

Entscheidungserhebliche Gründe

zum Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 316. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), Teil A, zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) mit Wirkung zum 1. Oktober 2013

1. Rechtsgrundlage

Gemäß § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V hat der Bewertungsausschuss mit Beschluss in seiner 316. Sitzung klarstellende Regelungen zum Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) getroffen und den EBM entsprechend angepasst sowie an einigen Stellen aktualisiert.

2. Regelungshintergründe

Zu 1:

Der obligate Leistungsinhalt der GOP 01740 „Beratung zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms“ sieht die Ausgabe des Merkblattes nach Anlage IV der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses vor. Das „Merkblatt Koloskopie“ (früher: „Merkblatt zur Darmkrebsfrüherkennung“) ist jedoch Gegenstand der Anlage III. Hier erfolgte eine Klarstellung.

Zu 2:

Die Bestimmungen zum Abschnitt 1.7.3 „Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie-Screening gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krebserkrankungen ("Krebsfrüherkennungs-Richtlinie") und den Regelungen des Bundesmantelvertrages-Ärzte (BMV-Ä)¹“ wurden in Bezug auf die Verweise zu den Voraussetzungen zur Berechnungsfähigkeit der Gebührenordnungspositionen des Abschnitts angepasst. Die Änderungen waren angezeigt, da zum einen die Verweise auf die Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V aktualisiert werden mussten und zum anderen lediglich die Voraussetzungen nach den in den Bestimmungen in Nr. 1 aufgeführten Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Berechnung der Gebührenordnungspositionen nach Abschnitt 1.7.3 erfüllt sein müssen. Die Genehmigung zur Berechnung der Gebührenordnungspositionen des Abschnitts wird von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung gemäß Anlage 9.2 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) erteilt. Diese Änderung war insbesondere für die Leistungserbringung durch ermächtigte Ärzte notwendig.

¹ Gültig ab 1. Oktober 2013

Zu 3:

Durch die Änderungen der Bestimmungen zum Abschnitt 1.7.3 wurde die erste Anmerkung zur Gebührenordnungsposition 01750 obsolet. Daher wurde diese Anmerkung gestrichen.

Zu 4:

Die Leistungslegende der GOP 01840 sieht bei Chlamydia trachomatis den Nachweis im Urin gemäß Abschnitt B, Nr. 9 c der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch vor. Zwischenzeitlich hat der Gemeinsame Bundesausschuss den Abschnitt B Empfängnisregelung geändert. Daher erfolgte eine Klarstellung.

Zu 5 und 6:

Mit Beschluss der Partner des Bundesmantelvertrages anstelle der 123. Sitzung bzw. der Arbeitsgemeinschaft Ärzte/Ersatzkassen anstelle der 264. Sitzung vom 19. März 2013 wurde der Abschnitt 40.14 EBM (leistungsbezogene Kostenpauschalen für Sach- und Dienstleistungen bei Behandlung mit renalen Ersatzverfahren und extrakorporalen Blutreinigungsverfahren) neu gefasst. In Analogie hierzu wurde die erste Anmerkung der Gebührenordnungspositionen 04566 im Abschnitt 4.5.4 sowie die erste Anmerkung der Gebührenordnungspositionen 13612 im Abschnitt 13.3.6 entsprechend angepasst.

Zu 7:

Gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu den Methoden vertragsärztliche Versorgung für die neuropsychologische Therapie im Rahmen einer Gruppensitzung kann die Einbeziehung von Bezugspersonen bei Kindern und Jugendlichen erfolgen. Dies wurde jetzt in die Legendierung des fakultativen Leistungsinhaltes zur Gebührenordnungsposition 30933 aufgenommen.

Zu 8:

Die Präambel Nr. 2 zum Abschnitt 34.1 wurde aufgrund der Voraussetzungen zur Berechnung der Gebührenordnungspositionen nach Abschnitt 34.2.7 ergänzt bzw. aktualisiert. Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen nach Abschnitt 34.2.7 setzt eine Genehmigung nach der Mammographie-Vereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus. Zur Klarstellung der Voraussetzungen zur Berechnung der Gebührenordnungsposition 34274 wurde das Wort „zusätzlich“ in der Präambel Nr. 2 Satz 2 zum Abschnitt 34.1 gestrichen.

Zu 9:

Die Änderungen in der Präambel 36.2.1, Nr. 4 wurden in Analogie zu den Regelungen der Präambel 31.2.1 Nr. 8 vorgenommen.

3. Inkrafttreten

Der Beschluss tritt mit Wirkung zum 1. Oktober 2013 in Kraft.

Teil B mit Wirkung zum 1. Oktober 2013 bis zum 31. März 2014

Anpassung und Ergänzung der Vergütungsvereinbarung für ärztliche Leistungen zur Diagnostik und ambulanten Eradikationstherapie von Trägern mit dem Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) in der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 87 Abs. 2a SGB V

1. Rechtsgrundlage

Gemäß § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V hat der Bewertungsausschuss mit Beschluss in seiner 316. Sitzung eine Anpassung für den vom Bewertungsausschuss in seiner 266. Sitzung am 14. Dezember 2011 gefassten Beschluss zur Vergütungsvereinbarung für ärztliche Leistungen zur Diagnostik und ambulanten Eradikationstherapie von Trägern mit dem Methicillinresistenten Staphylococcus aureus (MRSA) in der vertragsärztlichen Versorgung beschlossen.

2. Regelungshintergründe

Die jährliche Aktualisierung der internationalen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, German Modification (ICD-10-GM) durch das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) macht eine Anpassung des in seiner 266. Sitzung des Bewertungsausschusses gefassten Beschlusses zur Vergütungsvereinbarung für ärztliche Leistungen zur Diagnostik und ambulanten Eradikationstherapie von Trägern mit dem Methicillinresistenten Staphylococcus aureus (MRSA) in der vertragsärztlichen Versorgung erforderlich. Dabei handelt es sich um die Anpassung der neuen ICD-10-Kodes 2013 in den Anmerkungen zu den Gebührenordnungspositionen 86772, 86774 sowie 86780. Die Aufnahme einer Nr. 7 in die Präambel des Abschnitts 87.8 erfolgt zur Klarstellung der Kodierung der ICD-10-GM Sekundärkodes U80.00 bzw. U80.01.

3. Inkrafttreten

Der Beschluss tritt mit Wirkung zum 1. Oktober 2013 in Kraft.