

B E S C H L U S S

des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 430. Sitzung am 12. Dezember 2018

Teil A

zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM)

mit Wirkung zum 1. Oktober 2018

- 1. Aufnahme des Abschnitts 30.2.2 in die Präambel 10.1 Nr. 4 EBM**
- 2. Änderung der Nr. 3 der Präambel 40.1 EBM**
3. Im kurativ-stationären (belegärztlichen) Behandlungsfall können die vom Krankenhaus zu tragenden Kostenpauschalen 40300, **bis** 40302 und 40304 und die Kostenpauschalen der Abschnitte 40.8, 40.10, 40.11, 40.13 bis 40.16 von Belegärzten nicht berechnet werden. Satz 1 gilt für die Kosten nach Nr. 7 der Allgemeinen Bestimmungen entsprechend.

Teil B

zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM)

mit Wirkung zum 1. Januar 2019

1. **Änderung der vierten Anmerkung zur Gebührenordnungsposition 01748 in den Abschnitt 1.7.2 EBM**

Die Gebührenordnungsposition 01748 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31682 bis 31689, 33040, ~~33043~~ und 33081 berechnungsfähig.

2. **Aufnahme einer ersten Anmerkung und Änderung der zweiten Anmerkung zur Gebührenordnungsposition 33043 im Kapitel 33 EBM. Die bisherigen Anmerkungen 1 bis 5 werden Anmerkungen 2 bis 6**

Sofern die Gebührenordnungsposition 01748 neben der Gebührenordnungsposition 33043 berechnet wird, ist ein Abschlag von 8 Punkten auf die Gebührenordnungsposition 33043 vorzunehmen.

Die Gebührenordnungsposition 33043 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen ~~01748~~, 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702 berechnungsfähig.

3. **Streichung der analogen Berechnungsausschlüsse bei den genannten Gebührenordnungspositionen**

Teil C

zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM)

mit Wirkung zum 1. Januar 2019

- 1. Aufnahme der Gebührenordnungsposition 01102 in die Präambel 24.1 Nr. 2 EBM**
- 2. Aufnahme der Gebührenordnungsposition 01102 in die Präambel 25.1 Nr. 2 EBM**

Protokollnotiz:

Das Institut des Bewertungsausschusses wird beauftragt, die Mengenentwicklung der Leistung nach der Gebührenordnungsposition 01102 für Fachärzte für Diagnostische Radiologie und für Fachärzte für Strahlentherapie zu evaluieren. Auf dieser Grundlage wird der Bewertungsausschuss innerhalb von zwei Jahren prüfen, ob weiterer Regelungsbedarf bezüglich der Finanzierung besteht.

Teil D

zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM)

mit Wirkung zum 1. Januar 2019

1. Änderung des zweiten Spiegelstriches des obligaten Leistungsinhaltes der Gebührenordnungsposition 01630 im Abschnitt 1.6 EBM

- Aushändigung des Medikationsplans in Papierform an den Patienten oder dessen Bezugsperson,

2. Änderung der Legende der Gebührenordnungsposition 01828 im Abschnitt 1.7.5 EBM

- 01828 Entnahme von Venenblut für den Varicella-Zoster-Virus-Antikörper-Nachweis im Rahmen der Empfängnisregelung,
einmal im Behandlungsfall

3. Änderung der Abrechnungsbestimmung der Gebührenordnungsposition 02520 im Abschnitt 2.5 EBM

je Tag Behandlungstag

4. 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. ~~4213~~ dieser Präambel. In Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten beträgt das Punktzahlvolumen 45 Punkte für jeden Behandlungsfall gemäß Nr. ~~4213~~ dieser Präambel, bei dem ein Arzt gemäß Nr. 1 dieser Präambel vertragsärztliche Leistungen durchführt und berechnet.

5. Änderung der Legende der Gebührenordnungsposition 06320 im Abschnitt 6.3 EBM

06320 Zusatzpauschale Untersuchung und ggf. Behandlung einer krankhaften Störung des binokularen Sehens für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr

6. Änderung der ersten Anmerkung zur Gebührenordnungsposition 07345 im Abschnitt 7.3 EBM

Die Gebührenordnungsposition 07345 ist nur bei mindestens einer der im Folgenden genannten Erkrankungen berechnungsfähig: Bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane C15-C26, der Bronchien und der Lunge C34.-, des Herzens, des Mediastinums und der Pleura C38.-, Bösartige Neubildung sonstiger und ungenau bezeichneter Lokalisationen des Atmungssystems und sonstiger intrathorakaler Organe C39.-, Bösartige Neubildungen des Knochens und des Gelenkknorpels C40-C41, der Haut C43-C44, des mesothelialen Gewebes und des Weichteilgewebes C45-C49, der Brustdrüse C50.-, der Schilddrüse und sonstiger endokriner Drüsen C73-C75, Bösartige Neubildungen sonstiger und ungenau bezeichneter Lokalisation C76.-, Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildungen C77-C80.

7. 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 01450, **01640 bis 01642**, 13290, ~~13291~~, **bis 13292**, 13296, 13297 und/oder 32001 berechnet werden.*

8. 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 01450, **01640 bis 01642**, 13340, ~~13341~~, **bis** 13342, 13346, 13347 und/oder 32001 berechnet werden.*

9. 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 01450, **01640 bis 01642**, 13390, ~~13391~~, **bis** 13392, 13396, 13397 und/oder 32001 berechnet werden.*

10. 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 01450, **01640 bis 01642**, 13490, ~~13491~~, **bis** 13492, 13496, 13497 und/oder 32001 berechnet werden.*

11. 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 01450, **01640 bis 01642**, 13540, ~~13541~~, **bis** 13542, 13544, 13547 und/oder 32001 berechnet werden.*

12. 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 01450, **01640 bis 01642**, 13590, ~~13591~~, bis 13592, 13596, 13597 und/oder 32001 berechnet werden.*

13. 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 01450, **01640 bis 01642**, 13640, ~~13641~~, bis 13642, 13646, 13647 und/oder 32001 berechnet werden.*

14. 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 01450, **01640 bis 01642**, 13690, ~~13691~~, bis 13692, 13696, 13697 und/oder 32001 berechnet werden.*

15. Änderung der ersten Anmerkung zur Gebührenordnungsposition 16340 im Abschnitt 16.3 EBM

*Die Gebührenordnungspositionen 16340 und 21340 sind im ~~Bedarfsfall~~ **Behandlungsfall** insgesamt höchstens dreimal berechnungsfähig.*

16. 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, M34.0 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.

Teil E
zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM)
mit Wirkung zum 1. Januar 2019

**Änderung des neunten Spiegelstriches der Legende der
Gebührenordnungsposition 04433 im Abschnitt 4.4.2 EBM**

- metabolische Erkrankung, Neuropathien,
neurodegenerative Erkrankung (G10 bis
G25, G32 bis G37, G50 bis G64, **G90.60**),

Teil F

zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM)

mit Wirkung zum 1. Januar 2019

Protokollnotiz:

Sofern die Dermatoskopie im Rahmen der EBM-Weiterentwicklung als Leistung in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab aufgenommen wird, wird der Bewertungsausschuss bei der daraus resultierenden Überprüfung der Anpassung der Bewertung von Gebührenordnungspositionen und bei der Frage der Finanzierung der ggf. aus den Beratungen resultierenden EBM-Anpassung im Rahmen der EBM-Weiterentwicklung auch die evtl. Veränderung des Dokumentationsaufwands im Zusammenhang mit Früherkennungsuntersuchungen auf Hautkrebs durch den am 18. Januar 2018 gefassten Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschuss zur Änderung der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie überprüfen und bewerten.

Falls diesbezüglich kein Konsens zwischen den Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses erzielt und / oder die Dermatoskopie im Rahmen der EBM-Weiterentwicklung nicht als Leistung in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab aufgenommen wird, nimmt der Bewertungsausschuss die Verhandlungen zur Abbildung des ggf. veränderten Dokumentationsaufwandes im Zusammenhang mit den Früherkennungsuntersuchungen auf Hautkrebs unverzüglich wieder auf.

Teil G

zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM)

mit Wirkung zum 1. Januar 2019

1. Aufnahme eines fakultativen Leistungsinhaltes in die Gebührenordnungsposition 01630 im Abschnitt 1.6 EBM

Fakultativer Leistungsinhalt

- Übertragung des elektronischen Medikationsplans auf die elektronische Gesundheitskarte (eGK) des Patienten

2. Änderungen im Anhang 1 zum EBM

Spaltenbezeichnung		VP	GP	SG
	Legende	Leistung ist in der Versichertenpauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten	Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n)	Leistung ist in sonstigen GOP enthalten
	Erstellung, Aktualisierung, Erläuterung und Aushändigung eines Medikationsplans gemäß § 29a BMV-Ä sowie ggf. Übertragung oder Löschung des elektronischen Medikationsplans auf die/der elektronische(n) Gesundheitskarte (eGK) des Patienten gemäß § 29a BMV-Ä und Anhang 3 der Anlage 4a zum BMV-Ä	x	x	x

Protokollnotiz:

Nach Vorliegen der Überprüfungsergebnisse gemäß Nr. 2 des Teil B des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 57. Sitzung am 21. August 2018 zum Orientierungswert prüft das Institut des Bewertungsausschusses, ob weiterer Handlungsbedarf und ggf. weitere Analysen im Zusammenhang mit der Nutzung der Telematikinfrastruktur und der entsprechenden Fachanwendungen (insbesondere Versichertenstammdatenmanagement, Notfalldatenmanagement und elektronischer Medikationsplan) durch Arztpraxen erforderlich sind.

Entscheidungserhebliche Gründe

Teil A

zum Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 430. Sitzung am 12. Dezember 2018 zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) mit Wirkung zum 1. Oktober 2018

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. Regelungshintergrund und -inhalt

Zu 1.:

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat mit Beschluss vom 21. September 2017 die Behandlungsmethode „Hyperbare Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom“ als Nummer 22 in die Anlage I (Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden) der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung (MVV-RL) aufgenommen. In seiner 426. Sitzung am 18. September 2018 hat der Bewertungsausschuss beschlossen, dass die hyperbare Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom zum 1. Oktober 2018 als neuer Abschnitt 30.2.2 in den EBM aufgenommen wird. Die ärztlichen Aufwände werden durch die Gebührenordnungspositionen 30210, 30212, 30214, 30216 und 30218 abgebildet.

Gemäß Präambel des Abschnitts 30.2.2 können auch Dermatologen die Gebührenordnungsposition 30214 (Betreuung eines Patienten zwischen den Druckkammerbehandlungen) berechnen.

Mit dem vorliegenden Beschluss Teil A erfolgt die Aufnahme des Abschnitts 30.2.2 in die Präambel des Kapitels 10.

Zu 2.:

Mit Beschluss vom 17. November 2017 hat der Gemeinsame Bundesausschuss die Richtlinie zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen

Versorgung (Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung), Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ um eine Nummer 23 „Messung der myokardialen fraktionellen Flussreserve bei koronarer Herzkrankheit“ ergänzt.

Am 18. September 2018 hat der Bewertungsausschuss (426. Sitzung) zur Abbildung der Methode die Gebührenordnungsposition 34298 für die ärztliche Leistung und die Kostenpauschale 40301 für die anfallenden Sachkosten in den Abschnitt 34.2.9 bzw. 40.6. EBM aufgenommen.

Der Beschluss ist mit Wirkung zum 1. Oktober 2018 in Kraft getreten.

Die Sachkosten gemäß Abschnitt 40.6 EBM, die während einer Herzkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie mit oder ohne Intervention anfallen, sind mit Ausnahme der Sachkosten im Zusammenhang mit der Qualitätssicherung bei belegärztlicher Durchführung nicht berechnungsfähig. Analog sollte die Nichtberechnungsfähigkeit der Sachkostenpauschale 40301 bei belegärztlicher Durchführung in der Präambel 40.1 klargestellt werden.

Mit dem vorliegenden Beschluss Teil A wird die Nichtberechnungsfähigkeit der Sachkostenpauschale 40301 bei belegärztlicher Durchführung durch die Aufnahme der Sachkostenpauschale 40301 in der Nummer. 3 der Präambel 40.1 klargestellt.

3. Inkrafttreten

Der Beschluss Teil A tritt mit Wirkung zum 1. Oktober 2018 in Kraft.

Entscheidungserhebliche Gründe

Teil B

zum Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 430. Sitzung am 12. Dezember 2018 zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) mit Wirkung zum 1. Januar 2019

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. Regelungshintergrund

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 20. Oktober 2016 die Richtlinie Ultraschallscreening auf Bauchortenaneurysmen (US-BAA-RL) beschlossen, in der ein einmaliges Screening zur Früherkennung von Bauchortenaneurysmen mittels sonographischer Untersuchung für männliche Versicherte ab dem Alter von 65 Jahren vorgesehen ist. In seiner 410. Sitzung am 29. November 2017 hat der Bewertungsausschuss zur Abbildung der Leistungen der Richtlinie die Gebührenordnungspositionen 01747 für die ärztliche Aufklärung zum Screening auf Bauchortenaneurysmen gemäß § 3 US-BAA-RL und 01748 für die sonographische Untersuchung der Bauchorta gemäß § 4 gemäß § 3 US-BAA-RL in den Abschnitt 1.7.2 EBM aufgenommen.

Die Abrechnung der kurativen Uro-Genital-Sonographie nach der Gebührenordnungsposition 33043 am gleichen Behandlungstag ist neben der Gebührenordnungsposition 01748 ausgeschlossen. Da Urologen zum Screening auf Bauchortenaneurysmen zugelassen sind, bedarf es einer Berechnungsfähigkeit der Gebührenordnungsposition 01748 neben der Gebührenordnungsposition 33043 in der gleichen Sitzung.

3. Regelungsinhalt

Mit dem vorliegenden Beschluss erfolgen Änderungen der Abrechnungsausschlusskriterien der Gebührenordnungspositionen 01748 und 33043

um deren Vergütung am gleichen Behandlungstag zu ermöglichen. Zudem wird ein Abschlag bezüglich der Wechselzeiten auf die Gesamtpunktzahl der Gebührenordnungsposition 33043 erhoben im Falle der Nebeneinanderberechnung der beiden Gebührenordnungspositionen.

4. Inkrafttreten

Der Beschluss Teil B tritt mit Wirkung zum 1. Januar 2019 in Kraft.

Entscheidungserhebliche Gründe

Teil C

zum Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 430. Sitzung am 12. Dezember 2018 zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) mit Wirkung zum 1. Januar 2019

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. Regelungshintergrund

Vor dem Sozialgericht Marburg wurde am 10. Januar 2018 (Aktenzeichen: S 12 KA 279/17) ein gerichtlicher Vergleich geschlossen. Gemäß Ziffer 2 des Vergleiches verpflichten sich die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband, die Vergütung der Radiologen für die Samstagssprechstunde nach der Gebührenordnungsposition 01102 (Inanspruchnahme des Vertragsarztes an Samstagen zwischen 07:00 und 14:00 Uhr) neu zu regeln. Andernfalls ist den klagenden Radiologen gemäß Ziffer 3 des Vergleiches das Honorar für die Gebührenordnungsposition 01102 für das Quartal II/2016 zu vergüten. Kassenärztliche Bundesvereinigung und GKV-Spitzenverband hatten als Beigeladene dem Vergleich zugestimmt und eine Neuregelung bezüglich der Gebührenordnungsposition 01102 für Radiologen bis zum Ende des 4. Quartals 2018 zugesagt.

3. Regelungsinhalt

Mit dem vorliegenden Beschluss Teil C kommt der Bewertungsausschuss der Übereinkunft in dem Vergleich nach. Die Gebührenordnungsposition 01102 soll in die Nummer 2 der Präambel zum Abschnitt 24.1 EBM aufgenommen und damit die Abrechenbarkeit dieser Gebührenordnungsposition für die Fachärzte für diagnostische Radiologie hergestellt werden. Um die Abrechnung der Gebührenordnungsposition 01102 auch für Fachärzte für Strahlentherapie zu ermöglichen, soll die

Gebührenordnungsposition 01102 in die Nummer 2 der Präambel zum Abschnitt 25.1 EBM aufgenommen werden.

4. Inkrafttreten

Der Beschluss Teil C tritt mit Wirkung zum 1. Januar 2019 in Kraft.

Entscheidungserhebliche Gründe

Teil D

zum Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 430. Sitzung am 12. Dezember 2018 zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) mit Wirkung zum 1. Januar 2019

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

Mit dem vorliegenden Beschluss Teil D nimmt der Bewertungsausschuss verschiedene Detailänderungen im EBM vor.

Bei den Änderungen der laufenden Nummern 1 bis 4 sowie 15 bis 16 handelt es sich um redaktionelle Anpassungen bzw. um Änderungen zur Anpassung an die EBM-Systematik.

Zu 5.:

Gemäß 2.1 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM sind die in der Überschrift zu einer Gebührenordnungsposition aufgeführten Leistungsinhalte immer Bestandteil des obligaten Leistungsinhalts. Es erfolgt eine Klarstellung, nach der die Behandlung im Rahmen der Untersuchung einer krankhaften Störung des binokularen Sehens für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr in der Gebührenordnungsposition 06230 abgebildet ist, jedoch nicht zwingend in jedem Fall zur Abrechnung der Leistung erfolgen muss.

Zu 6.:

Gemäß den Änderungen der ersten Anmerkung zur Gebührenordnungsposition 07345 (Zusatzpauschale Behandlung und/oder Betreuung eines Patienten mit einer gesicherten onkologischen Erkrankung bei laufender onkologischer Therapie oder Betreuung im Rahmen der Nachsorge) ist die Leistung künftig auch für Patienten mit den ICD-10-Kodes C34.-, C38.- und C39.- berechnungsfähig.

Zu 7. bis 14.:

Gemäß Anhang 3 des EBM sind die Gebührenordnungspositionen 01640 bis 01642 (Zuschläge zu Grund- und Versichertenpauschalen für die Anlage und Löschung eines Notfalldatensatzes gemäß Anhang 2 der Anlage 4a des Bundesmantelvertrages-Ärzte) Bestandteil der fachärztlichen Grundversorgung. Entsprechend erfolgt eine Klarstellung, nach der die Zuschläge zur fachärztlichen Grundversorgung gemäß den Gebührenordnungspositionen 13294, 13344, 13394, 13543, 13594, 13644 und 13694 auch in Behandlungsfällen berechnungsfähig sind, in denen ausschließlich u. a. die Gebührenordnungspositionen 01640 bis 01642 berechnet werden.

3. Inkrafttreten

Der Beschluss Teil D tritt mit Wirkung zum 1. Januar 2019 in Kraft.

Entscheidungserhebliche Gründe

Teil E

zum Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 430. Sitzung am 12. Dezember 2018 zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) mit Wirkung zum 1. Januar 2019

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

Gemäß der Änderung des neunten Spiegelstriches der Legende der Gebührenordnungsposition 04433 (Zusatzpauschale Koordination der neuropädiatrischen Betreuung bei der fortgesetzten Betreuung von Patienten bei mindestens einer der Diagnosen) ist die Leistung künftig auch für Patienten mit dem ICD-10-Kode G90.60 berechnungsfähig. Hintergrund ist die Streichung des ICD-10-Kode G56.4 Mononeuropathien der oberen Extremität: Kausalgie durch das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information. Der medizinische Inhalt des ICD-10-Kode G56.4 wird über den neuen ICD-10-Kode G90.60 Komplexes regionales Schmerzsyndrom der oberen Extremität, Typ II: Kausalgie abgebildet.

3. Inkrafttreten

Der Beschluss Teil E tritt mit Wirkung zum 1. Januar 2019 in Kraft.

Entscheidungserhebliche Gründe

Teil F

zum Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 430. Sitzung am 12. Dezember 2018 zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) mit Wirkung zum 1. Januar 2019

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. Regelungshintergrund und -inhalt

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 18. Januar 2018 beschlossen, die Richtlinie über die Früherkennung von Krebserkrankungen zu ändern. Die Änderung der Richtlinie tritt zum 1. Januar 2019 in Kraft und sieht ggf. Änderungen des Dokumentationsaufwandes im Zusammenhang mit Früherkennungsuntersuchungen auf Hautkrebs vor.

In einer Protokollnotiz zum Beschluss Teil F wird geregelt, dass die Beratungen im Zusammenhang mit dem oben genannten Beschluss des G-BA zur Anpassung der Dokumentation der Früherkennungsuntersuchungen auf Hautkrebs in Abhängigkeit von den Beratungen zur Aufnahme der Dermatoskopie in den EBM im Rahmen der EBM-Weiterentwicklung gegebenenfalls zu einem späteren Zeitpunkt wieder aufgenommen werden.

3. Inkrafttreten

Der Beschluss Teil F tritt mit Wirkung zum 1. Januar 2019 in Kraft.

Entscheidungserhebliche Gründe

Teil G

zum Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 430. Sitzung am 12. Dezember 2018 zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) mit Wirkung zum 1. Januar 2019

1. Rechtsgrundlage

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

2. Regelungshintergrund

Mit dem Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen (E-Health-Gesetz) wurde in § 31a Abs. 3 SGB V festgelegt, dass ab dem 1. Januar 2019 ein Anspruch des Versicherten auf Speicherung des Medikationsplans auf der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) besteht, sofern er dies wünscht.

3. Regelungsinhalt

Mit dem vorliegenden Beschluss Teil G erfolgt eine Anpassung des EBM durch Aufnahme eines fakultativen Leistungsinhalts in der Gebührenordnungsposition 01630 (Erstellung eines Medikationsplans) zur Übertragung des elektronischen Medikationsplans auf die eGK des Patienten.

Im Anhang 1 des EBM wird zudem durch eine Ergänzung konkretisiert, dass die Übertragung des elektronischen Medikationsplans auf die eGK ein Leistungsbestandteil der Versicherten- und Grundpauschalen sowie von sonstigen Gebührenordnungspositionen ist.

4. Inkrafttreten

Dieser Beschluss Teil G tritt mit Wirkung zum 1. Januar 2019 in Kraft.