

B E S C H L U S S

des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 576. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)

Teil A

zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM)

mit Wirkung zum 1. Januar 2022

Anpassung des Anhangs 2 zum Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) gemäß § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V an den Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) Version 2022

1. **Streichung der Nummer 21 der Präambel 2.1 zum Anhang 2 zum EBM**
2. **Anpassung des Anhangs 2 zum EBM an den OPS 2022**

Der Anhang 2 zum Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) gemäß § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner derzeit gültigen Fassung wird mit Wirkung zum 1. Januar 2022 an die Version 2022 des OPS angepasst. Der Bewertungsausschuss beschließt im Rahmen dieser Aktualisierung die Neuaufnahme von OPS-Kodes in den Anhang 2 zum EBM gemäß Tabelle 1 sowie die Streichung von OPS-Kodes aus dem Anhang 2 zum EBM entsprechend Tabelle 2.

Tabelle 1: neu in den Anhang 2 zum EBM aufgenommene OPS-Kodes

Tabelle 2: aus dem Anhang 2 zum EBM gestrichene OPS-Kodes

3. **Änderung des Erfordernisses der Seitenangabe für einen OPS-Kode im Anhang 2 zum EBM**

OPS 2022	Seite	Bezeichnung OPS 2022	Kategorie	OP-Leistung	Überwachung	Nachbehandlung Überweis.	Nachbehandlung Operation	Narkose
1-665	NJ	Diagnostische Ureterorenoskopie	RR2	31292/ 36292	31503/ 36503	31684	31685	31822/ 36822

Teil B

zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM)

mit Wirkung zum 1. Januar 2022

1. Aufnahme weiterer neuer Zeilen in den Anhang 2 zum EBM

OPS 2022	Seite	Bezeichnung OPS 2022	Kate- gorie	OP- Leistung	Über- wachung	Nach- be- hand- lung Über- weis.	Nach- be- hand- lung Oper- ation	Narkose
5-493.01	N	Operative Behandlung von Hämorrhoiden: Ligatur: 2 Hämorrhoiden	H1	31/36171	31/36503	31622	31623	31/36821
5-493.02	N	Operative Behandlung von Hämorrhoiden: Ligatur: 3 oder mehr Hämorrhoiden	H1	31/36171	31/36503	31622	31623	31/36821
5-568.d0	J	Rekonstruktion des Ureters: Uretero- zystoneostomie: Offen chirurgisch	Q7	36277	36507			36827
5-575.00	N	Partielle Harnblasen- resektion: Teilresektion ohne Ureterneoimplantation: Offen chirurgisch	Q4	36274	36505			36824
5-575.01	N	Partielle Harnblasen- resektion: Teilresektion ohne Ureterneoimplantation: Laparoskopisch	R4	36284	36505			36824
5-577.01	N	Ersatz der Harnblase: Rekonstruktion mit Ileum: Laparoskopisch	R7	31/36287	31/36507	31688	31689	31/36827
5-579.41	N	Andere Operationen an der Harnblase: Operative Blutstillung: Laparoskopisch	R5	31/36285	31/36506	31686	31687	31/36825

2. Aufnahme einer neuen dritten Bestimmung in den Abschnitt 31.2.6 EBM. Die bisherige Bestimmung 3 wird Bestimmung 4

Proktologische Eingriffe entsprechend den OPS-Kodes 5-493.01 und 5-493.02 sind nur bei Hämorrhoiden 3. Grades berechnungsfähig.

3. Aufnahme einer neuen dritten Bestimmung in den Abschnitt 36.2.6 EBM. Die bisherige Bestimmung 3 wird Bestimmung 4

Proktologische Eingriffe entsprechend den OPS-Kodes 5-493.01 und 5-493.02 sind nur bei Hämorrhoiden 3. Grades berechnungsfähig.

Protokollnotizen:

1. Der Bewertungsausschuss verständigt sich darauf, die mit dem Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) Version 2022 eingeführten OPS-Kodes im Zusammenhang mit dem permanenten Hautersatz durch autogene Fibroblasten (5-902.k[0-g], 5-902.m[0-g], 5-925.k[0-m] und 5-925.m[0-m]) drei Jahre nach Inkrafttreten des OPS hinsichtlich einer Aufnahme in den Anhang 2 zum EBM erneut zu bewerten.
2. Der Bewertungsausschuss prüft nach Vorliegen der Abrechnungsdaten für die ersten zwei Jahre nach Inkrafttreten dieses Beschlusses die Entwicklung der Gebührenordnungspositionen 30611 sowie 31171 und 36171 im Zusammenhang mit der Kodierung der OPS-Kodes 5-493.01 und 5-493.02 und einen sich ggf. daraus ergebenden Anpassungsbedarf der Bewertung der Gebührenordnungsposition 30611. Insbesondere wird geprüft:
 - Entwicklung der Leistungsmenge und des Leistungsbedarfs der Gebührenordnungsposition 30611,
 - Entwicklung der Leistungsmenge und des Leistungsbedarfs der Gebührenordnungspositionen 31171 und 36171 im Zusammenhang mit der Kodierung der OPS-Kodes 5-493.01 und 5-493.02,
 - Anzahl der Behandlungsfälle und der behandelten Patienten,
 - Anzahl und Arztgruppen der jeweils abrechnenden Leistungserbringer,
 - Anzahl der Leistungen je Patient.

Die Evaluation erfolgt durch das Institut des Bewertungsausschusses.