

Beschluss

zu Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) durch den Bewertungsausschuss gemäß § 87 Abs. 3 SGB V in der 74. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)

Teil A

mit Wirkung zum 1. Juli 2002

1. Änderung der Leistungslegende zu Nr. 16

16* Kontinuierliche Betreuung eines Patienten mit Mukoviszidose-Erkrankung durch einen Internisten mit der Schwerpunktbezeichnung „Pneumologie“ oder durch einen Kinderarzt, einmal im Behandlungsfall 900

2. Neufassung des Abschnitts F V.

Nephrologie (Dialyse)

Die Konsultationsgebühr nach Nr. 2 sowie die Gebühr nach Nr. 6 sind neben den Leistungen des Abschnitts F V. nicht berechnungsfähig.

790* Kontinuierliche Betreuung eines chronisch niereninsuffizienten Patienten mit einer dauerhaften endogenen Kreatinin-Clearance unter 20 ml/min oder mit nephrotischem Syndrom, einschließlich Aufklärung über und gegebenenfalls Eintragung und Vorbereitung in ein Dialyse- und/oder Transplantationsprogramm, gegebenenfalls einschließlich Beratung und Instruktion der Bezugsperson(en), durch einen Internisten mit der Schwerpunktbezeichnung „Nephrologie“ und/oder einen Vertragsarzt, der über eine Genehmigung zur Durchführung von Blutreinigungsverfahren gemäß § 135 Abs. 2 SGB V verfügt, einmal im Behandlungsfall 560

791* Behandlung eines Nieren-Transplantatträgers einschließlich Kontrolle der Transplantatfunktionen und Überwachung des spezifischen Therapieschemas, gegebenenfalls einschließlich Beratung und Instruktion der Bezugsperson(en), einmal im Behandlungsfall 560

792* Kontinuierliche Betreuung eines dialysepflichtigen Patienten durch einen Internisten mit der Schwerpunktbezeichnung „Nephrologie“ und/oder einen Vertragsarzt, der über eine Genehmigung zur Durchführung von Blutreinigungsverfahren gemäß § 135 Abs. 2 SGB V verfügt, einmal im Behandlungsfall 560

Die Leistung nach der Nr. 792 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 790 und 791 berechnungsfähig.

793* Ärztliche Betreuung bei Hämodialyse als Zentrums- bzw. Praxishämodialyse, Heimdialyse oder zentralisierter Heimdialyse, oder bei intermittierender Peritonealdialyse (IPD), einschließlich Sonderverfahren (zum Beispiel Hämofiltration, Hämodiafiltration nach der Vereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren gemäß § 135 Abs. 2 SGB V), je Dialysetag 400

794* Ärztliche Betreuung bei Peritonealdialyse bei Durchführung von CAPD oder CCPD, je Dialysetag 200

795* Zuschlag zu den Leistungen nach den Nrn. 793 und 794 für die Durchführung einer Trainingsdialyse, je vollendeter Trainingswoche 600
Eine vollendete Trainingswoche umfasst mindestens drei Hämodialysetage oder sieben Peritonealdialysetage.

796* Ärztliche Betreuung bei LDL-Apherese gemäß der Vereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren und/oder zur ambulanten LDL-Elimination als extrakorporales Hämotherapieverfahren gemäß § 135 Abs. 2 SGB V, je Apherese 400
Die Berechnung der Leistungen nach den Nrn. 793, 794, 795 und 796 setzt eine Genehmigung der Kasenärztlichen Vereinigung nach der Vereinbarung zu den Blutreini-

gungsverfahren und/oder zur ambulanten Durchführung der LDL-Elimination als extrakorporales Hämotherapieverfahren gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.

Der Leistungsumfang der Leistungen nach den Nrn. 793 und 796 bei Durchführung einer Zentrums- bzw. Praxisdialyse oder LDL-Apherese schließt die ständige Anwesenheit des Arztes ein. Der Leistungsumfang der Nr. 793 bei Heimdialyse oder zentralisierter Heimdialyse sowie der Nrn. 794 und 795 schließt die ständige Bereitschaft des Arztes ein. Aus den in den Abschnitten B I. bis B IV. aufgeführten Leistungen sind neben den Leistungen nach den Nrn. 793 bis 796 nur die Leistungen nach den Nrn. 1, 5 und 26 berechnungsfähig.

Die Leistungen nach Kapitel C sind, soweit es sich um Maßnahmen zum Anlegen, zur Steuerung und zur Beendigung der Dialyse- bzw. LDL-Apherese-Behandlung handelt, nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 793 bis 796 berechnungsfähig.

Die Leistungen nach den Nrn. 720 und 721 sind neben den Leistungen nach den Nrn. 793 bis 796 in demselben Behandlungsfall insgesamt höchstens zweimal berechnungsfähig.

Solange sich der Kranke in Dialyse- bzw. LDL-Apherese-Behandlung befindet, können die Leistungen nach den Nrn. 3513, 3514, 3669, 3670 bzw. 3671, 3680, 3694, 3695, 3696, 3700 und 3822 weder von dem die Dialyse bzw. LDL-Apherese durchführenden noch von dem Arzt berechnet werden, dem diese Leistungen als Auftrag zugewiesen werden. Für die Leistungen nach der Nr. 794 gilt dies in gleicher Weise zusätzlich für die Leistung nach Nr. 3511. □

Beschluss

zu Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) durch den Bewertungsausschuss gemäß § 87 Abs. 3 SGB V in der 74. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)

Teil B

mit Wirkung zum 1. Juli 2002

1. Änderung der Allgemeinen Bestimmungen A I, Teil B, 5.

J Nrn. 1018 bis 1040, 1042, 1044, 1045, 1181, 1182, 1184 bis 1186, 1188, 1190, 1192, 1194 bis 1199

2. Streichung der Leistung nach der Nr. 1186 aus dem Zuschlagskatalog nach der Nr. 81,

Streichung der Leistung nach der Nr. 1187 aus dem Zuschlagskatalog nach der Nr. 85

3. Änderung der Überschrift des Kapitels J

J Gynäkologie, Geburtshilfe und Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung

4. Einfügung eines Abschnittes I. im Kapitel J vor der Leistung nach der Nr. 1018

I. Gynäkologie und Geburtshilfe

5. Einfügung eines Abschnittes II. im Kapitel J vor der Leistung nach der Nr. 1180

II. Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung

6. Aufnahme einer Präambel zu Abschnitt J.II.

Die Leistungen nach den Nrn. 1182, 1185 bis 1195 sind für zugelassene Ärzte, ermächtigte Ärzte oder ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen berechnungsfähig, die eine Genehmigung gemäß § 121 a SGB V nachweisen können.

Die Leistung nach der Nr. 1180 ist nur für Ärzte, die zum Führen der Gebietsbezeichnung Frauenarzt berechtigt sind sowie von solchen anderen Ärzten berechnungsfähig, die über spezielle Kenntnisse auf dem Gebiet der Reproduktionsmedizin verfügen. Darüber hinaus ist für die Berechnung der Nachweis der Berechtigung zur Teilnahme an der psychosomatischen Grundversorgung notwendig. Ferner ist die Leistung nach der Nr. 1180 nicht von dem Arzt berechnungsfähig, der die Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung durchführt.

Die Leistung nach der Nr. 1181 ist nur von solchen Ärzten berechnungsfähig, die zur Führung der Gebietsbezeichnung Frauenarzt berechtigt sind.

Die Berechnung der Leistungen nach den Nrn. 1182, 1185 bis 1195 setzt eine Genehmigung gemäß den Richtlinien über künstliche Befruchtung voraus.

Die Leistungen nach den Nrn. 1196 bis 1199 sind nur von Ärzten mit der Gebietsbezeichnung Humangenetik und/oder von Ärzten mit der Zusatzbezeichnung Medizinische Genetik berechnungsfähig.

Der Zyklusfall umfasst den 1. bis 28. Zyklustag für Patientinnen mit endogen gesteuertem Zyklus (Spontanzyklus) bzw. vom 1. Stimulationstag bis 14 Tage nach der Eizellentnahme für Patientinnen ohne endogen gesteuerten Zyklus.

Der Reproduktionsfall umfasst die nach Maßgabe der Richtlinien über künstliche Befruchtung abrechnungsfähigen Zyklusfälle.

Die in den Anmerkungen zu den Leistungen angegebene Höchstzahl abrechnungsfähiger Zyklen kann nur überschritten werden, wenn eine Genehmigung nach Nr. 8 der Richtlinien über künstliche Befruchtung durch die zuständige Krankenkasse vorliegt. Diese ist der Abrechnung beizufügen.

Für die Leistung nach der Nr. 1180 ist die Krankenkasse der Ehefrau, für die Leistungen nach den Nrn. 1184, 1196, 1197, 1198 und 1199 die Krankenkasse des Ehemannes leistungspflichtig.

Ärzte, die zum Führen der Gebietsbezeichnung Frauenarzt berechtigt sind,

können neben der Leistung nach der Nr. 1184 im Behandlungsfall nur die Leistungen nach den Nrn. 1, 5, 6 und den HIV-Antikörpernachweis auf dem Behandlungsausweis des Ehemannes berechnen. Ärzte, die zum Führen der Gebietsbezeichnung Frauenarzt mit Zusatzbezeichnung Medizinische Genetik berechtigt sind, können zusätzlich die Leistungen nach den Nrn. 1196 bis 1199 berechnen.

In den Leistungen nach den Nrn. 1188 bis 1195 sind alle zur Durchführung erforderlichen Leistungen des behandelnden Arztes und alle von ihm in diesem Zusammenhang veranlassten Leistungen enthalten, mit Ausnahme derjenigen nach 12.1, 12.2 und 12.6 der Richtlinien über künstliche Befruchtung und mit Ausnahme der Kosten für Arzneimittel.

Die Leistungen nach den Nrn. 1188 bis 1195 und deren Leistungsbestandteile können im Laufe eines Kalendervierteljahres nur von einem Arzt abgerechnet werden. Dies gilt auch, wenn mehrere Ärzte in die Behandlung eingebunden sind.

Die Leistungen nach den Nrn. 1188, 1190, 1194 und 1195 sind nicht berechnungsfähig, wenn zur Eizellgewinnung ein stationärer Aufenthalt von mehr als zwei Tagen Dauer erfolgt.

Die im Zusammenhang mit den Leistungen nach den Nrn. 1194 und 1195 erbrachten Leistungen dieses Abschnitts, Anästhesien/Narkosen, Punktionen/Biopsien zur Gewinnung von Spermien, ggf. auch Freilegung des Hodens/Nebenhodens, einschl. der Zuschläge und die laboratoriumsmedizinischen Leistungen gemäß 12.1 der Richtlinien über künstliche Befruchtung werden nach Maßgabe der Kassenärztlichen Vereinigungen gekennzeichnet.

7. Änderung der Leistungslegende der Leistung nach der Nr. 1180

1180 Beratung des Ehepartners gemäß Nr. 14 der Richtlinien über künstliche Befruchtung einschließlich einer Bescheinigung nach Nr. 15, einmal im Reproduktionsfall 300

8. Änderung der Anmerkungen hinter der Leistung nach der Nr. 1180

Die Leistung nach der Nr. 1180 ist im Reproduktionsfall nicht neben der Leistung nach der Nr. 1181 berechnungsfähig.

Die Leistung nach der Nr. 1180 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 850 und 851 berechnungsfähig.

9. Neuaufnahme der Leistungsposition Nr. 1181

1181* Intrazervikale, intrauterine oder intratubare homologe Insemination im Spontanzyklus, ohne Poly-

ovulation (drei oder mehr Follikel) gemäß Nr. 10.1 der Richtlinien über künstliche Befruchtung, ggf. einschl. Ovulationstimung, einmal im Zyklusfall 250

10. Neuaufnahme zweier Anmerkungen hinter Leistung nach der Nr. 1181

Die Leistung nach der Nr. 1181 ist im Reproduktionsfall höchstens achtmal berechnungsfähig.

Die Leistung nach der Nr. 1181 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 1182, 1188, 1190, 1192, 1194 und 1195 berechnungsfähig.

11. Änderung der Leistungslegende und Leistungsbewertung der Leistung nach der Nr. 1182

1182* Intrazervikale, intrauterine oder intratubare homologe Insemination nach hormoneller Stimulation zur Polyovulation (drei oder mehr Follikel) gemäß Nr. 10.2 der Richtlinien über künstliche Befruchtung, ggf. einschl. Ovulationstimung, einmal im Zyklusfall 450

12. Neuaufnahme zweier Anmerkungen hinter Leistung nach der Nr. 1182

Die Leistung nach der Nr. 1182 ist im Reproduktionsfall höchstens sechsmal berechnungsfähig.

Die Leistung nach der Nr. 1182 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 1181, 1188, 1190, 1192, 1194 und 1195 berechnungsfähig.

13. Änderung der Leistungslegende und Leistungsbewertung der Leistung nach der Nr. 1184

1184* Gewinnung und Untersuchung(en) des Spermias gemäß Nr. 12.2 der Richtlinien zur künstlichen Befruchtung, Aufbereitung und Kapazitation, einmal im Behandlungsfall 400

14. Änderung der Anmerkung hinter der Leistung nach der Nr. 1184

Die Leistung nach der Nr. 1184 ist im Behandlungsfall nicht neben der Leistung nach Nr. 3950 berechnungsfähig.

15. Neuaufnahme der Leistungsposition Nr. 1185

1185* Zuschlag zu der Leistung nach der Nr. 1186 bei ambulanter Durchführung 1200

16. Änderung der Leistungslegende und Leistungsbewertung der Leistung nach der Nr. 1186

1186* Ultraschallgezielte und/oder laparoskopische Eizellentnahme gemäß Nr. 12.6 der Richtlinien zur

künstlichen Befruchtung im Zusammenhang mit Nr. 10.3, 10.4 und 10.5, gegebenenfalls einschließlich Zusammenführung von Ei- und Spermazellen, mikroskopischer Beurteilung der Reifestadien der Eizellen (bei Maßnahmen nach Nr. 10.4), ggf. einschließlich intratubarer Transfer bei Maßnahmen nach Nr. 10.4, einmal im Zyklusfall .. 1400

17. Neuaufnahme zweier Anmerkungen hinter der Leistung nach der Nr. 1186

Die Leistung nach der Nr. 1186 ist im Reproduktionsfall bei Maßnahmen nach Nr. 10.4 höchstens zweimal berechnungsfähig.

Die Leistung nach der Nr. 1186 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 378, 381, 384, 388 und 398 berechnungsfähig.

18. Streichung der Leistungspositionen Nr. 1187

19. Änderung der Leistungslegende der Leistung nach der Nr. 1188

1188* In-vitro-Fertilisation (IVF) mit anschließendem Embryo-Transfer (ET), ggf. als Zygotenttransfer und/oder als intratubarer Embryo-Transfer (EIFT) gemäß 10.3 der Richtlinien zur künstlichen Befruchtung, einschließlich aller zur Durchführung erforderlichen Leistungen im Zyklusfall außer den Maßnahmen nach 12.1, 12.2 und 12.6, einschließlich der Kosten für Nährmedien und Transferkatheter, einmal im Zyklusfall 20250

20. Neuaufnahme dreier Anmerkungen hinter der Leistung nach der Nr. 1188

Die Leistung nach der Nr. 1188 ist im Reproduktionsfall bei Maßnahmen nach 10.3 höchstens viermal berechnungsfähig.

Die Leistung nach der Nr. 1188 ist im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 1190 und 1192 berechnungsfähig.

Die Leistung nach der Nr. 1188 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 378, 381, 384, 388, 398, 1181, 1182, 1194, 1195 und – mit Ausnahme der in 12.1 der Richtlinien über Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung aufgeführten Laboruntersuchungen – nicht neben Leistungen des Kapitels O berechnungsfähig.

21. Änderung der Leistungslegende zu Nr. 1190

1190* Maßnahmen zur In-vitro-Fertilisation (IVF) entsprechend der Leistung nach der Nr. 1188 bis zum Ausbleiben der Zellteilung, einmal im Zyklusfall 17250

22. Streichung der ersten Anmerkung hinter der Leistung nach der Nr. 1190 und Neuaufnahme von zwei Anmerkungen

Die Leistung nach der Nr. 1190 ist im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 1188 und 1192 berechnungsfähig.

Die Leistung nach der Nr. 1190 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 378, 381, 384, 388, 398, 1181, 1182, 1194, 1195 und – mit Ausnahme der in 12.1 der Richtlinien über Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung aufgeführten Laboruntersuchungen – nicht neben Leistungen des Kapitels O berechnungsfähig.

23. Änderung der Leistungslegende zu Nr. 1192

1192* Maßnahmen zur In-vitro-Fertilisation (IVF) entsprechend der Leistung nach der Nr. 1188 bzw. 1194 bis frühestens zwei Tage vor der geplanten Follikelpunktion, vom 1. Zyklustag bis zum Tag des Abbruchs, einmal im Zyklusfall .. 4500

24. Änderung der Anmerkung hinter der Leistung nach der Nr. 1192

Die Leistung nach der Nr. 1192 ist im Zyklusfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 1188 und 1190 berechnungsfähig.

25. Neuaufnahme der Leistungsposition Nr. 1194

1194* In-vitro-Fertilisation (IVF) mit anschließendem Embryo-Transfer (ET), einschließlich intrazytoplasmatischer Spermieninjektion (ICSI), ggf. als Zygotenttransfer und/oder als intratubarer Embryo-Transfer (EIFT) gemäß 10.5 der Richtlinien zur künstlichen Befruchtung, einschließlich aller zur Durchführung erforderlichen Leistungen im Zyklusfall außer den Maßnahmen nach 12.1, 12.2 und 12.6, ggf. einschließlich der Beratungen nach Nr. 16, einschließlich der Kosten für Nährmedien und Transferkatheter, einmal im Zyklusfall 28610

26. Neuaufnahme dreier Anmerkungen hinter der Leistung nach der Nr. 1194

Die Leistung nach der Nr. 1194 ist im Reproduktionsfall bei Maßnahmen nach 10.5 höchstens viermal berechnungsfähig.

Die Leistung nach der Nr. 1194 ist im Zyklusfall nicht neben der Leistung nach der Nr. 1195 berechnungsfähig.

Die Leistung nach der Nr. 1194 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 378, 381, 384, 388, 398, 1181, 1182, 1188, 1190, 1192, 1195

und – mit Ausnahme der in 12.1 der Richtlinien über Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung aufgeführten Laboruntersuchungen – nicht neben Leistungen des Kapitels O berechnungsfähig.

27. Neuaufnahme der Leistungsposition Nr. 1195

1195* Maßnahmen zur In-vitro-Fertilisation (IVF) einschließlich intrazytoplasmatischer Spermieninjektion (ICSI) entsprechend der Leistung nach der Nr. 1194 bis zum Ausbleiben der Zellteilung, einmal im Zyklusfall 24730

28. Neuaufnahme von zwei Anmerkungen hinter der Leistung nach der Nr. 1195

Die Leistung nach der Nr. 1195 ist im Zyklusfall nicht neben der Leistung nach der Nr. 1194 berechnungsfähig.

Die Leistung nach der Nr. 1195 ist im Behandlungsfall nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 378, 381, 384, 388, 398, 1181, 1182, 1188, 1190, 1192, 1194 und – mit Ausnahme der in 12.1 der Richtlinien über Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung aufgeführten Laboruntersuchungen – nicht neben Leistungen des Kapitels O berechnungsfähig.

29. Neuaufnahme der Leistungsposition Nr. 1196

1196* Humangenetische Abklärung im Zusammenhang mit Nr. 16 der Richtlinien über künstliche Befruchtung eines Verdachts auf genetisches und/oder teratogenes Risiko mit Erhebung aller relevanten anamnestischen Daten einschließlich einer detaillierten Analyse des Stammbaums und abschließender Beratung, ggf. in mehreren Sitzungen. Abfassung einer schriftlichen wissenschaftlich begründeten humangenetischen Stellungnahme, im Zusammenhang mit einer Maßnahme nach 10.5, einmal im Reproduktionsfall 320

30. Neuaufnahme der Leistungsposition Nr. 1197

1197* Ausführliches schriftliches wissenschaftlich begründetes humangenetisches Gutachten auf der Grundlage zugesandter schriftlicher Befundunterlagen und gegebenenfalls Bilddokumente und/oder auf der Grundlage von Ergebnissen zyto- und/oder molekulargenetischer Untersuchungen im Zusammenhang mit einer Maßnahme nach 10.5 der Richtlinien über künstliche Befruchtung, einmal im Reproduktionsfall .. 640

31. Neuaufnahme der Leistungsposition Nr. 1198

1198* Humangenetische Beratung und Begutachtung im Zusammenhang mit einer Maßnahme nach 10.5 der Richtlinien über künstliche Befruchtung bei evidentem genetischen und/oder teratogenen Risiko mit Erhebung aller relevanten anamnestischen Daten und detaillierter Analyse des Stammbaums über mindestens drei Generationen, ggf. in mehreren Sitzungen, ggf. einschließlich körperlicher Untersuchung, Quantifizierung des Risikos durch Einbeziehung der Ergebnisse weitergehender (zum Beispiel zyto- und/oder molekulargenetischer) Untersuchungen und/oder durch Berechnung individueller Wahrscheinlichkeiten. Abfassung eines wissenschaftlich begründeten humangenetischen Gutachtens, ggf. einschließlich einer zusätzlichen schriftlichen Zusammenfassung für den oder die Begutachtete(n), einmal im Reproduktionsfall 2560

32. Neuaufnahme einer Anmerkung hinter der Leistung nach der Nr. 1198

Die Leistungen nach den Nrn. 1196 bis 1198 sind im Behandlungsfall nicht nebeneinander und nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 74, 75, 171 bis 173 berechnungsfähig. Sie sind im Fall der Partnerberatung nur einmal berechnungsfähig.

33. Neuaufnahme der Leistungsposition Nr. 1199

1199* Chromosomenanalyse aus Lymphozyten einschließlich vorangegangener Kultivierung im Zusammenhang mit einer Maßnahme nach 10.5 der Richtlinien über künstliche Befruchtung, einmal im Reproduktionsfall 3500 □

Beschluss

zu Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) durch den Bewertungsausschuss gemäß § 87 Abs. 3 SGB V in der 74. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)

Teil C

mit Wirkung zum 1. Juli 2002

1. Änderung der Leistungslegende zu Nr. 451

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 47. Sitzung am 13. Juni 1996 die Neuaufnahme der Leistungsposition Nr. 451 in den EBM beschlossen (Veröffentlichung im Deutschen Ärzteblatt, Heft 26 vom 28. Juni 1996).

Die amtliche Veröffentlichung im Deutschen Ärzteblatt enthielt einen redaktionellen Fehler in der Leistungslegende zu Nr. 451. Anstelle der Formulierung „Lokal- oder Leitungsanästhesie ...“ hätte der Bewertungsausschuss die Legende zu Nr. 451 mit dem Wortlaut „Infiltrations- oder Leitungsanästhesie ...“ beschließen müssen.

Mit dem jetzigen Beschluss des Bewertungsausschusses wird die Beschlussfassung aus der 47. Sitzung vom 13. Juni 1996 mit Wirkung zum 1. 7. 2002 entsprechend korrigiert.

2. Änderung der Leistungslegende zu Nr. 2960

2960* Denervation der kleinen Wirbelgelenke (z. B. Facettendenervation), je Bewegungssegment 700

3. Aufnahme einer Anmerkung hinter Nr. 2960

Interventionelle Maßnahmen, die nachweislich eine Denervation der kleinen Wirbelgelenke je Bewegungssegment bewirken, sind nach Nr. 2960 abzurechnen. □

Beschluss

zu vertraglichen Änderungen des Kapitels U des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) durch die Partner der Bundesmantelverträge bzw. AG Ärzte/Ersatzkassen mit Wirkung zum 1. Juli 2002

1. Neuaufnahme eines 5. Abschnitts in das Kapitel U**5. Pauschalerstattung für Sach- und Dienstleistungen bei Behandlung mit renalen Ersatzverfahren und extrakorporalen Blutreinigungsverfahren**

Eine Behandlungswoche ist jede Kalenderwoche, in der ein überwiegender Anteil der wöchentlichen Dialysen (das heißt zwei von drei Hämodialysetagen oder vier von sieben Peritonealdialysetagen) durchgeführt wurde.

7270* Pauschalerstattung für Sachkosten bei Durchführung von Hämodialysen, CAPD, CCPD als Zentrums- bzw. Praxisdialyse, Heimdialyse oder zentralisierte Heimdialyse, einschließlich Sonderverfahren (zum Beispiel Hämofiltration, Hämodiafiltration), je Behandlungswoche, bis

zum 30. 6. 2003 580,00 €

ab dem 1. 7. 2003 bis zum

31. 12. 2003 550,00 €

ab dem 1. 1. 2004 520,00 €

Die Sachkostenpauschalen nach den Nrn. 7270 und 7273 enthalten alle Sachkosten, einschließlich Dialysegerät, Dialysator, Schlauchsysteme, Infusionslösungen, am Dialysetag verabreichte Heparine, Aufbereitungs- und Entsorgungsmaßnahmen sowie Sprechstundenbedarf. Nicht enthalten sind die Kosten für Arzneimittel, insbesondere Erythropoetin, Vitamin- oder Mineralstoffpräparate. Die Allgemeinen Bestimmungen A I., Teil A, 4. finden keine Anwendung.

Die Berechnung der Sachkostenpauschalen nach den Nrn. 7270 und 7273 setzen eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Vereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.

Soweit die Partner der Gesamtverträge eine im wirtschaftlichen Ergebnis mit dieser Regelung vergleichbare niedrigere Erstattungshöhe der Kosten für nichtärztliche Dialyseleistungen vereinbart haben, werden diese Vereinbarungen so lange fortgeführt, wie sie den in Nr. 7270 zum jeweiligen Zeitpunkt gültigen Betrag unterschreiten.

Wird im Rahmen einer Feriendialyse während des Ferienaufenthaltes am Ferienort nur eine Hämodialyse abgerechnet, sind 40 % der Höhe der Pauschalerstattung nach der Nr. 7270 berechnungsfähig. Die Leistung ist nach Maßgabe der Kassenärztlichen Vereinigung zu kennzeichnen.

7271* Zuschlag zu der Pauschalerstattung nach der Nr. 7270 für die Infektionsdialyse (bei Patienten mit Hepatitis B oder Hepatitis C, mit HIV-Infektion, mit MRSA-Infektion) . . . 30,00 €

7272* Zuschlag zu der Pauschalerstattung nach der Nr. 7270 für die intermittierende Peritonealdialyse (IPD) 300,00 €

7273* Pauschalerstattung für Sachkosten bei der Durchführung von Dialysen entsprechend der Leistung nach der Nr. 7270 für die Dialyse bei Patienten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr, je Behandlungswoche 830,00 €