

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 119. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)

Teil A

mit Wirkung zum 01. Januar 2007

1. Änderung in 2.1.4 Absatz 1 der Allgemeinen Bestimmungen

2.1.4 Unbeschadet der grundsätzlichen Verpflichtung zur Übermittlung von Behandlungsdaten sind die nachfolgenden Leistungen insbesondere nur dann vollständig erbracht und können nur berechnet werden, wenn mindestens ein Bericht im Behandlungsfall entsprechend der Leistung nach der Nr. 01600 bzw. ein Brief entsprechend der Leistung nach der Nr. 01601 an den Hausarzt erfolgt ist, sofern sie nicht vom Hausarzt selbst erbracht worden sind, es sei denn die Leistungen werden auf Überweisung zur Durchführung von Auftragsleistungen (Indikations- oder Definitionsauftrag) gemäß § 24 Abs. 3 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) bzw. § 27 Abs. 3 Arzt-/ Ersatzkassen-Vertrag (EKV) erbracht:

Leistungen nach den Nrn. 01741, 02310, 02311, 02312, 02313, 06320, 06321, 06331, 06332, 06343, 07310, 07311, 07320, 07330, 07340, 08310, 08311, 09315, 09317, 09326, 09332, 10330, 13250, 13300, 13350, 13400, 13410, 13411, 13412, 13421, 13422, 13430, 13431, 13500, 13501, 13502, 13550, 13561, 13600, 13601, 13602, 13650, 13662, 13670, 13700, 13701, 14313, 14314, 14320, 14321, 14331, 16230, 16231, 16232, 16310, 16311, 16321, 16322, 16371, 18310, 18311, 18320, 18330, 18331, 18340, 18700, 20326, 20332, 20371, 21230, 21231, 21233, 21310, 21311, 21321, 26310, 26311, 26313, 26325, 26330, 30110, 30111, 30700, 30701, 30900 und 30901 sowie der Leistungen der Abschnitte 35.1 und 35.2. Bei der Leistungserbringung durch einen Arzt des fachärztlichen Versorgungsbereichs auf Überweisung durch einen anderen Arzt des fachärztlichen Versorgungsbereichs ist die berechnungsfähige Erstellung und Versendung einer Kopie des Berichts bzw. des Briefs an den Hausarzt entsprechend der Leistung nach der Nr. 01602 zusätzliche Voraussetzung zur Abrechnung dieser Leistung.

2. Änderung in 4.2 der Allgemeinen Bestimmungen

Der Ordinations- oder Konsiliarkomplex kann nur von den in der Präambel der entsprechenden arztgruppenspezifischen oder arztgruppenübergreifenden Kapitel genannten Leistungserbringern beim ersten persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt im Quartal berechnet werden. Er ist nur einmal im Behandlungsfall berechnungsfähig (kurativ-ambulant) und umfasst die in Anhang 1 aufgeführten Leistungen. Bei einer ambulanten und stationären (belegärztlichen) Behandlung in demselben Quartal ist der Ordinationskomplex zweimal berechnungsfähig (jeweils kurativ-ambulant und kurativ-stationär). Eine Berechnung von Ordinations- und Konsiliarkomplex in demselben Behandlungsfall ist nicht möglich. Bei einer in demselben Behandlungsfall erfolgten Berechnung der Leistung nach Nr. 01210 (Ordinationskomplex im organisierten Notfalldienst) ist für die gleichzeitige Berechnung des Ordinationskomplexes mindestens ein weiterer persönlicher kurativer Arzt-Patienten-Kontakt außerhalb des organisierten ärztlichen Not(fall)dienstes notwendig. Bei Überweisungen zur Durchführung von Auftragsleistungen (Indikations- oder Definitionsauftrag gemäß § 24 Abs. 3 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) bzw. § 27 Abs. 3 Arzt-/ Ersatzkassenvertrag (EKV) an nicht ausschließlich auftragnehmende Ärzte gemäß § 13 Abs. 4 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) bzw. § 7 Abs. 4 Arzt-/ Ersatzkassenvertrag (EKV)) ist der Ordinationskomplex nicht berechnungsfähig.

Bei mehr als einer Inanspruchnahme des Arztes an demselben Tag kann nur dann der Konsultationskomplex zusätzlich zum Ordinationskomplex oder der Konsultationskomplex mehr als einmal berechnet werden, wenn die Inanspruchnahmen durch die Beschaffenheit der Erkrankung geboten waren (Uhrzeitangaben).

3. Änderung in 5.2.1 der Allgemeinen Bestimmungen

5.2.1 Abweichend von 5.2 der Allgemeinen Bestimmungen zum EBM ist die Nebeneinanderberechnung von Leistungen der schwerpunktorientierten internistischen Versorgung des Abschnitts 13.3 durch Gemeinschaftspraxen und medizinische Versorgungszentren bei schwerpunktübergreifender Behandlung des Patienten unter Vornahme eines Abschlags in Höhe von 10% von der Punktzahl der jeweiligen im selben Behandlungsfall berechneten ärztlichen Leistung des Abschnitts 13.3 möglich.

Bei den Leistungen des Abschnitts 13.3, auf die diese Abschlagsregelung angewendet wird, wird die Prüfzeit gemäß Anhang 3 des EBM ebenfalls um 10% vermindert.

4. Änderung in 6.2.1 der Allgemeinen Bestimmungen

6.2.1 Abweichend von 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen zum EBM ist die Nebeneinanderberechnung von Leistungen der schwerpunktorientierten internistischen Versorgung des Abschnitts 13.3 durch einen Vertragsarzt, der seine Tätigkeit unter mehreren Schwerpunktbezeichnungen ausübt, bei schwerpunktübergreifender Behandlung des Patienten unter Vornahme eines Abschlags in Höhe von 10% von der Punktzahl der jeweiligen im selben Behandlungsfall berechneten ärztlichen Leistung des Abschnitts 13.3 möglich.

Bei den Leistungen des Abschnitts 13.3, auf die diese Abschlagsregelung angewendet wird, wird die Prüfzeit gemäß Anhang 3 des EBM ebenfalls um 10% vermindert.

5. Änderung in der ersten Anmerkung hinter der Leistung nach der Nr. 01210

Neben der Leistung nach der Nr. 01210 ist für die Berechnung des jeweiligen arztgruppenspezifischen Ordinationskomplexes in demselben Behandlungsfall mindestens ein weiterer persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt außerhalb des organisierten ärztlichen Not(fall)dienstes notwendig.

6. Änderung in der dritten Anmerkung hinter der Leistung nach der Nr. 01210

Die Leistung nach der Nr. 01210 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01100 bis 01102, 01215 bis 01218, 01412, 01414, 01950 und 01951 berechnungsfähig.

7. Änderung in der dritten Anmerkung hinter der Leistung nach der Nr. 01412

Die Leistung nach der Nr. 01412 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 01100 bis 01102, 01210, 01410, 01411, 01414, 01721 und 05230 berechnungsfähig.

8. Änderung in der Legende der Leistung nach der Nr. 01830

Die Leistung nach der Nr. 01830 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 08330, 08331, 33044 und 33090 berechnungsfähig.

9. Änderung in der Legende der Leistung nach der Nr. 02340

- 02340 Punktion I
- Obligater Leistungsinhalt*
- Punktion der/des
 - Lymphknotenund/oder
 - Schleimbeutel
- und/oder
- Ganglien
- und/oder
- Serome
- und/oder
- Hygrome
- und/oder
- Hämatome
- und/oder
- Wasserbrüche (Hydrocelen)
- und/oder
- Ascites
- und/oder
- Harnblase
- und/oder
- Pleura-/Lunge
- und/oder
- Schilddrüse
- und/oder
- Prostata
- und/oder
- Speicheldrüse

10. Änderung in der dritten Anmerkung hinter der Leistung nach der Nr. 02340

Die Leistung nach der Nr. 02340 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Leistungen des Abschnitts 31.4 berechnungsfähig.

11. Änderung in der Legende der Leistung nach der Nr. 02341

- 02341 Punktion II
- Obligater Leistungsinhalt*
- Punktion der/des
 - Mammaeund/oder
 - Knochenmarks
- und/oder

- Leber
und/oder
- Nieren
und/oder
- Pankreas
und/oder
- Gelenke
und/oder
- Adnextumoren, ggf. einschl. Douglasraum
und/oder
- Hodens
und/oder
- Ascites als Entlastungspunktion unter
Gewinnung von mindestens 250 ml
Ascites-Flüssigkeit
und/oder
- Milz

12. Änderung in der Legende der Leistung nach der Nr. 08552

- 08552 Maßnahmen zur In-vitro-Fertilisation (IVF) entsprechend der Leistungen nach den Nrn. 08550 bzw. 08560 bis frühestens zwei Tage vor der geplanten Follikelpunktion, vom ersten Zyklustag bis zum Tag des Abbruchs,
einmal im Zyklusfall 4625 Punkte

13. Änderung in der Legende (Obligater Leistungsinhalt / Spiegelstrichzeile 7) und Änderung der Bewertung der Leistung nach der Nr. 13250

- und/oder
- Prokto-/Rektoskopischer Untersuchungskomplex mit
 - Rektoskopie, ggf. einschließlich Polypenentfernung(en),
 - Patientenaufklärung,
 - Information zum Ablauf der vorbereitenden Maßnahmen vor dem Eingriff und zu einer möglichen Sedierung und/oder Prämedikation,
 - Nachbeobachtung und -betreuung

einmal im Behandlungsfall 425 Punkte

14. Änderung der Anmerkung hinter der Leistung nach der Nr. 13251

Die Leistung nach der Nr. 13251 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 13250, 13550, 13551, 13560 und 13561 und nicht neben den Leistungen der Abschnitte 13.3.1, 13.3.2, 13.3.3, 13.3.4, 13.3.7 und 13.3.8 berechnungsfähig.

15. Änderung der Anmerkung hinter der Leistung nach der Nr. 13254

Die Leistung nach der Nr. 13254 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 13250, 13550, 13551, 13560 und 13561 und nicht neben den Leistungen der Abschnitte 13.3.1, 13.3.2, 13.3.3, 13.3.4, 13.3.7 und 13.3.8 berechnungsfähig.

16. Aufnahme einer Leistung nach der Nr. 13260

13260 Zuschlag zu der Leistung nach der Nummer 13257 für Polypenentfernung(en)

Obligater Leistungsinhalt

- vollständige Entfernung eines oder mehrerer Polypen mittels Hochfrequenzdiathermieschlinge,
- Veranlassung einer histologischen Untersuchung

150 Punkte

Die Leistung nach der Nr. 13260 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302, 30600 und 30601 berechnungsfähig.

Die Leistung nach der Nr. 13260 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 13250, 13550, 13551, 13560, 13561, 30600 und 30601 und nicht neben den Leistungen der Abschnitte 13.3.1, 13.3.2, 13.3.3, 13.3.4, 13.3.6, 13.3.7 und 13.3.8 berechnungsfähig.

16.1 Aufnahme einer analogen Berechnungsausschluss-Regelung (in derselben Sitzung) in den Anmerkungen hinter den Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302, 30600 und 30601

16.2 Aufnahme einer analogen Berechnungsausschluss-Regelung (im Behandlungsfall) in den Anmerkungen hinter den Leistungen nach den Nrn. 13250, 13300, 13301, 13310, 13311, 13350, 13400, 13402, 13410 bis 13412, 13420 bis 13424, 13430, 13431, 13500 bis 13502, 13550, 13551, 13560, 13561, 13600, 13601, 13610 bis 13612, 13620, 13621, 13650, 13651, 13660 bis 13664, 13670, 13700, 13701, 30600 und 30601

16.3 Aufnahme der Leistung nach der Nr. 13260 in den Anhang 3 zum EBM

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
13260	Zuschlag zu der Leistung nach der Nr. 13257 für Polypentfernung(en)	6	5	Tages- und Quartalsprofil

17. Änderung im fakultativen Leistungsinhalt der Leistung nach der Nr. 13421

Fakultativer Leistungsinhalt

- Lagekontrolle durch ein bildgebendes Verfahren,
- Probeexzision(en),
- Gerinnungsuntersuchungen und kleines Blutbild,
- Prämedikation/Sedierung,
- Darstellung des terminalen Ileums

18. Aufnahme einer Nr. 6 in die Präambel 13.3.6

6. Entgegen der Beschränkung der Erbringung von Leistungen des Abschnitts 13.2.2.3 auf Definitionsaufträge sind auf Grund der Vorgaben der Anlage 9.1.3 des BMV-Ä bzw. EKV die Leistungen nach den Nrn. 13251 und 13254 für Fachärzte für Innere Medizin mit der Schwerpunktbezeichnung "Nephrologie" und/oder Vertragsärzten, die über eine Genehmigung zur Durchführung von Blutreinigungsverfahren gemäß § 135 Abs. 2 SGB V verfügen, berechnungsfähig. Die Leistungen nach BMV-Ä bzw. EKV Anlage 9.1 sind durch Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunktbezeichnung "Nephrologie" und/oder Vertragsärzten, die über eine Genehmigung zur Durchführung von Blutreinigungsverfahren gemäß § 135 Abs. 2 SGB V verfügen, berechnungsfähig.

19. Änderung der zweiten Anmerkung hinter der Leistung nach der Nr. 13600

Die Leistung nach der Nr. 13600 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 13250, 13252, 13253, 13255 bis 13258, 13260, 13602 und 32247 und nicht neben den Leistungen der Abschnitte 13.3.1, 13.3.2, 13.3.3, 13.3.4, 13.3.5, 13.3.7 und 13.3.8 berechnungsfähig.

20. Änderung der zweiten Anmerkung hinter der Leistung nach der Nr. 13601

Die Leistung nach der Nr. 13601 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 13250, 13252, 13253, 13255 bis 13258, 13260, 13602 und 32247 und nicht neben den Leistungen der Abschnitte 13.3.1, 13.3.2, 13.3.3, 13.3.4, 13.3.5, 13.3.7 und 13.3.8 berechnungsfähig.

21. Streichung der bisherigen Anmerkung Nr. 2 und Änderung der bisherigen Anmerkung Nr. 3 (neue Anmerkung Nr. 2) hinter der Leistung nach der Nr. 13602

Die Leistung nach der Nr. 13602 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 13250, 13252, 13253, 13255 bis 13258, 13260, 13600, 13601 und 32247 und nicht neben den Leistungen der Abschnitte 13.3.1, 13.3.2, 13.3.3, 13.3.4, 13.3.5, 13.3.7 und 13.3.8 berechnungsfähig.

22. Änderung in der bisher dritten Anmerkung hinter der Leistung nach der Nr. 13610

Die Leistung nach der Nr. 13610 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 13250, 13252, 13253, 13255 bis 13258, 13260 und 32247 und nicht neben den Leistungen der Abschnitte 13.3.1, 13.3.2, 13.3.3, 13.3.4, 13.3.5, 13.3.7 und 13.3.8 berechnungsfähig.

23. Änderung in der bisher dritten Anmerkung hinter der Leistung nach der Nr. 13611

Die Leistung nach der Nr. 13611 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 13250, 13252, 13253, 13255 bis 13258, 13260 und 32247 und nicht neben den Leistungen der Abschnitte 13.3.1, 13.3.2, 13.3.3, 13.3.4, 13.3.5, 13.3.7 und 13.3.8 berechnungsfähig.

24. Änderung in der bisher vierten Anmerkung hinter der Leistung nach der Nr. 13612

Die Leistung nach der Nr. 13612 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 13250, 13252, 13253, 13255 bis 13258, 13260 und 32247 und nicht neben den Leistungen der Abschnitte 13.3.1, 13.3.2, 13.3.3, 13.3.4, 13.3.5, 13.3.7 und 13.3.8 berechnungsfähig.

25. Änderung in der bisher dritten Anmerkung hinter der Leistung nach der Nr. 13620

Die Leistung nach der Nr. 13620 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 13250, 13252, 13253, 13255 bis 13258, 13260 und 32247 und nicht neben den Leistungen der Abschnitte 13.3.1, 13.3.2, 13.3.3, 13.3.4, 13.3.5, 13.3.7 und 13.3.8 berechnungsfähig.

26. Änderung in der bisher dritten Anmerkung hinter der Leistung nach der Nr. 13621

Die Leistung nach der Nr. 13621 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 13250, 13252, 13253, 13255 bis 13258, 13260 und 32247 und nicht neben den Leistungen der Abschnitte 13.3.1, 13.3.2, 13.3.3, 13.3.4, 13.3.5, 13.3.7 und 13.3.8 berechnungsfähig.

27. Änderung in der Nr. 5 der Präambel 23.1 zu Kapitel 23

5. Für psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sind neben den Leistungen in diesem Kapitel nur die Leistungen nach den Nrn. 01100, 01101, 01430, 01600, 01601, 01602, 01620, 01621, 01622 sowie die Leistungen des Kapitels 35 berechnungsfähig.

28. Änderung in Nr. 1 der Präambel 30.4 Physikalische Therapie

1. Die Leistungen dieses Abschnitts können nur von
 - Fachärzten für Haut- und Geschlechtskrankheiten (ausschließlich Leistungen nach den Nrn. 30401, 30430 und 30431),
 - Fachärzten für Orthopädie,
 - Fachärzten für Neurologie,
 - Fachärzten für Nervenheilkunde,
 - Fachärzten für Chirurgie,
 - Fachärzten für Physikalische und Rehabilitative Medizin,
 - Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin (ausschließlich Leistungen nach den Nrn. 30410, 30411 und 30430),
 - Fachärzten für Innere Medizin mit Schwerpunkt Angiologie (ausschließlich die Leistung nach der Nr. 30401),
 - Fachärzten für Innere Medizin mit Schwerpunkt Pneumologie und Lungenärzten (ausschließlich Leistungen nach den Nrn. 30410 und 30411),
 - Ärzten mit der (den) Zusatzbezeichnung(en) Physikalische Therapie und/oder Chirotherapie,
 - Ärzten, die einen entsprechend qualifizierten nichtärztlichen Mitarbeiter (staatl. geprüfter Masseur, Krankengymnast, Physiotherapeut) angestellt und dessen Qualifikation gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung nachgewiesen haben,berechnet werden.

29. Änderung in der Nr. 8 der Präambel 31.2.1 zu Abschnitt 31.2

8. In einem Zeitraum von drei Tagen, beginnend mit dem Operationstag, können vom Operateur neben der ambulanten oder belegärztlichen Operation nur die Leistungen nach den Nrn. 01220 bis 01222, 01310 bis 01312, 01410 bis 01414, 01602, 01610 bis 01775, 01780 bis 01787, 01790 bis 01793, 01800 bis 01813 und 01815, 01820 bis 01822, 01825 bis 01832, 01835 bis 01839, 01850 und 01950 bis 01952, 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.

30. Aufnahme eines neuen Abschnitts 31.4.2 (bei gleichzeitiger Umbenennung des bisherigen Abschnitts 31.4.2 in 31.4.3)

31.4.2 Postoperativer Behandlungskomplex im
Hausärztlichen Versorgungsbereich

31. Aufnahme einer Leistung nach der Nr. 31600 im (neuen) Abschnitt 31.4.2

31600 Postoperative Behandlung durch den Hausarzt
nach der Erbringung eines Eingriffes des Abschnittes 31.2
bei Überweisung durch den Operateur

Obligater Leistungsinhalt

- Befundkontrolle(n),
- Befundbesprechung(en),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Verbandswechsel,
- Anlage und/oder Wechsel und/oder Ändern
eines immobilisierenden Verbandes,
- Drainagenwechsel,
- Drainagenentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der
medikamentösen Therapie,

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach
Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2

405 Punkte

*Die Leistung nach der Nr. 31600 ist im Zeitraum
von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung
des Abschnitts 31.2 nicht neben den Leistungen
nach den Nrn. 02300 bis 02302, 02310, 02340,
02341, 02350 und 02360 berechnungsfähig.*

31.1 Aufnahme einer analogen Berechnungsausschluss-Regelung in den Anmerkungen hinter den Leistungen nach den Nrn. 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02350 und 02360**31.2 Aufnahme der laufenden Nr. 6 in die Präambel 31.4.1 zu Kapitel 31**

6. Für Vertragsärzte des hausärztlichen
Versorgungsbereichs ist nur die Leistung nach der Nr.
31600 berechnungsfähig.

31.3 Aufnahme der Leistung nach der Nr. 31600 in den Anhang 3 zum EBM

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
31600	Postoperative Behandlung durch den Hausarzt***	14	12	Nur Quartalsprofil

32. Aufnahme der Leistung Nr. 02340 in die jeweiligen Anmerkungen der Leistungen nach den Nrn. 31660 bis 31663, 31669 bis 31676, 31682 bis 31689, 31695 bis 31702 und 31708 bis 31731

Die Leistung nach der Nr. 31xxx ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben...02340.....berechnungsfähig.

33. Änderung und Anpassung der Nummerierung der bisherigen Abschnittsüberschrift 31.4.2 in 31.4.3

31.4.3 Postoperative Behandlungskomplexe im
Fachärztlichen Versorgungsbereich

34. Änderung der Textbezüge

Der bisherige Bezug auf den Abschnitt 31.4 (hinsichtlich des bisherigen Abschnitts 31.4.2) ist durch den Bezug auf den Abschnitt 31.4.3 zu ersetzen:

34.1 - in den Anmerkungen hinter den Leistungen nach den Nrn. 06350 bis 06352, 07340, 09351, 09360 bis 09362, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18340 und 26350 bis 26352

34.2 - in den Präambeln

5.1 Nr. 4,
6.1 Nr. 3,
7.1 Nr. 5,
8.1 Nr. 5,
9.1 Nr. 3,
10.1 Nr. 4,
13.1 Nr. 7,
13.2.2.1 Nr. 1,
15.1 Nr. 3,
16.1 Nr. 4,
18.1 Nr. 3,
20.1 Nr. 3,
24.1 Nr. 3,
26.1 Nr. 3,
27.1 Nr. 5

34.3 - in der Präambel 4.1 Nr. 3

3. Die in der Präambel unter 1. aufgeführten Vertragsärzte können zusätzlich die arztgruppenspezifischen Leistungen nach den Nrn. 01520, 01521, 01530, 01531, 13350, 13400, 13401, 13402, 13410, 13411, 13412, 13420, 13421, 13422, 13423, 13424, 13430, 13431, 13500, 13501, 13502, 13550, 13551, 13552, 13560, 13561, 13600, 13601, 13602, 13610, 13611, 13612, 13620, 13621, 13650, 13651, 13660, 13661, 13662, 13663, 13670, 13700, 13701, 16310, 16311, 16320, 16321 und 16322 sowie die Abschnitte 11.3, 31.2 31.3, 31.4.3, 31.5, 31.6, 32.3, 33 und 34 berechnen, wenn sie die Voraussetzungen zur Abrechnung von Leistungen gemäß Abschnitt 4.4 erfüllen.

34.4 - in der Präambel 31.2.1 Nr. 8

8. In einem Zeitraum von drei Tagen, beginnend mit dem Operationstag, können vom Operateur neben der ambulanten oder belegärztlichen Operation nur die Leistungen nach den Nrn. 01220 bis 01222, 01310 bis 01312, 01410 bis 01414, 01602, 01610 bis 01775, 01780 bis 01787, 01790 bis 01793, 01800 bis 01813 und 01815, 01820 bis 01822, 01825 bis 01832, 01835 bis 01839, 01850 und 01950 bis 01952, 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.

35. In der Präambel 31.4.1 Nr. 1 wird der bisherige Bezug auf den bisherigen Abschnitt 31.4.2 (hinsichtlich des bisherigen Kapitels 31.4) durch den Bezug auf das neue Kapitel 31.4 (bestehend aus 31.4.2 und 31.4.3) ersetzt

1. Die Leistungen des Abschnittes 31.4 können vom Operateur oder auf Überweisung des Operateurs, mit Angabe der Nummer der Leistung für die postoperative Behandlung, vom weiterbehandelnden Vertragsarzt nach ambulanter Durchführung eines Eingriffes des Abschnittes 31.2 berechnet werden. Der die Leistungen des Abschnittes 31.4 abrechnende Vertragsarzt hat auf dem Abrechnungsschein das Datum des zu Grunde liegenden operativen Eingriffes zu dokumentieren.

36. Änderung in der Nr. 5 der Präambel 3.1 zu Kapitel 3 hinsichtlich der Berechnungsfähigkeit der neuen Leistung nach der Nr. 31600

5. Ausser den in diesem Kapitel genannten Leistungen sind bei Vorliegen der entsprechenden Qualifikationsvoraussetzungen von den in der Präambel genannten Vertragsärzten - unbeschadet der Regelungen gemäß 5 und 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen - zusätzlich nachfolgende Leistungen berechnungsfähig: Nrn. 30400 bis 30402, 30410, 30411, 30420, 30421, 30430, 30610, 30611, 30800, 30900, 33000 bis 33002, 33010 bis 33012, 33040 bis 33044, 33050 bis 33052, 33060 bis 33062, 33076, 33080, 33081 und 33090 bis 33092, Leistungen der Abschnitte 30.1, 30.2, 30.3, 30.5, 30.7, 31.1, 31.4.2, 32.1 und 32.2 sowie Leistungen des Kapitels 35.

37. Änderung der Leistung nach der Nr. 33011

33011 Sonographie der Gesichtsteile und/oder Halsweichteile und/oder Speicheldrüsen (mit Ausnahme der Schilddrüse)

Obligater Leistungsinhalt

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

Fakultativer Leistungsinhalt

- Leistung nach der Nr. 33010,
- Nasennebenhöhlen-B-Mode-Sonographie,

je Sitzung

260 Punkte

Entgegen Nr. 4.4 der Allgemeinen Bestimmungen kann die Leistung nach der Nr. 33011 von Chirurgen und Fachärzten für Innere Medizin auch dann berechnet werden, wenn keine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung zur Durchführung von Ultraschalluntersuchungen der Nasennebenhöhlen vorliegt.

Die Leistung nach der Nr. 33011 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 33010 und 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.

38. Streichung des Abrechnungsausschlusses zwischen den Leistungen des Kapitels 34 und der Leistung nach der Nr. 02340**39. Änderung in der Legende der Leistung nach der Nr. 34234**

Die Leistung nach der Nr. 34234 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02100, 02101 und 34260 berechnungsfähig.

40. Aufnahme einer Leistung nach der Nr. 34237

34237 Röntgenteilaufnahme des Beckens in mindestens zwei Ebenen

Obligater Leistungsinhalt

- Röntgenteilaufnahmen des Beckens,
- Aufnahmen in mindestens zwei Ebenen

385 Punkte

Die Leistung nach der Nr. 34237 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02100 und 02101 berechnungsfähig.

40.1 Aufnahme der analogen Ausschlussregelung bei den Leistungen nach den Nrn. 02100 und 02101**40.2 Aufnahme der Leistung nach der Nr. 34237 in den Anhang 3**

GOP ₁)	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
34237	Röntgenteilaufnahme des Beckens in mindestens zwei Ebenen	4	3	Tages- und Quartalsprofil

41. Änderung in der Legende der Leistung nach der Nr. 34260

Die Leistung nach der Nr. 34260 ist nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 02100, 02101, 34234 bis 34236, 34243 bis 34246, 34250 und 34255 bis 34257 berechnungsfähig.

42. Änderung zur Nr. 01855 im Anhang 3 zum EBM

GOP ₁)	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
01855	Sterilisation der Frau	48	38	Tages- und Quartalsprofil

43. Änderung zur Nr. 05331 im Anhang 3 zum EBM

GOP ₁)	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
05331	Zuschlag weitere 15 Minuten	17	15	Tages- und Quartalsprofil

44. Änderung zur Nr. 10320 im Anhang 3 zum EBM

GOP ₁)	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
10320	Behandlung von Naevi flammei	KA	1	Nur Quartalsprofil

45. Änderung zur Nr. 30600 im Anhang 3 zum EBM

GOP ₁)	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
30600	Prokto-/Rektoskopischer Untersuchungskomplex	5	4	Tages- und Quartalsprofil

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 119. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)

Teil B

mit Wirkung vom 01. Januar 2007 bis zum 31. März 2007

Verlängerung der befristet vorgegebenen Leistungen des Abschnitts 34.4.7 MRT-Angiographien sowie der Vorgaben zu deren Berechnung bis zum 31. März 2007.

Verlängerung des Beschlusses zu Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) durch den Bewertungsausschuss nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 103. Sitzung (amtliche Bekanntmachung im Deutschen Ärzteblatt, Heft 30, vom 29. Juli 2005, Seite A-2123).

Die bisherigen Verlängerungen durch den Bewertungsausschuss erfolgten bis zum 30. Juni 2006 in seiner 111. Sitzung am 16. Dezember 2005 (amtliche Bekanntmachung im Deutschen Ärzteblatt, Heft 1-2, vom 9. Januar 2006, Seite A-73 bis A-74) und bis zum 31. Dezember 2006 in seiner 114. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung, amtliche Bekanntmachung im Deutschen Ärzteblatt, Heft 26, vom 30. Juni 2006, Seite A-1855).

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 119. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)

Teil C

mit Wirkung zum 01. Januar 2007

unter folgendem Vorbehalt zur Inkraftsetzung:

Die Inkraftsetzung des Teils C der 119. Sitzung des Bewertungsausschusses unterliegt dem Vorbehalt der Vereinbarung und gleichzeitigen Inkraftsetzung der Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V zu den Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 18. April 2006 und 19. September 2006 zur Akupunktur.

1. Aufnahme einer Leistung nach der Nr. 30790 in Kapitel 30

- 30790 Eingangsdagnostik und Abschlussuntersuchung zur Behandlung mittels Körperakupunktur gemäß den Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V bei folgenden Indikationen:
- chronische Schmerzen der Lendenwirbelsäule, oder
 - chronische Schmerzen eines oder beider Kniegelenke durch Gonarthrose

Obligater Leistungsinhalt

- Schmerzanalyse zu Lokalisation, Dauer, Stärke und Häufigkeit,
- Bestimmung der Beeinträchtigung in den Alltagstätigkeiten durch den Schmerz,
- Beurteilung des Schmerzeinflusses auf die Stimmung,
- Integration der Akupunkturbehandlung in ein schmerztherapeutisches Gesamtkonzept,
- Schmerzanalyse und Diagnostik nach den Regeln der traditionellen chinesischen Medizin (z.B. anhand von Leitbahnen, Störungsmustern, konstitutionellen Merkmalen oder mittels Syndromdiagnostik),
- Erstellung des Therapieplans zur Körperakupunktur mit Auswahl der Leitbahnen, Spezifizierung der Akupunkturlokalisationen, Berücksichtigung

- der optimalen Punktekombinationen,
Verteilung der Akupunkturlokalisationen,
- eingehende Beratung des Patienten einschließlich Festlegung der Therapieziele,
 - Durchführung einer Verlaufserhebung bei Abschluss der Behandlung,
 - Dokumentation,
 - Dauer mindestens 40 Minuten,
 - Bericht an den Hausarzt,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Erläuterung zusätzlicher, flankierender Therapiemaßnahmen,
einmal im Krankheitsfall

1060 Punkte

2. Aufnahme der Leistung nach der Nr. 30790 in den Anhang 3

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
30790	Eingangsdagnostik und Abschlussuntersuchung zur Behandlung mittels Körperakupunktur	42	30	Nur Quartalsprofil

3. Aufnahme einer Leistung nach der Nr. 30791 in Kapitel 30

30791 Durchführung einer Körperakupunktur und ggf. Revision des Therapieplans gemäß den Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Behandlung bei folgenden Indikationen:

- chronische Schmerzen der Lendenwirbelsäule,
oder
- chronische Schmerzen eines oder beider Kniegelenke durch Gonarthrose

Obligater Leistungsinhalt

- Durchführung der Akupunktur gemäß dem erstellten Therapieplan,
- Aufsuchen der spezifischen Akupunkturpunkte und exakte Lokalisation,
- Nadelung akupunkturspezifischer Punkte mit sterilen Einmalnadeln,
- Verweildauer der Nadeln von mindestens 20 Minuten,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Beruhigende oder anregende Nadelstimulation,

- Hervorrufen der akupunkturspezifischen Nadelwirkung (De-Qui-Gefühl),
- Berücksichtigung der adäquaten Stichtiefe,
- Adaption des Therapieplanes und Dokumentation,
- Festlegung der neuen Punktekombination, Stimulationsart und Stichtiefe,

je dokumentierter Indikation bis zu zehnmal, mit besonderer Begründung bis zu 15-mal im Krankheitsfall

Die Sachkosten inklusive der verwendeten Akupunkturnadeln sind in dieser Leistung enthalten.

480 Punkte

4. Aufnahme der Leistung nach der Nr. 30791 in den Anhang 3

GOP ¹⁾	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten ²⁾	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
30791	Durchführung einer Körperakupunktur	13	10	Tages- und Quartalsprofil

**Bundesempfehlung gemäß § 86 SGB V
der Spitzenverbände der Krankenkassen und der
Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur
Finanzierung der Einführung der Akupunkturleistungen
in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM)
zum 01. Januar 2007**

- Der AOK-Bundesverband, Körperschaft des öffentlichen Rechts, Bonn
- der Bundesverband der Betriebskrankenkassen, Körperschaft des öffentlichen Rechts, Essen
- der IKK-Bundesverband, Körperschaft des öffentlichen Rechts, Bergisch-Gladbach
- der Bundesverband der Landwirtschaftlichen Krankenkassen, Körperschaft des öffentlichen Rechts, Kassel
- die Knappschaft, Körperschaft des öffentlichen Rechts, Bochum
- die See-Krankenkasse, Körperschaft des öffentlichen Rechts, Hamburg
- der Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. sowie der AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V., Siegburg

- einerseits -

und die

- Kassenärztliche Bundesvereinigung, Körperschaft des öffentlichen Rechts, Berlin,

- andererseits -

geben im Zusammenhang mit dem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Aufnahme der Akupunktur in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) folgende Empfehlung zur Finanzierung unter Bezug auf § 85 Abs. 3 SGB V:

- (1) Die Partner dieser Bundesempfehlung haben sich über die Grundsätze zur Finanzierung der Akupunkturleistungen, die in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) eingeführt werden, wie folgt verständigt:
Mit Aufnahme der Akupunkturleistungen nach den Nrn. 30790 und 30791 in den EBM werden neue Leistungen in die vertragsärztliche Versorgung eingeführt.
- (2) Die Partner dieser Bundesempfehlung stellen unter Verweis auf § 85 Abs. 3 SGB V und die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses fest, dass der finanzielle Mehrbedarf der Einführung der Akupunktur nicht durch Einsparungen in anderen geeigneten Bereichen finanziert werden kann (Substitution).
- (3) Die Partner dieser Bundesempfehlung empfehlen den Partnern der Gesamtverträge für die Vergütung der Akupunkturleistungen nach den Nrn. 30790 und 30791 einen festen Punktwert außerhalb der budgetierten bzw. pauschalierten Gesamtvergütungen zu vereinbaren. Die Leistungen unterliegen gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses zur Festlegung von Regelleistungsvolumina gemäß § 85 Abs. 4a SGB V weder Arztgruppentöpfen noch Regelleistungsvolumina.
- (4) Die Partner dieser Bundesempfehlung empfehlen den Partnern der Gesamtverträge eine unverzügliche Aufnahme der Beratungen zur Finanzierung dieser Leistungen.