

B E S C H L U S S

zu Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) durch den Bewertungsausschuss nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V

in seiner 126. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)

Teil C

mit Wirkung zum 1. Juli 2007

1 Änderung der ersten und der zweiten Anmerkung hinter der Leistung nach der Nr. 01530

Die Leistung nach der Nr. 01530 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01510 bis 01512, 01520, 01521, 01531, 01857, 01910, 01911, 02100, 02101, 13310, 13610 bis 13612, 13620, 13621, 32247 und 34502 und nicht neben den Leistungen des Abschnitts 31.5.3 sowie den Leistungen des Kapitels 5 berechnungsfähig.

Die Leistung nach der Nr. 01530 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 13311 und 34291 berechnungsfähig.

1.1 Analoge Änderung des Berechnungsausschlusses bei der Leistung nach der Nr. 13310

Die Leistung nach der Nr. 13310 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01530, 02100 und 02101 berechnungsfähig.

Die Leistung nach der Nr. 13310 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01520, 01521, 01531, 36881 und 36882 und nicht neben den Leistungen der Abschnitte 13.2.2, 13.3.2, 13.3.3, 13.3.4, 13.3.5, 13.3.6, 13.3.7 und 13.3.8 berechnungsfähig.

2 Änderung in der Leistung nach der Nr. 01813

01813	Untersuchung zum Nachweis von Chlamydia trachomatis-Antigen(en) aus der Zervix mittels Immunfluoreszenz, Immunoassay mit photometrischer Auswertung und/oder mittels Nukleinsäurenachweis unter Verwendung markierter Sonden im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge	215 Punkte
-------	--	------------

3 Änderung in der Nr. 1 der Präambel zum Abschnitt 2.3 Operative Eingriffe ("Kleine Chirurgie"), Chirurgische Behandlung, Allgemeine therapeutische Leistungen

1. Die Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen beim ambulanten Operieren und bei stationärsersetzenden Eingriffen gemäß § 15 des Vertrages nach § 115b Abs. 1 SGB V gilt nicht für Leistungen dieses Abschnitts, sofern die Eingriffe nicht im Katalog zum Vertrag nach § 115b SGB V genannt sind.

4 Änderung in der Nr. 2 der Präambel 11.1 zu Kapitel 11 (Humangenetische Leistungen)

2. Ausser den in diesem Kapitel genannten Leistungen sind von den in der Präambel genannten Vertragsärzten - unbeschadet der Regelungen gemäß 5 und 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen - zusätzlich nachfolgende Leistungen berechnungsfähig: Nrn. 01210, 01215 bis 01217, 01220 bis 01222, 01310 bis 01312, 01416, 01422, 01424, 01430, 01602, 01610, 01611, 01620, 01621, 01701, 01783, 01790 bis 01793, 01800 bis 01813, 01835 bis 01839, 02100, 02101, 02200, 02300 und 02330.

5 Änderung im vierten Spiegelstrich des obligaten Leistungsinhalts der Leistung nach der Nr. 13250

Obligater Leistungsinhalt

- Erhebung des Ganzkörperstatus und/oder
- Elektrokardiographische Untersuchung in Ruhe und nach Belastung (Belastungs-EKG) mit mindestens 12 Ableitungen sowie während physikalisch definierter und reproduzierbarer Belastung mit mindestens 3 Ableitungen und fortlaufender Kontrolle des Kurvenverlaufes mit wiederholter Blutdruckmessung und/oder

- Aufzeichnung eines Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden Dauer und computergestützte Auswertung eines kontinuierlich aufgezeichneten Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden Dauer
- und/oder
- Langzeitblutdruckmessung mit
 - Automatisierter Aufzeichnung von mindestens 20 Stunden Dauer,
 - Computergestützter Auswertung,
 - Aufzeichnung der Blutdruckwerte mindestens alle 15 Minuten während der Wach- und mindestens alle 30 Minuten während der Schlafphase mit gleichzeitiger Registrierung der Herzfrequenz,
 - Auswertung und Beurteilung des Befundes

6 Änderung in der Nr. 3 der Präambel 13.3.6 (Leistungen der Nephrologie und Dialyse)

3. Aus den in den Abschnitten 1.1, 1.2, 1.3 und 1.4 aufgeführten Leistungen sind neben den Leistungen nach den Nrn. 13610, 13611, 13612, 13620 und 13621 nur die Leistungen nach den Nrn. 01100, 01101, 01102, 01220, 01221, 01222, 01310, 01311, 01312, 01411, 01412, 13210, 13211 und 13212 sowie Leistungen aus dem Kapitel 13 berechnungsfähig.

7 Aufnahme einer Leistung nach der Nr. 16233

16233 Mitbetreuung eines Patienten mit einer Erkrankung des zentralen Nervensystems und/oder des peripheren Nervensystems in der häuslichen und/oder familiären Umgebung

Obligater Leistungsinhalt

- Mitbetreuung eines, mit einer Erkrankung des zentralen Nervensystems und/oder des peripheren Nervensystems in der familiären und/oder häuslichen Umgebung versorgten, Patienten mit einer neurologischen Erkrankung,
- Erhebung ergänzender neurologischer Untersuchungsbefunde,
- Einbeziehung sozialer und biographischer Ereignisse,
- Ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt im Behandlungsfall,
- Dauer mindestens 15 Minuten,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Einleitung und/oder Führung einer Therapie mit Immunsuppressiva oder

- Immunmodulatoren, Antiepiletika,
Parkinsonmitteln, Clozapin,
- Krankheits- und Therapiemonitoring mittels spezifischer Messskalen,
 - Ergänzende Familienanamnese, Führung und Betreuung von Angehörigen bei Erkrankten mit gestörter Kommunikationsfähigkeit,
 - Erstellung eines Behandlungsplans unter Einbeziehung der Bezugsperson(en),

einmal im Behandlungsfall

795 Punkte

Die Angabe der Diagnose nach ICD-10 ist Voraussetzung für die Berechnung der Leistung nach der Nr. 16233.

Die Leistung nach der Nr. 16233 ist nur bei mindestens einer der im folgenden genannten Erkrankungen berechnungsfähig: A81 Atypische Virus-Infektionen des Zentralnervensystems (z. B. Creutzfeldt-Jakob-Krankheit), C71.- bis C72.- Bösartige Neubildungen des Gehirns und des Rückenmarkes, F00.- bis F03.- Demenz, F06.9 Hirnorganisches Syndrom, G09.- Folgen einer Enzephalomyelitis, G10.- bis G13.- Systematrophien, G20.- Morbus Parkinson, G35.- Multiple Sklerose, G40.- Epilepsie, G43.- Migräne, G50.- Krankheiten des N. trigeminus, G54.- Krankheiten von Nervenwurzeln und Nervenplexus, G55.- Kompression von Nervenwurzeln und Nervenplexus bei anderenorts klassifizierten Krankheiten, G60.- Hereditäre und idiopathische Neuropathie, G61.- Guillain-Barree-Syndrom und chron. inflammatorisch demyelisierende Polyneuritis, G70.- und G71.- Myasthenia gravis, Muskeldystrophien und Myopathien, G80.- bis G82.- Hemi-/Paraparese, Hemi-/Paraplegie, G83.- Diplegie/Monoplegie, G91.- Hydrocephalus, G95.- Sonstige Erkrankungen des Rückenmarkes, I60.- bis I69.- Hirnblutungen und Hirninfarkte, M33.- Polymyositis, M79.- Neuralgie, R26.- Störungen des Ganges und der Mobilität, R47.- Aphasie.*

Die Leistung nach der Nr. 16233 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 16220 berechnungsfähig.

Die Leistung nach der Nr. 16233 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 16230 und 16231 berechnungsfähig.

7.1 Aufnahme eines analogen Berechnungsausschlusses in derselben Sitzung bei der Leistung nach der Nr. 16220

7.2 Aufnahme eines analogen Berechnungsausschlusses im Behandlungsfall bei den Leistungen nach den Nrn. 16230 und 16231

7.3 Aufnahme der Leistung nach der Nr. 16233 in den Katalog der berichtspflichtigen Leistungen gemäß den Allgemeinen Bestimmungen 2.1.4, Satz 1

7.4 Aufnahme der Leistung nach der Nr. 16233 in den Anhang 3 zum EBM

GOP	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
16233	Mitbetreuung eines Patienten mit einer Erkrankung des zentralen Nervensystems und/oder des peripheren Nervensystems in der häuslichen und/oder familiären Umgebung	30	20	Nur Quartalsprofil

8 Änderung in der Nr. 1 der Präambel 23.1 zu Kapitel 23 Psychotherapeutische Leistungen (Ärztliche und psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten)

1. Die in diesem Kapitel aufgeführten Leistungen können ausschließlich von
 - Ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten
 - Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (ausschließlich für die Behandlung von Patienten bis zum vollendeten 21. Lebensjahr bzw. bei Patienten, deren Behandlung vor Vollendung des 21. Lebensjahres begonnen wurde)
 berechnet werden.

8.1 Analoge Änderung durch Aufnahme einer weiteren Anmerkung hinter der Leistung nach der Nr. 14211

Die Leistung nach der Nr. 14211 ist auch bei Versicherten jenseits des vollendeten 21. Lebensjahres berechnungsfähig, wenn die Behandlung vor Vollendung des 21. Lebensjahres begonnen wurde.

9 Aufnahme einer Nr. 4 in die Präambel zu 30.7 Schmerztherapie

4. Die Leistungen nach den Nrn. 30790 und 30791 sind nur von
- Fachärzten für Allgemeinmedizin, Praktischen Ärzten und Ärzten ohne Gebietsbezeichnung,
 - Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin,
 - Fachärzten für Kinderchirurgie,
 - Fachärzten für Innere Medizin,
 - Fachärzten für Chirurgie,
 - Fachärzten für Orthopädie bzw. Fachärzten für Orthopädie und Unfallchirurgie,
 - Fachärzten für Neurologie, Fachärzten für Nervenheilkunde sowie Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie,
 - Fachärzten für Neurochirurgie,
 - Fachärzten für Anästhesiologie,
 - Fachärzten für Physikalische und Rehabilitative Medizin

mit einer Genehmigung der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung gemäß der Qualitätssicherungs-Vereinbarung Akupunktur nach § 135 Abs. 2 SGB V berechnungsfähig.

10 Änderung in der Nr. 8 der Präambel 31.2.1 zum Abschnitt 31.2 (Ambulante Operationen)

8. In einem Zeitraum von drei Tagen, beginnend mit dem Operationstag, können vom Operateur neben der ambulanten Operation nur die Leistungen nach den Nrn. 01220 bis 01222, 01310 bis 01312, 01410 bis 01414, 01602, 01610 bis 01612, 01620 bis 01623, 01700, 01701, 01707, 01708, 01711 bis 01722, 01730 bis 01734, 01740 bis 01743, 01750, 01752 bis 01758, 01770, 01772 bis 01775, 01780 bis 01787, 01790 bis 01793, 01800 bis 01813, 01815, 01820 bis 01822, 01825 bis 01832, 01835 bis 01839, 01850, 01950 bis 01952, 19310, 19312 und 19320, die Ordinations- und Konsultationskomplexe, Leistungen der Kapitel bzw. Abschnitte 31.3, 31.4.3, 31.5.2, 32, 34 und 35 sowie die Leistungen nach den Nrn. 01100 oder 01101 jeweils in Verbindung mit der Leistung nach der Nr. 01414 berechnet werden.

11 Änderung in der Nr. 1 der Präambel 31.6.1 zu Abschnitt 31.6 Orthopädisch-chirurgisch konservative Leistungen

1. Neben einem ablaufbezogenen Leistungskomplex nach den Nrn. 31930 und/oder 31932 können im Behandlungsfall nur die arztgruppenspezifischen Ordinations- und Konsultationskomplexe, die Leistungen nach den Nrn. 01100, 01101, 01210, 01218, 01310 bis 01312, 01600 bis 01602, 01610, 01612, 01620 bis 01623, 01711 bis 01718, 01722, 01770, 01772 bis 01775, 01780 bis 01787, 01790 bis 01792, 01793, 01800 bis 01813, 01815, 01822, 01825 bis 01832, 01839, 01850, 01950 bis 01952 und 33051 und die Leistungen der Kapitel 32, 34 und 35 berechnet werden.

12 Aufnahme einer weiteren Anmerkung hinter der Leistung nach der Nr. 31800

Im Zusammenhang mit der Erbringung der Leistung nach der Nr. 31920 ist die Leistung nach der Nr. 31800 ebenfalls berechnungsfähig.

13 Aufnahme einer weiteren Anmerkung hinter der Leistung nach der Nr. 31920

Wird im Zusammenhang mit der Leistung nach der Nr. 31920 die Leistung nach der Nr. 31800 erbracht, ist diese ebenfalls berechnungsfähig.

14 Änderung der Bestimmung Nr. 12 zu 32.2 Allgemeine Laboratoriumsuntersuchungen

12. Die Leistungen des Abschnitts 32.2 sind am Behandlungstag nicht neben den Leistungen des Abschnitts 31.1.2 und nicht neben der Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.

15 Änderung der Bestimmung Nr. 14 zu 32.3 Spezielle Laboratoriumsuntersuchungen, molekulargenetische und molekulopathologische Untersuchungen

14. Die Leistungen des Abschnitts 32.3 sind am Behandlungstag nicht neben den Leistungen des Abschnitts 31.1.2 und nicht neben der Leistung nach der Nr. 34291 berechnungsfähig.

16 Änderung der Leistung nach der Nr. 33011

33011 Sonographie der Gesichtswichteile und/oder Halswichteile und/oder Speicheldrüsen (mit Ausnahme der Schilddrüse)

Obligater Leistungsinhalt

- Sonographische Untersuchung der Gesichtswichteile und/oder Weichteile des Halses und/oder der Speicheldrüse(n) (mit Ausnahme der Schilddrüse) mittels B-Mode-Verfahrens,

je Sitzung

230 Punkte

Die Leistung nach der Nr. 33011 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 33081 berechnungsfähig.

Die Leistung nach der Nr. 33011 ist am Behandlungstag nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 31630 bis 31637, 31682 bis 31689 und 31695 bis 31702 berechnungsfähig.

16.1 Analoge Streichung der Berechnungsausschluss-Regelung bei der Leistung nach der Nr. 33010**16.2 Änderung zur Leistung nach der Nr. 33011 im Anhang 3 zum EBM**

GOP	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
33011	Sonographie der Gesichtswichteile und/oder Halswichteile und/oder Speicheldrüsen (mit Ausnahme der Schilddrüse)	7	5	Tages- und Quartalsprofil

17 Aufnahme einer Leistung nach der Nr. 34238

34238 Zuschlag zu den Leistungen nach den Nummern 34230 bis 34233 bei Durchführung gehaltener Aufnahmen bzw. (standardisierter) gehaltener Stressaufnahmen zur Stabilitätsprüfung von Gelenk- und Bandapparatstrukturen,

Obligater Leistungsinhalt

- Aufnahme(n) in einer Ebene,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Lokalanästhesien,
- Leitungsanästhesien,

je Teil

285 Punkte

Die Leistung nach der Nr. 34238 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02100 und 02101 berechnungsfähig.

17.1 Aufnahme der Leistung nach der Nr. 34238 in den Anhang 3 zum EBM

GOP	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
34238	Zuschlag zu den Leistungen nach den Nummern 34230 bis 34233 bei Durchführung gehaltener Aufnahmen bzw. (standardisierter) gehaltener Stressaufnahmen zur Stabilitätsprüfung von Gelenk- und Bandapparatstrukturen	3	2	Tages- und Quartalsprofil

18 Aufnahme einer weiteren Anmerkung hinter der Leistung nach der Nr. 34291

Die Leistung nach der Nr. 34291 ist am Behandlungstag nicht neben den Leistungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 berechnungsfähig.