

B E S C H L U S S

zu Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) durch den Bewertungsausschuss nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V

in seiner 143. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)

mit Wirkung zum 1. April 2008

1. Streichung der dritten Anmerkung hinter der Gebührenordnungsposition 01436

Die Gebührenordnungsposition 01436 kann nicht neben Versicherten-, Grund- und/oder Konsiliarpauschalen berechnet werden.

Neben der Gebührenordnungsposition 01436 ist für die Berechnung der jeweiligen arztgruppenspezifischen Versicherten-, Grund- und/oder Konsiliarpauschale in demselben Behandlungsfall mindestens ein weiterer persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt notwendig.

Die Gebührenordnungsposition 01436 ist nicht neben der Gebührenordnungsposition 30700 berechnungsfähig.

2. Änderung in der ersten und zweiten Anmerkung hinter der Gebührenordnungsposition 01530

Die Gebührenordnungsposition 01530 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01510 bis 01512, 01520, 01521, 01531, 01857, 01910, 01911, 02100, 02101, 04564 bis 04566, 04572, 04573, 13310, 13610 bis 13612, 13620, 13621, 30708, 32247, 34502 und 34503 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 31.5.3 sowie den Gebührenordnungspositionen des Kapitels 5 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 01530 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13311 und 34291 berechnungsfähig.

3. Streichung der zweiten Anmerkung hinter der Gebührenordnungsposition 01741

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 01741 setzt eine Genehmigung der

Kassenärztlichen Vereinigung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.

Die Gebührenordnungsposition 01741 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02401, 04514, 04518, 10340 bis 10342, 13421 und 13422 berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 01741 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 32110 bis 32117 und 32120 berechnungsfähig.

4. Änderung in der ersten Anmerkung hinter der Gebührenordnungsposition 01755

Die Gebührenordnungsposition 01755 ist nur einmal je Seite berechnungsfähig.

5. Änderung in der dritten Anmerkung hinter den Gebührenordnungspositionen 04120, 04121 und 04122

Werden Leistungen der Abschnitte 4.4 oder 4.5 erbracht sind die Versichertenpauschalen 04120 bis 04122 nicht berechnungsfähig. In diesen Fällen sind unter Beachtung der Präambel 4.1 Nr. 4 die Versichertenpauschalen 04110 bis 04112 zu berechnen.

6. Änderung in der ersten und der zweiten Anmerkung hinter der Gebührenordnungsposition 04335

Die Gebührenordnungsposition 04335 ist nur berechnungsfähig bei Verwendung eines von der PTB bzw. eines entsprechend der EU-Richtlinie 93/42/EWG zugelassenen Audiometers mit mindestens einmal jährlich durchgeführter messtechnischer Kontrolle gemäß § 11 der Verordnung über das Errichten, Betreiben und Anwenden von Medizinprodukten (MPBetreibV) durch einen zugelassenen Wartungsdienst entsprechend der MPBetreibV. Der Vertragsarzt hat der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung die Bestätigung über die Durchführung der Wartung mit der nach dem Wartungsdienst erfolgenden Quartalsabrechnung beizulegen.

Entgegen Nr. 4.3.2 der Allgemeinen Bestimmungen kann die Gebührenordnungsposition 04335 auch dann berechnet werden, wenn durch die Arztpraxis die kontinuierliche Frequenzänderung nicht vorgehalten wird.

7. Änderung im ersten und zweiten Spiegelstrich des obligaten Leistungsinhalts der Gebührenordnungsposition 19312

19312 Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 19310 und 19311 für die histologische oder zytologische Untersuchung eines Materials unter Anwendung von Sonderverfahren

Obligater Leistungsinhalt

- Anwendung eines histo- oder zytochemischen Sonderverfahrens (Nachweis von organischen und anorganischen Stoffen oder Enzymaktivitäten durch definierte chemische Reaktionen)

und/oder

- Anwendung eines optischen Sonderverfahrens (Morphometrie, Interferenz- oder Polarisationsmikroskopie)

Fakultativer Leistungsinhalt

- Aufbereitung

je Material, höchstens fünfmal

8. Änderung in der ersten Anmerkung hinter der Gebührenordnungsposition 30700

Die Grundpauschale 30700 ist in demselben Arztfall nicht neben einer Versichertenpauschale, sonstigen Grundpauschale bzw. Konsiliarpauschale berechnungsfähig.

9. Aufnahme einer Anmerkung hinter der Gebührenordnungsposition 30706

Die Gebührenordnungsposition 30706 ist nur in Behandlungsfällen berechnungsfähig, in denen die Grundpauschale 30700 berechnet worden ist. Hausärzte sowie weitere komplementär behandelnde Ärzte dürfen die Gebührenordnungsposition unter Angabe des primär schmerztherapeutisch verantwortlichen Arztes berechnen.

10. Aufnahme einer weiteren Anmerkung hinter der Gebührenordnungsposition 30708

Bei der Nebeneinanderberechnung der Gebührenordnungsposition 30708 neben der 30702 ist eine Arzt-Patienten-Kontaktzeit von mindestens 70 Minuten Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 30708.

Die Gebührenordnungsposition 30708 ist nur in Behandlungsfällen berechnungsfähig, in denen die Grundpauschale 30700 berechnet worden ist.

Die Gebührenordnungsposition 30708 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01440, 01510 bis 01512, 01520, 01521, 01530, 01531, 01856, 02100, 02101, 05320, 05330, 05331, 05340, 05341, 05350, 05372, 31820 bis 31828, 31830, 31831, 36820 bis 36828, 36830 und 36831 berechnungsfähig.

11. Änderung in der Leistungsbeschreibung der Gebührenordnungsposition 34492

34492 Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 34470 für weitere Sequenzen nach Kontrastmitteleinbringung(en)

12. Änderung in den Anmerkungen hinter der Gebührenordnungsposition 40840

Die Kostenpauschale nach der Nr. 40840 ist bei Bestrahlung von gutartigen Erkrankungen je Zielvolumen höchstens zweimal, insgesamt je Behandlungsfall unter Angabe einer Begründung höchstens sechsmal berechnungsfähig.

Die Kostenpauschale nach der Nr. 40840 ist bei Bestrahlung unter Verwendung von 2-D-Technik je Zielvolumen höchstens viermal, bei Bestrahlung unter Verwendung von 3-D-Technik je Zielvolumen höchstens achtmal, insgesamt je Behandlungsfall unter Angabe einer Begründung höchstens fünfzehnmal berechnungsfähig.

13. Änderung in der zweiten Anmerkung hinter der Gebührenordnungsposition 07345

Die Gebührenordnungsposition 07345 ist bei laufender medikamentöser, im Sinne einer systemischen Chemotherapie mit z. B. zytostatischen Substanzen, operativer und/oder strahlentherapeutischer Behandlung und/oder bei Betreuung im Rahmen der Nachsorge bis höchstens 2 Jahre nach Beendigung einer medikamentösen, operativen und/oder strahlentherapeutischen Behandlung eines Patienten mit gesicherter onkologischer Erkrankung berechnungsfähig.

14. Analoge Änderung der zweiten Anmerkung hinter den Gebührenordnungspositionen 08345, 09345, 10345, 13435, 13675, 15345 und 26315

15. Änderung in der Allgemeinen Bestimmung 1.3

1.3 Qualifikationsvoraussetzungen

Gebührenordnungspositionen, deren Berechnung an ein Gebiet, eine Schwerpunktkompetenz (Teilgebiet), eine Zusatzweiterbildung oder sonstige Kriterien gebunden ist, setzen das Führen der Bezeichnung, die darauf basierende Zulassung oder eine genehmigte Anstellung und/oder die Erfüllung der Kriterien voraus. Die Berechnung von Leistungen, für die es vertragliche Vereinbarungen gemäß § 135 Abs. 1 oder Abs. 2 SGB V gibt, setzen die für die Berechnung der Leistungen notwendige Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung voraus.

Beschäftigt der Vertragsarzt einen angestellten Arzt, kann der Vertragsarzt die erbrachten Leistungen seines angestellten Arztes auf der Basis des Beschlusses des Zulassungsausschusses berechnen.

Satz 1 und Satz 2 gelten entsprechend.

16. Änderung in der Allgemeinen Bestimmung 2.1.6

2.1.6 Beauftragung zur Erbringung von in berechnungsfähigen Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen enthaltenen Teilleistungen

Wird ein Vertragsarzt ausschließlich zur Durchführung von Leistungen beauftragt, die im "Verzeichnis der nicht gesondert berechnungsfähigen Leistungen" (Anhang 1) des EBM aufgeführt und die einer Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale zugeordnet sind, ist anstelle der einzelnen Leistungen die Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale der Fachgruppe einmal im Behandlungsfall mit 50 % der Punktzahl zu berechnen. Auch bei Durchführung von mehreren Auftragsleistungen (Indikations- oder Definitionsaufträge gemäß § 24 Abs. 7 Nr. 1 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) bzw. § 27 Abs. 7 Nr. 1 Arzt-/Ersatzkassenvertrag (EKV)) in einem Behandlungsfall ist die mit 50 % der Punktzahl zu berechnende Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale nur einmalig berechnungsfähig.

Neben den o.g. mit 50 % der Punktzahl zu berechnenden Pauschalen ist für die Berechnung der jeweiligen arztgruppenspezifischen Versicherten- oder Grundpauschale anstelle der mit 50 % der Punktzahl zu berechnenden Pauschale in demselben Behandlungsfall mindestens ein weiterer persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt außerhalb der Durchführung der

Auftragsleistungen (Indikations- oder
Definitions-auftrag) notwendig.

17. Änderung in der Allgemeinen Bestimmung 5.1

5.1 Berechnungsfähige Gebührenordnungspositionen

Die Berechnung der arztgruppenspezifischen Gebührenordnungspositionen von (Teil-)Berufsausübungsgemeinschaften, Arztpraxen mit angestellten Ärzten oder Medizinischen Versorgungszentren richtet sich unter Berücksichtigung von 1.3 der Allgemeinen Bestimmungen zum EBM nach den Arztgruppen, die in einer (Teil-)Berufsausübungsgemeinschaft, Arztpraxis mit angestellten Ärzten oder einem Medizinischen Versorgungszentrum vertreten sind.

In internistischen schwerpunktübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften sind, entgegen der Präambel 13.1 Nrn. 3 und 4 und den Anmerkungen unter den Leistungen, unter Beachtung von 2.1.3 und 5.2 der Allgemeinen Bestimmungen, Leistungen aus unterschiedlichen schwerpunktorientierten Abschnitten und/oder dem Abschnitt 13.2.1 nebeneinander berechnungsfähig. In pädiatrischen schwerpunktübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften sind, entgegen den Anmerkungen unter den Leistungen, unter Beachtung von 2.1.3 und 5.2 der Allgemeinen Bestimmungen, Leistungen aus unterschiedlichen schwerpunktorientierten Abschnitten nebeneinander berechnungsfähig.

18. Änderung in Nr. 4 der Präambel 36.2.1 (Belegärztliche Operationen)

4. In einem Zeitraum von drei Tagen, beginnend mit dem Operationstag, können vom Operateur neben der belegärztlichen Operation nur die Gebührenordnungspositionen 01220 bis 01222, 01310 bis 01312, 01412, 01414, 01602, 01610 bis 01612, 01620 bis 01623, 01700, 01701, 01707, 01708, 01711 bis 01722, 01730 bis 01734, 01740 bis 01743, 01750, 01752 bis 01758 und 01770 bis 01775, 01780 bis 01787, 01790 bis 01793, 01800 bis 01813, 01815, 01820 bis 01822, 01825 bis 01832, 01835 bis 01839, 01850, 01950 bis 01952, 02100, 02101, 02110 bis 02112 und 02120, 16310, 19310, 19312, 19320, 26310, 26311 und 26320 bis 26325, die arztgruppenspezifischen Grundpauschalen, Gebührenordnungspositionen der Kapitel 32, 33, 34 und 35 bzw. Abschnitte 30.3 und 30.7 (mit Ausnahme der

Gebührenordnungspositionen 30702 und 30704), 36.3, 36.5.2 sowie die Gebührenordnungspositionen 01100 oder 01101 jeweils in Verbindung mit der Gebührenordnungsposition 01414 berechnet werden.

19. Änderung in Nr. 4 der Präambel 4.1 (Versorgungsbereich Kinder- und Jugendmedizin)

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 % 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) ist für den Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin gemäß 4.1 der Allgemeinen Bestimmungen neben den Gebührenordnungs-positionen seines Abschnitts die Gebührenordnungs-position 01436 - Konsultationspauschale - berechnungsfähig.

20. Änderung zur Gebührenordnungsposition 30708 im Anhang 3 zum EBM

GOP	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
30708	Beratung und Erörterung und/oder Abklärung im Rahmen der Schmerztherapie	10	10	Tages- und Quartalsprofil

21. Änderung in der Allgemeinen Bestimmung 6.2.1

6.2.1 Nebeneinanderberechnung von
Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 4.4,
4.5 und/oder 13.3

Abweichend von den Allgemeinen Bestimmungen zum EBM ist die Nebeneinanderberechnung von Gebührenordnungspositionen der schwerpunktorientierten pädiatrischen Versorgung der Abschnitte 4.4 und/oder 4.5 und/oder der schwerpunktorientierten internistischen Versorgung des Abschnitts 13.3 - mit Ausnahme der Grundpauschalen - durch einen Vertragsarzt, der seine Tätigkeit unter mehreren Schwerpunktbezeichnungen ausübt, bei schwerpunktübergreifender Behandlung des Patienten unter Vornahme eines Abschlags in Höhe von 10% von der Punktzahl der jeweiligen im selben Behandlungsfall berechneten Gebührenordnungsposition der Abschnitte 4.4, 4.5 und/oder 13.3 möglich.

Bei den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 4.4, 4.5 und/oder 13.3, auf die diese Abschlagsregelung angewendet wird, wird die Prüfzeit gemäß Anhang 3 des EBM ebenfalls um 10% vermindert.

22. Änderung in der Allgemeinen Bestimmung 7.3

7.3 Nicht in den Gebührenordnungspositionen
enthaltene Kosten

In den Gebührenordnungspositionen sind -
soweit nichts anderes bestimmt ist - nicht
enthalten:

- Kosten für Arzneimittel, Verbandmittel,
Materialien, Instrumente, Gegenstände
und Stoffe, die nach der Anwendung
verbraucht sind oder die der Kranke zur
weiteren Verwendung behält,

- Kosten für Einmalinfusionsbestecke, Einmalinfusionskatheter, Einmalinfusionsnadeln und Einmalbiopsienadeln,
- Telefonkosten, die entstehen, wenn der behandelnde Arzt mit dem Krankenhaus zu einer erforderlichen stationären Behandlung Rücksprache nehmen muss.

23. Änderung in Nr. 1 der Präambel 1.2 (Gebührenordnungspositionen für die Versorgung im Notfall und im organisierten ärztlichen Not-(fall)dienst)

1. Neben den Gebührenordnungspositionen dieses Abschnittes sind nur Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig, die in unmittelbarem diagnostischen oder therapeutischen Zusammenhang mit der Notfallversorgung stehen. Die Nr. 1.5 der Allgemeinen Bestimmungen gilt für die Berechnung von im Rahmen der Notfallversorgung erbrachten Gebührenordnungspositionen nicht.

24. Änderung in der ersten Anmerkung hinter der Gebührenordnungsposition 14211

Die Gebührenordnungsposition nach der Nr. 14211 ist auch bei Versicherten jenseits des vollendeten 21. Lebensjahres berechnungsfähig, wenn die Behandlung vor Vollendung des 21. Lebensjahres begonnen wurde.

25. Änderung im dritten und vierten Spiegelstrich des obligaten Leistungsinhalts der Gebührenordnungsposition 30111

30111 Allergologisch-diagnostischer Komplex zur Diagnostik und/oder zum Ausschluss einer Allergie vom Soforttyp (Typ I), einschl. Kosten

Obligater Leistungsinhalt

- Spezifische allergologische Anamnese,
- Prick-Testung,
und/oder
- Scratch-Testung,
und/oder
- Reibtestung,
und/oder
- Skarifikationstestung
und/oder
- Intrakutan-Testung
und/oder
- Konjunktivaler Provokationstest
und/oder

- Nasaler Provokationstest,
 - Vergleich zu einer Positiv- und Negativkontrolle,
 - Überprüfung der lokalen Hautreaktion,
 - Vorhaltung notfallmedizinischer Versorgung,
- einmal im Krankheitsfall

26. Änderung im zweiten Spiegelstrich des fakultativen Leistungsinhalts der Gebührenordnungsposition 31501

31501 Postoperative Überwachung im Anschluss an Biopsien von Muskeln, Weichteilen und Nerven der Kategorie C1 (Nr. 31121) oder einer Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 31341 oder 31342

Obligater Leistungsinhalt

- Kontrolle von Atmung, Kreislauf, Vigilanz,
- Abschlussuntersuchung(en)

Fakultativer Leistungsinhalt

- Infusionstherapie,
- akute Schmerztherapie, mit Ausnahme der Leistungen entsprechend den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 30.7,
- EKG-Monitoring

27. Änderung in der zweiten Anmerkung hinter der Gebührenordnungsposition 13552

Die Gebührenordnungsposition 13552 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 36881 bis 36883 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 13.3.1, 13.3.2, 13.3.3, 13.3.4, 13.3.6, 13.3.7 und 13.3.8 berechnungsfähig.

28. Aufnahme einer weiteren Leistung in den Anhang 1

Spaltenbezeichnung		VP	GP	SG
	Legende	Leistung ist in der Versicherten pauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten	Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n)	Leistung ist in sonstigen GOP enthalten
	Intravenöse Injektion	X	X	