

Entscheidungserhebliche Gründe

zum Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 280. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) mit Wirkung zum 1. Oktober 2012

1. Rechtsgrundlage

Gemäß § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V hat der Bewertungsausschuss mit Beschluss in seiner 280. Sitzung diverse klarstellende Regelungen zum Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) getroffen und den EBM entsprechend angepasst sowie an einigen Stellen aktualisiert.

2. Regelungshintergründe

Zu 1:

Der Abschnitt 6.2.1 „Nebeneinanderabrechnung von Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 4.4, 4.5 und/oder 13.3“ der Allgemeinen Bestimmungen des EBM wurde dahingehend angepasst, dass nicht auf den „Behandlungsfall“, sondern korrekterweise auf den „Arztfall“ abgestellt wird. Die Änderung war angezeigt, da sich die Regelung des Abschnitts 6.2.1 auf Vertragsärzte mit mehreren Schwerpunktbezeichnungen bezieht.

Zu 2:

Bei der Gebührenordnungsposition 02501 „Einzelinhalationstherapie mit speziellem Verneblersystem“ wurde zur Klarstellung die Abrechnungsbegrenzung dieser Gebührenordnungsposition analog der Gebührenordnungsposition 02500 „Einzelinhalationstherapie“ auf einmal je Sitzung beschränkt.

Zu 3:

Fachärzte für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Nephrologie, die nicht an den Vereinbarungen zu den Blutreinigungsverfahren teilnehmen, können gemäß Abschnitt 13.3.6 Nr. 1 die entsprechenden Gebührenordnungspositionen berechnen. Hingegen konnten Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin, die nicht an den Vereinbarungen zu den Blutreinigungsverfahren teilnehmen, die entsprechenden Gebührenordnungspositionen bisher nicht abrechnen. Mit der Neufassung der Nr. 2 der Bestimmungen zum Abschnitt 4.5.4 „Gebührenordnungspositionen der pädiatrischen Nephrologie und Dialyse“ wurde eine Gleichstellung der Fachgruppen erreicht.

Zu 4:

Die Gebührenordnungsposition 10345 wurde dahingehend ergänzt, dass in die erste Anmerkung die Diagnose gemäß C84.0 „Mycosis fungoides“ mit aufgenommen wurde. Diese Anpassung der Zusatzpauschale Onkologie, die den speziellen Leistungsbedarf und Aufwand bei der Betreuung von Tumorpatienten abbildet, war erforderlich, da es sich bei dieser Diagnose um eine betreuungsaufwändige Krebserkrankung handelt.

Zu 5:

Die Gebührenordnungsposition 12210 „Konsiliarpauschale“ wurde für Fachärzte für Transfusionsmedizin dahingehend geöffnet, dass diese die Gebührenordnungsposition auch dann berechnen können, wenn keine Auftragsleistung aus dem Kapitel 32 vorliegt. Diese Anpassung erfolgte, da Fachärzte für Transfusionsmedizin häufig aufgrund von Überweisungen Patienten mit- bzw. weiterbehandeln. In diesen Fällen war die Konsiliarpauschale bislang nicht berechnungsfähig, da die Gebührenordnungsposition einen persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt vorschreibt.

Zu 6:

Bei der Gebührenordnungsposition 13439 „Zusatzpauschale Behandlung eines Bauchspeicheldrüsen- oder Nieren-Bauchspeicheldrüsen-Transplantatträgers“ wurde die Berechnung der Gebührenordnungsposition 13622 „Zusatzpauschale ärztliche Betreuung bei LDL-Apherese“ ausgeschlossen. Der Berechnungsausschluss erfolgte, da bei der Neuaufnahme der Gebührenordnungsposition 13622 in den EBM diese Leistung gegen die Leistungen des Abschnitts 13.3.3 „Gastroenterologische Gebührenordnungspositionen“ – und damit auch die Gebührenordnungsposition 13439 – ausgeschlossen wurden.

Zu 7:

In die erste Anmerkung nach der Gebührenordnungsposition 15345 wurden maligne Tumore peripherer Nerven des Kopfes, des Gesichts und des Halses gemäß dem ICD-Kode C47.0 neu mit aufgenommen, da die Behandlung dieser Erkrankungen ebenso aufwändig und komplex ist, wie die anderen bislang in der Gebührenordnungsposition aufgeführten Tumorerkrankungen.

Zu 8 und 14:

Aufgrund der Streichung der Gebührenordnungsposition 21222 zum 1. Juli 2010 und der nunmehr berechnungsfähigen Gebührenordnungsposition 16220, wurde die erste Anmerkung hinter der Gebührenordnungsposition 16220 dahingehend geändert, dass bei der Nebeneinanderberechnung der Gebührenordnungsposition 16220 und der Grundpauschalen 21213 bis 21215 eine Arzt-Patienten-Kontaktzeit von mindestens 20 Minuten vorausgesetzt wird. Diese Klarstellung dient dazu, dass für die Fachärzte für Nervenheilkunde und Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie, die die Grundpauschalen 21213 bis 21215 berechnen, diese Prüfzeiten auch im Tagesprofil berücksichtigt werden. Darüber hinaus wurde die Prüfzeit der Gebührenordnungsposition 16220 von 8 auf 10 Minuten erhöht.

Zu 9 und 10:

Zur Klarstellung der bislang widersprüchlichen Aussagen zur Begrenzung der Berechnungsfähigkeit der Gebührenordnungsposition 30201 wurde die Nr. 2 der

Bestimmungen zum Abschnitt 30.2 gestrichen und der ersten Anmerkung nach der Gebührenordnungsposition 30201 angefügt. Die bisherige Formulierung der Nr. 2 der Bestimmungen zum Abschnitt 30.2 ging über die Abrechnungsbestimmung der Gebührenordnungsposition 30201, die bislang höchstens zweimal im Behandlungsfall berechnungsfähig war, hinaus.

Zu 11:

Gemäß der Präambel zum Abschnitt 4.1 können Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin Gebührenordnungspositionen unter anderem auch des Abschnitts 36.2 „belegärztliche Operationen“ berechnen. In der Präambel zum Abschnitt 36.2.1 Nr. 4 wurden bislang lediglich jedoch die arztgruppenspezifischen Grundpauschalen, nicht aber auch die Versichertenpauschalen aufgeführt. Entsprechend wurde die Berechnungsfähigkeit der Versichertenpauschalen in die Präambel zum Abschnitt 36.2.1 Nr. 4 mit aufgenommen.

Die Streichung der Gebührenordnungspositionen 01801 und 01829 in der Präambel 36.2.1 Nr. 4 ist begründet im Beschluss der 278. Sitzung des Bewertungsausschusses.

Zu 12:

In Analogie der Bestimmungen zum Abschnitt 31.2.4 „Definierte operative Eingriffe an Knochen und Gelenken“ Nr. 3 im Kapitel für ambulante Operationen wurde in den Bestimmungen zum Abschnitt 36.2.4 „Definierte operative Eingriffe an Knochen und Gelenken“ im Kapitel für Belegärzte eine neue Nr. 2 mit gleichlautendem Inhalt aufgenommen.

Zu 13:

Der OPS-Kode 5-549.2 für die Implantation eines Katheterverweilsystems in den Bauchraum war bislang nicht im Anhang 2 zum EBM abgebildet. Dieser wurde nun aufgenommen.

3. Inkrafttreten

Der Beschluss tritt mit Wirkung zum 1. Oktober 2012 in Kraft.