KVB Kassenärztliche Vereinigung Bayerns

KVB 80684 München

An alle Vertragsärzte mit Genehmigung zum ambulanten Operieren und/oder Tätigkeit als Belegarzt

Referat Gesamtvergütung & Honorarverteilung
Unser Zeichen: REF-GH

Ansprechpartner:
KVB Servicetelefonie
Telefon: 089 57093-40010

29.12.2022

EBM – Weiterentwicklung Ambulantes Operieren

I. Änderung der Bewertungen sowie Änderungen der Kalkulations- und Prüfzeiten im Anhang 3
II. Neue Zuschläge zur Förderung der Ambulantisierung
III. Zuschlag für die postoperative Nachbeobachtung ausgewählter Personengruppen und bei bestimmten Operationen
IV. Aufnahme neuer OPS-Kodes in den Anhang 2 EBM

Sehr geehrte Damen und Herren,

zur Förderung des ambulanten Operierens hat der Bewertungsausschuss (BA) zum 1. Januar 2023 Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) beschlossen. Dieses erste Maßnahmenpaket beinhaltet unter anderem eine Änderung der Bewertungen, eine höhere Vergütung für ausgewählte ambulante Operationen, die Möglichkeit zu einer verlängerten Nachbeobachtung und die Aufnahme von Operationen in den Anhang 2 EBM, die zuvor nur stationär berechnungsfähig waren.

Im Verlauf des Jahres 2023 sollen weitere Anpassungen wie z.B. die Abbildung von spezifischen Hygienekosten und Neukalkulation von Leistungen ambulanter Operationszentren erfolgen.

I. Änderung der Bewertungen sowie Änderungen der Kalkulations- und Prüfzeiten im Anhang 3

Die Leistungen des ambulanten und belegärztlichen Operierens wurden im Zuge der Weiterentwicklung des EBM neu kalkuliert und zum 1. Januar 2023 angepasst. Sie betrifft die Leistungen des Abschnitts 31.2 und 36.2 sowie die GOPen 01854, 01855, 01904 bis 01906 für Sterilisationen und Schwangerschaftsabbrüche. Die EBM-Weiterentwicklung musste punktsummenneutral – d. h. ausgabenneutral für die Krankenkassen – erfolgen, daher kommt es bei der Neubewertung der Operationsleistungen sowohl zu einer Anhebung als auch zu einer Absenkung von Bewertungen.

Datenschutzhinweis: Die Informationen nach Art. 13 und Art. 14 DSGVO finden Sie unter www.kvb.de/datenschutz.

Die betreffenden GOPen mit den neuen Bewertungen sowie den geänderten Kalkulations- und Prüfzeiten finden Sie auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses als technische Anlage zum Beschluss aus der 620. Sitzung. (https://institut-ba.de/ba/babeschluesse/2022-12-14_ba620_de.pdf)

II. Neue Zuschläge zur Förderung der Ambulantisierung

Zur Förderung der notwendigen und gesetzlich geforderten Ambulantisierung im Bereich ambulanter Operationen wie beispielsweise bei Hernien-Eingriffen und Arthroskopien wurden mit Wirkung zum 1. Januar 2023 Zuschläge für eine höhere Vergütung zu rund 500 OPS-Kodes in den EBM aufgenommen. Die Krankenkassen stellen dazu im kommenden Jahr rund 60 Millionen Euro zusätzlich bereit. Die Aufnahme der Zuschläge erfolgt in einem neuen Unterabschnitt 31.2.20 – Förderung der Ambulantisierung EBM.

Es gibt sieben unterschiedliche Zuschläge zu Eingriffen des Abschnitts 31.2, die je nach durchgeführten OPS-Kode abrechenbar sind:

GOP 31451 – Zuschlag I (223 Punkte / 25,63 €)
GOP 31452 – Zuschlag II (263 Punkte / 30,22 €)
GOP 31453 – Zuschlag III (360 Punkte / 41,37 €)
GOP 31454 – Zuschlag IV (810 Punkte / 93,08 €)
GOP 31455 – Zuschlag V (961 Punkte / 110,43 €)
GOP 31456 – Zuschlag VI (1.323 Punkte / 152,03 €)
GOP 31457 – Zuschlag VII (1.923 Punkte / 220,98 €)

Die Zuschläge werden im Anhang 2 - Zuordnung der operativen Prozeduren nach § 295 SGB V (OPS) zu den Leistungen der Kapitel 31 und 36 EBM in einer neuen Spalte „Zuschlag Förderung“ bei den zugeordneten OPS-Kodes ausgewiesen.

Wir haben Ihnen eine Übersicht über die Zuordnung der Zuschläge zu den genannten OPS-Kodes mit deren Bezeichnung erstellt und als Anlage diesem Schreiben beigefügt (Achtung: Tabelle mit 40 Seiten). Sie finden die Übersicht auch auf unserer Internetseite www.kvb.de in der Rubrik Service - Mitglieder-Informationen – Serviceschreiben 2022.

Beispiele für die Förderung ambulanter Operationen und weitere Informationen gibt die Kassenärztliche Bundesvereinigung auf Ihrer **Internet-Themenseite „Ambulantes Operieren“** (https://www.kbv.de/html/ambulantes_operieren.php).

III. Zuschlag für die postoperative Nachbeobachtung ausgewählter Personengruppen und bei bestimmten Operationen

Zum 1. Januar 2023 wird für die postoperative Nachbeobachtung im unmittelbaren Anschluss an die postoperativen Überwachung nach einer ambulanten Operation des Abschnitts 31.2 EBM für ausgewählte Personengruppen und für geeignete Operationen ein neuer Zeitzuschlag mit der GOP 31530 in

den neuen Abschnitt 31.3.3 EBM aufgenommen. Damit können mehr Patienten, die aufgrund ihres Gesundheitszustands oder Alters mitunter engmaschiger und länger betreut werden müssen, ambulant operiert werden. Des Weiteren kann die OP-Dauer ein Auslöser für eine längere Nachbeobachtung sein.

Die GOP 31530 ist berechnungsfähig bei

- Neugeborenen, Säuglingen und Kleinkindern, Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr

oder

- Patienten ab dem 70. Lebensjahr mit geriatrischem Versorgungsbedarf und Frailty-Syndrom (Kombination von unbeabsichtigtem Gewichtsverlust, körperlicher und/oder gesteigerter Erschöpfung, muskulärer Schwäche, verringerter Ganggeschwindigkeit und verminderter körperlicher Aktivität)

und/oder

- Patienten mit einer der folgenden Erkrankungen: F00-F02 dementielle Erkrankungen, G30 Alzheimer-Erkrankung, G20.1 Primäres Parkinson- Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung und G20.2 Primäres Parkinson-Syndrom mit schwerster Beeinträchtigung

und/oder

- operativen Eingriffen der OP-Kategorie 5 bis 7 gemäß Anhang 2 zum EBM. In diesen Fällen ist eine medizinische Begründung notwendig (gilt nicht für Patienten der Punkte 1 bis 3).

NEU: GOP 31530 – Zuschlag zu den GOPen 31501 bis 31507 bei sich anschließender Nachbeobachtung

EBM-Bewertung	77 Punkte
Preis B€GO	8,85 €

- Je vollendete 30 Minuten
- Ab der fünften Leistung im Anschluss an eine Leistung gemäß Abschnitt 31.3.20 wird die GOP 31530 mit 68 Punkten bewertet.

- Die GOP 31530 ist **nicht berechnungsfähig bei Operationen an den Augen** nach den GOPen 31341 bis 31347, 31350 und 31351, 31362, 31364 und 31371 bis 31373.
- Die **medizinische Begründung für** die Operationen der Kategorie 5 bis 7 sind in **Feldkennung 5009 (freier Begründungstext)** anzugeben, siehe oben.
- Die Überwachungs- und Nachbeobachtungszeiten sind durch die Verlaufs-/Patientendokumentation nachzuweisen. Bitte nehmen Sie in diesen Fällen eine entsprechende Dokumentation in der Praxis-/Patientenakte vor. Erfahrungsgemäß kann es bei derartigen Sachverhalten zu nachgelagerten Anträgen der Krankenkassen kommen. Im Rahmen von Prüfverfahren sind die ärztlichen Aufzeichnungen das entscheidende Mittel die ordnungsgemäße Leistungserbringung zu belegen.
- Die postoperative Überwachungszeit nach den GOPen 31501 bis 31507 und die verlängerte Nachbeobachtungszeit nach der GOP 31530 darf in Summe das Doppelte der jeweiligen postoperativen Überwachungszeit nicht übersteigen. Als Berechnungsgrundlagen gelten folgende Zeiten für die postoperativen Überwachungskomplexe nach Abs. 31.3.2 EBM:
    - 31501: 0,5 Stunden

KVB Kassenärztliche Vereinigung Bayerns

- 31502: 1 Stunde
- 31503: 2 Stunden
- 31504: 3 Stunden
- 31505: 4 Stunden
- 31506: 6 Stunden
- 31507: 8 Stunden

Das heißt, statt 30 Minuten Überwachung sind jetzt 1 Stunde Überwachung plus Nachbeobachtung möglich. Auch hier finden Sie konkrete Beispiele für den Zuschlag auf der **Internet-Themenseite „Ambulantes Operieren**“ der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (https://www.kbv.de/html/ambulantes_operieren.php).

IV. Aufnahme neuer OPS-Codes in den Anhang 2 EBM

Zusätzlich wurden 196 neue OPS-Kodes in den Anhang 2 EBM aufgenommen, um die ambulante Versorgung im Rahmen der Weiterentwicklung des ambulanten Operierens zu erweitern. Hierbei handelt es sich insbesondere um ergänzende Eingriffe in den Bereichen der Operationen am Nervensystem (Bereich Neurostimulatoren), an den Augen, am Herzen (Bereich Rhythmuschirurgie), am Verdauungstrakt, an den weiblichen Geschlechtsorganen, an anderen Knochen sowie arthroskopischen Gelenkoperationen und Operationen an der Hand.

Zeitgleich mit Aufnahme des proktologischen Eingriffs mit OPS-Kode 5-490.1 wird in den Präambeln der operativen visceralchirurgischen Eingriffe (31.2.6 EBM ambulant und 36.2.6 EBM belegärztlich) eine neue zweite Bestimmung aufgenommen: Proktologische Eingriffe entsprechend des OPS-Kodes 5-490.1 sind nur bei Vorliegen eines periproktitischen Abszesses (ICD-10-GM K61.-) berechnungsfähig.

Eine Übersicht über die neu aufgenommenen OPS-Kodes finden Sie auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses als Anlage zum Beschluss aus der 620. Sitzung (https://institut-ba.de/ba/babeschluesse/2022-12-14_ba620_ops.pdf).

Der Beschluss des Bewertungsausschuss aus seiner 620. Sitzung vom 14. Dezember 2022 ist auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses (www.institut-ba.de in der Rubrik Bewertungsausschuss / Beschlüsse) veröffentlicht. Er steht unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch das Bundesministerium für Gesundheit.

Freundliche Grüße

gez.
Wolfgang Gierscher
Leiter Gesamtvergütung und Honorarverteilung