

B E S C H L U S S

des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 585. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)

Teil A

zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM)

mit Wirkung zum 1. Januar 2022

1. Änderung der Bewertungen der Gebührenordnungspositionen 40110 und 40128 bis 40131 in Abschnitt 40.4 EBM

Gebührenordnungsposition des EBM	Bewertung bis 31.12.2021 in Euro	Bewertung ab 01.01.2022 in Euro
40110	0,81	0,86
40128	0,81	0,86
40129	0,81	0,86
40130	0,81	0,86
40131	0,81	0,86

2. Änderung der dritten Bestimmung des Abschnitts 40.4 EBM

3. Die Kostenpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 40110 und 40111 unterliegen einem gemeinsamen Höchstwert je Arzt. Für die Gebührenordnungspositionen 40110 und 40111 wird hierzu ein Volumen je Arzt gebildet, aus dem alle gemäß der Gebührenordnungspositionen 40110 und 40111 abgerechneten Kostenpauschalen im Quartal zu vergüten sind. Der Höchstwert für die Gebührenordnungspositionen 40110 und 40111 wird arztgruppenspezifisch festgelegt:

EBM-Kapitel bzw. Abschnitt	Arztgruppe	Höchstwert in Euro
1.3	Ärzte, Institute und Krankenhäuser, die zur Erbringung von Leistungen ermächtigt sind	34,83 36,98

3	Allgemeinmedizin, hausärztliche Internisten und praktische Ärzte	38,88 41,28
4	Kinder- und Jugendmedizin	38,88 41,28
5	Anästhesiologie	29,97 31,82
5 und 30.7	Anästhesiologie und Schmerztherapie	85,05 90,30
6	Augenheilkunde	42,12 44,72
7	Chirurgie	115,02 122,12
8	Gynäkologie	45,36 48,16
9	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	68,85 73,10
10	Dermatologie	53,46 56,76
11	Humangenetik	93,96 99,76
13.2	Innere Medizin, fachärztliche Internisten ohne SP	198,45 210,70
13.3.1	Innere Medizin, SP Angiologie	239,76 254,56
13.3.2	Innere Medizin, SP Endokrinologie	294,03 312,18
13.3.3	Innere Medizin, SP Gastroenterologie	264,06 280,36
13.3.4	Innere Medizin, SP Hämatologie/Onkologie	278,64 295,84
13.3.5	Innere Medizin, SP Kardiologie	309,42 328,52
13.3.6	Innere Medizin, SP Nephrologie	126,36 134,16
13.3.7	Innere Medizin, SP Pneumologie	367,74 390,44
13.3.8	Innere Medizin, SP Rheumatologie	317,52 337,12
14	Kinder- und Jugendpsychiatrie und – psychotherapie	22,68 24,08
15	Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	23,49 24,94
16	Neurologie, Neurochirurgie	149,04 158,24
17	Nuklearmedizin	405,81 430,86
18	Orthopädie	150,66 159,96
19	Pathologie	39,69 42,14
20	Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen	108,54 115,24
21	Psychiatrie	51,84 55,04
21	Nervenheilkunde, Neurologie und Psychiatrie	141,75 150,50
22	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	5,67 6,02
23	Psychotherapie	6,48 6,88
24	Radiologie	445,50 473,00
25	Strahlentherapie	133,65 141,90
26	Urologie	140,94 149,64
27	Physikalische und Rehabilitative Medizin	73,71 78,26

Wird ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt oder Zusatzweiterbildung in mindestens 50 Prozent seiner Arztfälle im Quartal im fachärztlichen Versorgungsbereich tätig, so bestimmt sich der arztgruppenspezifische Höchstwert für die Gebührenordnungspositionen 40110 und 40111 gemäß dem entsprechenden Schwerpunkt der Inneren Medizin.

Teil B

zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM)

mit Wirkung vom 1. Januar 2022 bis 30. Juni 2023

- 1. Aufnahme der Gebührenordnungsposition 01660 in die erste Anmerkung zur Gebührenordnungsposition 13294 im Abschnitt 13.3.1 EBM**
- 2. Aufnahme der Gebührenordnungsposition 01660 in die erste Anmerkung zur Gebührenordnungsposition 13344 im Abschnitt 13.3.2 EBM**
- 3. Aufnahme der Gebührenordnungsposition 01660 in die erste Anmerkung zur Gebührenordnungsposition 13394 im Abschnitt 13.3.3 EBM**
- 4. Aufnahme der Gebührenordnungsposition 01660 in die erste Anmerkung zur Gebührenordnungsposition 13494 im Abschnitt 13.3.4 EBM**
- 5. Aufnahme der Gebührenordnungsposition 01660 in die erste Anmerkung zur Gebührenordnungsposition 13543 im Abschnitt 13.3.5 EBM**
- 6. Aufnahme der Gebührenordnungsposition 01660 in die erste Anmerkung zur Gebührenordnungsposition 13594 im Abschnitt 13.3.6 EBM**
- 7. Aufnahme der Gebührenordnungsposition 01660 in die erste Anmerkung zur Gebührenordnungsposition 13644 im Abschnitt 13.3.7 EBM**
- 8. Aufnahme der Gebührenordnungsposition 01660 in die erste Anmerkung zur Gebührenordnungsposition 13694 im Abschnitt 13.3.8 EBM**

Teil C

zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM)

mit Wirkung zum 1. April 2022

1. Streichung der Gebührenordnungspositionen 01460 und 01461 im Abschnitt 1.4 EBM
2. Änderung des fakultativen Leistungsinhaltes der Gebührenordnungsposition 01640 im Abschnitt 1.6 EBM

Fakultativer Leistungsinhalt

- Aufklärung über die Hintergründe, Ziele, Inhalte und Vorgehensweise zur Erstellung von Notfalldatensätzen gemäß § ~~291a Absatz 3 Satz 1 Nummer 1334~~ **Absatz 1 Satz 2 Nummer 5** SGB V,
- Erläuterung des Notfalldatensatzes gegenüber dem Patienten und/oder einer Bezugsperson,

3. Änderung der ersten Anmerkung zur Gebührenordnungsposition 01640 im Abschnitt 1.6 EBM

*Sofern die Vertragsarztpraxis noch nicht an die Telematikinfrastruktur angeschlossen ist und nach Kenntnis der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung die technischen Voraussetzungen zur Nutzung der Anwendung gemäß § ~~291a Absatz 3 Satz 1 Nummer 1334~~ **Absatz 1 Satz 2 Nummer 5** SGB V i. V. m. Anlage 4a zum BMV-Ä noch nicht vorliegen, ist die Gebührenordnungsposition 01640 nicht berechnungsfähig.*

4. Änderung der ersten Anmerkung zur Gebührenordnungsposition 01641 im Abschnitt 1.6 EBM

*Sofern die Vertragsarztpraxis noch nicht an die Telematikinfrastruktur angeschlossen ist und nach Kenntnis der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung die technischen Voraussetzungen zur Nutzung der Anwendung gemäß § ~~291a Absatz 3 Satz 1 Nummer 1334~~ **Absatz 1 Satz 2 Nummer 5** SGB V i. V. m. Anlage 4a zum BMV-Ä noch nicht vorliegen, ist die Gebührenordnungsposition 01641 nicht berechnungsfähig.*

5. Änderung der ersten Anmerkung zur Gebührenordnungsposition 01642 im Abschnitt 1.6 EBM

Sofern die Vertragsarztpraxis noch nicht an die Telematikinfrastruktur angeschlossen ist und nach Kenntnis der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung die technischen Voraussetzungen zur Nutzung der Anwendung gemäß § ~~291a Absatz 3 Satz 1 Nummer 1334 Absatz 1 Satz 2 Nummer 5~~ SGB V i. V. m. Anlage 4a zum BMV-Ä noch nicht vorliegen, ist die Gebührenordnungsposition 01642 nicht berechnungsfähig.

6. Änderung der Legende der Gebührenordnungsposition 01759 im Abschnitt 1.7.3.1 EBM

01759 ~~Zuschlag zu Vakuumbiopsie der Mamma im Zusammenhang mit der Erbringung der Gebührenordnungsposition 01753 oder 01755 für Vakuumbiopsie(n) der Mamma~~ gemäß § 19 der Anlage 9.2 des Bundesmantelvertrags-Ärzte (BMV-Ä) und gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Vakuumbiopsie der Brust nach § 135 Abs. 2 SGB V

7. Änderung der Abrechnungsbestimmung der Gebührenordnungsposition 30440 im Abschnitt 30.4 EBM

je Fuß dreimal im Krankheitsfall

8. Änderung der dritten Anmerkung zur Gebührenordnungsposition 34800 im Abschnitt 34.8 EBM

Die Beauftragung des Konsiliararztes ist gemäß Anlage 2b zum BMV-Ä vorzunehmen und mit einer qualifizierten elektronischen Signatur mittels elektronischem Heilberufsausweis ~~gemäß § 291 a SGB V~~ zu versehen.

9. Änderungen im Anhang 3 zum EBM

GOP	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
01759*	Zuschlag zu Vakuumbiopsie der Mamma im Zusammenhang mit der Erbringung der Gebührenordnungsposition 01753 oder 01755 für Vakuumbiopsie(n) der Mamma	KA	3	Tages- und Quartalsprofil

Teil D

zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM)

mit Wirkung zum 1. Oktober 2022

Änderung der dritten Bestimmung des Abschnitts 40.4 EBM

3. Die Kostenpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 40110 und 40111 unterliegen einem gemeinsamen Höchstwert je Arzt. Für die Gebührenordnungspositionen 40110 und 40111 wird hierzu ein Volumen je Arzt gebildet, aus dem alle gemäß der Gebührenordnungspositionen 40110 und 40111 abgerechneten Kostenpauschalen im Quartal zu vergüten sind. Der Höchstwert für die Gebührenordnungspositionen 40110 und 40111 wird arztgruppenspezifisch festgelegt:

EBM-Kapitel bzw. Abschnitt	Arztgruppe	Höchstwert in Euro
1.3	Ärzte, Institute und Krankenhäuser, die zur Erbringung von Leistungen ermächtigt sind	23,49 24,94
3	Allgemeinmedizin, hausärztliche Internisten und praktische Ärzte	26,73 28,38
4	Kinder- und Jugendmedizin	26,73 28,38
5	Anästhesiologie	20,25 21,50
5 und 30.7	Anästhesiologie und Schmerztherapie	58,32 61,92
6	Augenheilkunde	29,16 30,96
7	Chirurgie	79,38 84,28
8	Gynäkologie	31,59 33,54
9	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	46,98 49,88
10	Dermatologie	36,45 38,70
11	Humangenetik	64,80 68,80
13.2	Innere Medizin, fachärztliche Internisten ohne SP	136,89 145,34
13.3.1	Innere Medizin, SP Angiologie	165,24 175,44
13.3.2	Innere Medizin, SP Endokrinologie	202,50 215,00
13.3.3	Innere Medizin, SP Gastroenterologie	181,44 192,64
13.3.4	Innere Medizin, SP Hämatologie/Onkologie	191,97 203,82
13.3.5	Innere Medizin, SP Kardiologie	213,03 226,18
13.3.6	Innere Medizin, SP Nephrologie	86,67 92,02
13.3.7	Innere Medizin, SP Pneumologie	253,53 269,18
13.3.8	Innere Medizin, SP Rheumatologie	218,70 232,20

14	Kinder- und Jugendpsychiatrie und – psychotherapie	15,39 16,34
15	Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	16,20 17,20
16	Neurologie, Neurochirurgie	102,87 109,22
17	Nuklearmedizin	279,45 296,70
18	Orthopädie	103,68 110,08
19	Pathologie	26,73 28,38
20	Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen	74,52 79,12
21	Psychiatrie	35,64 37,84
21	Nervenheilkunde, Neurologie und Psychiatrie	98,04 104,06
22	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	4,05 4,30
23	Psychotherapie	4,05 4,30
24	Radiologie	306,99 325,94
25	Strahlentherapie	92,34 98,04
26	Urologie	97,20 103,20
27	Physikalische und Rehabilitative Medizin	51,03 54,18

Wird ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt oder Zusatzweiterbildung in mindestens 50 Prozent seiner Arztfälle im Quartal im fachärztlichen Versorgungsbereich tätig, so bestimmt sich der arztgruppenspezifische Höchstwert für die Gebührenordnungspositionen 40110 und 40111 gemäß dem entsprechenden Schwerpunkt der Inneren Medizin.

Teil E

zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) mit Wirkung zum 1. Oktober 2023

Änderung der dritten Bestimmung des Abschnitts 40.4 EBM

3. Die Kostenpauschalen nach den Gebührenordnungspositionen 40110 und 40111 unterliegen einem gemeinsamen Höchstwert je Arzt. Für die Gebührenordnungspositionen 40110 und 40111 wird hierzu ein Volumen je Arzt gebildet, aus dem alle gemäß der Gebührenordnungspositionen 40110 und 40111 abgerechneten Kostenpauschalen im Quartal zu vergüten sind. Der Höchstwert für die Gebührenordnungspositionen 40110 und 40111 wird arztgruppenspezifisch festgelegt:

EBM-Kapitel bzw. Abschnitt	Arztgruppe	Höchstwert in Euro
1.3	Ärzte, Institute und Krankenhäuser, die zur Erbringung von Leistungen ermächtigt sind	5,67 6,02
3	Allgemeinmedizin, hausärztliche Internisten und praktische Ärzte	6,48 6,88
4	Kinder- und Jugendmedizin	6,48 6,88
5	Anästhesiologie	4,86 5,16
5 und 30.7	Anästhesiologie und Schmerztherapie	13,77 14,62
6	Augenheilkunde	7,29 7,74
7	Chirurgie	19,44 20,64
8	Gynäkologie	7,29 7,74
9	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	11,34 12,04
10	Dermatologie	8,91 9,46
11	Humangenetik	16,20 17,20
13.2	Innere Medizin, fachärztliche Internisten ohne SP	34,02 36,12
13.3.1	Innere Medizin, SP Angiologie	41,31 43,86
13.3.2	Innere Medizin, SP Endokrinologie	51,03 54,18
13.3.3	Innere Medizin, SP Gastroenterologie	45,36 48,16
13.3.4	Innere Medizin, SP Hämatologie/Onkologie	47,79 50,74
13.3.5	Innere Medizin, SP Kardiologie	53,46 56,76
13.3.6	Innere Medizin, SP Nephrologie	21,87 23,22
13.3.7	Innere Medizin, SP Pneumologie	63,18 67,08
13.3.8	Innere Medizin, SP Rheumatologie	55,08 58,48

14	Kinder- und Jugendpsychiatrie und – psychotherapie	3,24 3,44
15	Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	4,05 4,30
16	Neurologie, Neurochirurgie	25,92 27,52
17	Nuklearmedizin	69,66 73,96
18	Orthopädie	25,92 27,52
19	Pathologie	6,48 6,88
20	Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen	18,63 19,78
21	Psychiatrie	8,91 9,46
21	Nervenheilkunde, Neurologie und Psychiatrie	24,30 25,80
22	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	0,81 0,86
23	Psychotherapie	0,81 0,86
24	Radiologie	76,95 81,70
25	Strahlentherapie	22,68 24,08
26	Urologie	24,30 25,80
27	Physikalische und Rehabilitative Medizin	12,15 12,90

Wird ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt oder Zusatzweiterbildung in mindestens 50 Prozent seiner Arztfälle im Quartal im fachärztlichen Versorgungsbereich tätig, so bestimmt sich der arztgruppenspezifische Höchstwert für die Gebührenordnungspositionen 40110 und 40111 gemäß dem entsprechenden Schwerpunkt der Inneren Medizin.

Entscheidungserhebliche Gründe

zum Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 585. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)

Teil A

zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) mit Wirkung zum 1. Januar 2022

1. Rechtsgrundlage

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband vereinbaren gemäß § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V im Bewertungsausschuss den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM).

2. Regelungshintergrund und -inhalt

Mit dem vorliegenden Beschlussteil A werden die Bewertungen der Kostenpauschalen 40110 (Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport eines Briefes und/oder von schriftlichen Unterlagen), 40128 (Kostenpauschale für die postalische Versendung einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung an den Patienten bei Patientenkontakt im Rahmen einer Videosprechstunde), 40129 (Kostenpauschale für die postalische Versendung einer Bescheinigung gemäß Muster 21 an den Patienten bzw. die Bezugsperson bei Patientenkontakt im Rahmen einer Videosprechstunde), 40130 (Kostenpauschale für die postalische Versendung einer mittels Stylesheet erzeugten papiergebundenen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung an die Krankenkasse) und 40131 (Kostenpauschale für die postalische Versendung einer mittels Stylesheet erzeugten papiergebundenen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung an den Patienten) an die zum 1. Januar 2022 durch die Deutsche Post vorgenommene Preisänderung für Briefprodukte angepasst.

Zudem erfolgt eine entsprechende Erhöhung der arztgruppenspezifischen Höchstwerte der Kostenpauschalen 40110 und 40111 (Kostenpauschale für die Übermittlung eines Telefaxes) gemäß Abschnitt 40.4 Nummer 3 EBM.

3. Inkrafttreten

Der Beschlussteil A tritt mit Wirkung zum 1. Januar 2022 in Kraft.

Teil B

zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) mit Wirkung vom 1. Januar 2022 bis 30. Juni 2023

1. Rechtsgrundlage

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband vereinbaren gemäß § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V im Bewertungsausschuss den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM).

2. Regelungshintergrund und -inhalt

Mit Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 481. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), Teil A, erfolgte die Aufnahme der Gebührenordnungsposition 01660 (Zuschlag zur eArztbrief-Versandpauschale) befristet bis zum 30. Juni 2023 in den EBM.

Gemäß Anhang 3 des EBM ist die Gebührenordnungsposition 01660 Bestandteil der fachärztlichen Grundversorgung. Entsprechend erfolgt eine Klarstellung, nach der die Zuschläge zur fachärztlichen Grundversorgung gemäß den Gebührenordnungspositionen 13294, 13344, 13394, 13543, 13594, 13644 und 13694 auch in Behandlungsfällen berechnungsfähig sind, in denen ausschließlich u. a. die Gebührenordnungsposition 01660 berechnet wird.

3. Inkrafttreten

Der Beschlussteil B tritt mit Wirkung zum 1. Januar 2022 in Kraft.

Teil C

zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) mit Wirkung zum 1. April 2022

1. Rechtsgrundlage

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband vereinbaren gemäß § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V im Bewertungsausschuss den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM).

2. Regelungshintergrund und -inhalt

zu 1.:

Mit Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 405. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) erfolgte die Aufnahme der Gebührenordnungsposition (GOP) 01460 für die Aufklärung und Beratung zur Begleiterhebung gemäß Cannabis-Begleiterhebungs-Verordnung (CanBV) und die Aufnahme der GOP 01461 für die Datenerfassung und Datenübermittlung im Rahmen der Begleiterhebung mit Wirkung zum 1. Oktober 2017 in den EBM.

Die Aufnahme der GOP 01460 und 01461 wurde auf den Zeitraum der nichtinterventionellen Begleiterhebung befristet. Gemäß § 31 Absatz 6 SGB V endet die nichtinterventionelle Begleiterhebung am 31. März 2022.

Mit dem vorliegenden Beschluss werden die GOP 01460 und 01461 im Abschnitt 1.4 des EBM gestrichen.

zu 2. bis 5. und 8.:

Mit Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 386. Sitzung am 12. Dezember 2016 erfolgte die Aufnahme der GOP 34800 zur Einholung einer telekonsiliarischen Befundbeurteilung von Röntgen- und/oder CT-Aufnahmen zum 1. April 2017 im EBM.

Mit Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 53. Sitzung am 19. Dezember 2017, Teil A, erfolgte die Aufnahme der GOPen 01640, 01641 und 01642 zur Abbildung der ärztlichen Leistungen im Zusammenhang mit dem Notfalldatenmanagement zum 1. Januar 2018 in den EBM.

Mit dem Patientendaten-Schutzgesetz (PDSG) hat der Gesetzgeber die Regelungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) zur Telematikinfrastruktur und ihren Anwendungen in ihrer Struktur an die Anforderungen der inhaltlichen Weiterentwicklung der medizinischen Anwendungen und die Ausgestaltung der datenschutzrechtlichen

Vorgaben angepasst. Dabei wurden die Regelungen zum Notfalldatenmanagement und zur elektronischen Signatur im SGB V neu verortet.

In diesem Zusammenhang wird mit diesem Beschluss der Verweis auf die gesetzliche Grundlage zur Nutzung des elektronischen Heilberufsausweises in der dritten Anmerkung der GOP 34800 entfernt, da dies bereits in der Anlage 2b zum Bundesmantelvertrag-Ärzte erfolgt.

Zudem erfolgen aufgrund der Änderungen im SGB V zum Notfalldatenmanagement Anpassungen im fakultativen Leistungsinhalt der GOP 01640 sowie in den jeweiligen ersten Anmerkungen zur GOP 01640, 01641 und 01642.

zu 6. und 9.:

Gemäß der im Rahmen der EBM-Weiterentwicklung aufgenommenen Nr. 4.4.2 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM sind Zuschläge nur in einem zeitlichen Zusammenhang mit der in der Grundleistung ggf. genannten Abrechnungsbestimmung berechnungsfähig. Ist keine Abrechnungsbestimmung genannt, ist der Zuschlag nur in demselben Quartal berechnungsfähig.

Im Rahmen der Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie-Screening gemäß Abschnitt 1.7.3.1 EBM ist im Fall der Durchführung der Grundleistung nach der GOP 01753 (Abklärungsdiagnostik I) am Quartalsende die Vakuumbiopsie unter Röntgenkontrolle nach der GOP 01759 (Zuschlag zu den GOP 01753 oder 01755) nicht berechnungsfähig, wenn sie nicht an demselben Tag durchgeführt wird.

Um die Berechnung der GOP 01759 auch in dem Folgequartal nach Durchführung der Grundleistung gemäß der GOP 01753 zu ermöglichen, wird mit dem vorliegenden Beschluss die Leistungslegende der GOP 01759 in Anlehnung an die GOP 34274 (Vakuumbiopsie der Mamma) angepasst. Im Anhang 3 erfolgt eine entsprechende Anpassung der Kurzlegende.

zu 7.:

Die Ergänzung dient der Klarstellung, dass die GOP 30440 je Fuß dreimal im Krankheitsfall berechnet werden kann.

3. Inkrafttreten

Der Beschlussteil C tritt mit Wirkung zum 1. April 2022 in Kraft.

Teil D

zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) mit Wirkung zum 1. Oktober 2022

1. Rechtsgrundlage

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband vereinbaren gemäß § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V im Bewertungsausschuss den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM).

2. Regelungshintergrund und -inhalt

Der Bewertungsausschuss hat mit Beschluss in seiner 513. Sitzung am 15. September 2020 eine stufenweise Absenkung der arztgruppenspezifischen Höchstwerte der Kostenpauschalen 40110 (Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport eines Briefes und/oder von schriftlichen Unterlagen) und 40111 (Kostenpauschale für die Übermittlung eines Telefaxes) zum 1. Oktober 2022 und 1. Oktober 2023 beschlossen. Entsprechend der Bewertungsanpassung gemäß Beschlussteil A erfolgt eine Anpassung der Höchstwerte in Abschnitt 40.4 Nummer 3 EBM.

3. Inkrafttreten

Der Beschlussteil D tritt mit Wirkung zum 1. Oktober 2022 in Kraft.

Teil E

zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) mit Wirkung zum 1. Oktober 2023

1. Rechtsgrundlage

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband vereinbaren gemäß § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V im Bewertungsausschuss den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM).

2. Regelungshintergrund und -inhalt

Der Bewertungsausschuss hat mit Beschluss in seiner 513. Sitzung am 15. September 2020 eine stufenweise Absenkung der arztgruppenspezifischen Höchstwerte der Kostenpauschalen 40110 (Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport eines Briefes und/oder von schriftlichen Unterlagen) und 40111 (Kostenpauschale für die Übermittlung eines Telefaxes) zum 1. Oktober 2022 und 1. Oktober 2023 beschlossen. Entsprechend der Bewertungsanpassung gemäß Beschlussteil A erfolgt eine Anpassung der Höchstwerte in Abschnitt 40.4 Nummer 3 EBM.

3. Inkrafttreten

Der Beschlussteil E tritt mit Wirkung zum 1. Oktober 2023 in Kraft.