

Entscheidungserhebliche Gründe

zum Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 290. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) mit Wirkung zum 1. April 2013

1. Rechtsgrundlage

Gemäß § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V vereinbaren die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen im Bewertungsausschuss den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM). Dabei ist der EBM regelmäßig daraufhin zu überprüfen, ob Leistungsbeschreibungen und ihre Bewertungen noch dem Stand der medizinischen Wissenschaft und Technik sowie dem Erfordernis der Rationalisierung im Rahmen wirtschaftlicher Leistungserbringung entsprechen, § 87 Abs. 2 Satz 2 SGB V. Auf diesen Grundlagen basierend hat der Bewertungsausschuss Ärzte den EBM in seiner 290. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) dem Beschlusstext entsprechend angepasst.

2. Regelungshintergründe

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hatte in seiner Sitzung am 19. Mai 2011 beschlossen, die Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V zu ändern. Die Änderungen betrafen die Anlage 1 Nummer 1 „CT/MRT-gestützte interventionelle schmerztherapeutische Leistungen“. Der vorliegende Beschluss des Bewertungsausschusses passt die gebührenrechtlichen Regelungen im EBM für ambulant tätige Vertragsärzte sowohl inhaltlich an diese geänderte Richtlinie als auch in Bezug auf die dort von den Ärzten geforderten Qualifikationen an.

Es erfolgt zugleich die Streichung des OPS-Kodes 5-830.2 (Inzision von erkranktem Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule: Facettendenervation), der in der Vergangenheit ggf. auch bei durchgeführter minimal-invasiver Technik zur Abrechnung verwendet wurde, obwohl dessen Berechnung eine offen-chirurgische Durchführung gemäß Präambel 31.2.1 Nr. 1 voraussetzt.

Kernpunkt der Änderung der Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V des G-BA ist, dass die Leistungen nur noch von Fachärzten mit der Zusatz-Weiterbildung „Spezielle Schmerztherapie“ erbracht werden sollen oder eine Überweisung durch einen Vertragsarzt mit der Genehmigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V oder mit der Zusatz-Weiterbildung „Spezielle Schmerztherapie“ erfolgen muss. Im Falle einer Überweisung sollte eine gesicherte ICD-10-GM Diagnose (Zusatzkennzeichen „G“) vorliegen. Die schmerztherapeutische Leistung (neue Gebührenordnungsposition

34504) sollte nicht solitär erfolgen, sondern im multimodalen Schmerztherapiekonzept eingebettet sein.

Auch für ambulant tätige Vertragsärzte soll analog die Durchführung CT-gestützter interventioneller schmerztherapeutischer Leistungen in ähnlicher Weise an diese Qualifikation geknüpft werden.

Hierzu wurde die Gebührenordnungsposition 34504 neu eingeführt (Nummer 5 des Beschlusses), die inhaltlich an die Anforderungen der Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V des G-BA angepasst wurde. Diese Gebührenordnungsposition ist, entsprechend der neuen Bestimmungen Nr. 1 bis 3 zum Abschnitt 34.5 (Nummer 2 des Beschlusses) berechnungsfähig. Bei funktionellen Störungen und chronischen Schmerzsyndromen mit überwiegend funktionellem Störungsanteil ist die Leistung nach der Gebührenordnungsposition 34504 nicht berechnungsfähig.

Die weitere Gebührenordnungsposition 34505 wurde in diesem Zusammenhang eingeführt (Nummer 7 des Beschlusses), um die CT-gestützte Intervention bei anderen Indikationen als der Schmerztherapie (z. B. Punktion oder Biopsie) abzubilden. Hierbei ist jedoch im Vergleich zu den bisherigen Regelungen der Gebührenordnungsposition 34502 nunmehr unter anderem erforderlich, dass mindestens eine Erkrankung nach den ICD-10 Diagnose-Kodes C00-D48 oder D50-D90 vorliegt. Die Berechnung der Gebührenordnungsposition 34505 bei weiteren Erkrankungen setzt eine ausführliche Begründung der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall voraus. Die Begründung ist einschließlich des ICD-10-Kodes für die betreffende Erkrankung bei der Abrechnung anzugeben. Während früher diagnostische und therapeutische Punktionen unter einer Gebührenordnungsposition, der fortan gestrichenen Gebührenordnungsposition 34502, zusammengefasst waren, die Berechnung jedoch häufig in Zusammenhang mit einer Malignomabklärung erfolgte, wurde in der aktuellen Regelung die Verbindung mit den ICD-Kodes festgesetzt. Die Anwendung bei anderen Indikationen als Tumorerkrankungen erfordert daher eine ausführliche Begründung.

Durch die Neueinführung der Gebührenordnungspositionen 34504 und 34505 war die Gebührenordnungsposition 34502 zu streichen. (Nummer 3 des Beschlusses), da deren inhaltliche Regelungen in den neuen Gebührenordnungspositionen aufgegangen sind.

Im Übrigen regelt der Beschluss die notwendigen Folgeänderungen, wie die entsprechende Aufnahme der Abrechnungsausschlüsse bei den anderen Gebührenordnungspositionen (Nummer 6 und 8 des Beschlusses) und die Streichung der Gebührenordnungsposition 34502 bzw. die Aufnahme der neuen Gebührenordnungspositionen 34504 und 34505 im Anhang 3 des EBM (Nummer 11 und 12 des Beschlusses).

3. Inkrafttreten

Der Beschluss tritt mit Wirkung zum 1. April 2013 in Kraft.