

BESCHLUSS

des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 397. Sitzung am 21. Juni 2017

Teil A

zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) mit Wirkung zum 1. Juli 2017

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

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

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

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 13554 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Vereinbarung zur Herzschrittmacherkontrolle gemäß § 135 Abs. 2 SGB V bzw. nach der Vereinbarung zur Funktionsanalyse von Kardiovertern bzw. Defibrillatoren und Systemen zur kardialen Resynchronisationstherapie gemäß § 135

*Abs. 2 SGB V voraus. Bis zum ~~30. Juni 2017~~
31. Dezember 2017 ist die
Gebührenordnungsposition 13554 auch ohne
die Genehmigung gemäß der Vereinbarung
zur Funktionsanalyse von Kardiovertern bzw.
Defibrillatoren und Systemen zur kardialen
Resynchronisationstherapie gemäß § 135
Abs. 2 SGB V berechnungsfähig.*

Teil B

zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) mit Wirkung zum 1. Juli 2017

1. Änderung der Nr. 4.2.1 der Allgemeinen Bestimmungen zum EBM

4.2.1 Abrechnung geschlechtsspezifischer Gebührenordnungspositionen ~~bei Personen mit nicht festgelegter Geschlechtszuordnung~~

Geschlechtsspezifische Gebührenordnungspositionen sind, bei Personen ~~mit nicht festgelegter Geschlechtszuordnung und der Kennzeichnung "X" für das unbestimmte Geschlecht auf der elektronischen Gesundheitskarte~~, bei denen primäre Geschlechtsmerkmale beider Geschlechter vorliegen, wie bei Intersexualität oder Transsexualität nach Geschlechtsangleichung, entsprechend dem organbezogenen Befund (z. B. bei Vorliegen von Testes, Ovarien, Prostata) berechnungsfähig. ~~Ohne Kennzeichnung "X" für das unbestimmte Geschlecht auf der elektronischen Gesundheitskarte ist bei den genannten Personen die entsprechende Leistung mit einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung zu versehen und als Begründung ist der ICD-10-Kode für Transsexualität oder Intersexualität anzugeben.~~ Für Urethro(-zysto)skopien sind die Gebührenordnungspositionen 08311 oder 26311 bei überwiegend interner Lage der Urethra und einer Urethralänge bis zu 8 cm zu berechnen. Bei einer Urethralänge von mehr als 8 cm und/oder nicht überwiegend interner Lage der Urethra ist die Gebührenordnungsposition 26310 zu berechnen.

2. Änderung der zweiten Anmerkung zur Gebührenordnungsposition 01422 im Abschnitt 1.4 EBM

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 01422 setzt die Erstverordnung von Behandlungsmaßnahmen zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege nach Muster 12 ~~P~~ der Vordruckvereinbarung und die Genehmigung durch die zuständige Krankenkasse voraus.

3. Änderung der zweiten Anmerkung zur Gebührenordnungsposition 01424 im Abschnitt 1.4 EBM

Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 01424 setzt die Folgeverordnung von Behandlungsmaßnahmen zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege nach Muster 12 ~~P~~ der Vordruckvereinbarung und die

*Genehmigung durch die zuständige
Krankenkasse voraus.*

4. Änderung der zweiten Anmerkung zur Gebührenordnungsposition 03062 im Abschnitt 3.2.1.2 EBM

*Die Gebührenordnungsposition 03062 ist in begründetem Einzelfall neben Besuchen nach den Gebührenordnungspositionen 01410 bis 01413, **01415** und 01418 berechnungsfähig.*

5. Änderung der Leistungslegende und des obligaten Leistungsinhaltes der Gebührenordnungsposition 04528 im Abschnitt 4.5.1 EBM

04528 Zusatzpauschale Durchführung einer Kapselendoskopie bei Erkrankungen des Dünndarms entsprechend der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (Nr. 16 ~~in~~ der Anlage ~~4I~~ "Anerkannte Untersuchungs-~~und~~~~oder~~ Behandlungsmethoden" der Richtlinien~~n~~ Methoden ~~der~~ vertragsärztlichen Versorgung) und entsprechend der Qualitätssicherungsvereinbarung Kapselendoskopie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V

Obligater Leistungsinhalt

- Aufklärung zur Kapselendoskopie in angemessenem Zeitabstand vor der Untersuchung,
- Durchführung einer Kapselendoskopie bei Erkrankungen des Dünndarms,
- Dokumentation gemäß § 3 der Nr. 16 ~~in~~ der Anlage ~~4I~~ "Anerkannte Untersuchungs-~~und~~~~oder~~ Behandlungsmethoden" sowie § 7 und § 8 der Qualitätssicherungsvereinbarung Kapselendoskopie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V,

6. Änderung der Leistungslegende und des obligaten Leistungsinhaltes der Gebührenordnungsposition 04529 im Abschnitt 4.5.1 EBM

04529 Zusatzpauschale Auswertung einer Untersuchung mittels Kapselendoskopie bei Erkrankungen des Dünndarms entsprechend der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (Nr. 16 ~~in~~ der Anlage ~~4I~~ "Anerkannte Untersuchungs- ~~und~~~~oder~~ Behandlungsmethoden" der Richtlinien~~n~~ Methoden ~~der~~-vertragsärztlichen Versorgung)

und entsprechend der
Qualitätssicherungsvereinbarung
Kapselendoskopie gemäß § 135 Abs. 2 SGB
V

Obligater Leistungsinhalt

- Auswertung einer Untersuchung mittels Kapselendoskopie bei Erkrankungen des Dünndarms,
- Dokumentation gemäß § 3 der Nr. 16 ~~in~~ der Anlage ~~4I~~ "Anerkannte Untersuchungs- ~~und~~oder Behandlungsmethoden" sowie § 7 und § 8 der Qualitätssicherungsvereinbarung Kapselendoskopie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V,

7. Änderung der Leistungslegende und des obligaten Leistungsinhaltes der Gebührenordnungsposition 10350 im Abschnitt 10.3 EBM

10350 Balneophototherapie entsprechend der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (Nr. 15 ~~in~~ der Anlage ~~4I~~ "Anerkannte Untersuchungs- ~~und~~oder Behandlungsmethoden" der Richtlinien Methoden ~~der~~-vertragsärztlichen Versorgung) und entsprechend der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Balneophototherapie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V, einschließlich Kosten,

Obligater Leistungsinhalt

- Balneophototherapie für Psoriasis gemäß § 1 der Nummer 15 ~~in~~ der Anlage ~~4I~~ "Anerkannte Untersuchungs- ~~und~~oder Behandlungsmethoden",
- Dokumentation,

8. Änderung der Leistungslegende und des obligaten Leistungsinhaltes der Gebührenordnungsposition 13425 im Abschnitt 13.3.3 EBM

13425 Zusatzpauschale Durchführung einer Kapselendoskopie bei Erkrankungen des Dünndarms entsprechend der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (Nr. 16 ~~in~~ der Anlage ~~4I~~ "Anerkannte Untersuchungs- ~~und~~oder Behandlungsmethoden" der Richtlinien Methoden ~~der~~-vertragsärztlichen Versorgung) und entsprechend der Qualitätssicherungsvereinbarung

Kapselendoskopie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V

Obligater Leistungsinhalt

- Aufklärung zur Kapselendoskopie in angemessenem Zeitabstand vor der Untersuchung,
- Durchführung einer Kapselendoskopie bei Erkrankungen des Dünndarms,
- Dokumentation gemäß § 3 der Nr. 16 ~~in~~ der Anlage ~~4I~~ "Anerkannte Untersuchungs-~~und~~oder Behandlungsmethoden" sowie § 7 und § 8 der Qualitätssicherungsvereinbarung Kapselendoskopie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V,

9. Änderung der Leistungslegende und des obligaten Leistungsinhaltes der Gebührenordnungsposition 13426 im Abschnitt 13.3.3 EBM

13426 Zusatzpauschale Auswertung einer Untersuchung mittels Kapselendoskopie bei Erkrankungen des Dünndarms entsprechend der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (Nr. 16 ~~in~~ der Anlage ~~4I~~ "Anerkannte Untersuchungs-~~und~~oder Behandlungsmethoden" der Richtlinien Methoden ~~der~~-vertragsärztlichen Versorgung) und entsprechend der Qualitätssicherungsvereinbarung Kapselendoskopie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V

Obligater Leistungsinhalt

- Auswertung einer Untersuchung mittels Kapselendoskopie bei Erkrankungen des Dünndarms,
- Dokumentation gemäß § 3 der Nr. 16 ~~in~~ der Anlage ~~4I~~ "Anerkannte Untersuchungs-~~und~~oder Behandlungsmethoden" sowie § 7 und § 8 der Qualitätssicherungsvereinbarung Kapselendoskopie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V,

10. Änderung der Leistungslegende zur Gebührenordnungsposition 13621 im Abschnitt 13.3.6 EBM

13621 Zusatzpauschale ärztliche Betreuung bei einer Apherese bei rheumatoider Arthritis gemäß

Nr. 1 Anlage ~~4I~~ "Anerkannte Untersuchungs-
~~und~~oder Behandlungsmethoden" der
Richtlinien Methoden ~~der~~ vertragsärztlichen
Versorgung des Gemeinsamen
Bundesausschusses,

11. Änderung der zweiten Anmerkung zur Gebührenordnungsposition 25321 im Abschnitt 25.3.2 EBM

*Die Gebührenordnungsposition 25321 ist nur bei Vorliegen einer bösartigen Erkrankung (ICD-10-~~CK~~Codes C00-C97 Bösartige Neubildungen, D00-D09 In-situ-Neubildungen) oder mindestens einer der im folgenden genannten gutartigen Neubildungen berechnungsfähig: D18.02 Hämangiom: intrakraniell, D32.- Gutartige Neubildungen der Meningen, D33.- Gutartige Neubildungen des Gehirns ~~oder~~und anderer Teile des Zentralnervensystems, D35.2 Gutartige Neubildungen: ~~der~~—Hypophyse, D35.4 Gutartige Neubildung: ~~der~~—Epiphyse **[[Glandula pinealis]]** **[[Zirbeldrüse]]**, D42.- Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhaltens der Meningen, D43.- Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhaltens des Gehirns und des Zentralnervensystems, D44.3 Neubildungen unsicheren oder unbekanntem Verhaltens: ~~der~~ Hypophyse, D44.5 Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhaltens der Epiphyse **[[Glandula pinealis]]** **[[Zirbeldrüse]]**, **D44.7 Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhaltens: Glomus aorticum und sonstige Paraganglien.***

12. Änderung im Titel und in der ersten Bestimmung zum Abschnitt 30.11 EBM

30.11 Neuropsychologische Therapie gemäß der Nr. 19 der Anlage ~~4I~~ "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie "Methoden vertragsärztliche Versorgung" des Gemeinsamen Bundesausschusses

1. Die in dem Abschnitt 30.11 aufgeführten Gebührenordnungspositionen können ausschließlich von Vertragsärzten bzw. -therapeuten, die über eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung neuropsychologischer Leistungen gemäß § 3 der Nr. 19 der Anlage ~~4I~~ "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie "Methoden vertragsärztliche Versorgung" des Gemeinsamen Bundesausschusses verfügen, abgerechnet werden.

13. Änderung des ersten Spiegelstriches des obligaten Leistungsinhaltes der Gebührenordnungsposition 30930 im Abschnitt 30.11 EBM

- Anwendung von Testverfahren zur krankheitsspezifischen neuropsychologischen Diagnostik gemäß § 5 Abs. 3 der Nr. 19 der Anlage 4I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie "Methoden vertragsärztliche Versorgung" des Gemeinsamen Bundesausschusses,

14. Änderung des ersten Spiegelstriches des obligaten Leistungsinhaltes der Gebührenordnungsposition 30931 im Abschnitt 30.11 EBM

- Krankheitsspezifische neuropsychologische Diagnostik und spezifische Indikationsstellung vor Beginn einer neuropsychologischen Therapie gemäß § 7 Abs. 6 Nr. 1 der Nr. 19 der Anlage 4I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie "Methoden vertragsärztliche Versorgung" des Gemeinsamen Bundesausschusses,

15. Änderung des ersten Spiegelstriches des obligaten Leistungsinhaltes der Gebührenordnungsposition 30932 im Abschnitt 30.11 EBM

- Neuropsychologische Therapie gemäß § 7 der Nr. 19 der Anlage 4I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie "Methoden vertragsärztliche Versorgung" des Gemeinsamen Bundesausschusses,

16. Änderung des ersten Spiegelstriches des obligaten Leistungsinhaltes der Gebührenordnungsposition 30933 im Abschnitt 30.11 EBM

- Neuropsychologische Therapie gemäß § 7 der Nr. 19 der Anlage 4I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie "Methoden vertragsärztliche Versorgung" des Gemeinsamen Bundesausschusses,

17. Änderung des ersten Spiegelstriches des obligaten Leistungsinhaltes der Gebührenordnungsposition 30934 im Abschnitt 30.11 EBM

- Erstellung eines Therapieplans gemäß § 5 Abs. 4 der Nr. 19 der Anlage 4I

"Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie "Methoden vertragsärztliche Versorgung" des Gemeinsamen Bundesausschusses,

18. Änderung des ersten Spiegelstriches des obligaten Leistungsinhaltes der Gebührenordnungsposition 30935 im Abschnitt 30.11 EBM

- Bericht und Dokumentation der Therapieverlängerung im Einzelfall gemäß § 7 Abs. 6 Nr. 5 der Nr. 19 der Anlage 4I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie "Methoden vertragsärztliche Versorgung" des Gemeinsamen Bundesausschusses,

19. Änderung der dritten und vierten Bestimmung zum Abschnitt 34.7 EBM

3. Die Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts sind abweichend von Nr. 1 und Nr. 2 der Präambel 34.1 nur dann berechnungsfähig, wenn ihre Durchführung gemäß Nr. 14 der Anlage 4I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses, nach Maßgabe der Strahlenschutzverordnung, der Richtlinie nach der Strahlenschutzverordnung, der Röntgenverordnung, des Medizinproduktegesetzes und der Medizinprodukte-Betreiberverordnung erfolgt.
4. Die Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts sind nur berechnungsfähig bei Vorliegen mindestens einer der in § 1 Nr. 14 der Anlage 4I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses genannten Indikationen.

20. Änderung der zweiten Anmerkung zur Gebührenordnungsposition 35120 im Abschnitt 35.1 EBM und Streichung der analogen Berechnungsausschlüsse

*Die Gebührenordnungsposition 35120 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 01450, 04355, 04356, 14220 bis 14222, 14310, 14311, 16220, 21220, 21221, 22220 bis 22222, 23220, 30702, 35100, 35110 bis 35113, 35130, 35131, 35140 bis 35142, ~~und~~ 35150 bis 35152, **35401, 35402, 35405, 35411, 35412, 35415, 35503 bis 35509, 35513 bis 35519, 35523 bis 35529 und 35533 bis 35539 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen** der*

~~**Abschnitte 35.2.1 und 35.2.2**~~
berechnungsfähig.

21. An folgenden Stellen im EBM wird ein Komma eingefügt:

GOP / Präambel	Position und Stelle
04563, 30704, 30723	Am Ende der Leistungslegende

22. Änderungen im Anhang 2 zum EBM

OPS 2016	Seite	Bezeichnung OPS 2016	Kategorie	OP-Leistungen	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose
5-714.5	B	Vulvektomie: Total	S5	31305/ 36305	31506/ 36506	31699	31700	31825/ 36825
5-714.5	L	Vulvektomie: Total	S4	31304/ 36304	31505/ 36505	31699	31700	31824/ 36824
5-714.5	R	Vulvektomie: Total	S4	31304/ 36304	31505/ 36505			31824/ 36824

Protokollnotiz zu Teil B laufende Nr. 1:

Die Kennzeichnung von Leistungen nach geschlechtsspezifischen Gebührenordnungspositionen bei Versicherten, bei denen primäre Geschlechtsmerkmale beider Geschlechter vorliegen und ohne Kennzeichnung "X" für das unbestimmte Geschlecht auf der elektronischen Gesundheitskarte, erfolgt mit einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung. In der Abrechnung der Leistungen gegenüber den Kassenärztlichen Vereinigungen sowie im Einzelfallnachweis werden die gekennzeichneten Leistungen übertragen.

B E S C H L U S S

des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 398. Sitzung am 25. Juli 2017

Teil A

zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) mit Wirkung zum 1. Juli 2017

1. Änderung der Nr. 4.2.1 der Allgemeinen Bestimmungen zum EBM

4.2.1 Abrechnung geschlechtsspezifischer Gebührenordnungspositionen

Geschlechtsspezifische Gebührenordnungspositionen sind bei ~~Intersexualität oder Transsexualität Personen, bei denen primäre Geschlechtsmerkmale beider Geschlechter vorliegen, wie bei Intersexualität oder Transsexualität nach Geschlechtsangleichung,~~ entsprechend dem organbezogenen Befund (z. B. bei Vorliegen von Testes, Ovarien, Prostata) **unabhängig von der personenstandsrechtlichen Geschlechtszuordnung** berechnungsfähig. ~~Ohne Kennzeichnung "X" für das unbestimmte Geschlecht auf der elektronischen Gesundheitskarte ist bei den genannten Personen die entsprechende Leistung~~ **Entspricht der organbezogene Befund bei Intersexualität oder Transsexualität nicht der personenstandsrechtlichen Geschlechtszuordnung sind geschlechtsspezifische Gebührenordnungsposition(en) mit einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung zu versehen. und Als Begründung ist der ICD-10-Kode für Transsexualität oder Intersexualität anzugeben. Bei Vorliegen der Kennzeichnung "X" für das unbestimmte Geschlecht auf der elektronischen Gesundheitskarte ist keine kodierte Zusatzkennzeichnung anzugeben. Für Patienten gemäß Satz 1. und 2. dieser Bestimmung ist bei Urethro(-zysto)skopien sind die Gebührenordnungspositionen 08311 oder 26311 bei überwiegend interner Lage der Urethra und einer Urethralänge bis zu 8 cm zu berechnen. Bei einer Urethralänge von mehr als 8 cm und/oder nicht überwiegend interner Lage der Urethra ist die Gebührenordnungsposition 26310 zu berechnen.**

2. Änderung der Legende der Gebührenordnungsposition 26310 im Abschnitt 26.3 EBM

26310 Urethro(-zysto)skopie des Mannes oder ~~bei Personen mit nicht festgelegter Geschlechtszuordnung~~ gemäß den

Vorgaben der Allgemeinen Bestimmungen

4.2.1

3. Änderung der Legende der Gebührenordnungsposition 26311 im Abschnitt 26.3 EBM

26311 Urethro(-zysto)skopie der Frau oder **bei Personen mit nicht festgelegter Geschlechtszuordnung** gemäß **den Vorgaben der Allgemeinen Bestimmungen** 4.2.1

4. Änderungen im Anhang 3 zum EBM

GOP	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
26310	Urethro(-zysto)skopie des Mannes oder bei Personen mit nicht festgelegter Geschlechtszuordnung gemäß den Vorgaben der Allgemeinen Bestimmungen 4.2.1	15	13	Tages- und Quartalsprofil
26311	Urethro(-zysto)skopie der Frau oder bei Personen mit nicht festgelegter Geschlechtszuordnung gemäß den Vorgaben der Allgemeinen Bestimmungen 4.2.1	8	6	Tages- und Quartalsprofil

Protokollnotiz:

Die Kennzeichnung von geschlechtsspezifischen Gebührenordnungspositionen nach organbezogenen Befund bei Intersexualität oder Transsexualität, der nicht der personenstandsrechtlichen Geschlechtszuordnung entspricht, erfolgt mit einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung. In der Abrechnung der Leistungen gegenüber den Kassenärztlichen Vereinigungen sowie im Einzelfallnachweis werden die gekennzeichneten Leistungen übertragen.

Teil B

zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM)

mit Wirkung zum 1. Oktober 2017

1. Änderung der zweiten Bestimmung zum Abschnitt 4.5.4 EBM

2. Die Gebührenordnungspositionen 04560, 04561 und 04563 können - unter Berücksichtigung von 1.3 der Allgemeinen Bestimmungen - nur von Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzweiterbildung Kinder-Nephrologie und/oder Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin, die über eine Genehmigung zur Durchführung von Blutreinigungsverfahren gemäß § 135 Abs. 2 SGB V verfügen, berechnet werden. Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 04562, 04564 bis 04566 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Vereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus. Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 04572 und 04573 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach Nr. 1 Ambulante Durchführung der Apheresen als extrakorporales Hämotherapieverfahren, Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- **und oder** Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztlicher Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses voraus.

2. Änderung der Leistungslegende der Gebührenordnungsposition 04572 im Abschnitt 4.5.4 EBM

04572 Zusatzpauschale kindernephrologische
Betreuung bei einem Neugeborenen,
Säugling, Kleinkind, Kind oder Jugendlichen
bei LDL-Apherese gemäß Nr. 1 Anlage I
"Anerkannte Untersuchungs- **und oder**
Behandlungsmethoden" der Richtlinie
Methoden vertragsärztlicher Versorgung des
Gemeinsamen Bundesausschusses,

3. Änderung der Leistungslegende der Gebührenordnungsposition 04573 im Abschnitt 4.5.4 EBM

04573 Zusatzpauschale kindernephrologische
Betreuung bei einem Neugeborenen,
Säugling, Kleinkind, Kind oder Jugendlichen
bei einer Apherese bei rheumatoider Arthritis
gemäß Nr. 1 Anlage I "Anerkannte
Untersuchungs- **und oder**
Behandlungsmethoden" der Richtlinie

Methoden vertragsärztlicher Versorgung des
Gemeinsamen Bundesausschusses,

4. Änderung der ersten Bestimmung zum Abschnitt 13.3.6 EBM

1. Die Gebührenordnungspositionen 13590 bis 13592, 13600 und 13601 können - unter Berücksichtigung von 1.3 der Allgemeinen Bestimmungen - nur von Fachärzten für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Nephrologie und/oder Vertragsärzten, die über eine Genehmigung zur Durchführung von Blutreinigungsverfahren gemäß § 135 Abs. 2 SGB V verfügen, berechnet werden. Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 13602 und 13610 bis 13612 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Vereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus. Die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 13620 bis 13622 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach Nr. 1 Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- **und oder** Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztlicher Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses voraus.

5. Änderung der Leistungslegende zur Gebührenordnungsposition 13620 im Abschnitt 13.3.6 EBM

13620 Zusatzpauschale ärztliche Betreuung bei LDL-Apherese gemäß Nr. 1 Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- **und oder** Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztlicher Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses, ausgenommen bei isolierter Lp(a)-Erhöhung,

6. Änderung der Leistungslegende zur Gebührenordnungsposition 13622 im Abschnitt 13.3.6 EBM

13622 Zusatzpauschale ärztliche Betreuung bei LDL-Apherese gemäß Nr. 1 Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- **und oder** Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztlicher Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses, bei isolierter Lp(a)-Erhöhung,

7. Änderung der Leistungslegende zur Gebührenordnungsposition 31362 im Abschnitt 31.2.13 EBM

31362 Eingriff der Kategorie Y2: Phototherapeutische Keratektomie (PTK) gemäß Nr. 13 Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- **und oder** Behandlungsmethoden" der Richtlinie

Methoden vertragsärztliche Versorgung des
Gemeinsamen Bundesausschusses

8. Streichung der ersten Anmerkung zur Gebührenordnungsposition 34291 im Abschnitt 34.2.9 EBM. Die bisherige zweite und dritte Anmerkung werden zur ersten und zweiten Anmerkung.

~~Die Gebührenordnungsposition 34291 ist bis zum 30. Juni 2017 auch bei fehlender Qualitätssicherung und fehlendem Aufklärungsgespräch gemäß Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 i. V. m. § 136 Abs. 1 Nr. 1 SGB V über die einrichtungs- und sektorenübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung (Qesü-RL) berechnungsfähig. In diesem Fall ist die Gebührenordnungsposition 34291 nach Maßgabe der Kassenärztlichen Vereinigung zu kennzeichnen sowie durch die Kassenärztliche Vereinigung ein Abschlag von 92 Punkten vorzunehmen und die Prüfzeit um 5 Minuten zu reduzieren.~~

9. Änderung des ersten Spiegelstriches des obligaten Leistungsinhaltes der Gebührenordnungsposition 34600 im Abschnitt 34.6 EBM

- Osteodensitometrische Untersuchung(en) nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (Nr. 7 in der Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- **und** oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung, mittels einer zentralen DXA [Dual-Energy X-ray Absorptiometrie]) bei Patienten, die eine Fraktur ohne nachweisbares adäquates Trauma erlitten haben und bei denen gleichzeitig aufgrund anderer anamnestischer und klinischer Befunde ein begründeter Verdacht auf Osteoporose besteht
 - am Schenkelhals
 - und/oder
 - an der LWS

10. Änderung des ersten Spiegelstriches des obligaten Leistungsinhaltes der Gebührenordnungsposition 34601 im Abschnitt 34.6 EBM

- Osteodensitometrische Untersuchung(en) nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (Nr. 7 in der Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- **und oder** Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung, mittels einer zentralen DXA [Dual-Energy X-ray Absorptiometrie]) zum Zweck der Optimierung der Therapieentscheidung, wenn aufgrund konkreter anamnestischer und klinischer Befunde eine Absicht für eine spezifische medikamentöse Therapie einer Osteoporose besteht
 - am Schenkelhals
 - und/oder
 - an der LWS

11. Aufnahme des Abschnittes 30.1.3 EBM in die Präambel 31.2.1 Nr. 8 EBM

12. Änderung der Nr. 1 der Präambel 37.1 EBM und Aufnahme der Gebührenordnungspositionen 37100, 37102, 37113 und 37120 in die Präambel 5.1 Nr. 4 EBM

1. Die Gebührenordnungspositionen 37100, 37102, 37113 und 37120 können nur von
 - Fachärzten für Allgemeinmedizin,
 - Fachärzten für Innere und Allgemeinmedizin,
 - Praktischen Ärzten,
 - Ärzten ohne Gebietsbezeichnung,
 - Fachärzten für Innere Medizin ohne Schwerpunktbezeichnung, die gegenüber dem Zulassungsausschuss ihre Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung gemäß § 73 Abs. 1a SGB V erklärt haben,
 - Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin,
 - Fachärzten für Augenheilkunde,
 - Fachärzten für Chirurgie,
 - Fachärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe,
 - Fachärzten für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde,
 - Fachärzten für Haut- und Geschlechtskrankheiten,
 - Fachärzten für Innere Medizin mit und ohne Schwerpunkt, die gegenüber dem Zulassungsausschuss ihre Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung erklärt haben,
 - Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
 - Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie,
 - Fachärzten für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie,
 - Fachärzten für Neurologie,
 - Fachärzten für Nervenheilkunde,
 - Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie,

- Fachärzten für Neurochirurgie,
- Fachärzten für Orthopädie,
- Fachärzten für Orthopädie und Unfallchirurgie,
- Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie,
- Fachärzten für Urologie,
- Fachärzten für Physikalische und Rehabilitative Medizin,
- **Vertragsärzten mit Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie**

berechnet werden, die im Zusammenhang mit der Betreuung von Patienten in stationären Pflegeeinrichtungen eine Kooperation gemäß einem Kooperationsvertrag nach § 119b SGB V, der die Anforderungen der Anlage 27 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) erfüllt, gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung nachweisen.

13. Änderung der Nr. 3 der Präambel 40.1 EBM

3. Im kurativ-stationären (belegärztlichen) Behandlungsfall können die vom Krankenhaus zu tragenden Kostenpauschalen **40300, 40302 und 40304 und die Kostenpauschalen** der Abschnitte ~~40.6~~, 40.8, 40.10, 40.11, 40.13 bis 40.16 von Belegärzten nicht berechnet werden. Satz 1 gilt für die Kosten nach Nr. 7 der Allgemeinen Bestimmungen entsprechend.