

Entscheidungserhebliche Gründe

zum Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 742. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zu anlassbezogenen Datenlieferungen zu Operationen im vertragsärztlichen Bereich sowie zu ambulanten und vollstationären (einschließlich belegärztlichen) Operationen im Krankenhaus zur Evaluation der Zuschlagsleistungen des Abschnitts 31.2.20 EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2024

1. Rechtsgrundlage

Mit dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 620. Sitzung wurde in Teil B mit Wirkung zum 1. Januar 2023 ein neuer Abschnitt 31.2.20 „Förderung der Ambulantisierung“ in den EBM aufgenommen. In einer Protokollnotiz zum Beschlussteil B wurde das Institut des Bewertungsausschusses mit einer Evaluation beauftragt. Zu diesem Zweck sind anlassbezogene Datenlieferungen zu Operationen im vertragsärztlichen Bereich sowie zu ambulanten und vollstationären (einschließlich belegärztlichen) Operationen im Krankenhaus für die im Abschnitt 31.2.20 EBM aufgeführten Operationen-/Prozedurenschlüssel erforderlich.

In seiner 706. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) hatte der Bewertungsausschuss die Lieferung der erforderlichen Datengrundlagen für die vorgesehene Evaluation beschlossen. Zwischenzeitlich wurde mit dem neu eingeführten § 115f SGB V die spezielle sektorengleiche Vergütung für ambulante Operationen im niedergelassenen Bereich und im Krankenhaus ab dem Quartal 1/2024 eingeführt (Hybrid-DRG). Daraus ergibt sich die Notwendigkeit, die im Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 706. Sitzung beschlossenen Datenlieferungen um Satzarten zu ambulanten Operationen, die über § 115f SGB V erbracht und vergütet werden, für die Berichtszeiträume der Quartale 1/2024 bis 4/2024 zu erweitern.

Dieser Beschluss ersetzt den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 706. Sitzung. Der Beschluss regelt das Nähere zu Umfang, Inhalt, Formaten, Lieferterminen und Übermittlungswegen der erforderlichen Datenlieferungen für die Berichtszeiträume der Quartale 1/2019 bis 4/2024.

2. Regelungsinhalte

Die Datenlieferung hat das Ziel, dem Institut eine Datengrundlage für die Evaluation der mit den sieben neuen Zuschlägen in Verbindung stehenden ambulanten Operationen anlassbezogen zur Verfügung zu stellen. Es sind unter anderem Auswertungen vorgesehen zur Entwicklung der Anzahl der ambulanten Operationen, dem Leistungsbedarf der abgerechneten Leistungen und der Anzahl der Behandlungsfälle. Zudem sollen Auswertungen erfolgen zu den abrechnenden Vertragsärzten und Krankenhausärzten. Informationen zu vollstationären Operationen sind notwendig, da außerdem der Anteil der ambulant erbrachten Leistungen an allen (ambulant und vollstationär) erbrachten Leistungen darzustellen ist. Für Operationen, welche nicht gemäß § 115f SGB V erbracht und vergütet werden, sind somit Datenlieferungen für drei Bereiche notwendig: ambulante Operationen im vertragsärztlichen Bereich, ambulante Operationen im Krankenhaus und vollstationäre Operationen im Krankenhaus (inklusive belegärztlicher Operationen).

Die Daten für die ambulanten Operationen im vertragsärztlichen Bereich werden von den Kassenärztlichen Vereinigungen und, zu Zwecken der Qualitätssicherung, in aggregierter Form auch von den Krankenkassen geliefert. Sie enthalten für alle OPS-Kodes, auf die sich die sieben neuen Zuschläge beziehen, Informationen zu einer Auswahl von in dem Zusammenhang abgerechneten Leistungen, den abrechnenden Ärzten und Praxen und zum Alter der Patienten.

Die Daten für die ambulanten Operationen im Krankenhaus werden von den Krankenkassen geliefert und sind analog aufgebaut.

Ebenso von den Krankenkassen geliefert werden die Daten für die vollstationären Operationen im Krankenhaus. Für die entsprechenden Operationen werden u.a. Informationen zur Verweildauer und zur Altersgruppe der Patienten geliefert.

Um die Entwicklung der zugehörigen ambulanten Operationen beurteilen zu können, beziehen sich diese Datenlieferungen auf einen Zeitraum von 2019 bis 2024.

Die Daten für die ambulanten Operationen, welche ab 1/2024 gemäß § 115f SGB V erbracht und vergütet werden, werden von den Krankenkassen, getrennt nach Operationen im vertragsärztlichen Bereich und im Krankenhaus, geliefert. Sie ermöglichen die Fallzählung je OPS-Kode, u. a. gruppiert nach der Altersgruppe der Patienten.

Die Abrechnung von Leistungen nach § 115f SGB V durch die berechtigten Leistungserbringer kann auf verschiedenen Wegen erfolgen. Grundsätzlich können die Leistungen einerseits unmittelbar mit der Krankenkasse gemäß § 115f Absatz 3 Satz 2 SGB V abgerechnet werden. Andererseits kann eine mittelbare Abrechnung mit der Krankenkasse über die Beauftragung einer Kassenärztlichen Vereinigung oder eines Dritten gemäß § 115f Absatz 3 Satz 3 SGB V erfolgen. Im Krankenhausbereich regelt die Hybrid-DRG-

Umsetzungsvereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und der Deutschen Krankenhausgesellschaft eine Abrechnung von Hybrid-DRG im Rahmen des Datenaustauschs nach § 301 Absatz 3 SGB V für Fälle gemäß § 115f SGB V des Kalenderjahres 2024. Im vertragsärztlichen Bereich sieht die Hybrid-DRG-Abrechnungsvereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in § 5 explizit eine Übergangsregelung für das Kalenderjahr 2024 vor. Damit ist eine Abrechnung über spezifische Abrechnungsziffern (Anlage 1 der Hybrid-DRG-Abrechnungsvereinbarung) im Rahmen der quartalsweisen Abrechnung mittels Formblatt 3 gemäß § 54 Absatz 2 BMV-Ä i.V.m. den Einzelfallnachweisen gemäß § 1 Absatz 2 Anlage 6 BMV-Ä möglich. Darüber hinaus sind zur Abrechnung von Leistungen nach § 115f SGB V im vertragsärztlichen Bereich im Kalenderjahr 2024 kassen(arten)spezifisch verschiedene KV-unabhängige Übergangslösungen der Datenübermittlung gemäß § 295 Absatz 1b SGB V implementiert worden oder die Abrechnung erfolgte über Papier. Für die Zusammenstellung der erforderlichen Satzarten führen die Krankenkassen die Informationen zu den abgerechneten Leistungen aus allen jeweils möglichen Abrechnungswegen zusammen.

Um eine klare Unterscheidung zwischen den ursprünglich mit dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 706. Sitzung beschlossenen und den neuen Satzarten zu gewährleisten, wird den Namen der bisherigen Satzarten jeweils die Abkürzung „EBM“ (Daten zu ambulanten Operationen, die über EBM vergütet werden) bzw. „DRG“ (Daten zu vollstationären Operationen) hinzugefügt. Zudem wurden im bisherigen Beschlusstext und bei einigen Satzarten Erläuterungen zur Begriffsverwendung und Präzisierungen angebracht, um eine möglichst einheitliche Erhebung von Daten aus zwei Sektoren sicherzustellen.

Die Satzarten enthalten keine personenbezogenen Daten. Eine Verknüpfung der pseudonymisierten Attribute mit den Pseudonymen anderer Datenlieferungen ist nicht möglich. Ebenso ist keine Verknüpfbarkeit der Satzarten zwischen den verschiedenen Bereichen dieser Datenlieferung vorgesehen.

3. Inkrafttreten

Der Beschluss tritt mit Wirkung zum 1. Oktober 2024 in Kraft.