß der Gebührenordnungsposition 04230 erbrachten Leistungen zu vergüten sind**. 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, bei dem ein Arzt gemäß Nr. 1 dieser Präambel vertragsärztliche Leistungen durchführt und berechnet. ~~Über das Punktzahlvolumen hinausgehende Gespräche gemäß der Gebührenordnungsposition 04230 werden nicht vergütet.~~

4. Streichung eines Bindestriches im siebenten Wort des ersten Spiegelstriches des obligaten Leistungsinhaltes der Gebührenordnungsposition 03060 im Abschnitt 3.2.1.2 EBM

- Unterstützung der hausärztlichen Versorgung durch qualifizierte nicht-ärztliche Praxisassistenten gemäß Anlage 8 und/oder Anlage 24 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä),

5. Änderung der Leistungslegende der Gebührenordnungsposition 03062 im Abschnitt EBM

03062 Gebührenordnungsposition einschl. Wegekosten - entfernungsunabhängig - für ~~gemäß § 87 Abs. 2b Satz 5 SGB V~~ ärztlich angeordnete Hilfeleistungen anderer Personen nach § 28 Abs. 1 Satz 2 SGB V, die in der Häuslichkeit der Patienten in Abwesenheit des Arztes erbracht werden, wenn die Voraussetzungen des § 3 der Anlage 8 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) vorliegen

6. Änderung der Leistungslegende der Gebührenordnungsposition 03063 im Abschnitt 3.2.1.2 EBM

03063 Gebührenordnungsposition einschl. Wegekosten - entfernungsunabhängig - für ~~gemäß § 87 Abs. 2b Satz 5 SGB V~~ ärztlich angeordnete Hilfeleistungen anderer Personen nach § 28 Abs. 1 Satz 2 SGB V, die in der Häuslichkeit der Patienten in Abwesenheit des Arztes erbracht werden, für einen weiteren Patienten in derselben sozialen Gemeinschaft und/oder für Patienten im Rahmen der weiteren postoperativen Behandlung gemäß der Gebührenordnungsposition 31600 bei Vorliegen der Voraussetzungen des § 3 der Anlage 8 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä)

7. Streichung eines Bindestriches im siebenten Wort der ersten Anmerkung zur Gebührenordnungsposition 03063 im Abschnitt 3.2.1.2 EBM

Der mit dem gesonderten Aufsuchen beauftragte nicht-ärztliche Praxisassistent darf nur Leistungen erbringen, die vom Arzt im Einzelfall angeordnet worden sind.

8. Änderung der fünften Anmerkung zur Gebührenordnungsposition 04417 im Abschnitt 4.4.1 EBM

Die Gebührenordnungspositionen 04417 und 04418 sind in Summe höchstens fünfmal im Krankheitsfall berechnungsfähig. Bei Versicherten, bei denen gleichzeitig eine Strahlentherapie durchgeführt wird, besteht mit Begründung im Krankheitsfall keine Obergrenze. Als Begründung ist der ICD-10-Kode der für die Strahlentherapie maßgeblichen Erkrankung bei der Abrechnung anzugeben.

9. Änderung der zweiten Anmerkung zur Gebührenordnungsposition 04418 im Abschnitt 4.4.1 EBM

Die Gebührenordnungspositionen 04417 und 04418 sind in Summe höchstens fünfmal im Krankheitsfall berechnungsfähig. Bei Versicherten, bei denen gleichzeitig eine Strahlentherapie durchgeführt wird, besteht mit Begründung im Krankheitsfall keine Obergrenze. Als Begründung ist der ICD-10-Kode der für die Strahlentherapie maßgeblichen Erkrankung bei der Abrechnung anzugeben.

10. Änderung der zweiten Anmerkung zur Gebührenordnungsposition 13552 im Abschnitt 13.3.5 EBM

Die Gebührenordnungspositionen 13552 und 13554 sind in Summe höchstens fünfmal im Krankheitsfall berechnungsfähig. Bei Versicherten, bei denen gleichzeitig eine Strahlentherapie durchgeführt wird, besteht mit Begründung im Krankheitsfall keine Obergrenze. Als Begründung ist der ICD-10-Kode der für die Strahlentherapie maßgeblichen Erkrankung bei der Abrechnung anzugeben.

11. Änderung der fünften Anmerkung zur Gebührenordnungsposition 13554 im Abschnitt 13.3.5 EBM

Die Gebührenordnungspositionen 13552 und 13554 sind in Summe höchstens fünfmal im Krankheitsfall berechnungsfähig. Bei Versicherten, bei denen gleichzeitig eine Strahlentherapie durchgeführt wird,

besteht mit Begründung im Krankheitsfall keine Obergrenze. Als Begründung ist der ICD-10-Kode der für die Strahlentherapie maßgeblichen Erkrankung bei der Abrechnung anzugeben.

12. Änderung der ersten Anmerkung zur Gebührenordnungsposition 31178 im Abschnitt 31.2.6 EBM

*Die Gebührenordnungsposition ~~31178~~**31178** kann entsprechend Anhang 2, Präambel 2.1, Nr. 14 als Zuschlag zu anderen ambulanten Operationen des Abschnitts 31.2 abgerechnet werden.*

13. Aufnahme der Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01223, 01224 und 01226 in die Präambel 31.6.1 Nr. 1

14. Änderung der zweiten Anmerkung zur Gebührenordnungsposition 36881 im Abschnitt 36.6.3 EBM

*Die Gebührenordnungsposition 36881 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 04417 bis 04420, 04511 bis 04518, 04520, 04521, 04536, **04537**, 04550, 04551, 04560 bis 04562, 04564 bis 04566, 04572, 04573, 04580, 13210 bis 13212, ~~und~~ 13661 ~~und~~ **13677** und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 13.2.2, 13.3.1, 13.3.2, 13.3.3, 13.3.4, 13.3.5, 13.3.6 und 13.3.8 berechnungsfähig.*

15. Änderung der zweiten Anmerkung zur Gebührenordnungsposition 36882 im Abschnitt 36.6.3 EBM

*Die Gebührenordnungsposition 36882 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 04410, 04417 bis 04420, 04441 bis 04443, 04511 bis 04518, 04520, 04521, 04532, 04534 bis ~~04536~~ **04537**, 04550, 04551, 04560 bis 04562, 04564 bis 04566, 04572, 04573, 04580, 13210 bis 13212, 13310, 13311, 13651, 13660 bis 13664, 13670, 13675, **13677** und 30500 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 13.2.2, 13.3.2, 13.3.3, 13.3.4, 13.3.5, 13.3.6 und 13.3.8 berechnungsfähig.*

16. Änderung der ersten Anmerkung zur Gebührenordnungsposition 36883 im Abschnitt 36.6.3 EBM

*Die Gebührenordnungsposition 36883 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 04410, 04417 bis 04420, 04441 bis 04443, 04511 bis 04518, 04520, 04521, 04532, 04534 bis ~~04536~~ **04537**, 04550, 04551, 04560 bis 04562, 04564 bis 04566, 04572, 04573, 04580, 13210 bis 13212, 13651, 13660 bis 13664 und 13670, **13677** und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 13.2.2, 13.3.2, 13.3.3, 13.3.4, 13.3.5, 13.3.6 und 13.3.8 berechnungsfähig.*

17. An folgenden Stellen im EBM wird ein Komma eingefügt:

GOP / Präambel	Position und Stelle
13220, 13222, 21218, 21219, 21225, 21226, 25213, 25321, 30985, 30986, 33043	am Ende der Leistungslegende
25214	obligater Leistungsinhalt, am Ende des ersten Spiegelstriches
25214	fakultativer Leistungsinhalt, am Ende des dritten Spiegelstriches

18. An folgenden Stellen im EBM wird ein Komma gestrichen:

GOP / Präambel	Position und Stelle
03063	obligater Leistungsinhalt, am Ende des zweiten Spiegelstriches
03064, 03065	am Ende der Leistungslegende

19. Änderung der Überschrift zum Anhang 3

Angaben für den zur Leistungserbringung erforderlichen Zeitaufwand des Vertragsarztes gemäß § 87 Abs. 2 S. 1 SGB V in Verbindung mit § 106~~ad~~ Abs. 2 SGB V

20. Änderungen im Glossar des Anhang 3 zum EBM

*° Bei Nachweis der Anstellung eines/einer Orthoptisten/ Orthoptistin gegenüber der KV entfällt Prüfzeit

****°°** Bei Nachweis der Anstellung eines/einer qualifizierten Mitarbeiters/Mitarbeiterin gegenüber der KV entfällt Prüfzeit

21. Änderungen im Anhang 3 zum EBM

GOP	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
06320	Zusatzpauschale Schielbehandlung bis 5. Lebensjahr [°]	9	6	Nur Quartalsprofil
06321	Zusatzpauschale Schielbehandlung ab 6. Lebensjahr [°]	9	6	Nur Quartalsprofil
30300*	Sensomotorische Übungsbehandlung (Einzelbehandlung) ^{**°°}	KA	15	Tages- und Quartalsprofil
30301*	Sensomotorische Übungsbehandlung (Gruppenbehandlung) ^{**°°}	KA	5	Tages- und Quartalsprofil
30400*	Massagetherapie ^{**°°}	KA	5	Tages- und Quartalsprofil
30401*	Intermittierende apparative Kompressionstherapie ^{**°°}	KA	2	Tages- und Quartalsprofil
30402*	Unterwassermassage ^{**°°}	KA	5	Tages- und Quartalsprofil
30410*	Atemgymnastik (Einzelbehandlung) ^{**°°}	KA	15	Tages- und Quartalsprofil
30411*	Atemgymnastik (Gruppenbehandlung) ^{**°°}	KA	5	Tages- und Quartalsprofil
30420*	Krankengymnastik (Einzelbehandlung) ^{**°°}	KA	15	Tages- und Quartalsprofil
30421*	Krankengymnastik (Gruppenbehandlung) ^{**°°}	KA	5	Tages- und Quartalsprofil

Protokollnotizen zu den Nr. 8 bis 11:

Die Kennzeichnung von Leistungen zur Funktionsanalyse von kardiologischen Aggregaten nach den Gebührenordnungspositionen 04417, 04418, 13552 und 13554 bei Versicherten, bei denen gleichzeitig eine Strahlentherapie durchgeführt wird, erfolgt anhand bundeseinheitlich kodierter Zusatzkennzeichen. In der Abrechnung der Leistungen gegenüber den Kassenärztlichen Vereinigungen sowie im Einzelfallnachweis werden die gekennzeichneten Leistungen übertragen.

Entscheidungserhebliche Gründe

zum Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 391. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM)

Teil A mit Wirkung zum 1. Januar 2017

Teil B mit Wirkung zum 1. April 2017

1. Rechtsgrundlage

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband vereinbaren gemäß § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V im Bewertungsausschuss den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM).

2. Regelungshintergründe und -inhalt

Teil A:

Zu 1. bis 8.:

Mit Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 383. Sitzung am 21. September 2016 wurden zum 1. Oktober 2016 die Gebührenordnungspositionen 13297, 13347, 13397, 13497, 13547, 13597, 13647 und 13697 als Zuschläge zu den Grundpauschalen der Internisten mit Schwerpunkt in den EBM aufgenommen. Mit dem vorliegenden Beschluss wird in der jeweils ersten Anmerkung zu den Gebührenordnungspositionen 13294, 13344, 13394, 13494, 13543, 13594, 13644 und 13694 (Zuschläge für die fachärztliche Grundversorgung der Internisten mit Schwerpunkt) der jeweilige komplementäre Zuschlag zu den Grundpauschalen (Gebührenordnungsposition 13297, 13347, 13397, 13497, 13547, 13597, 13647 bzw. 13697) ergänzt.

Zu 9.:

Die Änderung der ersten Anmerkung zur Gebührenordnungsposition 30401 erfolgt zur Anpassung der ICD-10-Codes an die Version 2017.

Zu 10.:

Durch die Änderung der Präambeln 31.2.1 Nr. 8, 31.6.1 Nr. 1 und 36.2.1 Nr. 4 erfolgt die Aufnahme der genannten Gebührenordnungspositionen.

Teil B:

Zu 1.:

Die Aufnahme der Gebührenordnungsposition 13439 (Zusatzpauschale Behandlung eines Bauchspeicheldrüsen- oder Nieren-Bauchspeicheldrüsen-Transplantatträgers) in die Leistungslegende der Gebührenordnungsposition 01630 erfolgt zur Erweiterung der Berechnungsfähigkeit der Gebührenordnungsposition 01630 auch für diese Transplantatträger.

Zu 2. und 3.:

Die Änderung der Nr. 9 der Präambel 3.1 und der Nr. 12 der Präambel 4.1 erfolgen zur Klarstellung, dass aus dem Punktzahlvolumen („Gesprächsbudget“) alle gemäß der Gebührenordnungsposition 03230 bzw. 04230 erbrachten Leistungen zu vergüten sind.

Zu 4., 7. und 12.:

Die Änderungen erfolgen zur redaktionellen Anpassung des EBM.

Zu 5. und 6.:

Mit den Änderungen in den Leistungslegenden der Gebührenordnungspositionen 03062 und 03063 wird der Bezug zum SGB V gestrichen, da der entsprechende Satz im SGB V entfallen ist.

Zu 8. bis 11.:

Mit den Änderungen der Anmerkungen der Gebührenordnungspositionen 04417, 04418, 13552 und 13554 wird zur Berücksichtigung der Vorgaben aktueller Leitlinien die Obergrenze der Berechnungsfähigkeit der Gebührenordnungspositionen 04417 und 04418 bzw. 13552 und 13554 für Patienten, bei denen gleichzeitig eine Strahlentherapie durchgeführt wird, aufgehoben. Die Leitlinien fordern hier zusätzliche Funktionsanalysen der Herzschrittmachersysteme nach der Strahlentherapie, da die Geräte durch die Bestrahlung gestört werden können.

Zu 13.:

Mit der Änderung der ersten Bestimmung zum Abschnitt 31.6.1 EBM erfolgt die Aufnahme der genannten Gebührenordnungspositionen.

Zu 14. bis 16.:

Mit der Änderung der Anmerkungen zu den Gebührenordnungspositionen 36881, 36882 und 36883 erfolgt die Aufnahme der analogen Berechnungsausschlüsse für die genannten Gebührenordnungspositionen, da diese nicht Gegenstand der damaligen Beschlussfassung waren.

Zu 17. und 18.:

Die Änderungen erfolgen zur Anpassung an die EBM-Systematik.

Zu 19.:

Die Änderung in der Überschrift zum Anhang 3 ergibt sich durch eine Änderung im SGB V.

Zu 20.:

Mit den Änderungen im Glossar des Anhang 3 zum EBM wird das Symbol „*“ durch „°“ ersetzt, da das Symbol „*“ im Anhang 3 bereits für die Kennzeichnung von Leistungen, die nicht der fachärztlichen Grundversorgung entsprechen, vergeben ist.

Zu 21.:

Die Änderungen im Anhang 3 ergeben sich durch die Änderung im Glossar.

3. Inkrafttreten

Der Teil A des Beschlusses tritt mit Wirkung zum 1. Januar 2017 und Teil B zum 1. April 2017 in Kraft.