

## **Entscheidungserhebliche Gründe**

### **TEIL A und TEIL E**

#### **zum Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 455. Sitzung am 11. Dezember 2019 zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) mit Wirkung zum 1. April 2020**

---

##### **1. Rechtsgrundlage**

Gemäß § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V beschließt der Bewertungsausschuss einen einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM), einschließlich der Sachkosten. Gemäß § 87 Absatz 2 SGB V, der den Inhalt des EBM und die Grundsätze der Bewertung der Leistungen im EBM regelt, sollen die Leistungsbeschreibungen und die Bewertungen dem Stand der medizinischen Wissenschaft und Technik entsprechen. Die Bewertung der Leistungen soll auf betriebswirtschaftlicher Basis erfolgen und angemessen sein im Rahmen einer wirtschaftlichen Leistungserbringung.

##### **2. Regelungshintergründe**

Mit dem vorliegenden Beschluss setzt der Bewertungsausschuss wesentliche Maßnahmen zur grundlegenden Weiterentwicklung des EBM, die in seinem Beschluss in der 288. Sitzung am 22. Oktober 2012 angestoßen wurden, um. Im Rahmen dieser EBM-Weiterentwicklung hat der Bewertungsausschuss bereits in den zurückliegenden Jahren insbesondere folgende wichtige Änderungen am EBM vorgenommen: Im Jahr 2013 wurden der Orientierungswert und der kalkulatorische Punktwert angeglichen, die EBM-Kapitel 3 und 4 des hausärztlichen Versorgungsbereichs neu strukturiert, die Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung (PFG) eingeführt<sup>1</sup> und die Vergütung der Versorgung niereninsuffizienter Patienten angepasst. Im Jahr 2016 ist ein neues Kapitel 37 in den EBM aufgenommen worden, das Gebührenordnungspositionen (GOP) für die Koordination der Versorgung von Pflegeheimbewohnern enthält, ebenso ein neues Kapitel 38 mit GOP für die Abrechnung ärztlich angeordneter Hilfeleistungen von Praxismitarbeitern sowie qualifizierten nichtärztlichen Praxisassistenten.

---

<sup>1</sup> Der Bewertungsausschuss hat das Institut des Bewertungsausschusses damit beauftragt, bis zum 31.12.2020 mögliche Modelle für eine gezieltere Förderung der Leistungen der fachärztlichen Grundversorgung als mit der PFG zu untersuchen.

Die Weiterentwicklung des EBM erfolgt insgesamt ausgaben- und punktsummenneutral. Ausnahmen davon sind im Beschlussteil D geregelt.

### **3. Regelungsinhalte**

Die primäre Zielsetzung der EBM-Weiterentwicklung ist, die Versorgung der Versicherten mit vertragsärztlichen Leistungen auch in Zukunft bestmöglich zu gewährleisten und dabei die Vertragsärzte und -psychotherapeuten angemessen und am Leistungsgeschehen orientiert zu vergüten. Der EBM wird unter Berücksichtigung des aktuellen Stands von medizinischer Wissenschaft und Technik angepasst und trägt damit zu einer wirtschaftlichen, patientenorientierten und bedarfsgerechten Versorgung bei. Neben strukturellen Änderungen im EBM wird auch die Basis der betriebswirtschaftlichen Kalkulationsmethode des EBM mit dem Ziel einer wirtschaftlichen und bedarfsgerechten Leistungserbringung sowie der Herstellung eines sachgerechten Verhältnisses der Leistungen zueinander weiterentwickelt. Zudem verfolgte die EBM-Weiterentwicklung das Ziel, die Honorargerechtigkeit zwischen und innerhalb der Arztgruppen zu erhöhen.

#### **3.1 Anpassung der Bewertung von Leistungen des EBM**

Gemäß § 87 Absatz 2 SGB V erfolgt die Bewertung von Leistungen im EBM in Punkten und bestimmt den Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen und ihr wertmäßiges Verhältnis zueinander. Daneben sind die Kostenpauschalen in Kapitel 40 und die Laborleistungen in Kapitel 32 in Eurobeträgen vereinbart.

Mit dem Standardbewertungssystem (StaBS) steht ein Instrument zur betriebswirtschaftlichen Kalkulation von Leistungen zur Verfügung. Der Großteil der in Punkten bewerteten Leistungen im EBM wird mit dem StaBS bewertet. Die Anpassung der Bewertung dieser Leistungen mit dem vorliegenden Beschluss ist Folge der Aktualisierung und Weiterentwicklung der einzelnen Parameter des StaBS. Wichtige Parameter des StaBS sind der kalkulatorische Arztlohn, die Praxiskosten und die Kalkulationszeiten der einzelnen Leistungen im EBM.

Nicht alle Leistungen im EBM werden mit dem StaBS bewertet. Das sind zum einen die Kostenpauschalen, zum Teil aber auch einige in Punkten bewertete Leistungen. Auch die Bewertung dieser Leistungen wird zu einem Teil mit dem vorliegenden Beschluss angepasst, insbesondere um der Maßgabe Rechnung zu tragen, dass die Leistungen des EBM in einem sachgerechten Bewertungsverhältnis zueinander stehen müssen.

### **3.1.1 Anpassung von Parametern des StaBS**

Das StaBS bewertet getrennt voneinander den ärztlichen und den technischen Leistungsanteil von EBM-Leistungen. Die Bewertung einer Leistung ist die Summe dieser beiden Leistungsanteile.

Mit Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 5. Sitzung vom 11./12. Oktober 2007 ist der kalkulatorische Arztlohn zuletzt auf 105.571,80 Euro festgelegt worden. Der Bewertungsausschuss hat den kalkulatorischen Arztlohn nunmehr auf 117.060,00 Euro angehoben.

Basis der Leistungsbewertung von mit dem StaBS kalkulierten Leistungen sind ärztliche und technische Kalkulationszeiten. Der Bewertungsausschuss hat die Kalkulationszeiten überprüft und zu einem großen Teil angepasst. Ausgenommen von dieser Anpassung sind zeitgebundene Leistungen (wie beispielsweise bestimmte Gespräche und psychotherapeutische Leistungen) sowie vorerst die Schnitt-Naht-Zeiten für ambulante und belegärztliche Operationen und die Zeiten dazugehöriger Anästhesieleistungen. Grundlage der Beratungen waren Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses, in denen die tatsächliche (empirische) Arbeitszeit der Ärzte für StaBS-Leistungen den im StaBS kalkulierten Zeiten gegenübergestellt worden ist. Ausgehend von diesem Ergebnis ist eine umfassende medizinische Plausibilisierung der Zeitansätze unter Berücksichtigung des medizinisch-technischen Fortschritts sowie der Delegationsfähigkeit von Leistungen erfolgt. Als Folgeänderung der aktualisierten Kalkulationszeiten wurden auch die Prüfzeiten im Anhang 3 des EBM entsprechend angepasst.

Das StaBS folgt einer betriebswirtschaftlichen Kostenarten-Kostenstellen-Kostenträger-Rechnung. Für jede Fachgruppe gibt es eine Modellpraxis, das sogenannte Praxisbetriebsmodell (PBM). Die derzeit in den einzelnen Praxisbetriebsmodellen des StaBS eingestellten Kosten wurden auf Basis von Ergebnissen einer Sonderauswertung der Kostenstrukturerhebung im medizinischen Bereich des Statistischen Bundesamtes (KSE 2015) aktualisiert. Die so anhand der KSE 2015 ermittelten durchschnittlichen Praxiskosten werden kostenartenspezifisch vom Jahr 2015 auf das Jahr 2019 hochdatiert, um die Kostenentwicklung in diesem Zeitraum abzubilden.

### **3.1.2 Anpassung der Bewertung von Leistungen, die nicht mit dem StaBS kalkuliert werden**

Einige Leistungen, die bisher nicht mit dem StaBS kalkuliert worden sind, werden nun mit dem StaBS bewertet.

Die Neubewertung ärztlicher Nicht-StaBS-Leistungen, die weiterhin nicht mit dem StaBS bewertet werden, erfolgt grundsätzlich in Relation zu mit dem StaBS neubewerteten Leistungen.

Auch Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM sind Nicht-StaBS-Leistungen. Die Kostenpauschalen nuklearmedizinischer Leistungen nach Abschnitt 40.10 EBM werden neu bewertet.

### **3.2 Anpassung von Struktur und Inhalt des EBM**

Im Folgenden werden wesentliche Anpassungen des EBM sowie die Hintergründe, die zu den Änderungen führen, erläutert.

#### **Bereich I EBM Allgemeine Bestimmungen**

Es erfolgen verschiedene (Folge-)Anpassungen in den Allgemeinen Bestimmungen zum EBM, die der Klarstellung, Konkretisierung sowie Weiterentwicklung der Regelungen dienen.

Um klarzustellen, dass Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschalen ausschließlich in kurativen Behandlungsfällen und nicht in ausschließlich präventiven Behandlungsfällen berechnungsfähig sind, wird der erste Absatz der Nr. 4.1 der Allgemeinen Bestimmungen zum EBM entsprechend ergänzt.

#### **Bereich II EBM Arztgruppenübergreifende allgemeine Gebührenordnungspositionen**

##### **Kapitel 1 Allgemeine Gebührenordnungspositionen**

###### *Abschnitt 1.1 Aufwandserstattung für die besondere Inanspruchnahme des Vertragsarztes durch einen Patienten*

Damit Vertragsärzte Patienten auch am Samstagnachmittag Sprechstunden anbieten können, wird der Zeitraum der Berechnungsfähigkeit der GOP 01102 von bisher 07:00 Uhr bis 14:00 Uhr auf 07:00 Uhr bis 19:00 Uhr ausgedehnt.

###### *Abschnitt 1.4 Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verordnung besonderer Behandlungsmaßnahmen, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Konsultationspauschale, Verweilen*

Die Berechnung der GOP 01440 („Verweilen außerhalb der Praxis ohne Erbringung weiterer berechnungsfähiger GOP, wegen der Erkrankung erforderlich“) ist in der gleichen Sitzung gegen verschiedene anästhesiologische GOP ausgeschlossen, jedoch nicht gegen die des Kapitels 1. Daher wird bei der GOP 01440 der Abrechnungsausschluss um die GOP 01852, 01856, 01903 und 01913 ergänzt.

### *Abschnitt 1.5 Ambulante Betreuung und Nachsorge*

Bislang war die Beobachtung und Betreuung eines Patienten bei der subkutanen Gabe von Trastuzumab nicht nach dem EBM berechnungsfähig. Um diese Behandlung abzubilden, wird der zweite Spiegelstrich des obligaten Leistungsinhalts der GOP 01510 bis 01512 im Abschnitt 1.5 des EBM angepasst und eine neue Anmerkung aufgenommen. Für die subkutane Gabe von Trastuzumab ist bei der ersten Injektion die GOP 01512 und bei allen weiteren Injektionen die GOP 01510 bzw. 01511 berechnungsfähig.

Die Therapie mit monoklonalen Antikörpern erfordert bei bestimmten Medikamenten eine längere Infusions- und Überwachungsdauer, als sie bisher im EBM berechnungsfähig ist. Durch Anpassung der ersten Anmerkung zu den GOP 01510 bis 01512 kann nun in begründeten Ausnahmefällen für eine Behandlung mit monoklonalen Antikörpern auch die GOP 01512 (Dauer mehr als 6 Stunden) berechnet werden.

Zur Abbildung der intravenösen Infusionstherapie mit Immunglobulinen (IVIg) zur Behandlung von Patienten mit Autoimmunerkrankungen (multifokale motorische Neuropathie und chronisch inflammatorische Polyneuropathie) werden ein sechster Spiegelstrich in den obligaten Leistungsinhalt der GOP 01510 bis 01512 sowie eine neue Anmerkung aufgenommen.

### *Abschnitt 1.6 Schriftliche Mitteilungen, Gutachten*

Die GOP 01610 (Ausstellung Muster 55) ist Bestandteil der Versichertenpauschale. Es gibt Fälle, bei denen im Quartal keine Versichertenpauschale berechnet wird, der Arzt aber das Muster 55 ausstellt. Daher wird die Leistung nach der GOP 01610 in die Präambeln 3.1 Nr. 3 und 4.1 Nr. 5 als zusätzlich berechnungsfähige GOP aufgenommen.

### *Abschnitt 1.7 Gesundheits- und Früherkennungsuntersuchungen, Mutterschaftsvorsorge, Empfängnisregelung und Schwangerschaftsabbruch (vormals Sonstige Hilfen)*

Um klarzustellen, dass Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschalen ausschließlich in kurativen Behandlungsfällen und nicht in ausschließlich präventiven Behandlungsfällen berechnungsfähig sind, wird eine achte Bestimmung zum Abschnitt 1.7 aufgenommen.

#### *Abschnitt 1.7.1 Früherkennung von Krankheiten bei Kindern*

Es wird in allen relevanten GOP des Abschnitts 1.7.1 des EBM einheitlich und entsprechend der Bezeichnung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) "Kinderuntersuchungsheft" textiert.

#### *Abschnitt 1.7.4 Mutterschaftsvorsorge*

Die GOP 01770 ist für die Betreuung einer Schwangeren berechnungsfähig. Aus dem Verweis auf die „Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung“ in der Leistungslegende ist nicht abzuleiten, dass die GOP 01770 nach der Entbindung berechnungsfähig ist. Zur Klarstellung erfolgt die Aufnahme von zwei Anmerkungen zur GOP 01770, die die Abrechnung der GOP 01770 höchstens viermal je Schwangerschaft und ausschließlich bei Vorliegen einer Schwangerschaft ermöglichen.

Bisher ist die Nebeneinanderberechnung der GOP 01773 und der GOP 33042 sowohl in der Sitzung als auch im Behandlungsfall ausgeschlossen. Die Abrechnungsausschlüsse der GOP 01773 werden dahingehend geändert, dass der Ausschluss in der Sitzung zur GOP 33042 bestehen bleibt und auf die GOP 33040 ausgeweitet wird. Der Ausschluss der GOP 01773 im Behandlungsfall neben den GOP 33040 und 33042 wird aufgehoben, sofern diese Leistungen nicht am Fötus erbracht werden.

Auf Grund des Ausschlusses der GOP 01774 und 01775 (Weiterführende Dopplersonographie I bzw. II gemäß Mutterschafts-Richtlinien) im Behandlungsfall neben bestimmten Ultraschalleistungen des Kapitels 33 konnte bisher nur eine Leistung im Behandlungsfall berechnet werden, auch dann, wenn die sonographische Untersuchung der Frau vor Eintritt der Schwangerschaft und/oder aus kurativem Anlass erfolgte. Die Berechnung der GOP 33021, 33022, 33043, 33060, 33061, 33063 und 33070 bis 33075 im Behandlungsfall neben der GOP 01774 bzw. 01775 wird nun ermöglicht, sofern die sonographische Untersuchung des Kapitels 33 nicht am Fötus durchgeführt wird.

Die in den Mutterschafts-Richtlinien des G-BA geregelte Dokumentation der während der Schwangerschaft durchgeführten Ultraschalluntersuchungen im Mutterpass wird zur Klarstellung in den obligaten Leistungsinhalt der GOP 01770 bis 01775 aufgenommen.

Der Nachweis von Chlamydia trachomatis im Urin ist einmal im Krankheitsfall über die GOP 01816 berechnungsfähig. Wird aber beispielsweise eine Patientin in kurzem Abstand nach einer Fehlgeburt wieder schwanger, muss nach den Mutterschafts-Richtlinien auch eine Untersuchung auf genitale Chlamydia trachomatis-Infektion durchgeführt werden. Um diese Konstellation sachgerecht im EBM abzubilden, wird die Abrechnungsbestimmung der GOP 01816 auf „höchstens zweimal im Krankheitsfall“ angepasst und eine Anmerkung aufgenommen, dass die GOP 01816 nur einmal je Schwangerschaft berechnungsfähig ist.

#### *Abschnitt 1.7.5 Empfängnisregelung*

Bei der GOP 01822 handelt es sich im Unterschied zur GOP 01821 um eine Beratung mit Untersuchung im Rahmen der Empfängnisregelung. Zur Klarstellung wird bei der GOP 01822 die Untersuchung in den obligaten Leistungsinhalt aufgenommen und die Leistungslegende

angepasst. Ebenfalls wird die Berechnungsfähigkeit für die GOP 01821 auf einmal im Behandlungsfall und für die GOP 01822 auf höchstens zweimal im Krankheitsfall festgelegt.

Zur Förderung der Teilnahmerate am Chlamydien screening im Rahmen der Empfängnisregelung bei Patientinnen bis zum vollendeten 25. Lebensjahr werden in den Abschnitt 1.7.5 zwei neue GOP aufgenommen. Die GOP 01823 bildet den Zuschlag zu den GOP 01821 und 01822 für die Beratung zum Chlamydien screening ab und kann einmal im Krankheitsfall berechnet werden. Mit der GOP 01824 wird die Erreichung einer festgelegten Durchführungsquote zum Chlamydien screening einmal im Krankheitsfall vergütet, sofern bei der Versicherten die Veranlassung der Untersuchung auf Chlamydia trachomatis nach der GOP 01840 durch die Praxis erfolgt ist. Die Durchführungsquote wird je Praxis und Quartal durch den Anteil der GOP 01824 im Verhältnis zur Anzahl an Behandlungsfällen mit der GOP 01823 ermittelt.

Zur Angleichung an die Leistungshäufigkeit der GOP 01833 ist die GOP 01828 im Abschnitt 1.7.5 nun einmal im Krankheitsfall berechnungsfähig.

#### *Abschnitt 1.7.7 Schwangerschaftsabbruch*

Aufgrund teilweise inhaltsgleicher Leistungsinhalte wird für die GOP 01901 (Untersuchung vor Abortio) und 01904 (Abortio, medizinische oder kriminologische Indikation, operativ) ein Abrechnungsausschluss aufgenommen.

#### *Abschnitt 2.1 Infusionen, Transfusionen, Reinfusionen, Programmierung von Medikamentenpumpen*

Da es sich bei der GOP 02112 (Reinfusion) um die Gabe von Eigenblut oder Eigenplasma handelt, stellt dies eine Retransfusion anstelle einer Reinfusion dar. Dementsprechend erfolgen Änderungen im Titel des Abschnitts 2.1, in der Legende der GOP 02112 sowie im Anhang 1 und 3 zum EBM.

### **Bereich III EBM Arztgruppenspezifische Gebührenordnungspositionen**

#### *Anpassungen, die mehrere Kapitel betreffen*

Das Kapitel 40 „Kostenpauschalen“ wird zur Klarstellung der berechnungsfähigen GOP in die Präambeln 3.1 Nr. 5, 4.1 Nr. 7, 5.1 Nr. 4, 6.1 Nr. 3, 7.1 Nr. 5, 8.1 Nr. 5, 9.1 Nr. 3, 10.1 Nr. 4, 11.1 Nr. 5, 12.1 Nr. 3, 13.1 Nr. 7, 14.1 Nr. 3, 15.1 Nr. 3, 16.1 Nr. 4, 17.1 Nr. 3, 18.1 Nr. 3, 19.1 Nr. 3, 20.1 Nr. 3, 21.1 Nr. 4, 22.1 Nr. 3, 23.1 Nr. 3, 24.1 Nr. 3, 25.1 Nr. 3, 26.1 Nr. 3 und 27.1 Nr. 5 aufgenommen.

Bei den Einzelleistungen nach den GOP 04536, 13256 und 36884 sowie den Teilleistungen in der GOP 13250, die dieselbe Leistung (Bestimmung des Säurebasehaushaltes und Blutgasanalyse) beschreiben, erfolgt eine Angleichung des obligaten Leistungsinhaltes. Bei den GOP 13256 und 36884 wird darüber hinaus die Leistungslegende angeglichen. Zudem werden redaktionelle Änderungen bei den GOP 04530 und 13661 vorgenommen.

In der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä)) ist geregelt, dass die Zusatzpauschalen für die Behandlung und/oder Betreuung von onkologischen Erkrankungen nach den GOP 07345, 08345, 09345, 10345, 13435, 13675, 15345 und 26315 im Behandlungsfall nicht neben den Kostenpauschalen 86510, 86512, 86514, 86516 und 86520 gemäß Anhang 2 der Onkologie-Vereinbarung berechnet werden können. Diese Abrechnungsausschlüsse werden zur Erhöhung der Transparenz nun durch die Aufnahme einer Anmerkung ebenso bei den GOP 07345, 08345, 09345, 10345, 13435, 13675, 15345 und 26315 aufgeführt.

### **Bereich III a Hausärztlicher Versorgungsbereich**

#### *Abschnitte 3.2.2 / 4.2.2 Chronikerpauschalen, Gesprächsleistungen*

In den Abschnitten 3.2.2 und 4.2.2 wird bezüglich der kontinuierlichen ärztlichen Behandlung, die maßgeblich für die Berechnungsfähigkeit der GOP 03220 bis 03222 bzw. 04220 bis 04222 (Chronikerpauschalen und Zuschlag) ist, klargestellt, dass das aktuelle Abrechnungsquartal zum Zeitraum der letzten vier Quartale zählt.

### **Kapitel 4 Versorgungsbereich der Kinder- und Jugendmedizin**

In den Abschnitt 4.2.2 wird eine neue GOP 04231 zur Abbildung eines schwerpunktpädiatrischen Gesprächs aufgenommen, das bislang nach der GOP 04230 für das problemorientierte ärztliche Gespräch abgerechnet wird. Durch die Regelung soll die Tätigkeit der Schwerpunktpädiater im fachärztlichen Versorgungsbereich in der Abrechnung identifizierbar werden. Die neue GOP 04231 ist nur für Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin berechnungsfähig, die die Voraussetzung zur Abrechnung von GOP der schwerpunktorientierten Kinder- und Jugendmedizin (Abschnitt 4.4) oder von pädiatrischen GOP mit Zusatzweiterbildung (Abschnitt 4.5) erfüllen. Die Präambel 4.1 Nm. 12 und 13



werden entsprechend angepasst. Die erste Anmerkung zur GOP 04231 legt fest, dass die Leistung analog zur GOP 04320 auch im Rahmen einer Videosprechstunde gemäß den Anforderungen der Anlage 31b zum BMV-Ä unter Angabe einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung berechnet werden kann.

In Abschnitt 4.2.3 wird für die GOP 04335 (Orientierende audiometrische Untersuchung nach vorausgegangener, dokumentierter, auffälliger Hörprüfung) der Nebeneinanderberechnungsausschluss zu den GOP der Früherkennungsuntersuchungen 01711 bis 01717, 01719 und 01723 aufgehoben, da nur im Leistungsumfang der U8 (GOP 01718) eine audiometrische Untersuchung enthalten ist. Der Nebeneinanderberechnungsausschluss der GOP 04335 zur GOP 01718 bleibt bestehen.

In Abschnitt 4.4.1 wird in der GOP 04420 eine Angleichung des obligaten Leistungsinhalts an die Leistungslegende vorgenommen.

In die Präambeln der Abschnitte 4.4.2 (Neuropädiatrische GOP), 4.5.1 (Pädiatrisch-gastroenterologische GOP) und 4.5.3 (GOP der pädiatrischen Rheumatologie) wird jeweils eine Regelung aufgenommen, nach der für diese Schwerpunktpädiater die GOP 01510 bis 01512 (praxisklinische Betreuung), 02100 (Infusion) und 02101 (Infusionstherapie) entgegen der Bestimmung des Anhangs 1 EBM neben den Versichertenpauschalen nach den GOP 04000 und 04030 berechnungsfähig sind. Damit erfolgt eine Gleichstellung dieser Schwerpunktpädiater im fachärztlichen Versorgungsbereich mit den Fachärzten für Neurologie, Gastroenterologie und Rheumatologie, die für die Infusionstherapie neben der Grundpauschale der jeweiligen Kapitel 13 und 16 auch die GOP 01510 bis 01512, 02100 und 02101 abrechnen können.

Die im obligaten Leistungsinhalt der GOP 04435 (Pädiatrische Schlaf-EEG-Untersuchung, Abschnitt 4.4.2) festgelegte Ableitungsdauer von mindestens 2 Stunden wird auf mindestens 45 Minuten angepasst, da eine Ableitung von 2 Stunden diagnostisch in der Regel nicht erforderlich und die technische Durchführbarkeit in den verschiedenen Altersstufen eingeschränkt ist. Die Leistungslegendierung wird entsprechend angepasst (Pädiatrische Kurz-Schlaf-EEG-Untersuchung).

Die GOP 04517 (Rektumsaugbiopsie bei einem Säugling oder Kleinkind) und die GOP 04521 (Saugbiopsie des Dünndarms bei einem Säugling, Kleinkind, Kind oder Jugendlichen) werden gestrichen, da die Leistungen in der ambulanten Versorgung nicht mehr oder nur sehr selten durchgeführt werden.

Da die Legendierung und Bewertung der Zusatzpauschalen zur Behandlung von Leber-Transplantatträgern (GOP 04523) und Dünndarm-Transplantatträgern (GOP 04525) in Abschnitt 4.5.1 identisch sind, werden diese beiden Leistungen in der GOP 04523 zusammengeführt. Die GOP 04525 wird entsprechend gestrichen.

In Abschnitt 4.5.3 wird im obligaten Leistungsinhalt der GOP 04550 (Zusatzpauschale pädiatrische Rheumatologie) die Anforderung von mindestens zwei Arzt-Patienten-

Kontakten im Behandlungsfall durch einen persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt ersetzt, da zur Kontrolle häufig nur ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt notwendig ist.

In Abschnitt 4.5.4 werden die Leistungslegende und der obligate Leistungsinhalt der GOP 04561 (Zusatzpauschale kindernephrologische Behandlung eines Nieren-Transplantatträgers) um die Behandlung von Nieren-Bauchspeicheldrüsen-Transplantatträgern ergänzt. Gleichzeitig wird in Abschnitt 4.5.1 die GOP 04527 (Zusatzpauschale Behandlung eines Bauchspeicheldrüsen- oder Nieren-Bauchspeicheldrüsen-Transplantatträgers) auf die Behandlung von Bauchspeicheldrüsen-Transplantatträgern beschränkt. Durch die neuverortete Abbildung der Behandlung von Nieren-Bauchspeicheldrüsen-Transplantatträgern wird der Tatsache Rechnung getragen, dass diese ausschließlich durch entsprechend qualifizierte Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatz-Weiterbildung „Kinder-Nephrologie“ erfolgt, sich in Abschnitt 4.5.4 (GOP der pädiatrischen Nephrologie und Dialyse) jedoch bislang keine Abrechnungsmöglichkeit für diese Leistung befindet.

## **Bereich III b Fachärztlicher Versorgungsbereich**

### **Kapitel 5 Anästhesiologische Gebührenordnungspositionen**

#### *Präambel 5.1*

Die Nr. 5 des Abschnitts 5.1 EBM wird vor dem Hintergrund erweiterter Vorgaben zum Anästhesiemanagement angepasst. Die Ergänzung „für sämtliche Anästhesieformen, in allen Abschnitten des EBM“ dient der Klarstellung, dass die Vorgaben auch außerhalb des Kapitels 5 gelten, da z. B. im Kapitel 31 nicht unmittelbar auf die Regelung in der Präambel 5.1. Nr. 5 Bezug genommen wird.

*Abschnitt 5.3 Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen bzw. Abschnitt 5.4 Anästhesien und Analgesien im Zusammenhang mit der Erbringung von Leistungen des Abschnitts 8.4*

Im Zuge der Anpassung des EBM an den aktuellen Stand von Wissenschaft und Technik wird jeweils im 4. Spiegelstrich der Leistungslegende der GOP 05330 (Anästhesie oder Kurznarkose) im Abschnitt 5.3, der GOP 31821 bis 31827 im Abschnitt 31.5.3 sowie der GOP 36821 bis 36827 im Abschnitt 36.5.3 der Begriff „Kombinationsnarkose“ durch „Narkose“ ersetzt und „einschließlich Kapnometrie“ ergänzt.

Bei der GOP 05340 (Überwachung der Vitalfunktionen) wird im Zuge der Anpassung des EBM an den aktuellen Stand von Wissenschaft und Technik die „Pulsoxymetrie“ in den obligaten Leistungsinhalt aufgenommen und das „Kontinuierliche EKG-Monitoring“ vom obligaten in den fakultativen Leistungsinhalt verschoben.

Da die Leistungslegenden der GOP 05330 und 05370 bei identischem Leistungsinhalt von den Leistungslegenden der GOP 31821/36821 abweichen, wird in den Leistungslegenden

der GOP 05330 und 05370 „zuzüglich der prä- und postanästhesiologischen Rüstzeiten“ durch „einschließlich der prä- und postanästhesiologischen Rüstzeiten“ ersetzt.

Derzeit kann eine präanästhesiologische Untersuchung nur bei einer ambulanten oder belegärztlichen Operation der Abschnitte 31.2 bzw. 36.2 mit der GOP 05310 berechnet werden. Eine präanästhesiologische Untersuchung ist aber auch vor der Durchführung von Anästhesien aus Kapitel 5 bzw. anderen EBM-Abschnitten unabdingbar. Durch die Ergänzung der Leistungslegende der GOP 05310 erfolgt die Erweiterung der Berechnungsmöglichkeit der präanästhesiologischen Untersuchung auch bei Eingriffen außerhalb der Abschnitte 31.2 und 36.2, d. h. bei Anästhesien nach den GOP 05320 (Leitungsanästhesie an der Schädelbasis), 05330 (Anästhesie und/oder Narkose bis zu einer Schnitt-Naht-Zeit von 15 Minuten), 05340 (Überwachung der Vitalfunktion), 05341 (Einleitung und Unterhaltung einer Analgesie und/oder Sedierung), 05360 (Periduralanästhesie im Zusammenhang mit der Erbringung einer der GOP 08411 bis 08416) und 05370 (Anästhesie und/oder Narkose im Zusammenhang mit der Erbringung einer Leistung entsprechend der GOP 08415). Zudem werden die Abrechnungsausschlüsse der GOP 05310 neben den GOP 05360, 05361, 05370 und 05371 aufgehoben. Die Bewertung wird als Folge der Änderungen angepasst.

## **Kapitel 6 Augenärztliche Gebührenordnungspositionen**

Der fakultative Leistungsinhalt der GOP 06210 bis 06212 (Augenärztliche Grundpauschalen) im Abschnitt 6.2 wird um einen weiteren Spiegelstrich für die Ausstellung einer Sehhilfenverordnung und/oder schriftliche Bestätigung über die für die Erstellung bzw. Anpassung einer Sehhilfe erforderlichen und im Rahmen der augenärztlichen Untersuchung ermittelten Werte (ausgenommen Arbeitsplatzbrillen (z. B. Bildschirmarbeitsplatzbrillen), Arbeitsschutzbrillen, Hobbybrillen (z. B. Musizierbrillen), Sportbrillen (z. B. Schießbrillen), sofern eine Verordnung von Sportbrillen nicht gemäß § 14 Abs. 3 der Hilfsmittel-Richtlinie des G-BA erfolgt) ergänzt. Damit wird klargestellt, dass die schriftliche Bestätigung der für die Anfertigung einer Sehhilfe notwendigen Werte Bestandteil der augenärztlichen Grundpauschale ist.

## **Kapitel 8 Frauenärztliche, geburtshilfliche und reproduktionsmedizinische Gebührenordnungspositionen**

### *Abschnitt 8.5 Reproduktionsmedizin*

Mit dem vorliegenden Beschluss werden die reproduktionsmedizinischen Komplexleistungen im Abschnitt 8.5 in die einzelnen Phasen der Reproduktionsmedizin sowie nach korporalen und extrakorporalen Maßnahmen aufgeteilt, umstrukturiert und angepasst. Die bisherigen Leistungen des Abschnitts 8.5 beinhalteten Leistungen aus korporalen und extrakorporalen

Maßnahmen und führten dadurch teilweise zu Abrechnungsproblemen bei gemischt versicherten Ehepaaren (GKV/PKV). Darüber hinaus werden mit dem Ziel, Wartezeiten zu vermeiden, der Arztwechsel und der Wechsel zwischen allen Methoden der künstlichen Befruchtung im Behandlungsfall ermöglicht.

Entsprechend erfolgen verschiedene Folgeänderungen in der ersten, vierten, sechsten, siebten, achten, zehnten, elften und zwölften Bestimmung zum Abschnitt 8.5, die aus der Aufteilung der Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung und der Umstrukturierung des Abschnitts 8.5 durch den vorliegenden Beschluss resultieren. In der achten Bestimmung zum Abschnitt 8.5 wird angegeben, welche GOP korporale Maßnahmen enthalten und welche für die extrakorporalen Maßnahmen vorgesehen sind. Zur Klarstellung wird in der sechsten Bestimmung zum Abschnitt 8.5 die Zyklusfall-Definition für den Patienten ohne endogen gesteuerten Zyklus ergänzt und die Eizellentnahme konkretisiert. In der elften Bestimmung wird der Ausschluss des Wechsels des Arztes im Laufe eines Kalendervierteljahres auf Zyklusfall umgestellt.

Durch die Aufnahme einer fünfzehnten Bestimmung zum Abschnitt 8.5, wird klargestellt, dass die GOP 08530, 08531, 08535, 08537 bis 08540, 08550, 08555 und 08558 auf der Nr. 12 der Richtlinien über künstliche Befruchtung basieren.

Zur Ermöglichung des Methodenwechsels zwischen homologer Insemination im Spontanzklus (GOP 08530) oder nach hormoneller Stimulation (GOP 08531) und In-vitro-Fertilisation (IVF) oder Intrazytoplasmatischer Spermieninjektion (ICSI) während des Behandlungsverlaufs wird die Abrechenbarkeit für die GOP von Behandlungsfall auf Zyklusfall umgestellt. Diese Umstellung wird durch die Streichung der ersten Anmerkungen der jeweiligen GOP operationalisiert. Der Methodenwechsel während eines Zyklusfalls ist durch einen Nebeneinanderberechnungsausschluss ausgeschlossen. Als Folgeänderung wird die Nebeneinanderabrechnung zwischen den GOP 08521 und 08530 von Reproduktionsfall auf Zyklusfall umgestellt.

Die Aufteilung der bestehenden GOP im Rahmen der künstlichen Befruchtung in extrakorporale und korporale Maßnahmen führt zur Streichung der bestehenden GOP 08541, 08542, 08551, 08552, 08560 und 08561 und Aufnahme von neuen GOP für die Stimulationsbehandlung (GOP 08535), die ultraschallgezielte und/oder laparoskopische Follikelpunktion zur intendierten Eizellentnahme (GOP 08537), den Zuschlag zur GOP 08537 bei ambulanter Durchführung (GOP 08538), die Identifizierung von Eizelle(n) und Beurteilung der Reifestadien der Eizellen (GOP 08539), die extrakorporale Befruchtung mittels intrazytoplasmatischer Spermieninjektion (GOP 08555) und den Embryo-Transfer (ET) (GOP 08558). Aufgrund der Streichungen und Neuaufnahmen werden verschiedene Folgeänderungen vorgenommen, u. a. beim Zuschlag zur Grundpauschale (GOP 08230) und den GOP 01510 bis 01512 im Abschnitt 1.5.

Die neu aufgenommene GOP 08535 entspricht inhaltlich und in der Bewertung der bisher in den Komplexeleistungen (GOP 08550 bis 08552 und 08560 bis 08562) beinhalteten Stimulationsbehandlung und ist einmal im Zyklusfall berechnungsfähig.

Die Eizellentnahme nach der bisherigen GOP 08541 wird in die korporale Leistung (GOP 08537, Follikelpunktion zur intendierten Eizellentnahme) und in die extrakorporale Leistung (GOP 08539, Identifizierung von Eizelle(n) und Beurteilung der Reifestadien der Eizellen) überführt. Die Bewertung wurde dabei aufwandsbezogen aufgeteilt.

Die neue GOP 08539 kann nur nach Durchführung einer Follikelpunktion gemäß GOP 08537 abgerechnet werden und ist demnach im Zyklusfall nur im Zusammenhang mit der GOP 08537 berechnungsfähig.

Die GOP 08550 ist nun für die extrakorporale Befruchtung mit natürlicher Eizell-Spermien-Interaktion (In-vitro-Fertilisation (IVF)), inklusive Kultivierung abzurechnen. Die Bewertung der bisherigen Komplexeleistung nach der GOP 08550 wurde auf die Leistungen nach den GOP 08535, 08550 und 08558 aufgeteilt. Die Leistung ist im Zyklusfall nicht neben den GOP 08530, 08531 und 08555 berechnungsfähig.

Die neue GOP 08555 kann für die extrakorporale intrazytoplasmatische Spermieninjektion gemäß Nr. 10.5 der Richtlinien über künstliche Befruchtung einmal im Zyklusfall abgerechnet werden. Sie deckt alle erforderlichen extrakorporalen Maßnahmen (außer denen nach Nrn. 12.1, 12.2 und 12.6) ab. Im Zyklusfall ist die Leistung nach der GOP 08555 nur im Zusammenhang mit der GOP 08535 berechnungsfähig.

Die korporalen Maßnahmen des Embryo-Transfers (ET) sind mit der neu aufgenommenen GOP 08558 abrechenbar, jedoch nur im Zusammenhang mit der GOP 08335 und 08550 oder 08555.

Darüber hinaus werden in der GOP 32001 im Abschnitt 32.1, in der zweiten Bestimmung zum Abschnitt 32.2 und in der vierten Bestimmung zum Abschnitt 32.3 entfallene GOP durch neu aufgenommene GOP ersetzt.

## **Kapitel 9 Hals-Nasen-Ohrenärztliche Gebührenordnungspositionen / Kapitel 20 Gebührenordnungspositionen der Fachärzte für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen**

In der GOP 09350 und in der GOP 20334 wird der Wechsel einer Trachealkanüle mit „und/oder“-Verknüpfung in der Leistungslegende sowie im obligaten Leistungsinhalt ergänzt.

Die inhaltsgleichen GOP 09325 und 20325 werden in ihrem Wortlaut vereinheitlicht. Dazu werden der obligate Leistungsinhalt und die Leistungslegende der GOP 20325 angepasst.

## **Kapitel 13 Gebührenordnungspositionen der Inneren Medizin**

In den GOP 13250 und 13258 werden die Kosten für die Testsubstanzen der allergologischen Basisdiagnostik gestrichen. Kosten für Allergie-Testungen sind über die neue Kostenpauschale 40351 im Abschnitt 40.7 berechnungsfähig.

### *Abschnitt 13.3.3 Gastroenterologische Gebührenordnungspositionen*

Die GOP 13420 (Saugbiopsie des Dünndarms beim Kleinkind oder Kind) wird gestrichen, da die Leistung in der ambulanten Versorgung nur sehr selten durchgeführt wird.

Da die Legendierung und Bewertung der Zusatzpauschalen zur Behandlung von Leber-Transplantatträgern (GOP 13437) und Dünndarm-Transplantatträgern (GOP 13438) in Abschnitt 13.3.3 identisch sind, werden diese beiden Leistungen in der GOP 13437 zusammengeführt. Die GOP 13438 wird entsprechend gestrichen.

### *Abschnitt 13.3.4 Hämato-/Onkologische Gebührenordnungspositionen*

Derzeit ist die Aderlasstherapie Bestandteil der Versicherten- und Grundpauschalen und nicht gesondert berechnungsfähig (Anhang 1 EBM). Zur Abbildung des zeitlichen Aufwands bei der Durchführung der Aderlasstherapie wird diese für Fachärzte für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Hämatologie und Internistische Onkologie und bei Patienten mit den Diagnosen Polycythaemia vera (ICD-10-GM: D45) und/oder Hämochromatose (ICD-10-GM: E83.1) neben den Grundpauschalen nach den GOP 13490 bis 13492 berechnungsfähig und als neue GOP 13505 in den Abschnitt 13.3.4 aufgenommen.

### *Abschnitt 13.3.5 Kardiologische Gebührenordnungspositionen*

Derzeit ist die Abrechnung der Zusatzpauschale Kardiologie II (GOP 13550) nur durch Praxen möglich, die über die Möglichkeit der Stressechokardiographie bei physikalischer Stufenbelastung (Vorhalten eines Kippliege-Ergometers) verfügen, andernfalls ist die - sonst inhaltsgleiche - Zusatzpauschale Kardiologie I (GOP 13545) anzusetzen. Zur eindeutigen Abbildung und Abrechnung von durchgeführten Stressechokardiographien wird die GOP 13550 gestrichen und die Leistung ausschließlich über die bereits bestehenden Einzelleistungen in Kapitel 33 (GOP 33030 bzw. GOP 33031) abgebildet.

In Abschnitt 13.3.5 wird in der GOP 13561 eine Angleichung des obligaten Leistungsinhalts an die Leistungslegende vorgenommen.

### *Abschnitt 13.3.6 Gebührenordnungspositionen der Nephrologie und Dialyse*

Die Leistungslegende und der obligate Leistungsinhalt der GOP 13601 (Zusatzpauschale Behandlung eines Nieren-Transplantatträgers) werden um die Behandlung von Nieren-Bauchspeicheldrüsen-Transplantatträgern ergänzt. Gleichzeitig wird in Abschnitt 13.3.3 die GOP 13439 (Zusatzpauschale Behandlung eines Bauchspeicheldrüsen- oder Nieren-Bauchspeicheldrüsen-Transplantatträgers) auf die Behandlung von Bauchspeicheldrüsen-Transplantatträgern beschränkt. Durch die neuverortete Abbildung der Behandlung von Nieren-Bauchspeicheldrüsen-Transplantatträgern wird der Tatsache Rechnung getragen, dass diese ausschließlich durch entsprechend qualifizierte Fachärzte für Nephrologie erfolgt, sich in Abschnitt 13.3.6 jedoch bislang keine Abrechnungsmöglichkeit für diese Leistung befindet.

### *Abschnitt 13.3.7 Pneumologische Gebührenordnungspositionen*

Die Aufnahme der GOP 13652 in den Abschnitt 13.3.7 als Zuschlag zur GOP 13650 erfolgt zur Abbildung der im Rahmen der Erstverordnung der Sauerstofflangzeittherapie zusätzlich durchzuführenden Sauerstoffpartialdruckmessungen. Die Berechnungsfähigkeit der GOP 13652 ist auf das Vorliegen mindestens einer der in der GOP 13652 benannten Diagnosen nach ICD-10-GM beschränkt.

## **Kapitel 14 Gebührenordnungspositionen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie**

Bisher gibt es teilweise Unklarheiten darüber, bis zu welchem Versichertenalter Kinder- und Jugendpsychiater die GOP des Kapitels 14 abrechnen können. Die Psychotherapie-Richtlinie des G-BA (§ 1 Absatz 4) und das Psychotherapeutengesetz (PsychThG § 1 Absatz 2) definieren Jugendliche als Personen, die das 21. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Zur Klarstellung erfolgt die Aufnahme einer Bestimmung in die Präambel des Kapitels 14, dass alle GOP dieses Kapitels für die Behandlung von Versicherten bis zum vollendeten 21. Lebensjahr berechnungsfähig sind, nicht nur die Grundpauschalen. Die erste Anmerkung zu den GOP 14210 bis 14211 (Grundpauschalen) wird gestrichen.

Die Grundpauschalen nach den GOP 14210 und 14211 und die Anleitung der Bezugs- oder Kontaktperson(en) nach der GOP 14222 können derzeit nicht am selben Tag abgerechnet werden. Die Abrechnung dieser GOP am selben Tag wird ermöglicht, damit Bezugs- und Kontaktpersonen nicht an einem anderen Tag erneut die Vertragsarztpraxis aufsuchen müssen. Dazu werden die Abrechnungsausschlüsse zwischen den GOP 14210/14211 und der GOP 14222 am Behandlungstag gestrichen. Bei der Nebeneinanderabrechnung der GOP 14210, 14211 und 14222 ist jeweils eine Kontaktzeit von mindestens 20 Minuten Voraussetzung für die Berechnung der GOP 14222.

Die Abrechnungsausschlüsse in derselben Sitzung zwischen der GOP 14310 (Funktionelle Entwicklungstherapie; Einzelbehandlung) und der GOP 14311 (Funktionelle Entwicklungstherapie; Gruppenbehandlung) werden aufgehoben. Bei der Nebeneinanderabrechnung der GOP 14310 und 14311 ist eine Kontaktzeit von mindestens 30 Minuten Voraussetzung für die Berechnung.

Der erste Spiegelstrich des obligaten Leistungsinhaltes der GOP 14220 (Gespräch, Beratung, Erörterung, Abklärung (Einzelbehandlung)) wird angepasst, sodass die GOP u. a. auch bei einem persönlichen ärztlichen Gespräch mit der Bezugsperson berechnet werden kann. Zusätzlich werden die sitzungsbezogenen Abrechnungsausschlüsse zu den GOP 14310 und 14311 gestrichen.

## **Kapitel 15 Gebührenordnungspositionen der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie**

Mit der Aufnahme des ICD-Kodes C85.1 (B-Zell-Lymphom, nicht näher bezeichnet) in die erste Anmerkung zur GOP 15345 (Zusatzpauschale Behandlung und/oder Betreuung eines Patienten mit einer gesicherten onkologischen Erkrankung bei laufender onkologischer Therapie oder Betreuung im Rahmen der Nachsorge) wird die Berechnungsfähigkeit für diese Indikation ermöglicht.

## **Kapitel 16 Neurologische und neurochirurgische Gebührenordnungspositionen**

### *Abschnitt 16.1 Präambel*

Fachärzte mit der doppelten Fachgebietsbezeichnung Facharzt für Neurologie und Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie können bisher nicht die nervenärztlichen Grundpauschalen (GOP 21213 bis 21215) abrechnen. Daher erfolgt eine entsprechende Anpassung der Nr. 2 der Präambel 16.1, die es diesen Ärzten ermöglicht, die nervenärztlichen Grundpauschalen abzurechnen.

### *Abschnitt 16.3 Diagnostische und therapeutische Gebührenordnungspositionen*

Zur Anpassung des EBM an den Stand von Wissenschaft und Technik erfolgt für die Überprüfung einer Duodenal-DOPA-Pumpe bei Parkinsonpatienten die Aufnahme einer entsprechenden Leistung nach der GOP 16225 in den Abschnitt 16.3.

Für die Durchführung einer psychiatrischen Kontrolluntersuchung erfolgt die Aufnahme einer entsprechenden Leistung nach der GOP 16223 in den Abschnitt 16.3. Die Einführung der GOP 16223 ist auf zwei Jahre befristet. Danach erfolgt die Überführung in die Grundpauschalen des Kapitels 16 EBM.



## **Kapitel 17 Nuklearmedizinische Gebührenordnungspositionen**

Die Indikationsstellung beim Einsatz von Radioaktivität bei Kindern sowie die dazu notwendige Aufklärung der Eltern erfordern einen erhöhten ärztlichen Beratungsaufwand. Neben einer Bewertungsanpassung wird bei der GOP 17214 (Zuschlag zur Konsiliarpauschale 17210 bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern) der obligate Leistungsinhalt „Beratung der Eltern“ sowie die Abrechnungsbestimmung „einmal im Behandlungsfall“ aufgenommen.

Bei der Durchführung von Ganzkörperszintigraphien nach der GOP 17311 sind häufig Teilkörperszintigraphien erforderlich. Daher wird der fakultative Leistungsinhalt „Teilkörperszintigraphische Untersuchung“ in die GOP 17311 aufgenommen. Die GOP 17312 wird zur Anpassung an den Stand von Wissenschaft und Technik gestrichen und die entsprechende Leistung in den Anhang 1 EBM aufgenommen. Als Folge beider Änderungen wird die Bewertung der GOP 17311 angepasst.

## **Kapitel 21 Psychiatrische und Psychotherapeutische Gebührenordnungspositionen Psychiater**

Ärzte mit doppelter Fachgebietsbezeichnung (Facharzt für Neurologie und Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie) können bisher nicht die nervenärztlichen Grundpauschalen (GOP 21213 bis 21215) abrechnen. Daher erfolgt eine entsprechende Anpassung der Nr. 2 der Präambel 21.1, die es diesen Ärzten ermöglicht, die nervenärztlichen Grundpauschalen abzurechnen.

Die neurologische Kontrolluntersuchung stellt eine Leistung dar, die im Rahmen der psychiatrischen Versorgung mittlerweile etabliert ist, im Kapitel 21 bislang aber noch nicht abgebildet war. Daher wird eine GOP 21235 (Neurologische Kontrolluntersuchung) in den Abschnitt 21.3 aufgenommen. Die Einführung der GOP 21235 ist auf zwei Jahre befristet. Danach erfolgt die Überführung in die Grundpauschalen des Kapitels 21.

## **Kapitel 22 Gebührenordnungspositionen der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie (Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie)**

Damit die Grundpauschalen des Kapitels 22 wie in den anderen Kapiteln entsprechend der Gebietsbezeichnung des abrechnungsberechtigten Facharztes benannt sind, wird die Legende der GOP 22210, 22211 und 22212 im Abschnitt 22.2 um den Terminus „Psychosomatische“ ergänzt.

Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie konnten bislang die GOP 01420 (Prüfung der Notwendigkeit und Koordination der häuslichen Krankenpflege) nicht berechnen, obwohl sie Patienten mit Bedarf an häuslicher Krankenpflege behandeln. Daher wird die GOP 01420 in die Nr. 2 der Präambel 22.1. aufgenommen.

Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie konnten bislang die Leistungen der Körperakupunktur gemäß Abschnitt 30.7.3 nicht berechnen. Die Indikationen „chronische Schmerzen der Lendenwirbelsäule“ und/oder „chronische Schmerzen eines oder beider Kniegelenke durch Gonarthrose“ fallen in das Behandlungsspektrum der Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, wobei Körperakupunktur erst nach Genehmigung durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung und nur bei Vorliegen der entsprechenden Qualifikationsvoraussetzungen berechnungsfähig ist. Mit der Änderung der Nr. 3 der Präambel 22.1 wird die Berechnungsfähigkeit der GOP des Abschnitts 30.7.3 (GOP 30790 und 30791) ermöglicht. Entsprechend werden Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie in die Liste der abrechnungsberechtigten Fachärzte (siebte Bestimmung zum Abschnitt 30.7) aufgenommen.

Bislang existierte in Kapitel 22 keine GOP für die Fremdanamnese, obwohl diese Leistung im Fachgebiet der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie in einigen Fällen erforderlich ist. Es wird daher eine neue GOP 22213 für die Fremdanamnese und/oder Anleitung bzw. Betreuung von Bezugspersonen schwer psychisch erkrankter Patienten mit dadurch gestörter Kommunikationsfähigkeit in Kapitel 22 aufgenommen.

### **Kapitel 25 Strahlentherapeutische GOP**

Die GOP 01510 bis 01512 (Zusatzpauschalen für Beobachtung und Betreuung) werden in die Präambel 25.1 Nr. 2 EBM aufgenommen.

### **Kapitel 26 Urologische Gebührenordnungspositionen**

Die GOP 26322, 26323 und 26324 im Abschnitt 26.3 waren bislang Zuschlagsziffern zu den GOP 26310 und 26311 (Urethro(-zysto)skopie). Durch die Änderung der Legenden sowie Anpassungen im obligaten Leistungsinhalt sind die GOP 26322 bis GOP 26324 nicht mehr an die Durchführung einer Endoskopie gebunden.

Der erste Spiegelstrich des obligaten Leistungsinhaltes der GOP 26310 (Urethro(-zysto)skopie des Mannes oder gemäß den Vorgaben der Allgemeinen Bestimmungen 4.2.1) wird dahingehend ergänzt, dass eine Urethro(-zysto)skopie des Mannes mit einem starrem und/oder einem flexiblen Endoskop erfolgen kann. Im Rahmen dieser Änderung erfolgt eine Bewertungsanpassung.

Bei der GOP 26313 (Zusatzpauschale apparative Untersuchung bei Harninkontinenz oder neurogener Blasenentleerungsstörung) wird die Anforderung „Messung des Abdominaldruckes“ im obligaten Leistungsinhalt gestrichen. Diese Messung ist bereits im ersten Spiegelstrich enthalten und die zusätzliche Auflistung somit redundant. Zudem erfolgt eine Bewertungsanpassung.

## **Kapitel 27 Gebührenordnungspositionen der Physikalischen und Rehabilitativen Medizin**

Infolge der Vereinheitlichung des EBM und entsprechend dem gesetzlichen Auftrag gemäß § 87 Absatz 2c SGB V wird die GOP 27320 (Elektrokardiographische Untersuchung) im Abschnitt 27.3 gestrichen und ist künftig Bestandteil der Grundpauschalen nach den GOP 27210 bis 27212, deren Bewertung angepasst wird.

## **Bereich IV Arztgruppenübergreifende spezielle Gebührenordnungspositionen**

### **Kapitel 30 Spezielle Versorgungsbereiche**

#### *Abschnitt 30.1 Allergologie*

Bisher ist es nicht möglich, eine allergologische Anamnese abzurechnen ohne eine anschließende Allergietestung durchzuführen, da sie obligater Leistungsinhalt der GOP 30110 und 30111 (Allergologiediagnostik I und II) ist. Zur Abgrenzung einer allergologischen Anamnese von Allergie-Testverfahren wird der Abschnitt 30.1 umstrukturiert und der Abschnitt 30.1.1 in „Allergologische Anamnese“ und der Abschnitt 30.1.2 in „Allergie-Testungen“ umbenannt.

In Abschnitt 30.1.1 wird eine neue GOP 30100 aufgenommen. Sie kann unabhängig von Allergie-Testverfahren für die allergologische Anamnese und/oder zur Beratung und Befundbesprechung nach Vorliegen der Ergebnisse der Allergietestung je vollendete 5 Minuten und bis zu viermal im Krankheitsfall abgerechnet werden.

Die bislang unter Abschnitt 30.1.1 verorteten GOP 30110 und 30111 zur allergologischen Diagnostik und/oder zum Ausschluss einer Allergie werden in den Abschnitt 30.1.2 überführt. Im obligaten Leistungsinhalt der GOP 30110 und 30111 wird der erste Spiegelstrich (spezifische allergologische Anamnese) gestrichen.

Zur Durchführung der Testreihen werden im Rahmen der Allergiediagnostik zwei Kostenpauschalen, 40350 und 40351, in einen neuen Abschnitt 40.7 (Leistungsbezogene Kostenpauschalen bei Allergietestungen) in den EBM aufgenommen. Die bisherige Textpassage zur Abgeltung der Kosten in den GOP 30110 und 30111 („einschl. Kosten“) wird gestrichen.

Die Kostenpauschale 40350 ist bei der Durchführung der GOP 30110 (Allergologisch-diagnostischer Komplex zur Diagnostik und/oder zum Ausschluss einer (Kontakt-)Allergie vom Spättyp (Typ IV)) abrechenbar.

Die Kostenpauschale 40351 ist bei der Durchführung der GOP 13250, 13258 und 30111 oder, sofern im Rahmen der Versichertenpauschale 03000 oder 04000 eine allergologische Basisdiagnostik mittels Pricktest erfolgt, abrechenbar. Daher wurde die bisherige

Textpassage zur Abgeltung der Kosten („einschl. Kosten“) auch bei den GOP 13250 und 13258 sowie im Anhang 1 bei den GOP 03340 und 04340 gestrichen.

#### *Abschnitt 30.4 Physikalische Therapie*

Bei der Durchführung der GOP 30430 (Selektive Phototherapie mittels indikationsbezogen optimierten UV-Spektrums) und der GOP 30431 (Zuschlag zu der GOP 30430 bei Durchführung der Phototherapie als Photochemotherapie) können gemäß der Allgemeinen Bestimmungen 4.3.8 die Zuschläge zur Pauschale zur Förderung der fachärztlichen Grundversorgung (PFG) derzeit nicht berechnet werden. Künftig werden die Leistungen der fachärztlichen Grundversorgung zugeordnet.

Die GOP 30430 und 30431 dürfen zudem gemäß Anlage 2 der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung (Nummer 38) nicht abgerechnet werden bei selektiver UVA1 Bestrahlung. Dies wird mit der Aufnahme einer ersten Anmerkung zu diesen GOP im EBM klargestellt.

#### *Abschnitt: 30.6 Proktologie*

In der Auflistung der Fachärzte, die die GOP 30600 berechnen dürfen (erste Bestimmung zum EBM-Abschnitt 30.6), werden nicht alle Fachärzte berücksichtigt, die die Zusatzbezeichnung Proktologie erlangen können (z. B. Fachärzte für Gynäkologie). Durch die Aufnahme eines fünften Spiegelstriches in die erste Bestimmung zum Abschnitt 30.6 EBM, wird Vertragsärzten mit der Zusatzbezeichnung Proktologie die Abrechnung der GOP 30600 ermöglicht.

#### *Abschnitt 30.7.2 Andere schmerztherapeutische Behandlungen*

Die Leistungslegende der GOP 30740 in Abschnitt 30.7.2 wird ergänzt, um klarzustellen, dass auch die Überprüfung von implantierten Stimulationsgeräten zur Rückenmarksstimulation (spinal cord stimulation, sog. SCS-Systeme), zur Spinalganglienstimulation (dorsal root ganglion stimulation, sog. DRG-Systeme), zur peripheren Nervenstimulation (sog. PNS-Systeme) sowie von Occipitalis-Nervenstimulationssystemen (ONS-Systeme) im Rahmen der Langzeitanalgesie über die GOP 30740 berechnungsfähig ist. Darüber hinaus wird in der ersten Anmerkung ergänzend eingefügt, dass die GOP 30740 nur bei implantierten Stimulationsgeräten mit Neurostimulator berechnungsfähig ist.

### *Abschnitt 30.9 Schlafstörungsdiagnostik*

Zur Klarstellung der Berechnungsfähigkeit der GOP 30901 (Kardiorespiratorische Polysomnographie gemäß Stufe 4 der Richtlinien des G-BA) wird die Abrechnungsbestimmung „je Sitzung“ zur GOP 30901 aufgenommen.

### *Abschnitt 30.11 Neuropsychologische Therapie gemäß der Nr. 19 der Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses*

In der GOP 30930 zur krankheitsspezifischen neuropsychologischen Testdiagnostik mittels Testverfahren gemäß § 5 Absatz 3 der Nr. 19 der Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des G-BA werden die Punktzahlbergrenzen analog Abschnitt 35.3 angehoben und die Altersklassen angepasst.

Die GOP 30930 (Testverfahren, neuropsychologische) enthielt bislang keine Anmerkung zur grundsätzlichen Delegierbarkeit der Leistung. Daher erfolgt eine entsprechende Anpassung der GOP 30930 in Abschnitt 30.11 durch Aufnahme einer Anmerkung analog zu den Leistungen in Abschnitt 35.3, die eine grundsätzliche Delegierbarkeit der Leistung, mit Ausnahme der Indikationsstellung, der Bewertung bzw. der Interpretation und schriftlichen Aufzeichnung, ermöglicht.

Da die Durchführung der probatorischen Sitzung gemäß der GOP 30931 als Doppelsitzung fachlich sinnvoll sein kann, wird diese Möglichkeit im fakultativen Leistungsinhalt vorgesehen sowie die Abrechnungsbestimmung „je vollendete 50 Minuten“ aufgenommen.

Die GOP 30930 und 30931 sind bisher, anders als die inhaltlich vergleichbaren GOP 35150 und 35600 bis 35602, nicht den Leistungen der fachärztlichen Grundversorgung zugeordnet. Daher erfolgt eine entsprechende Anpassung in Anhang 3 zum EBM mit Kennzeichnung der GOP 30930 und 30931 als Leistungen der fachärztlichen Grundversorgung.

## **Kapitel 31 Gebührenordnungspositionen für ambulante Operationen, Anästhesien, präoperative, postoperative und orthopädisch-chirurgisch konservative Leistungen**

### *Abschnitt 31.2 Ambulante Operationen (und Kapitel 36)*

In den Präambeln 31.2.1 Nr. 8 und 36.2.1 Nr. 4 erfolgt jeweils eine Formulierungsanpassung des Begriffs „Operateur“ in „die Praxis (des Operateurs)“, da sich die Regelung auf die Praxis bezieht, in der die Operation durchgeführt wird, und nicht auf die Person des Operateurs. Zudem erfolgt die Aufnahme der Samstagssprechstunde (GOP 01102) in die Präambel 31.2.1 Nr. 8 und in die Präambel 36.2.1 Nr. 4.

### *Abschnitt 31.3 Postoperative Überwachungskomplexe (und Kapitel 36)*

In den Präambeln 31.3.1 Nr. 1 und 36.3.1 Nr. 1 wird hinsichtlich der nur einmal berechnungsfähigen postoperativen Überwachungskomplexe eine Klarstellung vorgenommen, dass die diesbezügliche mit anderen Ärzten zu treffende Vereinbarung über die nur einmalige Abrechnung der Schriftform bedarf und der KV auf Anforderung nachzuweisen ist.

### *Abschnitt 31.6.1 Orthopädisch-chirurgisch konservative GOP*

Die Nr. 1 der Präambel 31.6.1 sowie die zweite Anmerkung zur GOP 34283 werden dahingehend ergänzt, dass die aufgeführten Regelungen nicht für Berufsausübungsgemeinschaften gemäß § 1a Nr. 12 BMV-Ä gelten, sofern die Leistungen von unterschiedlichen Ärzten durchgeführt werden.

## **Kapitel 33 Ultraschalldiagnostik**

Aus der GOP 33080 geht nicht eindeutig hervor, dass es sich immer nur um die Ultraschalldiagnostik von Teilen der Haut handelt. Zudem sind zur Untersuchung der Haut einerseits und des subkutanen Gewebes einschließlich Lymphknoten andererseits gemäß der Ultraschallvereinbarung unterschiedliche Schallköpfe vorzuhalten. Daher wird die bisherige Leistungslegende „Sonographische Untersuchung der Haut und Subkutis mittels B-Mode-Verfahren“ geändert in „Sonographische Untersuchung von Teilen der Haut und/oder Subkutis und/oder der subkutanen Lymphknoten mittels B-Mode-Verfahren“. Um eine Abrechnung der GOP 33080 auch für Vertragsärzte, die keinen Schallkopf für die Untersuchung der Haut vorhalten, zu ermöglichen, erfolgt die Aufnahme einer zweiten Anmerkung zur GOP 33080. Sie hat zum Inhalt, dass bei Nichtvorhalten des Schallkopfes für die Haut entgegen Nr. 4.3.2 der Allgemeinen Bestimmungen ein Abschlag in Höhe von 12 Punkten auf die GOP 33080 vorzunehmen und die Prüfzeit um eine Minute zu reduzieren ist.

Derzeit sind Kontrastmitteleinbringungen nach Nr. 5 der Präambel des Kapitels 33 Ultraschalldiagnostik Bestandteil der GOP. Die Sonographie mit Kontrastmitteln ist deutlich zeitaufwändiger im Vergleich zur klassischen Echokardiographie und Sonographie des Abdomens. Da der Mehraufwand derzeit im EBM nicht adäquat abgebildet ist, erfolgt die Aufnahme eines Zuschlags zu den GOP 33020, 33021, 33022, 33030, 33031 und 33042 bei Durchführung der Echokardiographie/Sonographie mit Kontrastmittel. In der Anmerkung zur GOP 33046 wird geregelt, dass die GOP 33046 entgegen der Leistungslegende auch dann als Zuschlag zu anderen GOP berechnungsfähig ist, sofern mindestens eine der in der Leistungslegende der GOP 33046 genannten Leistungen nach den GOP 33020 bis 33022,

33030, 33031 und 33042 obligater oder fakultativer Leistungsinhalt dieser GOP ist und deren Durchführung mit Kontrastmitteleinbringung(en) erfolgt.

In der Langzeit-Betreuung onkologischer Patienten (z. B. Lymphom, Morbus Hodgkin) stellt die B-Bild-Sonographie von subkutanen Lymphknotenregionen eine häufige Anforderung dar, die bisher auf Grund von Behandlungsausschlüssen nicht adäquat im EBM abgebildet ist. Die GOP 33081 ist zur onkologischen Kontrolle generalisierter LK-Veränderungen und/oder von Erkrankungen des Lymphsystems geeignet, aber ihre Berechnung ist in der Sitzung neben der GOP 33042, 33040 und 33011 ausgeschlossen. Dieser wechselseitige Berechnungsausschluss wird aufgehoben und die GOP 33081 wird künftig ausschließlich zur onkologischen Kontrolle von weiteren Lymphknotenregionen bei Patienten mit mindestens einer der ICD-Diagnosen C81.- bis C96.- neben den GOP 33011, 33040 und 33042 in der Sitzung einmal berechnungsfähig.

Zur GOP 33090 (Zuschlag für transkavitäre Untersuchungen) wird eine neue erste Anmerkung aufgenommen, nach der die GOP 33090 bei transösophagealer Durchführung und unter der Voraussetzung des Vorliegens von mindestens einer gesicherten Diagnose aus einem Kreis definierter Diagnosen zweimal je Sitzung berechnungsfähig ist. Durch diese Anpassung wird der Kostenaufwand abgebildet, der sich aus der Durchführung der Endosonographie ergibt.

Zur Anpassung des EBM an den Stand von Wissenschaft und Technik erfolgt die Aufnahme einer Leistung nach der GOP 33100 in das Kapitel 33 für die Muskel- und/oder Nervensonographie zur weiteren Klärung einer peripheren neuromuskulären Erkrankung, inkl. Nervenkompressionssyndrom mittels B-Mode-Verfahren.

Derzeit ist die Abrechnung der Zusatzpauschale Kardiologie II (GOP 13550) nur durch Praxen möglich, die über die Möglichkeit der Stressechokardiographie bei physikalischer Stufenbelastung (Vorhalten eines Kipppliege-Ergometers) verfügen, andernfalls ist die – sonst inhaltsgleiche – Zusatzpauschale Kardiologie I (GOP 13545) anzusetzen. Zur eindeutigen Abbildung und Abrechnung von durchgeführten Stressechokardiographien wird die GOP 13550 gestrichen und die Leistung ausschließlich über die bereits bestehenden Einzelleistungen in Kapitel 33 (GOP 33030 bzw. GOP 33031) abgebildet.

## **Kapitel 34 Diagnostische und interventionelle Radiologie, Computertomographie, Magnetfeld-Resonanz-Tomographie und Positronenemissionstomographie bzw. Positronenemissionstomographie mit Computertomographie**

### *Abschnitt: 34.2.5 Urogenitalorgane*

Die GOP 34257 enthält die Zystoskopie als obligaten Leistungsinhalt. Bei Patienten mit Zustand nach Zystektomie kann dieser obligate Leistungsinhalt nicht durchgeführt und somit die gesamte Leistung nicht abgerechnet werden. Daher wird eine neue erste Anmerkung zur GOP 34257 aufgenommen, die klarstellt, dass diese bei Patienten mit Zustand nach Zystektomie auch ohne Durchführung der Zystoskopie berechnungsfähig ist.

### *Abschnitt: 34.2.7 Mammographie*

Der obligate Leistungsinhalt der GOP 34271 wird dahingehend ergänzt, dass auch die präoperative Markierung vor einer neoadjuvanten Therapie in dieser Leistung beinhaltet ist. Zudem erfolgt eine Anpassung der Leistungslegende sowie die Aufnahme einer Anmerkung, dass die GOP 34271 bei Patienten mit einer multifokalen oder multizentrischen bösartigen Neubildung der Brustdrüse (Mamma) bei ausgedehnten Befunden vor neoadjuvanter Therapie je Seite zweimal berechnungsfähig ist.

### *Abschnitt: 34.2.9 Gefäße*

Die GOP 34283 (Serienangiographie) ist in demselben Behandlungsfall nur neben bestimmten GOP berechnungsfähig, der Abschnitt 34.4 ist bisher ausgeschlossen. Sachgerecht ist nur der Ausschluss von Abschnitt 34.4.7 (MRT-Angiographien), da sonst in MVZ alle MRT-Leistungen ausgeschlossen sind, auch wenn sie von anderen Fachgruppen durchgeführt werden. Dementsprechend erfolgt die Aufnahme der Abschnitte 34.4.1 bis 34.4.6 in die zweite Anmerkung zur GOP 34283.

## **Kapitel 35 Leistungen gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinien)**

### *Abschnitt 35.1 Nicht antragspflichtige Leistungen*

Die sitzungsbezogenen Abrechnungsausschlüsse der GOP 35111 bis 35120 zu den GOP 22220 und 23220 und zu der Akutbehandlung (GOP 35152) werden unter der Berücksichtigung der sequenziellen Leistungsdurchführung und Erhöhung der Arzt-Patienten-Kontaktzeit aufgehoben, um übende Interventionen und Hypnose neben den psychotherapeutischen Gesprächen und neben der Akutbehandlung abrechenbar zu machen.



Die biographische Anamnese (GOP 35140), vertiefte Exploration (GOP 35141) sowie der Zuschlag für die Erhebung ergänzender neurologischer und psychiatrischer Befunde (GOP 35142) waren bislang nicht neben der probatorischen Sitzung (GOP 35150) berechnungsfähig. Die Durchführung der Leistungen in unmittelbarer zeitlicher Abfolge kann jedoch indiziert sein. Daher werden die entsprechenden sitzungsbezogenen Abrechnungsausschlüsse aufgehoben und die Arzt-Patienten-Kontaktzeit im Falle einer Nebeneinanderberechnung erhöht.

#### *Abschnitt 35.2.2 Gruppentherapien*

Bei den tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapien als Gruppentherapien gemäß den GOP 35503 bis 35509 (Kurzzeittherapie) und 35513 bis 35519 (Langzeittherapie) beträgt die Minstdauer einer Sitzung 100 Minuten. Anders als bei der verhaltenstherapeutischen Gruppe durfte die Sitzungsdauer bislang nicht halbiert werden. Bei bestimmten Patientengruppen kann eine kürzere Sitzungsdauer indiziert sein. Daher wird eine erste Anmerkung in die Abrechnungsbestimmungen der genannten GOP, die eine Halbierung der Sitzungsdauer ermöglicht, analog zur verhaltenstherapeutischen Gruppentherapie aufgenommen.

#### *Abschnitt 35.3 Psychodiagnostische Testverfahren*

In der ersten Bestimmung zum Abschnitt 35.3 EBM wird geregelt, bis zu welcher Gesamtpunktzahl psychodiagnostische Testverfahren je Behandlungsfall berechnungsfähig sind. Die Altersgrenze, bis zu der das höhere Punktzahlvolumen abgerechnet werden darf, wird auf das vollendete 21. Lebensjahr angehoben.

### **Kapitel 36 Belegärztliche Operationen, Anästhesien und belegärztliche postoperative Überwachung. Konservativ belegärztlicher Bereich**

Zur Ermöglichung der Berechnung der GOP 36881 bzw. 36883 neben den Grundpauschalen der Schwerpunktinternisten sowie deren Zuschläge im Behandlungsfall (Abschnitte 13.3.1, 13.3.2, 13.3.3, 13.3.4, 13.3.5, 13.3.6 und 13.3.8) werden die Berechnungsausschlüsse in den Anmerkungen zu den GOP 36881 und 36883 gestrichen. Zudem wird in der zweiten Anmerkung der GOP 36882 der Berechnungsausschluss zum Abschnitt 13.3.5 aufgehoben.

## **Bereich V Kostenpauschalen**

### **Kapitel 40 Kostenpauschalen**

#### *Abschnitt 40.5 Kostenpauschalen für Krankheitsbericht, Kurplan, Fotokopien, Testbriefchen, Bezug von Harnstoff oder Mifepriston, Einmalsklerosierungsnadeln, zystoskopische Injektionsnadeln, -kanülen oder -katheter*

In Abschnitt 40.5 wird im Zusammenhang mit der Durchführung eines Schweißtests entsprechend der GOP 04535 die Kostenpauschale 40157 zur Abbildung der anfallenden Sachkosten unter Nutzung eines Iontophorese- und Schweißsammelsystems aufgenommen.

#### *Abschnitt 40.6 Leistungsbezogene Kostenpauschalen bei Herzkatheteruntersuchungen und koronaren Rekanalisationsbehandlungen*

Der Bewertungsausschuss hat die GOP 40300, 40302 und 40304 überprüft und ist im Ergebnis zu einer Fortführung der derzeitigen Bewertung gelangt. Die zweite Bestimmung zum Abschnitt 40.6 wurde aktualisiert (Streichung der Laseratherektomie).

Der Bewertungsausschuss hat zudem zwei Protokollnotizen zu den GOP 40300, 40302 und 40304 beschlossen. Er stellt insoweit klar, dass zum Beispiel arterielle Verschlussysteme und Drug-Eluting Stents (mit Medikamenten beschichtete Stents) in den GOP 40300, 40302 und 40304 enthalten sind. Ebenso stellt er unter Bezugnahme auf die zweite Bestimmung zum Abschnitt 40.6 ergänzend klar, dass bestimmte Produkte nicht in den Kostenpauschalen der Nrn. 40300, 40302 und 40304 enthalten sind (Scaffolds (auflösbare Gefäßstütze), Drug-Coated Balloon (Medikamente freisetzender Ballonkatheter), Gecoverte Stents, Rotablator, Spezial- (Finecross, Guideliner) und CTO-Drähte (Rekanalisationsdrähte bei Gefäßverschlüssen)).

#### *Abschnitt 40.10 Leistungsbezogene Kostenpauschalen für Radionuklide*

Im Zusammenhang mit der Überprüfung der Kostenpauschalen des Abschnitts 40.10 EBM werden die GOP 40542, 40544, 40564, 40566, 40570, 40574 und 40578 gestrichen. Dies erfolgt vor dem Hintergrund, dass bestimmte Nuklide in der ambulanten Versorgung keine Rolle mehr spielen oder die Radiotherapie nach der GOP 17370 aus Gründen des Strahlenschutzes nur bei kurativ-stationärer (belegärztlicher) Behandlung durchgeführt wird.

Zudem wurden einige redaktionelle Änderungen im Abschnitt 40.10 vorgenommen (z. B. Anpassung von Begrifflichkeiten). In der dritten Bestimmung zum Abschnitt 40.10 EBM wird klargestellt, dass auch die Kosten des Umgangs mitberücksichtigt sind. Zur Abbildung der Sachkosten im Zusammenhang mit der Durchführung der Teil- (GOP 17310) oder Ganzkörperszintigraphie (GOP 17311) mittels Verwendung von Tc-99m-Tektrotyd wird eine neue Kostenpauschale 40551 in den EBM aufgenommen. Die Nebeneinanderberechnung

der GOP 40550 und 40551 im Behandlungsfall wird durch die Aufnahme einer entsprechenden Anmerkung in den jeweiligen GOP ausgeschlossen.

Der Bewertungsausschuss hat im Rahmen der Überprüfung des Abschnitts 40.10 die Bewertung der Kostenpauschalen 40500 bis 40530 und 40554 angepasst. Darüber hinaus erfolgt eine Erweiterung der Bestimmung der Kostenpauschale 40536 um die Ganzkörperszintigraphie (GOP 17311) bei Verwendung von J-123-MIBG. Zudem wird die Kostenpauschale 40538 im Zusammenhang mit der Durchführung der Teilkörperszintigraphie (GOP 17310) um die „Demenz mit Lewy-Körperchen-Typ (DLB)“ ergänzt.

## **Bereich VI Anhänge**

### **Anhang 1 Verzeichnis der nicht gesondert berechnungsfähigen Leistungen**

Die Umprogrammierung und/oder Wiederauffüllung einer Zytostatikapumpe sowie die Wiederauffüllung und Programmierung von Infusomaten und Perfusoren werden als nicht gesondert berechnungsfähige Leistungen in den Anhang 1 zum EBM aufgenommen.

## **4. Inkrafttreten**

Die Beschlussteile A und E treten zum 1. April 2020 in Kraft.

## **Entscheidungserhebliche Gründe**

### **TEIL D**

**zu Empfehlungen gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 3 SGB V bzw.  
§ 87a Abs. 5 Satz 7 i. V. m. § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 SGB V**

**mit Wirkung zum 1. April 2020**

---

## **Entscheidungserhebliche Gründe**

### **I.**

**zu Empfehlungen gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 3 SGB V bzw. § 87a Abs. 5 Satz 7 i. V. m. § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 SGB V im Zusammenhang mit der Änderung der Abrechnungsbestimmung der Gebührenordnungsposition 01822, der Aufnahme der Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 01823 und 01824 in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) und der Ausweitung der Leistungsmengen der Gebührenordnungspositionen 01700, 01701 und 01840 sowie der Kostenpauschale 40100 im EBM mit Wirkung zum 1. April 2020**

---

#### **1. Rechtsgrundlage**

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband vereinbaren gemäß § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V im Bewertungsausschuss den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) und Empfehlungen gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 3 SGB V und § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V i. V. m. § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 SGB V.

#### **2. Regelungsinhalte und Regelungshintergründe**

Mit Wirkung zum 1. April 2020 wird die Abrechnungsbestimmung der Gebührenordnungsposition 01822 von einmal im Behandlungsfall auf zweimal im Krankheitsfall geändert. Darüber hinaus wird mit den zum 1. April 2020 in den EBM aufgenommenen Gebührenordnungspositionen 01823 und 01824 ein Anreiz zur Durchführung der Untersuchung auf Chlamydien entsprechend der Gebührenordnungsposition 01840 gesetzt, sodass sich die Leistungshäufigkeiten der Gebührenordnungspositionen 01700, 01701 und 01840 sowie der Kostenpauschale 40100 erhöhen.

Die Änderung der Abrechnungsbestimmung der Gebührenordnungsposition 01822 führt zu Einsparungen bei der Gebührenordnungsposition 01822 und zu einem Mehrbedarf bei der Gebührenordnungsposition 01821.

Die Aufnahme der Gebührenordnungspositionen 01823 und 01824 und die Erhöhung der Leistungshäufigkeiten der Gebührenordnungspositionen 01700, 01701 und 01840 sowie der

Kostenpauschale 40100 führen nicht zu Einsparungen bei anderen Gebührenordnungspositionen (Substitution).

Der Bewertungsausschuss stellt fest, dass der finanzielle Mehrbedarf der Aufnahme der Gebührenordnungspositionen 01823 und 01824 und die Erhöhung der Leistungshäufigkeiten der Gebührenordnungspositionen 01700, 01701 und 01840 sowie der Kostenpauschale 40100 teilweise durch die Einsparungen bei der Gebührenordnungsposition 01822 finanziert werden kann.

Die für die Erhöhung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen aufgrund der Aufnahme der Gebührenordnungspositionen 01823 und 01824 in den EBM und die Erhöhung der Leistungshäufigkeiten der Gebührenordnungspositionen 01700, 01701 und 01840 sowie der Kostenpauschale 40100 unter Berücksichtigung der Einsparungen durch die Verminderung der Leistungshäufigkeiten der Gebührenordnungsposition 01822 erforderlichen Verfahrensschritte zur Umsetzung sind im Beschluss vorgegeben, da diese vom üblichen Verfahren gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 383. Sitzung am 21. September 2016, zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 451. Sitzung am 17. September 2019, zu Vorgaben für ein Verfahren zur Ermittlung der Aufsatzwerte und der Anteile der einzelnen Krankenkassen, oder entsprechender Folgebeschlüsse, abweichen.

Zur Ermittlung des Leistungsbedarfs, der sich aufgrund der EBM-Änderung ergibt, hat der Bewertungsausschuss den zu erwartenden Minderbedarf geschätzt, der sich aufgrund der Änderung der Abrechnungsbestimmung der Gebührenordnungsposition 01822 ergibt. Eine Verteilung des Behandlungsbedarfs auf die Kassenärztlichen Vereinigungen wurde über den Anteil der Patientinnen vorgenommen, bei denen die Gebührenordnungsposition 01822 im Jahr 2018 zum Ansatz gekommen ist. Den zu erwartenden Mehrbedarf der Gebührenordnungspositionen 01700, 01701, 01823, 01824, 01840 und 40100 hat der Bewertungsausschuss auf Bundesebene auf Grundlage der unter 25-jährigen Patientinnen geschätzt, bei denen im Jahr 2018 die Gebührenordnungsposition 01822 zum Ansatz gekommen ist. Die Aufteilung des Behandlungsbedarfs auf die Kassenärztlichen Vereinigungen erfolgte über den jeweiligen Anteil dieser Patientinnen.

### **3. Inkrafttreten**

Der Beschlussteil D.I. tritt mit Wirkung zum 1. April 2020 in Kraft.

## **Entscheidungserhebliche Gründe**

### **II.**

**zu Empfehlungen gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 3 SGB V bzw. § 87a Abs. 5 Satz 7 i. V. m. § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 SGB V im Zusammenhang mit der Änderung der Leistungen der künstlichen Befruchtung gemäß § 27a SGB V im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) mit Wirkung zum 1. April 2020**

---

#### **1. Rechtsgrundlage**

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband vereinbaren gemäß § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V im Bewertungsausschuss den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) und Empfehlungen gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 3 SGB V bzw. § 87a Abs. 5 Satz 7 i. V. m. § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 SGB V.

#### **2. Regelungsinhalte und Regelungshintergründe**

Mit Wirkung zum 1. April 2020 werden die aufgrund der Umstrukturierung der reproduktionsmedizinischen Leistungen im Abschnitt 8.5 des EBM vorgenommenen Streichungen und Aufnahmen von Gebührenordnungspositionen abgebildet.

Mit der Streichung der Gebührenordnungsposition 32576 wird die mit Wirkung zum 1. September 2019 vorgenommene Streichung dieser Gebührenordnungsposition im EBM (Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 441. Sitzung vom 14. August 2019) auch in der Empfehlung abgebildet.

Die bisherigen Regelungen zur extrabudgetären Vergütung und bundeseinheitlichen Kennzeichnung nach den Richtlinien über künstliche Befruchtung des Gemeinsamen Bundesausschusses werden fortgeführt.

#### **3. Inkrafttreten**

Der Beschluss Teil D.II. tritt mit Wirkung zum 1. April 2020 in Kraft.

## **Entscheidungserhebliche Gründe**

### **III.**

**zu Empfehlungen gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 3 SGB V bzw. § 87a Abs. 5 Satz 7 i. V. m. § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 SGB V im Zusammenhang mit der Erweiterung des Leistungsinhalts der Gebührenordnungspositionen 26310 und 26313 im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) mit Wirkung zum 1. April 2020**

---

#### **1. Rechtsgrundlage**

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband vereinbaren gemäß § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V im Bewertungsausschuss den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) und Empfehlungen gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 3 SGB V und § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V i. V. m. § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 SGB V.

#### **2. Regelungsinhalte und Regelungshintergründe**

Mit Wirkung zum 1. April 2020 wird die Bewertung der Gebührenordnungspositionen 26310 und 26313 im EBM erhöht.

Die Erhöhung der Bewertung der Gebührenordnungspositionen 26310 und 26313 führt nicht zu Einsparungen bei anderen Gebührenordnungspositionen (Substitution).

Der Bewertungsausschuss stellt fest, dass der finanzielle Mehrbedarf der Erhöhung der Bewertung der Gebührenordnungspositionen 26310 und 26313, der im Zusammenhang mit der Aufnahme der flexiblen Urethro-(zysto)skopie entsteht, nicht durch Einsparungen in anderen geeigneten Bereichen im EBM finanziert werden kann.

#### **3. Inkrafttreten**

Der Beschlussteil D.III. tritt mit Wirkung zum 1. April 2020 in Kraft.