

## B E S C H L U S S

### des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 398. Sitzung am 25. Juli 2017

#### Teil A

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

---

#### 1. Änderung der Nr. 4.2.1 der Allgemeinen Bestimmungen zum EBM

##### 4.2.1 Abrechnung geschlechtsspezifischer Gebührenordnungspositionen

Geschlechtsspezifische Gebührenordnungspositionen sind bei ~~Intersexualität oder Transsexualität Personen, bei denen primäre Geschlechtsmerkmale beider Geschlechter vorliegen, wie bei Intersexualität oder Transsexualität nach Geschlechtsangleichung,~~ entsprechend dem organbezogenen Befund (z. B. bei Vorliegen von Testes, Ovarien, Prostata) **unabhängig von der personenstandsrechtlichen Geschlechtszuordnung** berechnungsfähig. ~~Ohne Kennzeichnung "X" für das unbestimmte Geschlecht auf der elektronischen Gesundheitskarte ist bei den genannten Personen die entsprechende Leistung~~ Entspricht der organbezogene Befund bei ~~Intersexualität oder Transsexualität nicht der personenstandsrechtlichen Geschlechtszuordnung~~ sind **geschlechtsspezifische Gebührenordnungsposition(en)** mit einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung zu versehen. ~~und Als Begründung ist der ICD-10-Kode für Transsexualität oder Intersexualität anzugeben. Bei Vorliegen der Kennzeichnung "X" für das unbestimmte Geschlecht auf der elektronischen Gesundheitskarte ist keine~~ **kodierte Zusatzkennzeichnung anzugeben.** Für **Patienten gemäß Satz 1. und 2. dieser Bestimmung ist bei** Urethro(-zysto)skopien ~~sind~~ die Gebührenordnungspositionen 08311 oder 26311 bei überwiegend interner Lage der Urethra und einer Urethralänge bis zu 8 cm zu berechnen. Bei einer Urethralänge von mehr als 8 cm und/oder nicht überwiegend interner Lage der Urethra ist die Gebührenordnungsposition 26310 zu berechnen.

#### 2. Änderung der Legende der Gebührenordnungsposition 26310 im Abschnitt 26.3 EBM

26310 Urethro(-zysto)skopie des Mannes oder ~~bei Personen mit nicht festgelegter Geschlechtszuordnung~~ gemäß **den**

**Vorgaben der Allgemeinen Bestimmungen**

## 4.2.1

**3. Änderung der Legende der Gebührenordnungsposition 26311 im Abschnitt 26.3 EBM**

26311 Urethro(-zysto)skopie der Frau oder **bei Personen mit nicht festgelegter Geschlechtszuordnung** gemäß **den Vorgaben der Allgemeinen Bestimmungen** 4.2.1

**4. Änderungen im Anhang 3 zum EBM**

<b>GOP</b>	<b>Kurzlegende</b>	<b>Kalkulationszeit in Minuten</b>	<b>Prüfzeit in Minuten</b>	<b>Eignung der Prüfzeit</b>
26310	Urethro(-zysto)skopie des Mannes oder <b>bei Personen mit nicht festgelegter Geschlechtszuordnung</b> gemäß <b>den Vorgaben der Allgemeinen Bestimmungen</b> 4.2.1	15	13	Tages- und Quartalsprofil
26311	Urethro(-zysto)skopie der Frau oder <b>bei Personen mit nicht festgelegter Geschlechtszuordnung</b> gemäß <b>den Vorgaben der Allgemeinen Bestimmungen</b> 4.2.1	8	6	Tages- und Quartalsprofil

**Protokollnotiz:**

Die Kennzeichnung von geschlechtsspezifischen Gebührenordnungspositionen nach organbezogenen Befund bei Intersexualität oder Transsexualität, der nicht der personenstandsrechtlichen Geschlechtszuordnung entspricht, erfolgt mit einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung. In der Abrechnung der Leistungen gegenüber den Kassenärztlichen Vereinigungen sowie im Einzelfallnachweis werden die gekennzeichneten Leistungen übertragen.

## Teil B

### zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM)

mit Wirkung zum 1. Oktober 2017

---

#### 1. Änderung der zweiten Bestimmung zum Abschnitt 4.5.4 EBM

2. Die Gebührenordnungspositionen 04560, 04561 und 04563 können - unter Berücksichtigung von 1.3 der Allgemeinen Bestimmungen - nur von Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzweiterbildung Kinder-Nephrologie und/oder Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin, die über eine Genehmigung zur Durchführung von Blutreinigungsverfahren gemäß § 135 Abs. 2 SGB V verfügen, berechnet werden. Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 04562, 04564 bis 04566 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Vereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus. Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 04572 und 04573 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach Nr. 1 Ambulante Durchführung der Apheresen als extrakorporales Hämotherapieverfahren, Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- ~~und~~ oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztlicher Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses voraus.

#### 2. Änderung der Leistungslegende der Gebührenordnungsposition 04572 im Abschnitt 4.5.4 EBM

04572      Zusatzpauschale      kindernephrologische  
Betreuung bei einem Neugeborenen,  
Säugling, Kleinkind, Kind oder Jugendlichen  
bei LDL-Apherese gemäß Nr. 1 Anlage I  
"Anerkannte Untersuchungs- ~~und~~ oder  
Behandlungsmethoden" der Richtlinie  
Methoden vertragsärztlicher Versorgung des  
Gemeinsamen Bundesausschusses,

#### 3. Änderung der Leistungslegende der Gebührenordnungsposition 04573 im Abschnitt 4.5.4 EBM

04573      Zusatzpauschale      kindernephrologische  
Betreuung bei einem Neugeborenen,  
Säugling, Kleinkind, Kind oder Jugendlichen  
bei einer Apherese bei rheumatoider Arthritis  
gemäß Nr. 1 Anlage I "Anerkannte  
Untersuchungs- ~~und~~ oder  
Behandlungsmethoden" der Richtlinie

Methoden vertragsärztlicher Versorgung des  
Gemeinsamen Bundesausschusses,

**4. Änderung der ersten Bestimmung zum Abschnitt 13.3.6 EBM**

1. Die Gebührenordnungspositionen 13590 bis 13592, 13600 und 13601 können - unter Berücksichtigung von 1.3 der Allgemeinen Bestimmungen - nur von Fachärzten für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Nephrologie und/oder Vertragsärzten, die über eine Genehmigung zur Durchführung von Blutreinigungsverfahren gemäß § 135 Abs. 2 SGB V verfügen, berechnet werden. Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 13602 und 13610 bis 13612 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Vereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus. Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 13620 bis 13622 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach Nr. 1 Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- **und** oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztlicher Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses voraus.

**5. Änderung der Leistungslegende zur Gebührenordnungsposition 13620 im Abschnitt 13.3.6 EBM**

13620 Zusatzpauschale ärztliche Betreuung bei LDL-Apherese gemäß Nr. 1 Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- **und** oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztlicher Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses, ausgenommen bei isolierter Lp(a)-Erhöhung,

**6. Änderung der Leistungslegende zur Gebührenordnungsposition 13622 im Abschnitt 13.3.6 EBM**

13622 Zusatzpauschale ärztliche Betreuung bei LDL-Apherese gemäß Nr. 1 Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- **und** oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztlicher Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses, bei isolierter Lp(a)-Erhöhung,

**7. Änderung der Leistungslegende zur Gebührenordnungsposition 31362 im Abschnitt 31.2.13 EBM**

31362 Eingriff der Kategorie Y2: Phototherapeutische Keratektomie (PTK) gemäß Nr. 13 Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- **und** oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie

Methoden vertragsärztliche Versorgung des  
Gemeinsamen Bundesausschusses

8. **Streichung der ersten Anmerkung zur Gebührenordnungsposition 34291 im Abschnitt 34.2.9 EBM. Die bisherige zweite und dritte Anmerkung werden zur ersten und zweiten Anmerkung.**

~~Die Gebührenordnungsposition 34291 ist 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) berechnungsfähig. In diesem Fall ist die Gebührenordnungsposition 34291 nach Maßgabe der Kassenärztlichen Vereinigung zu kennzeichnen sowie durch die Kassenärztliche Vereinigung ein Abschlag von 92 Punkten vorzunehmen und die Prüfzeit um 5 Minuten zu reduzieren.~~

9. **Änderung des ersten Spiegelstriches des obligaten Leistungsinhaltes der Gebührenordnungsposition 34600 im Abschnitt 34.6 EBM**

- Osteodensitometrische Untersuchung(en) nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (Nr. 7 in der Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- **und** oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung, mittels einer zentralen DXA [Dual-Energy X-ray Absorptiometrie]) bei Patienten, die eine Fraktur ohne nachweisbares adäquates Trauma erlitten haben und bei denen gleichzeitig aufgrund anderer anamnestischer und klinischer Befunde ein begründeter Verdacht auf Osteoporose besteht
- am Schenkelhals
- und/oder
- an der LWS

**10. Änderung des ersten Spiegelstriches des obligaten Leistungsinhaltes der Gebührenordnungsposition 34601 im Abschnitt 34.6 EBM**

- Osteodensitometrische Untersuchung(en) nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (Nr. 7 in der Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- ~~und~~ oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung, mittels einer zentralen DXA [Dual-Energy X-ray Absorptiometrie]) zum Zweck der Optimierung der Therapieentscheidung, wenn aufgrund konkreter anamnestischer und klinischer Befunde eine Absicht für eine spezifische medikamentöse Therapie einer Osteoporose besteht
  - am Schenkelhals
  - und/oder
  - an der LWS

**11. Aufnahme des Abschnittes 30.1.3 EBM in die Präambel 31.2.1 Nr. 8 EBM**

**12. Änderung der Nr. 1 der Präambel 37.1 EBM und Aufnahme der Gebührenordnungspositionen 37100, 37102, 37113 und 37120 in die Präambel 5.1 Nr. 4 EBM**

1. Die Gebührenordnungspositionen 37100, 37102, 37113 und 37120 können nur von
  - Fachärzten für Allgemeinmedizin,
  - Fachärzten für Innere und Allgemeinmedizin,
  - Praktischen Ärzten,
  - Ärzten ohne Gebietsbezeichnung,
  - Fachärzten für Innere Medizin ohne Schwerpunktbezeichnung, die gegenüber dem Zulassungsausschuss ihre Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung gemäß § 73 Abs. 1a SGB V erklärt haben,
  - Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin,
  - Fachärzten für Augenheilkunde,
  - Fachärzten für Chirurgie,
  - Fachärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe,
  - Fachärzten für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde,
  - Fachärzten für Haut- und Geschlechtskrankheiten,
  - Fachärzten für Innere Medizin mit und ohne Schwerpunkt, die gegenüber dem Zulassungsausschuss ihre Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung erklärt haben,
  - Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
  - Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie,
  - Fachärzten für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie,
  - Fachärzten für Neurologie,
  - Fachärzten für Nervenheilkunde,
  - Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie,

- Fachärzten für Neurochirurgie,
  - Fachärzten für Orthopädie,
  - Fachärzten für Orthopädie und Unfallchirurgie,
  - Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie,
  - Fachärzten für Urologie,
  - Fachärzten für Physikalische und Rehabilitative Medizin,
  - **Vertragsärzten mit Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie**
- berechnet werden, die im Zusammenhang mit der Betreuung von Patienten in stationären Pflegeeinrichtungen eine Kooperation gemäß einem Kooperationsvertrag nach § 119b SGB V, der die Anforderungen der Anlage 27 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) erfüllt, gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung nachweisen.

### **13. Änderung der Nr. 3 der Präambel 40.1 EBM**

3. Im kurativ-stationären (belegärztlichen) Behandlungsfall können die vom Krankenhaus zu tragenden Kostenpauschalen **40300, 40302 und 40304** **und die Kostenpauschalen** der Abschnitte ~~40.6~~, 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.