

Erratum

zum Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 435. Sitzung am 29. März 2019 mit Wirkung zum 1. April 2019

Der Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 435. Sitzung am 29. März 2019 [Amtliche Bekanntmachung auf der Internetseite des Instituts am 29. März 2019 unter <https://institut-ba.de>] bedurfte in Teil A in den lfd. Nrn. 4 und 9 einer redaktionellen Korrektur. Gemäß Teil B des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 432. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zu humangenetischen Beurteilungsleistungen wurden die Gebührenordnungspositionen 01790 bis 01792 und 01835 bis 01839 in den Präambeln 31.2.1 Nr. 8 und 36.2.1 Nr. 4 gestrichen sowie die Gebührenordnungspositionen 01794 bis 01796, 01841 und 01842 in die Präambeln 31.2.1 Nr. 8 und 36.2.1 Nr. 4 mit Wirkung zum 1. April 2019 aufgenommen. Dies wurde in dem vorliegenden Beschluss nicht berücksichtigt und wurde mit Erratum vom 11. April 2019 berichtigt. Darüber hinaus wurde der Beschluss lektoriert.

B E S C H L U S S

des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 435. Sitzung am 29. März 2019

Teil A

zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM)

mit Wirkung zum 1. April 2019

-
- 1. Änderung der Nr. 6 sowie Aufnahme einer Nr. 7 der Präambel in den Abschnitt 6.1 EBM**
 6. Die Gebührenordnungsposition 06225 kann nur in Behandlungsfällen berechnet werden, in denen die augenärztliche Behandlung ausschließlich durch (einen) konservativ(e) tätige(n) Augenarzt/-ärzte erfolgt ist. Ein Augenarzt ist konservativ tätig:
 - sofern der Augenarzt in dem Quartal keine der folgenden Leistungen erbracht und berechnet hat: 31101 bis 31108, 31321 bis 31328, 31331 bis 31338, 31350, 31351, 31362, **31364**, 36101 bis 36108, 36321 bis 36328, 36331 bis 36338, 36350, 36351, 36358 **und 36364**,

- sofern der Augenarzt in dem Quartal keine Leistung(en) erbracht und berechnet hat, die auf regionaler Ebene den o.g. Leistungen entsprechen oder in regional vereinbarten Pauschalen enthalten sind.

Erfolgt in einem Behandlungsfall die Inanspruchnahme sowohl eines/von konservativ tätigen Augenarztes/-ärzten als auch eines/von nicht konservativ tätigen Augenarztes/-ärzten gemäß obiger Definition, so kann die Gebührenordnungsposition 06225 nicht berechnet werden.

Mit der Abgabe der Abrechnung erfolgt die Erklärung des Arztes, dass die genannten Voraussetzungen zur Abrechnung der Gebührenordnungsposition 06225 für alle Behandlungsfälle, auch außerhalb der kollektiv-vertraglichen Versorgung, erfüllt worden sind.

7. **Die Gebührenordnungsposition 06362 ist nur bei Patienten berechnungsfähig, bei denen gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (§ 2 der Nr. 27 der Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung) ein Keratokonus und eine subjektive Sehverschlechterung vorliegen sowie anhand mindestens eines der folgenden Kriterien eine Progredienz des Keratokonus innerhalb der letzten 12 Monate festgestellt wurde:**

- Zunahme der maximalen Hornhautbrechkraft um ≥ 1 dpt,
- Zunahme des durch die subjektive Refraktion bestimmten Astigmatismus um ≥ 1 dpt,
- Abnahme der Basiskurve der bestsitzenden Kontaktlinse um $\geq 0,1$ mm

und ein operativer Eingriff gemäß den Gebührenordnungspositionen 31364 oder 36364 geplant ist.

2. Änderung der Bewertung der Gebührenordnungsposition 06211

Gebührenordnungsposition des EBM	Bewertung bis 31.03.2019 in Punkten	Bewertung ab 01.04.2019 in Punkten
06211	127	129

3. Aufnahme einer Leistung nach der Gebührenordnungsposition 06362 in den Abschnitt 6.3 EBM

06362 Hornhauttomographie gemäß Nr. 27 Anlage I der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses

Obigater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Messung der Hornhautdicke des Auges mittels Hornhauttomographie bei progredientem Keratokonus,

je Auge einmal am Behandlungstag

231 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 06362 ist je Auge höchstens zweimal im Krankheitsfall berechnungsfähig. Die dreimalige Berechnung der Gebührenordnungsposition 06362 im Krankheitsfall setzt eine ausführliche Begründung der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall voraus.

4. Änderung der achten Bestimmung zum Abschnitt 31.2.1 EBM

8. In einem Zeitraum von drei Tagen, beginnend mit dem Operationstag, können vom Operateur neben der ambulanten Operation nur die Gebührenordnungspositionen 01220 bis 01222, 01320 und 01321, 01410 bis 01415, 01436, 01439, 01450, 01460, 01461, 01602, 01610 bis 01612, 01620 bis 01624, 01626, 01640 bis 01642, 01650, 01700, 01701, 01702, 01703, 01705 bis 01707, 01709, 01711 bis 01723, 01730 bis 01733, 01735, 01737, 01740 bis 01743, 01747, 01748, 01750, 01752 bis 01758, 01770 bis 01775, 01780 bis 01787, 01793 bis 01796, 01800, 01802 bis 01811, 01815, 01816, 01820 bis 01822, 01825 bis 01828, 01830 bis 01833, 01840 bis 01842, 01850, 01915, 01949, 01950 bis 01952, 01955, 01956, 01960, 02325 bis 02328, 05227, 06227, **06362**, 07227, 08227, 09227, 10227, 13227, 13297, 13347, 13397, 13421, 13423, 13497, 13547, 13597, 13647, 13697, 14217, 16218, 18227, 19310, 19312, 19315, 19320, 20227, 21227, 21228, 22219, 26227, 27227, 30701 und 37400, die Versicherten- und Grundpauschalen, die Gebührenordnungsposition 06225 unter Berücksichtigung der Regelungen der Präambel 6.1 Nr. 6, Gebührenordnungspositionen der Kapitel bzw. Abschnitte 30.1.3, 30.12, 31.3, 31.4.3, 31.5.2, 32, 34 und 35 sowie die Gebührenordnungspositionen 01100 oder 01101 jeweils in Verbindung mit der Gebührenordnungsposition 01414 berechnet werden.

5. Aufnahme von Bestimmungen in den Abschnitt 31.2.13 EBM

1. Ophthalmochirurgische Eingriffe gemäß dem OPS-Kode 5-126.8 sind nur bei Patienten berechnungsfähig, bei denen gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (§ 2 der Nr. 27 der Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung) ein Keratokonus und eine subjektive Sehverschlechterung vorliegen sowie anhand mindestens eines der folgenden Kriterien eine Progredienz innerhalb der letzten 12 Monate festgestellt wurde:
 - Zunahme der maximalen Hornhautbrechkraft um ≥ 1 dpt,
 - Zunahme des durch die subjektive Refraktion bestimmten Astigmatismus um ≥ 1 dpt,
 - Abnahme der Basiskurve der bestsitzenden Kontaktlinse um $\geq 0,1$ mm.
2. Die Gebührenordnungsposition 31364 gemäß dem OPS-Kode 5-126.8 ist nur nach Durchführung einer topographischen Untersuchung gemäß

Anhang 1 zur Indikationsstellung gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (§ 3 Abs. 2 der Nr. 27 der Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung) berechnungsfähig, bei der die Ermittlung der Zunahme der maximalen Hornhautbrechkraft anhand des Vergleichs von zwei Messwerten erfolgt, die mit demselben Messgerät oder mit Messgeräten erhoben werden, deren Messungen vergleichbar sind.

3. Die Gebührenordnungsposition 31364 gemäß dem OPS-Kode 5-126.8 ist nur nach Durchführung einer tomographischen Untersuchung nach der Gebührenordnungsposition 06362 gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (§ 2 der Nr. 27 der Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung) berechnungsfähig, bei der die zu bestimmende Hornhautdicke an der dünnsten Stelle bei Beginn der Bestrahlung mindestens 400 µm beträgt. Die Durchführung der tomographischen Untersuchung darf nicht länger als zwei Quartale zurückliegen.

6. Aufnahme einer Leistung nach der Gebührenordnungsposition 31364 in den Abschnitt 31.2.13 EBM

31364 **Eingriff der Kategorie YY4:**
Hornhautvernetzung mit Riboflavin gemäß Nr. 27 Anlage I der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses

Obligater Leistungsinhalt

- Eingriff der Kategorie YY4 entsprechend Anhang 2,
- Anpassung einer Verbandlinse,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt,
- Kontrolle(n) der Verbandlinse,

je Auge

2704 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 31364 ist je Auge höchstens einmal im Krankheitsfall berechnungsfähig. Die zweimalige Berechnung der Gebührenordnungsposition 31364 im Krankheitsfall setzt eine ausführliche Begründung der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall voraus.

7. Aufnahme einer Leistung nach der Gebührenordnungsposition 31737 in den Abschnitt 31.4.3 EBM

31737 Postoperative Behandlung nach der Erbringung einer Leistung nach der

Gebührenordnungsposition 31364 bei
Überweisung durch den Operateur

Obligater Leistungsinhalt

- Befundbesprechung,
- Befundkontrolle(n),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Verbandswechsel,
- Tonometrie(n),

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

347 Punkte

*Die Gebührenordnungsposition 31737 ist am
Behandlungstag nicht neben den
Gebührenordnungspositionen 06310 und 06340
berechnungsfähig.*

*Die Gebührenordnungsposition 31737 ist im
Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer
Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den
Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302,
02310, 02340, 02341, 02360, 06310, 06350 bis
06352, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365,
10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324,
18340, 20364, 20365 und 26350 bis 26352
berechnungsfähig.*

**8. Aufnahme einer Leistung nach der Gebührenordnungsposition 31738 in
den Abschnitt 31.4.3 EBM**

31738 Postoperative Behandlung nach der Erbringung
einer Leistung nach der
Gebührenordnungsposition 31364 bei
Erbringung durch den Operateur

Obligater Leistungsinhalt

- Befundbesprechung,
- Befundkontrolle(n),

Fakultativer Leistungsinhalt

- Verbandswechsel,
- Tonometrie(n),

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

159 Punkte

*Die Gebührenordnungsposition 31737 ist am
Behandlungstag nicht neben den
Gebührenordnungspositionen 06310 und 06340
berechnungsfähig.*

Die Gebührenordnungsposition 31738 ist im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 nicht neben den Gebührenordnungspositionen 02300 bis 02302, 02310, 02340, 02341, 02360, 06310, 06350 bis 06352, 07340, 09360 bis 09362, 09364, 09365, 10330, 10340 bis 10342, 15321 bis 15324, 18340, 20364, 20365 und 26350 bis 26352 berechnungsfähig.

9. Änderung der vierten Bestimmung zum Abschnitt 36.2.1 EBM

4. In einem Zeitraum von drei Tagen, beginnend mit dem Operationstag, können vom Operateur neben der belegärztlichen Operation nur die Gebührenordnungspositionen 01220 bis 01222, 01320 und 01321, 01412, 01414, 01439, 01450, 01460, 01461, 01602, 01610 bis 01612, 01620 bis 01624, 01626, 01640 bis 01642, 01650, 01700, 01701, 01702, 01703, 01705 bis 01707, 01709, 01711 bis 01723, 01730 bis 01733, 01735, 01737, 01740 bis 01743, 01747, 01748, 01750, 01752 bis 01758 und 01770 bis 01775, 01780 bis 01787, 01793 bis 01796, 01800, 01802 bis 01811, 01815, 01816, 01820 bis 01822, 01825 bis 01828, 01830 bis 01833, 01840 bis 01842, 01850, 01915, 01949, 01950 bis 01952, 01955, 01956, 01960, 02100, 02101, 02110 bis 02112 und 02120, 02325 bis 02328, 04434, 05227, 06227, **06362**, 07227, 08227, 09227, 10227, 13227, 13297, 13347, 13397, 13497, 13547, 13597, 13647, 13697, 14217, 16218, 16310, 18227, 19310, 19312, 19315, 19320, 20227, 21227, 21228, 22219, 26227, 26310, 26311 und 26320 bis 26325, 27227, 30701 und 37400, die arztgruppenspezifischen Versicherten- und Grundpauschalen, Gebührenordnungspositionen der Kapitel 32, 33, 34 und 35 bzw. Abschnitte 30.3 und 30.7 (mit Ausnahme der Gebührenordnungspositionen 30702 und 30704), 36.3, 36.5.2 sowie die Gebührenordnungspositionen 01100 oder 01101 jeweils in Verbindung mit der Gebührenordnungsposition 01414 berechnet werden.

10. Aufnahme von Bestimmungen in den Abschnitt 36.2.13 EBM

1. Ophthalmochirurgische Eingriffe gemäß dem OPS-Kode 5-126.8 sind nur bei Patienten berechnungsfähig, bei denen gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (§ 2 der Nr. 27 der Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung) ein Keratokonus und eine subjektive Sehverschlechterung vorliegen sowie anhand mindestens eines der folgenden Kriterien eine Progredienz innerhalb der letzten 12 Monate festgestellt wurde:
 - Zunahme der maximalen Hornhautbrechkraft um ≥ 1 dpt,
 - Zunahme des durch die subjektive Refraktion bestimmten Astigmatismus um ≥ 1 dpt,
 - Abnahme der Basiskurve der bestsitzenden Kontaktlinse um $\geq 0,1$ mm.
2. Die Gebührenordnungsposition 36364 gemäß dem OPS-Kode 5-126.8 ist nur nach Durchführung einer topographischen Untersuchung gemäß Anhang 1 zur Indikationsstellung gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen

Bundesausschusses (§ 3 Abs. 2 der Nr. 27 der Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung) berechnungsfähig, bei der die Ermittlung der Zunahme der maximalen Hornhautbrechkraft anhand des Vergleichs von zwei Messwerten erfolgt, die mit demselben Messgerät oder mit Messgeräten erhoben werden, deren Messungen vergleichbar sind.

3. Die Gebührenordnungsposition 36364 gemäß dem OPS-Kode 5-126.8 ist nur nach Durchführung einer tomographischen Untersuchung nach der Gebührenordnungsposition 06362 gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (§ 2 der Nr. 27 der Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung) berechnungsfähig, bei der die zu bestimmende Hornhautdicke an der dünnsten Stelle bei Beginn der Bestrahlung mindestens 400 µm beträgt. Die Durchführung der tomographischen Untersuchung darf nicht länger als zwei Quartale zurückliegen.

11. Aufnahme einer Leistung nach der Gebührenordnungsposition 36364 in den Abschnitt 36.2.13 EBM

36364 **Eingriff der Kategorie YY4:**
Hornhautvernetzung mit Riboflavin gemäß Nr. 27 Anlage I der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses

Obligater Leistungsinhalt

- Eingriff der Kategorie YY4 entsprechend Anhang 2,
- Anpassung einer Verbandlinse,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt,
- Kontrolle(n) der Verbandlinse,

je Auge

1784 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 36364 ist je Auge höchstens einmal im Krankheitsfall berechnungsfähig. Die zweimalige Berechnung der Gebührenordnungsposition 36364 im Krankheitsfall setzt eine ausführliche Begründung der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall voraus.

12. Aufnahme einer Kostenpauschale 40681 in den Abschnitt 40.11 EBM

40681 Kostenpauschale für Riboflavin im Zusammenhang mit der Erbringung einer Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 31364

86,00 €

13. Aufnahme der analogen Berechnungsausschlüsse für die genannten Gebührenordnungspositionen

14. Aufnahme einer Zeile in den Anhang 1 zum EBM

	VP	GP	SG
Legende	Leistung ist in der Versichertenpauschale Kapitel 3 bzw. 4 enthalten	Leistung ist möglicher Bestandteil der Grundpauschale(n)	Leistung ist in sonstigen GOP enthalten
Topographische Untersuchung der Hornhaut		x	

15. Aufnahme von Zeilen in den Anhang 2 zum EBM

OPS 2019	Seite	Bezeichnung OPS 2019	Kategorie	OP-Leistungen	Überwachung	Nachbeh. Überw.	Nachbeh. Operat.	Narkose
5-126.8	L	Refraktive Keratoplastik und andere Rekonstruktion der Kornea: Vernetzung der Hornhaut mit Riboflavin und UV-A Bestrahlung (Korneales Crosslinking)	YY4	31364/36364		31737	31738	
5-126.8	R	Refraktive Keratoplastik und andere Rekonstruktion der Kornea: Vernetzung der Hornhaut mit Riboflavin und UV-A Bestrahlung (Korneales Crosslinking)	YY4	31364/36364		31737	31738	

16. Aufnahme von Gebührenordnungspositionen in den Anhang 3 zum EBM

GOP	Kurzlegende	Kalkulationszeit in Minuten	Prüfzeit in Minuten	Eignung der Prüfzeit
06362*	Hornhauttomographie	3	2	Tages- und Quartalsprofil
31364*	Eingriff der Kategorie YY4: Hornhautvernetzung mit Riboflavin	78	55	Tages- und Quartalsprofil
31737*	Postoperative Behandlung nach der Erbringung einer Leistung nach der Gebührenordnungsposition 31364 bei Überweisung durch den Operateur	29	29	Nur Quartalsprofil
31738*	Postoperative Behandlung nach der	15	15	Nur

	Erbringung einer Leistung nach der Gebührenordnungsposition 31364 bei Erbringung durch den Operateur			Quartalsprofil
36364*	Eingriff der Kategorie YY4: Hornhautvernetzung mit Riboflavin	74	51	Tages- und Quartalsprofil

Teil B

zu Empfehlungen gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 3 SGB V bzw. § 87a Abs. 5 Satz 7 i. V. m. § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 SGB V im Zusammenhang mit der Aufnahme der Hornhautvernetzung mit Riboflavin in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM)

mit Wirkung zum 1. April 2019

Der Bewertungsausschuss gibt im Zusammenhang mit der Aufnahme der Hornhautvernetzung mit Riboflavin in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) zum 1. April 2019 folgende Empfehlung gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 3 SGB V bzw. § 87a Abs. 5 Satz 7 i. V. m. § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 SGB V ab:

1. Die Finanzierung des Mehrbedarfs durch die Bewertungserhöhung der Leistungen nach der Gebührenordnungsposition 06211 erfolgt innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen.
2. Die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung wird um den erwarteten Mehrbedarf für die Höherbewertung der Gebührenordnungsposition 06211 ggf. einschließlich Suffices und Pseudoziffern wie folgt erhöht: Der zusätzliche Behandlungsbedarf in Punkten ergibt sich für die Quartale zwei bis vier des Jahres 2019 sowie das erste Quartal des Jahres 2020 durch Multiplikation der Häufigkeit der entsprechenden Gebührenordnungspositionen im jeweiligen Vorjahresquartal mit zwei Punkten. Dieser wird jeweils für die Quartale zwei bis vier des Jahres 2019 sowie das erste Quartal des Jahres 2020 am Ende der Feststellung des basiswirksam vereinbarten, bereinigten Behandlungsbedarfs im Vorjahresquartal gemäß Nr. 2.2.1.1 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 383. Sitzung am 21. September 2016, geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 401. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), bzw. entsprechender Folgebeschlüsse, hinzugefügt.
3. Die Vergütung der Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 06362 und 40681 erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen.
4. Die Überführung der Gebührenordnungspositionen 06362 und 40681 in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung erfolgt gemäß Nr. 5 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 323. Sitzung am 25. März 2014, oder entsprechender Folgebeschlüsse, zu einem Verfahren zur Aufnahme von neuen Leistungen in den EBM.