

B E S C H L U S S

des ergänzten Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 5a SGB V in seiner 44. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)

zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM)

mit Wirkung zum 1. April 2020

1. Neuaufnahme eines Bereiches VIII im Einheitlichen Bewertungsmaßstab

VIII Ausschließlich im Rahmen von Erprobungsverfahren gemäß § 137e SGB V berechnungsfähige Gebührenordnungspositionen

60 Allgemeine Regelungen zu Erprobungsverfahren gemäß § 137e SGB V

1. Die in diesem Bereich genannten Gebührenordnungspositionen sind ausschließlich im Rahmen der Durchführung einer Leistung gemäß § 137e SGB V von Vertragsärzten und nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern berechnungsfähig. Es sind darüber hinaus keine weiteren Gebührenordnungspositionen im Rahmen der Durchführung einer Leistung gemäß § 137e SGB V berechnungsfähig.
2. Die von den Studienzentren im Rahmen von Erprobungsverfahren durchgeführten und verordneten Leistungen werden gemäß §137e Abs. 4 SGB V unmittelbar von den Krankenkassen vergütet.
3. Studienbedingter Mehraufwand nach § 137e Abs. 5 Satz 5 SGB V ist nicht Bestandteil der berechnungsfähigen Gebührenordnungspositionen des Bereiches VIII.
4. Leistungen, die zur Prüfung der Ein- und Ausschlusskriterien für eine Teilnahme an der Erprobungsstudie notwendig sind, sind Teil des studienbedingten Mehraufwands und - soweit nichts anderes bestimmt ist – nicht zusätzlich berechnungsfähig.
5. Leistungen, die bis zum Zeitpunkt des Ausschlusses von der Studie gemäß der jeweiligen Erprobungs-Richtlinie durchgeführt worden sind, sind berechnungsfähig.
6. Leistungen gemäß Kapitel 12, 19 und 32 des EBM, die im Rahmen von Erprobungsverfahren medizinisch erforderlich sind und als Auftragsleistungen durchgeführt werden, werden mit dem Studienzentrum im Innenverhältnis abgerechnet. Die Leistungen können von den Studienzentren nicht gesondert

berechnet werden. Der Leistungsbedarf für Auftragsleistungen ist in den Gebührenordnungspositionen dieses Bereichs enthalten, soweit nichts anderes bestimmt ist.

60.1 Kosten

60.1.1 Nicht gesondert berechnungsfähige Kosten

Kosten, die gemäß 7.1 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM mit der Gebühr für die ärztliche Leistung abgegolten oder explizit Leistungsinhalt der in diesem Bereich genannten Gebührenordnungspositionen sind, sind nicht gesondert berechnungsfähig.

60.1.2 Gesondert berechnungsfähige Kosten

Kosten, die gemäß 7.3 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM nicht in den Gebührenordnungspositionen enthalten sind, sind - soweit nichts anderes bestimmt ist - gesondert berechnungsfähig. Dies schließt auch die Kosten bei unterschiedlichen operativen Verfahren mit ein, sofern diese Bestandteil der Erprobungs-Richtlinien sind.

Die Kosten werden entsprechend nachstehender Regelungen erstattet.

60.1.2.1 Sprechstundenbedarf / Kontrastmittel

60.1.2.1.1 Für an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Berufsausübungsgemeinschaften und Medizinische Versorgungszentren gilt im Rahmen der Erprobungsverfahren folgendes:

Der Sprechstundenbedarf wird hinsichtlich des Umfanges sowie der Bezugswege entsprechend der regional geltenden Vereinbarungen über die ärztliche Verordnung von Sprechstundenbedarf zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen (Sprechstundenbedarfsvereinbarungen) bezogen. Vereinbarungen zur Vergütung von Kontrastmitteln, die nicht Bestandteil der Sprechstundenbedarfsvereinbarungen sind, finden ebenso Anwendung.

60.1.2.1.2 Für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser gilt im Rahmen des Erprobungsverfahrens folgendes:

Der Umfang des Sprechstundenbedarfes richtet sich nach den jeweils regional gültigen Sprechstundenbedarfsvereinbarungen. Der Sprechstundenbedarf wird für Krankenhäuser über Kostenpauschalen vergütet.

60.1.2.2 Gesondert berechnungsfähige Sachkosten

Gesondert berechnungsfähige Sachkosten sind Kosten, die nicht unter 60.1.1 oder 60.1.2.1 zu subsumieren sind.

Die gesondert berechnungsfähigen Materialien werden unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes und der medizinischen Notwendigkeit ausgewählt.

Die rechnungsbegründenden Unterlagen in Form von Originalrechnungen sind für die Dauer von fünf Jahren aufzubewahren.

Eine Kopie der Originalrechnung ist der Krankenkasse auf begründete Anfrage zu übermitteln.

Die Originalrechnung muss mindestens folgende Informationen beinhalten

- Name des Herstellers bzw. des Lieferanten
- Produkt-/Artikelbezeichnung inkl. Artikel- und Modellnummer.

Der Berechtigte ist verpflichtet, die tatsächlich realisierten Preise in Rechnung zu stellen und ggf. vom Hersteller bzw. Lieferanten gewährte Rückvergütungen, wie Preisnachlässe, Rabatte, Umsatzbeteiligungen, Bonifikationen und rückvergütungsgleiche Gewinnbeteiligungen mit Ausnahme von Barzahlungsrabatten bis zu 3 % weiterzugeben.

Werden die Materialien bei mehreren Patienten verbraucht, so ist ein durchschnittlicher Preis je Patient abzurechnen.

61 Spezifische Regelungen zu Erprobungsverfahren gemäß § 137e SGB V

61.1 Erprobungs-Richtlinie „Liposuktion“

61.1.1 Präambel

1. Die in diesem Abschnitt genannten Gebührenordnungspositionen sind ausschließlich im Rahmen der Durchführung einer Leistung gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Erprobung der Liposuktion zur Behandlung des Lipödems (Erprobungs-Richtlinie „Liposuktion“) berechnungsfähig.

61.1.2 Spezifische Leistungen

61.1.2.1 Gebührenordnungspositionen bei Durchführung einer Liposuktion nach Kategorie AA6

61010 Liposuktion im Rahmen der Erprobung der Liposuktion zur Behandlung des Lipödems

Obligater Leistungsinhalt

- Eingriff der Kategorie AA6 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

6037 Punkte

Im Anschluss an die Leistung nach der Gebührenordnungsposition 61010 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 61012 und für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 61013 berechnet werden.

- 61011 Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 61010 bei Simultaneingriffen
- Obligater Leistungsinhalt*
- Schnitt-Naht-Zeit je weitere vollendete 15 Minuten,
 - Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit über das Anästhesieprotokoll oder den OP-Bericht, je weitere vollendete 15 Minuten
- Schnitt-Naht-Zeit 612 Punkte
- 61012 Postoperative Überwachung im Anschluss an die Erbringung einer Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 61010
- Obligater Leistungsinhalt*
- Kontrolle von Atmung, Kreislauf, Vigilanz,
 - Abschlussuntersuchung(en)
- Fakultativer Leistungsinhalt*
- Infusionstherapie,
 - akute Schmerztherapie,
 - EKG-Monitoring
- 1492 Punkte
- 61013 Postoperative Behandlung nach der Erbringung einer Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 61010 bei Erbringung durch den Operateur
- Obligater Leistungsinhalt*
- Befundkontrolle(n),
 - Befundbesprechung,
- Fakultativer Leistungsinhalt*
- Verbandwechsel,
 - Drainagewechsel,
 - Drainageentfernung,
 - akute Schmerztherapie,
 - Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,
- einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 61010 294 Punkte

61014 Tumeszenzlokalanästhesie durch den Operateur bei einem Eingriff nach der Gebührenordnungsposition 61010

Obligater Leistungsinhalt

- Tumeszenzlokalanästhesie der Haut und des subkutanen Fettgewebes,
- Überwachung und Dokumentation der Vitalparameter,
- Pulsoxymetrie,
- EKG-Monitoring,
- I.v.-Zugang

Fakultativer Leistungsinhalt

- Infusion(en),
- Verabreichung von Analgetika/Sedativa

2592 Punkte

Sofern die Gebührenordnungsposition 61014 neben der Gebührenordnungsposition 61015 berechnet wird, ist ein Abschlag von 1.896 Punkten auf die Gebührenordnungsposition 61014 vorzunehmen.

61015 Anästhesie und/oder Narkose, im Rahmen der Durchführung von Leistungen entsprechend der Gebührenordnungsposition 61010 einschließlich der prä- und postanästhesiologischen Rüstzeiten, mittels eines oder mehrerer der nachfolgend genannten Verfahren:

- Plexusanästhesie
und/oder
- Spinal- und/oder Periduralanästhesie
und/oder
- Intravenöse regionale Anästhesie einer Extremität
und/oder
- Narkose mit Maske, Larynxmaske und/oder endotracheale Intubation einschließlich Kapnometrie

Obligater Leistungsinhalt

- Anästhesien oder Narkose

Fakultativer Leistungsinhalt

- Kontrolle der Katheterlage durch Injektion eines Lokalanästhetikums,
- Legen einer Blutleere,

- Infusion(en),
- Magenverweilsondeneinführung,
- Anlage suprapubischer Harnblasenkatheter,
- Wechsel/Entfernung suprapubischer Harnblasenkatheter,
- Wechsel/Legen transurethraler Dauerkatheter,
- arterielle Blutentnahme,
- Multigasmessung,
- Gesteuerte Blutdrucksenkung,
- Dokumentierte Überwachung bis zur Stabilisierung der Vitalfunktionen

2857 Punkte

61016 Kostenpauschale für den Sprechstundenbedarf im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistungen aus Abschnitt 61.1.2.1

79,61 Euro

Die Kostenpauschale 61016 ist nur für Krankenhäuser berechnungsfähig.

61017 Kostenpauschale bei Durchführung der Liposuktion beim Lipödem entsprechend der Gebührenordnungsposition 61010 für die beim Eingriff eingesetzte(n) Absaugkanüle(n)

72,00 Euro

61018 Pauschale für Begleitleistungen und Auftragsleistungen in Zusammenhang mit Leistungen des Abschnitts 61.1.2.1

700 Punkte

61.1.2.2 Gebührenordnungspositionen bei Durchführung einer Liposuktion nach Kategorie AA7

61020 Liposuktion im Rahmen der Erprobung der Liposuktion zur Behandlung des Lipödems

Obigater Leistungsinhalt

- Eingriff der Kategorie AA7 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

6444 Punkte

Im Anschluss an die Leistung nach der Gebührenordnungsposition 61020 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 61022 und für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 61023 berechnet werden.

61021 Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 61020

Obligater Leistungsinhalt

- Schnitt-Naht-Zeit je weitere vollendete 15 Minuten,
- Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit über das Anästhesieprotokoll oder den OP-Bericht,

je weitere vollendete 15 Minuten
Schnitt-Naht-Zeit

612 Punkte

61022 Postoperative Überwachung im Anschluss an die Erbringung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 61020

Obligater Leistungsinhalt

- Kontrolle von Atmung, Kreislauf, Vigilanz,
- Abschlussuntersuchung(en)

Fakultativer Leistungsinhalt

- Infusionstherapie,
- akute Schmerztherapie,
- EKG-Monitoring

1979 Punkte

61023 Postoperative Behandlung nach der Erbringung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 61020 bei Erbringung durch den Operateur

Obligater Leistungsinhalt

- Befundkontrolle(n),
- Befundbesprechung,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Verbandwechsel,
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- akute Schmerztherapie,

- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,
einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 61020 294 Punkte
- 61024 Tumescenzlokalanästhesie durch den Operateur bei einem Eingriff nach der Gebührenordnungsposition 61020
- Obligater Leistungsinhalt*
- Tumescenzlokalanästhesie der Haut und des subkutanen Fettgewebes,
 - Überwachung und Dokumentation der Vitalparameter,
 - Pulsoxymetrie,
 - EKG-Monitoring,
 - I.v.-Zugang
- Fakultativer Leistungsinhalt*
- Infusion(en),
 - Verabreichung von Analgetika/Sedativa
- 2592 Punkte
- Sofern die Gebührenordnungsposition 61024 neben der Gebührenordnungsposition 61025 berechnet wird, ist ein Abschlag von 1.896 Punkten auf die Gebührenordnungsposition 61024 vorzunehmen.*
- 61025 Anästhesie und/oder Narkose, im Rahmen der Durchführung von Leistungen entsprechend der Gebührenordnungsposition 61020 einschließlich der prä- und postanästhesiologischen Rüstzeiten, mittels eines oder mehrerer der nachfolgend genannten Verfahren:
- Plexusanästhesie und/oder
 - Spinal- und/oder Periduralanästhesie und/oder
 - Intravenöse regionale Anästhesie einer Extremität und/oder
 - Narkose mit Maske, Larynxmaske und/oder endotracheale Intubation einschließlich Kapnometrie

Obligater Leistungsinhalt

- Anästhesien oder Narkose

Fakultativer Leistungsinhalt

- Kontrolle der Katheterlage durch Injektion eines Lokalanästhetikums,
- Legen einer Blutleere,
- Infusion(en),
- Magenverweilsondeneinführung,
- Anlage suprapubischer Harnblasenkatheter,
- Wechsel/Entfernung suprapubischer Harnblasenkatheter,
- Wechsel/Legen transurethraler Dauerkatheter,
- arterielle Blutentnahme,
- Multigasmessung,
- Gesteuerte Blutdrucksenkung,
- Dokumentierte Überwachung bis zur Stabilisierung der Vitalfunktionen

2974 Punkte

- 61026 Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 61025 bei Fortsetzung einer Anästhesie und/oder Narkose für jeweils vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit

Obligater Leistungsinhalt

- Fortsetzung der Narkose für jeweils vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit,
 - Nachweis der Schnitt-Naht-Zeit durch das OP- und/oder Narkoseprotokoll,
- je weitere vollendete 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit

286 Punkte

- 61027 Kostenpauschale für den Sprechstundenbedarf im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistungen aus Abschnitt 61.1.2.2

86,27 Euro

Die Kostenpauschale 61027 ist nur für Krankenhäuser berechnungsfähig.

- 61028 Kostenpauschale bei Durchführung der Liposuktion beim Lipödem entsprechend der

Gebührenordnungsposition 61020 für die beim
Eingriff eingesetzte(n) Absaugkanüle(n)

72,00 Euro

61029 Pauschale für Begleitleistungen und
Auftragsleistungen in Zusammenhang mit
Leistungen des Abschnitts 61.1.2.2

700 Punkte

61.2 Erprobungs-Richtlinie „Tonsillotomie“

61.2.1 Präambel

1. Die in diesem Abschnitt genannten Gebührenordnungspositionen sind ausschließlich im Rahmen der Durchführung einer Leistung gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Erprobung der Tonsillotomie zur Behandlung der rezidivierenden akuten Tonsillitis (Erprobungs-Richtlinie „Tonsillotomie“) berechnungsfähig.

61.2.2 Spezifische Leistungen

61.2.2.1 Gebührenordnungspositionen bei Durchführung einer Tonsillotomie gemäß Kategorie N2

61030 Tonsillotomie gemäß Kategorie N2

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie N2 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

1593 Punkte

Im Anschluss an die Leistung nach der Gebührenordnungsposition 61030 kann für die postoperative Überwachung die Gebührenordnungsposition 61031 und für die postoperative Behandlung die Gebührenordnungsposition 61032 berechnet werden.

61031 Postoperative Überwachung im Anschluss an die Erbringung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 61030

Obligater Leistungsinhalt

- Kontrolle von Atmung, Kreislauf, Vigilanz,
- Abschlussuntersuchung(en)

Fakultativer Leistungsinhalt

- Infusionstherapie,
- akute Schmerztherapie,
- EKG-Monitoring

743 Punkte

61032 Postoperative Behandlung nach der Erbringung einer Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 61030 bei Erbringung durch den Operateur

Obligater Leistungsinhalt

- Befundkontrolle(n),
- Befundbesprechung,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Verbandwechsel,
- Drainagewechsel,
- Drainageentfernung,
- Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,

einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 61030

230 Punkte

61033 Anästhesie und/oder Narkose, im Rahmen der Durchführung von Leistungen entsprechend der Gebührenordnungsposition 61030 einschließlich der prä- und postanästhesiologischen Rüstzeiten, mittels eines oder mehrerer der nachfolgend genannten Verfahren:

- Plexusanästhesie und/oder
- Spinal- und/oder Periduralanästhesie und/oder
- Intravenöse regionale Anästhesie einer Extremität und/oder
- Narkose mit Maske, Larynxmaske und/oder endotracheale Intubation einschließlich Kapnometrie

Obligater Leistungsinhalt

- Anästhesien oder Narkose

Fakultativer Leistungsinhalt

- Kontrolle der Katheterlage durch Injektion eines Lokalanästhetikums,
- Legen einer Blutleere,
- Infusion(en),
- Magenverweilsoneinführung,
- Anlage suprapubischer Harnblasenkatheter,
- Wechsel/Entfernung suprapubischer Harnblasenkatheter,
- Wechsel/Legen transurethraler Dauerkatheter,
- arterielle Blutentnahme,
- Multigasmessung,
- Gesteuerte Blutdrucksenkung,
- Dokumentierte Überwachung bis zur Stabilisierung der Vitalfunktionen

1257 Punkte

61034 Kostenpauschale für den Sprechstundenbedarf im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistungen aus Abschnitt 61.2.2.1

30,48 Euro

Die Kostenpauschale 61034 ist nur für Krankenhäuser berechnungsfähig.

61035 Pauschale für Begleitleistungen und Auftragsleistungen in Zusammenhang mit Leistungen des Abschnitts 61.2.2.1

800 Punkte

61.2.2.2 Gebührenordnungspositionen bei Durchführung einer Tonsillotomie mit Adenotomie gemäß Kategorie N3

61040 Tonsillotomie mit Adenotomie gemäß Kategorie N3

Obligater Leistungsinhalt

- Chirurgischer Eingriff der Kategorie N3 entsprechend Anhang 2

Fakultativer Leistungsinhalt

- Ein postoperativer Arzt-Patienten-Kontakt

2318 Punkte

- 61041 Postoperative Überwachung im Anschluss an die Erbringung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 61040
- Obligater Leistungsinhalt*
- Kontrolle von Atmung, Kreislauf, Vigilanz,
 - Abschlussuntersuchung(en)
- Fakultativer Leistungsinhalt*
- Infusionstherapie,
 - akute Schmerztherapie,
 - EKG-Monitoring
- 743 Punkte
- 61042 Postoperative Behandlung nach der Erbringung einer Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 61040 bei Erbringung durch den Operateur
- Obligater Leistungsinhalt*
- Befundkontrolle(n),
 - Befundbesprechung,
- Fakultativer Leistungsinhalt*
- Verbandwechsel,
 - Drainagewechsel,
 - Drainageentfernung,
 - Einleitung und/oder Kontrolle der medikamentösen Therapie,
- einmalig im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 61040
- 230 Punkte
- 61043 Anästhesie und/oder Narkose, im Rahmen der Durchführung von Leistungen entsprechend der Gebührenordnungsposition 61041 einschließlich der prä- und postanästhesiologischen Rüstzeiten, mittels eines oder mehrerer der nachfolgend genannten Verfahren:
- Plexusanästhesie
- und/oder
- Spinal- und/oder Periduralanästhesie
- und/oder
- Intravenöse regionale Anästhesie einer Extremität
- und/oder

- Narkose mit Maske, Larynxmaske und/oder endotracheale Intubation einschließlich Kapnometrie

Obligater Leistungsinhalt

- Anästhesien oder Narkose

Fakultativer Leistungsinhalt

- Kontrolle der Katheterlage durch Injektion eines Lokalanästhetikums,
- Legen einer Blutleere,
- Infusion(en),
- Magenverweilsondeneinführung,
- Anlage suprapubischer Harnblasenkatheter,
- Wechsel/Entfernung suprapubischer Harnblasenkatheter,
- Wechsel/Legen transurethraler Dauerkatheter,
- arterielle Blutentnahme,
- Multigasmessung,
- Gesteuerte Blutdrucksenkung,
- Dokumentierte Überwachung bis zur Stabilisierung der Vitalfunktionen

1542 Punkte

61044 Kostenpauschale für den Sprechstundenbedarf im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistungen aus Abschnitt 61.2.2.2

37,13 Euro

Die Kostenpauschale 61044 ist nur für Krankenhäuser berechnungsfähig.

61045 Pauschale für Begleitleistungen und Auftragsleistungen in Zusammenhang mit Leistungen des Abschnitts 61.2.2.2

800 Punkte

Protokollnotizen:

1. Der ergänzte Bewertungsausschuss empfiehlt die Verordnung von Leistungen nach § 137e SGB V auf den Vordrucken gemäß Anlage 2, 2a und 2b des BMV-Ä zu ermöglichen. Hierfür empfiehlt der ergänzte Bewertungsausschuss, den nach § 137e Abs. 3 SGB V teilnehmenden Vertragsärzten und zugelassenen Krankenhäusern eine eindeutige Betriebsstättennummer zuzuweisen. Der ergänzte Bewertungsausschuss empfiehlt, das weitere Verfahren in einer dreiseitigen Vereinbarung zwischen Kassenärztlicher Bundesvereinigung, Deutscher Krankenhausgesellschaft und GKV-Spitzenverband zeitnah zu regeln.
2. Sofern der ergänzte Bewertungsausschuss neue Informationen über die zu erprobenden Leistungen, den studienbedingten Mehraufwand oder Erkenntnisse aus dem Abrechnungsgeschehen erhält, die ihm zum Zeitpunkt der Beschlussfassung nicht vorlagen, prüft der ergänzte Bewertungsausschuss, ob eine Anpassung des Bereichs VIII notwendig wird.
3. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der GKV-Spitzenverband sind sich einig, dass aufgrund der Besonderheiten des Erprobungsverfahrens gemäß § 137e SGB V die Bestimmung von Art und Umfang der zu erprobenden Leistungen mit teilweise erheblichen Unsicherheiten behaftet ist und gleichzeitig eine ausreichende finanzielle Ausstattung der Studienzentren für die Durchführung der zu erprobenden Leistungen gewährleistet sein muss. Die vereinbarten Bewertungen und inhaltlichen Beschreibungen der Leistungen und Kostenpauschalen sollen diesen Rahmenbedingungen Rechnung tragen. Sie stellen daher kein Präjudiz hinsichtlich der möglichen Überführung von Erprobungsleistungen in die vertragsärztliche Versorgung oder eines Anpassungsbedarfs bereits bestehender Gebührenordnungspositionen in der vertragsärztlichen Versorgung der Regelversorgung dar.

Entscheidungserhebliche Gründe

zum Beschluss des ergänzten Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 5a SGB V in seiner 44. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) mit Wirkung zum 1. April 2020

1. Rechtsgrundlage

Gemäß § 137 e Abs. 4 Satz 4 SGB V hat der ergänzte Bewertungsausschuss bei Methoden, für die der Gemeinsame Bundesausschuss eine Erprobungs-Richtlinie nach § 137 e Abs. 1 SGB V beschlossen hat und die auch ambulant angewandt werden können, die Höhe der Vergütung für die ambulante Leistungserbringung im einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) für ärztliche Leistungen innerhalb von drei Monaten nach Inkrafttreten des Beschlusses über die Erprobungs-Richtlinie zu regeln.

2. Regelungshintergrund und Regelungsinhalt

Wenn der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 137 e SGB V bei der Prüfung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nach § 135 oder § 137 c SGB V zu der Feststellung gelangt, dass eine Methode das Potenzial einer erforderlichen Behandlungsalternative bietet, ihr Nutzen aber noch nicht hinreichend belegt ist, muss der Gemeinsame Bundesausschuss unter Aussetzung seines Bewertungsverfahrens gleichzeitig eine Richtlinie zur Erprobung beschließen, um die notwendigen Erkenntnisse für die Bewertung des Nutzens der Methode zu gewinnen. Aufgrund der Richtlinie wird die Untersuchungs- oder Behandlungsmethode in einem befristeten Zeitraum im Rahmen der Krankenbehandlung oder der Früherkennung zulasten der Krankenkassen erbracht. Bei Methoden, die auch ambulant angewandt werden können, regelt der ergänzte Bewertungsausschuss gemäß § 137 e Abs. 4 Satz 4 SGB V die Höhe der Vergütung für die ambulante Leistungserbringung im EBM für ärztliche Leistungen innerhalb von drei Monaten nach Inkrafttreten des Beschlusses über die Erprobungs-Richtlinie.

Mit dem vorliegenden Beschluss nimmt der ergänzte Bewertungsausschuss einen neuen Bereich VIII in den EBM auf, in dem die Vergütung für die Leistungen im Rahmen der auch ambulant zu erbringenden Methoden geregelt wird. Dabei trifft er in dem neu aufgenommenen Kapitel 60 des EBM zunächst allgemeine Regelungen zur Berechnungsfähigkeit von Leistungen und zur Erstattungsfähigkeit von Sachkosten. Im

Kapitel 61 folgen dann die spezifischen Regelungen zu den verschiedenen Erprobungsverfahren. Mit dem vorliegenden Beschluss werden Gebührenordnungspositionen für zwei bereits in Kraft getretene Erprobungs-Richtlinien in den EBM aufgenommen. Abschnitt 61.1 beinhaltet Gebührenordnungspositionen zu der Erprobungs-Richtlinie „Liposuktion“ (Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Erprobung der Liposuktion zur Behandlung des Lipödems) und Abschnitt 61.2 zu der Erprobungs-Richtlinie „Tonsillotomie“ (Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Erprobung der Tonsillotomie zur Behandlung der rezidivierenden akuten Tonsillitis).

3. Inkrafttreten

Der Beschluss tritt mit Wirkung zum 1. April 2020 in Kraft.