

Entscheidungserhebliche Gründe

zum Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 720. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)

Teil A

zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) mit Wirkung zum 1. Juli 2024

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

Im Rahmen der Erweiterung des Abschnitts 2 der Anlage 1 zum Vertrag nach § 115b Abs. 1 SGB V wurde als Übergangslösung in den Vereinbarungen für die Jahre 2023 und 2024 einem Teil der OPS-Kodes Gebührenordnungspositionen (GOP) des EBM zugewiesen und mit einem * gekennzeichnet, wenn deren obligater Leistungsinhalt die für die Prozedur notwendigen Inhalte nicht, beziehungsweise nicht vollständig enthält. Aufgrund der Erläuterung in Anlage 1 Abschnitt 2 zum Vertrag nach § 115b Abs. 1 SGB V gilt, dass die gekennzeichneten EBM-Ziffern bei Durchführung der jeweiligen Prozedur dennoch entsprechend abgerechnet werden können. Diese Abrechnung der mit einem * gekennzeichneten Ziffern ist bis zum 30. Juni 2024 befristet. Die Vertragspartner nach § 115b Abs. 1 SGB V verständigen sich vor Ablauf der Befristung über ggf. erforderliche Anpassungen zur sachgerechten Abbildung und Vergütung der Leistungen bzw. der Zuordnung der betreffenden OPS-Kodes und EBM-GOP.

Hierfür bedarf es der Aufnahme neuer GOP in den EBM.

3. Regelungsinhalt

Mit dem vorliegenden Beschluss Teil A nimmt der Bewertungsausschuss eine neue GOP 02344 in den Abschnitt 2.3 EBM für die perkutane (Nadel-)Biopsie an Lymphknoten, Knochen, Muskeln und Weichteilen verschiedener Lokalisationen sowie an Samenbläschen, Samenleitern, Samensträngen und Nebenhoden auf.

Im Abschnitt 1.5 EBM wird eine fünfte Bestimmung aufgenommen, dass für Leistungen, die in Spalte 1 des Anhangs 8 EBM mit einer # gekennzeichnet werden, eine Nachbeobachtung nach den GOP 01500, 01501, 01502 und/oder 01503 berechnungsfähig ist, sofern die entsprechende Prozedur im Abschnitt 2 der Anlage 1 zum Vertrag nach § 115b SGB V genannt und in Spalte 6 des Abschnitts 2 der Anlage 1 zum Vertrag nach § 115b SGB V ein Hinweis auf eine Nachbeobachtung und/oder Überwachung aufgeführt wird. Diese identische Bestimmung wird zudem als neue zweite Anmerkung zum Anhang 8 EBM aufgenommen.

Die Leistungslegende der GOP 01502 (Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 01500 bei Fortsetzung der Beobachtung und/oder Zusatzpauschale für die weitere Beobachtung gemäß Anhang 8) wird angepasst, so dass die GOP 01502 auch im Anschluss an die Beobachtung und Betreuung eines Patienten in unmittelbarem Anschluss an eine Leistung gemäß Anhang 8 nach der GOP 01501 berechnungsfähig ist.

Der obligate Leistungsinhalt der GOP 02302 (Kleinchirurgischer Eingriff III und/oder primäre Wundversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern) wird mittels und/oder-Verknüpfung um die Biopsie ohne Inzision am Endometrium: Diagnostische Mikrokürettage (Strichkürettage) oder Aspirationskürettage erweitert.

Der Altersbezug in der GOP 34290 (Angiokardiographie bei Patienten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr) wird gestrichen und die Druckmessung als fakultativer Leistungsinhalt aufgenommen. Hierdurch kann die GOP 34290 auch bei Patienten nach Vollendung des 18. Lebensjahrs abgerechnet und neben der Angiokardiographie auch eine Druckmessung durchgeführt werden.

Der Anhang 8 zum EBM wird um die diagnostische Mikrokürettage (Strichkürettage) oder Aspirationskürettage (GOP 02302), die Lumbalpunktion (GOP 02342), die perkutane Biopsie an mediastinalen oder paraaortalen Lymphknoten (GOP 02344) sowie die Angiokardiographie (34290) erweitert.

Für die im unmittelbaren Zusammenhang mit diesen Prozeduren durchgeführten Leistungen für die Beobachtung und Betreuung sind im Anhang 8 in Abhängigkeit von der jeweiligen Prozedur aus Spalte 1 die GOP 01501, 01502 und/oder die 01503 entsprechend der Angabe in Spalte 3 bis zu einem prozedurabhängigen Gesamthöchstwert gemäß Spalte 4 berechnungsfähig. Zu beachten ist hierbei, dass

eine Nachbeobachtung und Betreuung im Zusammenhang mit den Leistungen nach der GOP 02302 und der GOP 02344 nur für die diagnostische Mikrokürettage (Strickkürettage) oder Aspirationskürettage bzw. die perkutane Biopsie an mediastinalen oder paraaortalen Lymphknoten durchgeführt und berechnet werden kann. Daher sind diese beiden GOP in Spalte 1 des Anhangs 8 zum EBM mit einer # gekennzeichnet.

4. Inkrafttreten

Der Beschluss Teil A tritt mit Wirkung zum 1. Juli 2024 in Kraft.

Teil B

zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) mit Wirkung vom 1. Januar 2024 bis zum 31. Dezember 2024

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

Für die in der Anlage 1 der Verordnung über eine spezielle sektorengleiche Vergütung (Hybrid-DRG-Verordnung) genannten Leistungen ist in der Anlage 2 der Hybrid-DRG-Verordnung eine abrechenbare Fallpauschale (Hybrid-DRG) aufgeführt, sofern sich aus dem Definitionshandbuch „aG-DRG German Diagnosis Related Groups Version 2024“ des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus vom 28. November 2023 eine Zuordnung der jeweiligen Leistung zu der jeweiligen Hybrid-DRG ergibt. Gemäß Hybrid-DRG-Verordnung beginnt die Leistung mit den Maßnahmen zur Operationsvorbereitung und -planung und endet mit dem Abschluss der postoperativen Nachbeobachtung, jeweils in der Einrichtung, in der die Operation durchgeführt wird.

Mit dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 708. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) erfolgte die Aufnahme einer dritten Bestimmung zum Abschnitt 31.1.1 EBM. Diese sieht als Übergangsregelung vor, dass präoperative Leistungen, die im Zusammenhang mit der Durchführung von Leistungen entsprechend der Anlage 1 der Hybrid-DRG-Verordnung nach § 115f SGB V außerhalb der Einrichtung erfolgen, von Vertragsärzten gemäß Nr. 1 zeitlich befristet vom 1. Januar 2024 bis 31. Dezember 2024 nach den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 31.1.2 berechnungsfähig sind.

3. Regelungsinhalt

Für die Durchführung der Untersuchungen im Vorfeld der Hybrid-DRG zur Abklärung der OP-Fähigkeit ist die Forderung, dass diese außerhalb der Einrichtung, in der die Operation durchgeführt wird, erfolgen, nicht passend. Bei der Abgrenzung der Leistungen nach 31.1 zur Hybrid-DRG kommt es nicht auf den Ort der Leistungserbringung an. Zur Klarstellung, dass die Durchführung der Leistungen des Abschnitts 31.1 unabhängig davon berechnungsfähig ist, ob diese in derselben

Einrichtung erfolgen, in der die Operation durchgeführt wird, erfolgt eine Streichung des Passus „außerhalb der Einrichtung, in der die Operation durchgeführt wird“ in der dritten Bestimmung zum Abschnitt 31.1.1.

4. Inkrafttreten

Der Beschluss Teil B tritt mit Wirkung zum 1. Januar 2024 bis zum 31. Dezember 2024 in Kraft.

Teil C

zu Empfehlungen gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 3 SGB V bzw. § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V i. V. m. § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 SGB V im Zusammenhang mit der Aufnahme der Leistungen nach der Gebührenordnungsposition 02344 in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) mit Wirkung zum 1. Juli 2024

1. Rechtsgrundlage

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband vereinbaren gemäß § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V im Bewertungsausschuss den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) und Empfehlungen gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 3 SGB V bzw. § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V i. V. m. § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 SGB V.

2. Regelungshintergrund und -inhalte

Mit Wirkung zum 1. Juli 2024 wird die Gebührenordnungsposition 02344 in den EBM aufgenommen.

Die Aufnahme der Gebührenordnungsposition 02344 in den EBM führt nicht zu Einsparungen bei anderen Gebührenordnungspositionen (keine Substitution).

Für die Vergütung empfiehlt der Bewertungsausschuss, die Leistungen nach der Gebührenordnungsposition 02344, die als Leistungen außerhalb des Vertrages nach § 115b SGB V gekennzeichnet sind, zunächst für zwei Jahre außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu finanzieren und zum 30. Juni 2026 zu prüfen, ob die Überführung der Leistungen nach der Gebührenordnungsposition 02344, die als Leistungen außerhalb des Vertrages nach § 115b SGB V gekennzeichnet sind, in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung empfohlen werden kann.

Die Überführung dieser Leistungen in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung erfolgt gemäß dem vom Bewertungsausschuss in seiner 383. Sitzung am 21. September 2016, zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 654. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), bzw. entsprechender Folgebeschlüsse, unter Nr. 2.2.1.2 beschlossenen Verfahren zur Berücksichtigung einer geänderten Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

Die Vergütung der Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 02344 sowie 33040, 33042, 33043, 33050, 33091, 33092, 34430, 34441 und 34442, die im

Zusammenhang mit Leistungen nach der Gebührenordnungsposition 02344 als Leistungen gemäß des Vertrages nach § 115b SGB V durchgeführt werden, erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen. Die im Zusammenhang mit der Gebührenordnungsposition 02344 als Leistungen gemäß des Vertrages nach § 115b SGB V durchgeführten Leistungen sind dabei durch den Arzt entsprechend bundeseinheitlich zu kennzeichnen.

3. Inkrafttreten

Der Beschluss Teil C tritt mit Wirkung zum 1. Juli 2024 in Kraft.

Teil D

zu Empfehlungen gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 3 SGB V bzw. § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V i. V. m. § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 SGB V im Zusammenhang mit der Änderung der Gebührenordnungsposition 34290 im Abschnitt 34.2.9 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) mit Wirkung zum 1. Juli 2024

1. Rechtsgrundlage

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband vereinbaren gemäß § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V im Bewertungsausschuss den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) und Empfehlungen gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 3 SGB V bzw. § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V i. V. m. § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 SGB V.

2. Regelungshintergrund und -inhalte

Der Bewertungsausschuss empfiehlt mit Wirkung zum 1. Juli 2024, die Leistungen nach der Gebührenordnungsposition 34290 außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen zu finanzieren.

Die Gebührenordnungsposition 34290 wurde in der Vergangenheit nur sehr selten abgerechnet. Aufgrund des vernachlässigbar kleinen Volumens, erfolgt keine Anpassung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

Für die Vergütung empfiehlt der Bewertungsausschuss, die Leistungen nach der Gebührenordnungsposition 34290, die als Leistungen außerhalb des Vertrages nach § 115b SGB V gekennzeichnet sind, zunächst für zwei Jahre außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu finanzieren und zum 30. Juni 2026 zu prüfen, ob die Überführung der Leistungen nach der Gebührenordnungsposition 34290, die als Leistungen außerhalb des Vertrages nach § 115b SGB V gekennzeichnet sind, in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung empfohlen werden kann.

Die Überführung dieser Leistungen in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung erfolgt gemäß dem vom Bewertungsausschuss in seiner 383. Sitzung am 21. September 2016, zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 654. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), bzw. entsprechender Folgebeschlüsse, unter

Nr. 2.2.1.2 beschlossenen Verfahren zur Berücksichtigung einer geänderten Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

3. Inkrafttreten

Der Beschluss Teil D tritt mit Wirkung zum 1. Juli 2024 in Kraft.