

## **Entscheidungserhebliche Gründe**

**zum Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 398. Sitzung am 25. Juli 2017 zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM)**

**Teil A mit Wirkung zum 1. Juli 2017**

**Teil B mit Wirkung zum 1. Oktober 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 -inhalte**

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

#### **Teil A:**

Der § 22 Absatz 3 Personenstandsgesetz (PStG) sieht vor, dass die Eintragung eines Neugeborenen in das Geburtenregister ohne Angabe des Geschlechts zu erfolgen hat, wenn das Kind weder dem weiblichen noch dem männlichen Geschlecht zugeordnet werden kann. Zum 1. Januar 2016 hatte der Bewertungsausschuss durch Beschluss in seiner 369. Sitzung am 15. Dezember 2015 Regelungen zur Abrechnung geschlechtsspezifischer Gebührenordnungspositionen für das unbestimmte Geschlecht als Nr. 4.2.1 der Allgemeinen Bestimmungen aufgenommen. Diese Regelung wurde für Personen, deren personenstandsrechtliche Geschlechtszuordnung zwar als "männlich" oder "weiblich" festgelegt ist, bei denen jedoch primäre Geschlechtsmerkmale beider Geschlechter vorliegen, wie bei Intersexualität oder Transsexualität, durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 397. Sitzung am 21. Juni 2017 zum 1. Juli 2017 erweitert.

Mit dem vorliegenden Beschluss wird die Nr. 4.2.1 der Allgemeinen Bestimmungen allgemeiner gefasst, indem geschlechtsspezifische Gebührenordnungspositionen ausgehend von dem organbezogenen Befund (z. B. bei Vorliegen von Testes, Ovarien, Prostata) unabhängig von der personenstandsrechtlichen Geschlechtszuordnung bei Intersexualität und Transsexualität berechnungsfähig sind. In diesem Zusammenhang

erfolgt eine Anpassung der Leistungslegenden der Gebührenordnungspositionen 26310 und 26311.

### **Teil B:**

#### **Zu 1. bis 7., 9. und 10.:**

Die Änderungen erfolgen zur Angleichung in Bezug auf die Bezeichnung der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung und deren Anlage I „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“.

#### **Zu 8.:**

Mit dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 386. Sitzung am 12. Dezember 2016 erfolgte die Aufnahme einer Anmerkung zur Gebührenordnungsposition 34291 (Herzkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie), welche die Abrechnung übergangsweise bis zum 30. Juni 2017 auch bei fehlender Qualitätssicherung und fehlendem Aufklärungsgespräch gemäß Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 i. V. m. § 136 Abs. 1 Nr. 1 SGB V über die einrichtungs- und sektorenübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung (Qesü-RL) unter bestimmten Voraussetzungen ermöglichte. Da keine weitere Verlängerung der Übergangsfrist erfolgt, wird die Anmerkung gestrichen.

#### **Zu 11.:**

Die Änderung der Präambel 31.2.1 Nr. 8 erfolgt zur Erweiterung um die Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 30.1.3.

#### **Zu 12.:**

Die Änderung der Nummer 1 der Präambel 37.1 erfolgt zur Aufnahme der Vertragsärzte mit Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie, damit diese zur Berechnung der entsprechenden Gebührenordnungspositionen des Kapitels 37 berechtigt sind.

#### **Zu 13.:**

Mit der Änderung der Nummer 3 der Präambel 40.1 wird die Abrechnung der Kostenpauschale 40306 (Kostenpauschale zur GOP 34291) auch im belegärztlichen Behandlungsfall ermöglicht.

### **3. Inkrafttreten**

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