

BESCHLUSS

des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 386. Sitzung am 12. Dezember 2016

Teil A

zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM)

mit Wirkung zum 1. April 2005

1. Aufnahme der Gebührenordnungsposition 01102 in die Nummer 5 der Präambel 23.1 EBM
2. Mit diesem Beschluss wird der Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 383. Sitzung am 21. September 2016 zur Änderung des EBM (Anpassung der Nummer 5 der Präambel 23.1 EBM) mit Wirkung zum 1. April 2005 aufgehoben.

Protokollnotiz:

Das Institut des Bewertungsausschusses wird beauftragt, die Mengenentwicklung der Leistung nach der Gebührenordnungsposition 01102 für die psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zu evaluieren. Auf dieser Grundlage wird der Bewertungsausschuss innerhalb von zwei Jahren prüfen, ob weiterer Regelungsbedarf bezüglich der Finanzierung besteht.

Teil B

zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM)

mit Wirkung zum 1. Januar 2017

1. Änderung des zweiten Spiegelstrichs der ersten Bestimmung zu Abschnitt 3.2.4 EBM

- Geriatrietypische Morbidität (Patienten, bei denen mindestens ein nachfolgendes geriatrisches Syndrom dokumentiert ist) und/oder Vorliegen eines Pflege**stufegrades**
 - Multifaktoriell bedingte Mobilitätsstörung einschließlich Fallneigung und Altersschwindel,
 - Komplexe Beeinträchtigung kognitiver, emotionaler oder verhaltensbezogener Art,
 - Frailty-Syndrom (Kombinationen von unbeabsichtigtem Gewichtsverlust, körperlicher und/oder geistiger Erschöpfung, muskulärer Schwäche, verringerter Ganggeschwindigkeit und verminderter körperlicher Aktivität),
 - Dysphagie,
 - Inkontinenz(en),
 - Therapierefraktäres chronisches Schmerzsyndrom

2. Änderung des zweiten Spiegelstrichs der dritten Bestimmung zu Abschnitt 30.12 EBM

- Patient mit zwei oder mehr der nachfolgenden Risikofaktoren:
 - chronische Pflegebedürftigkeit (~~mindestens Stufe 4~~ **Vorliegen eines Pflegegrades**),
 - Antibiotikatherapie in den zurückliegenden 6 Monaten,
 - liegende Katheter (z.B. Harnblasenkatheter, PEG-Sonde),
 - Dialysepflichtigkeit,
Hautulcus, Gangrän, chronische Wunden, tiefe Weichteilinfektionen.

3. Änderung des zweiten Spiegelstrichs der vierten Bestimmung zu Abschnitt 30.13 EBM

- Vorliegen von mindestens zwei der nachfolgenden geriatrischen Syndrome oder mindestens ein nachfolgendes geriatrisches Syndrom und eine Pflegestufe gemäß § 15 SGB XI:
 - Multifaktoriell bedingte Mobilitätsstörung einschließlich Fallneigung und Altersschwindel
 - Komplexe Beeinträchtigung kognitiver, emotionaler oder verhaltensbezogener Art
 - Frailty-Syndrom (Kombinationen von unbeabsichtigtem Gewichtsverlust, körperlicher und/oder geistiger Erschöpfung, muskulärer Schwäche, verringerter Ganggeschwindigkeit und verminderter körperlicher Aktivität)
 - Dysphagie
 - Inkontinenz(en)
 - Therapierefraktäres chronisches Schmerzsyndrom.

Teil C
zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM)
mit Wirkung zum 1. Januar 2017

Aufnahme der Gebührenordnungsposition 01630 in den Anhang 3 zum EBM

GOP	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
01630	Zuschlag für Erstellung eines Medikationsplans	2	2	Nur Quartalsprofil

Teil D

zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM)

mit Wirkung zum 1. Januar 2017

1. **Änderung der zweiten Anmerkung zur Gebührenordnungsposition 04417 im Abschnitt 4.4.1 EBM**

*Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 04417 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Vereinbarung zur Herzschrittmacherkontrolle gemäß § 135 Abs. 2 SGB V bzw. nach der Vereinbarung zur Funktionsanalyse von Kardiovertern bzw. Defibrillatoren und Systemen zur kardialen Resynchronisationstherapie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus. Bis zum ~~31. Dezember 2016~~ **30. Juni 2017** ist die Gebührenordnungsposition 04417 auch ohne die Genehmigung gemäß der Vereinbarung zur Funktionsanalyse von Kardiovertern bzw. Defibrillatoren und Systemen zur kardialen Resynchronisationstherapie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V berechnungsfähig.*

2. **Änderung der zweiten Anmerkung zur Gebührenordnungsposition 13554 im Abschnitt 13.3.5 EBM**

*Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 13554 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Vereinbarung zur Herzschrittmacherkontrolle gemäß § 135 Abs. 2 SGB V bzw. nach der Vereinbarung zur Funktionsanalyse von Kardiovertern bzw. Defibrillatoren und Systemen zur kardialen Resynchronisationstherapie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus. Bis zum ~~31. Dezember 2016~~ **30. Juni 2017** ist die Gebührenordnungsposition 13554 auch ohne die Genehmigung gemäß der Vereinbarung zur Funktionsanalyse von Kardiovertern bzw. Defibrillatoren und Systemen zur kardialen*

*Resynchronisationstherapie gemäß § 135 Abs.
2 SGB V berechnungsfähig.*

Teil E

zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM)

mit Wirkung zum 1. Januar 2017

Änderung der Nr. 1 der Präambel des Abschnitts 30.13 EBM

1. Die Gebührenordnungspositionen 30980 und 30988 können nur von
 - Ärzten gemäß Präambel 3.1 Nr. 1 EBM
 - und in Kooperation mit Ärzten gemäß Präambel 3.1 Nr. 1 EBM im Ausnahmefall von
 - Fachärzten für Neurologie,
 - Fachärzten für Nervenheilkunde,
 - Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie,
 - Fachärzten für Psychiatrie und **PsychotherapieNervenheilkunde**,
 - Vertragsärzten mit der Zusatzbezeichnung Geriatrie berechnet werden.

Teil F

zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM)

mit Wirkung zum 1. Januar 2017

1. Änderung der Nr. 2 der Präambel 30.7 EBM

2. Kommt es im Verlauf der schmerztherapeutischen Behandlung nach sechs Monaten zu keiner nachweisbaren Verbesserung der Beschwerdesymptomatik, soll der Arzt prüfen, ob der Patient von einer psychiatrischen bzw. psychotherapeutischen Mitbehandlung profitiert. Die Behandlung von chronisch schmerzkranken Patienten (mit Ausnahme von Malignompatienten) nach den Vorgaben der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie soll einen Zeitraum von zwei Jahren nicht überschreiten. ~~Der Arzt benennt der Kassenärztlichen Vereinigung diejenigen Patienten, die sich über diesen Zeitraum hinaus in seiner schmerztherapeutischen Behandlung befinden. Die Kassenärztliche Vereinigung kann die weitere Behandlung dieser Patienten von der erfolgreichen Teilnahme an einem Kolloquium vor der Schmerztherapie-Kommission abhängig machen. Die Kassenärztliche Vereinigung kann den Arzt auffordern, diejenigen Patienten zu benennen, die sich über diesen Zeitraum hinaus in seiner Behandlung befinden. Hinsichtlich der weiteren Behandlung dieser Patienten kann die Kassenärztliche Vereinigung den Arzt zu einer Stellungnahme auffordern und/oder zu einem Beratungsgespräch einladen.~~

2. Änderung der Nr. 6 der Präambel 30.7 EBM

6. Voraussetzung für die Berechnung der Gebührenordnungsposition 30704 ist weiterhin, dass in der schmerztherapeutischen Einrichtung ausschließlich bzw. weit überwiegend chronisch schmerzkranken Patienten entsprechend der Definition der Präambel und des § 1 Abs. 1 der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie behandelt werden. Es sind regelmäßig mindestens 150 chronisch schmerzkranken Patienten im Quartal zu betreuen. ~~Der Vertragsarzt hat an vier Tagen pro Woche mindestens je vier Stunden schmerztherapeutische Sprechstunden vorzuhalten, in denen er ausschließlich Patienten mit chronischen Schmerzkrankheiten behandelt. Die schmerztherapeutische Einrichtung muss an vier Tagen pro Woche mindestens je 4 Stunden schmerztherapeutische Sprechstunden vorhalten, in denen ausschließlich chronisch schmerzkranken Patienten behandelt werden. Der Anteil der schmerztherapeutisch betreuten Patienten an der Gesamtzahl der Patienten muss mindestens 75 % betragen. Die Gesamtzahl der~~

schmerztherapeutisch betreuten Patienten darf die Höchstzahl von 300 **Behandlungsfällen** pro Vertragsarzt pro Quartal nicht überschreiten. Die vorgenannte Begrenzung auf 300 Behandlungsfälle kann aus Gründen der Sicherstellung der Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten auf Antrag durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung modifiziert werden.

Teil G

zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM)

mit Wirkung zum 1. Januar 2017

1. Änderung der Nr. 1 der Präambel 37.1 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
- 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.

2. Änderung der Nr. 2 der Präambel 38.1 EBM

2. Die Gebührenordnungspositionen 38200 und 38205 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 Kinder- und Jugendpsychiatrie,**
 - **Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie,**
 - 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 Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie,
 - Fachärzten für Neurologie,
 - Fachärzten für Nervenheilkunde,
 - Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie,
 - Fachärzten für Orthopädie,
 - Fachärzten für Orthopädie und Unfallchirurgie,
 - Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie,
 - Fachärzten für Urologie,
 - Fachärzten für Physikalische und Rehabilitative Medizin
- berechnet werden.

3. Aufnahme der Gebührenordnungspositionen 37100, 37102, 37113 und 37120 und der Gebührenordnungspositionen 38200 und 38205 in die Präambel 14.1 Nr. 3 EBM

Teil H

zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) mit Wirkung zum 1. Oktober 2016

Aufnahme einer ersten Anmerkung zur Gebührenordnungsposition 34291 im Abschnitt 34.2.9 EBM. Die bisherige erste und zweite Anmerkung werden zur zweiten und dritten 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.