

B E S C H L U S S

des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 664. Sitzung am 9. August 2023

zu Empfehlungen gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 3 SGB V und § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V i. V. m. § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Jahr 2024

mit Wirkung zum 1. Januar 2024

1. Präambel

Der Bewertungsausschuss beschließt gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 3 SGB V Empfehlungen zur Bestimmung von nach § 87a Abs. 3 Satz 6 SGB V außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen zu vergütenden vertragsärztlichen Leistungen.

2. Empfehlung zur Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

Gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 3 SGB V beschließt der Bewertungsausschuss Empfehlungen zur Bestimmung der Vergütungen in den Vereinbarungen der Partner der Gesamtverträge gemäß § 87a Abs. 3 Satz 6 SGB V zu vertragsärztlichen Leistungen außerhalb der vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung, die besonders gefördert werden sollen oder weil dies medizinisch oder aufgrund von Besonderheiten bei Veranlassung und Ausführung der Leistungserbringung erforderlich ist. Gemäß § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V i. V. m. § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 SGB V empfiehlt der Bewertungsausschuss zu Art und Umfang der ärztlichen Leistungen.

Bestehende Beschlüsse des Bewertungsausschusses, die eine Änderung der Zuordnung von Leistungen oder Leistungsbereichen zur EGV oder MGV im Jahr 2023 oder zu einem späteren Zeitpunkt vorsehen, bleiben unberührt. Das gleiche gilt für in bestehenden Beschlüssen des Bewertungsausschusses vorgesehene Überprüfungsaufträge zur Änderung der Zuordnung von Leistungen zur EGV oder MGV.

Für die Abgrenzung der in den Aufsatzwerten für den morbiditätsbedingten Behandlungsbedarf zu berücksichtigenden Leistungsmengen empfiehlt der Bewertungsausschuss auf der Basis der gesetzlichen Vorgaben und seiner bisherigen Beschlüsse (siehe Übersicht der bisherigen, weiter geltenden Empfehlungen und Vorgaben zur

MGV-Abgrenzung unter <https://institut-ba.de/service/aufsatzwertevorgaben.html>) neben den in § 87a Abs. 3 Satz 5 SGB V aufgeführten Leistungen und Zuschlägen die folgenden Leistungen gemäß § 87a Abs. 3 Satz 6 SGB V nicht einzubeziehen (insoweit zu den einzelnen aufgeführten Gebührenordnungspositionen keine konkreten Suffixe genannt sind, können diese beliebige Suffixe aufweisen):

1. Vergütungen für Leistungen, die im Rahmen besonderer, nicht für alle Kassen gültiger Verträge vereinbart worden sind (Modellvorhaben gemäß §§ 63, 64 SGB V, Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73b SGB V, Verträge über eine besondere ambulante ärztliche Versorgung gemäß § 73c SGB V a. F., Vereinbarungen über strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten gemäß §§ 137f bis g SGB V und Verträge zur besonderen Versorgung gemäß § 140a SGB V),
2. Vergütungen für bundesweit und regional vereinbarte, nicht im EBM enthaltene Wegepauschalen (GOP 40220 bis 40230) sowie Leistungen im GOP-Bereich ≥ 80000 ,
3. belegärztliche (kurativ-stationäre) Leistungen (GOP 13311, 17370 und 08410 bis 08416 sowie Kapitel 36 EBM mit Ausnahme der GOP 36371 bis 36373),
4. Ambulantes Operieren einschließlich Begleitleistungen, PTK, Koloskopie und ERCP (Abschnitte 31.1, 31.3, 31.4, 31.5 und 31.6 EBM, GOP 04514, 04515, 04518, 04520, 13421 bis 13424, 13430, 13431, 40680 und 40685 sowie Abschnitt 31.2 EBM mit Ausnahme der GOP 31371 bis 31373),
5. Prävention einschließlich Mammographie-Screening, Hautkrebs-Screening und Neugeborenen-Hörscreening (Abschnitt 1.7.1 EBM mit Ausnahme der GOP 01710, Abschnitt 1.7.2 EBM, Abschnitt 1.7.3 EBM mit Ausnahme der GOP 01759, Abschnitt 1.7.4 EBM sowie GOP 32880 bis 32882, 40850 und 40852),
6. Durchführung von Vakuumstanzbiopsien (GOP 01759, 34274, 40454, 40455, 40854 und 40855),
7. Strahlentherapie (Kap. 25 EBM mit Ausnahme der GOP 25215, 25228 bis 25230, 25335 und 25336),
8. Leistungen der künstlichen Befruchtung einschließlich Begleitleistungen, mit Ausnahme reproduktionsmedizinischer Beratungsleistungen, nach den Gebührenordnungspositionen 08520 und 08521 (GOP 01510X, 01511X, 01512X, 02100X, 02341X, 05310X, 05330X, 05340X, 05341X, 05350X, 08510, 08510X, 08530, 08530X, 08531, 08531X, 08535X, 08536X, 08537X, 08538X, 08539X, 08540, 08540X, 08550, 08550X, 08555X, 08558X, 08575X, 08576X, 11301X, 11302X, 11351X, 11352X, 11501X, 11502X, 11503X, 11506X, 11508X, 32354X, 32356X, 32357X, 32575X, 32614X, 32618X, 32660X, 32781X, 33043X, 33044X und 33090X),

9. Leistungsbezogene Kostenpauschalen für Sach- und Dienstleistungen bei Behandlungen mit renalen Ersatzverfahren und extrakorporalen Blutreinigungsverfahren (Abschnitt 40.14 EBM),
10. Zusatzpauschalen ärztliche Betreuung bei Apheresen (GOP 13620 bis 13622),
11. Leistungen der spezialisierten Versorgung HIV-infizierter Patienten (GOP 30920, 30922 und 30924),
12. Verordnung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (GOP 01425 und 01426),
13. Varicella-Zoster-Virus-Antikörper-Nachweis (GOP 01833),
14. Balneophototherapie (GOP 10350),
15. Antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen der Psychotherapie aller Arztgruppen sowie probatorische Sitzungen der in § 87b Abs. 2 Satz 4 SGB V genannten Arztgruppen (Abschnitt 35.2 EBM sowie GOP 35150P und 35150Q),
16. Leistungen der Nephrologie und Dialyse (Abschnitt 13.3.6 EBM mit Ausnahme der GOP 13594 bis 13598, 13620 bis 13622 sowie 13970 bis 13972),
17. Leistungen der pädiatrischen Nephrologie und Dialyse sowie pädiatrische Versichertenpauschalen, wenn in demselben Behandlungsfall Leistungen des Abschnitts 4.5.4 EBM abgerechnet werden (Abschnitt 4.5.4 EBM sowie GOP 04040D, 04230D, 04231D, 04000E, 04000I, 04040K, 04000L, 04040L, 04000M, 04000N, 04000O, 04000P und 04000Q),
18. Transurethrale Therapie mit Botulinumtoxin (GOP 08311T, 08312, 08313, 26310T, 26311T, 26316, 26317 und 40161),
19. Verordnung von medizinischer Rehabilitation (GOP 01613),
20. Leistungen im Zweitmeinungsverfahren, mit Ausnahme von Mandeloperationen (Tonsillektomie, Tonsillotomie), Gebärmutterentfernungen (Hysterektomien), arthroskopischen Eingriffen an der Schulter sowie Implantationen einer Knieendoprothese, ab 01.04.2024 ferner mit Ausnahme von Amputationen beim diabetischen Fußsyndrom, ab 01.10.2024 ferner mit Ausnahme von Eingriffen an der Wirbelsäule,
21. Neuropsychologische Leistungen (Abschnitt 30.11 EBM sowie GOP 30936 und 30937),
22. MRSA-Diagnostik und Therapie (Abschnitt 30.12 EBM sowie GOP 30960 und 30961),
23. HIV-Resistenztestung (GOP 32821),

24. Osteodensitometrie zum Zweck der Optimierung der Therapieentscheidung (GOP 34601),
25. Kapselendoskopie (GOP 04528, 04529, 13425 und 13426),
26. Intravitreale Medikamenteneingabe (GOP 06334, 06335, 31371 bis 31373 sowie 36371 bis 36373),
27. Weiterführende sozialpädiatrisch orientierte Versorgung (GOP 04356),
28. Zuschläge zur Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung (GOP 05222, 06222, 07222, 08222, 09222, 10222, 13222, 13296, 13346, 13396, 13496, 13544, 13596, 13646, 13696, 14216, 16217, 18222, 20222, 21219, 21226, 22218, 23218, 26222 und 27222),
29. Kostenpauschale für Sachkosten im Rahmen des Umgangs, der Beschaffung, Lagerung, Materialverwaltung, Abfallbeseitigung und Entsorgung im Zusammenhang mit der Erbringung der Leistung entsprechend GOP 17372 bei Verwendung von Radium-223-dichlorid (GOP 40582),
30. Diagnostische Positronenemissionstomographie (PET) mit technischer Bildfusion einer diagnostischen Computertomographie (CT) (Abschnitt 34.7 EBM sowie GOP 40584),
31. Spezialisierte geriatrische Diagnostik und Versorgung (Abschnitt 30.13 EBM),
32. Besondere genetische Untersuchungen (GOP 11601, 32865 und 32911, Abschnitt 19.4.4 EBM sowie GOP 19457 bis 19459),
33. Leistungen zur Förderung der Delegation (GOP 38200, 38202, 38205 und 38207),
34. Kooperations- und Koordinationsleistungen (Abschnitt 37.2 EBM),
35. Herzkatheteruntersuchung (GOP 40306),
36. Medikationsplan (GOP 01630, 03222, 04222, 05227, 06227, 07227, 08227, 09227, 10227, 13227, 13297, 13347, 13397, 13497, 13547, 13597, 13647, 13697, 14217, 16218, 18227, 20227, 21227, 21228, 22219, 26227, 27227 und 30701),
37. Telekonsiliarische Befundbeurteilung von Röntgen- und CT-Aufnahmen (Abschnitt 34.8 EBM),
38. Anleitung zur Selbstanwendung eines Real-Time-Messgerätes zur kontinuierlichen interstitiellen Glukosemessung (GOP 03355, 04590 und 13360),
39. Videosprechstunde und Videofallkonferenz (GOP 01442, 01450, 40128 und 40129),
40. Psychotherapeutische Sprechstunde und psychotherapeutische Akutbehandlung (GOP 35151 und 35152),

41. Epilation mittels Lasertechnik bei Mann-zu-Frau-Transsexualismus (GOP 02325 bis 02328),
42. Besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung (Abschnitt 37.3 EBM sowie GOP 37307),
43. Verordnung von Cannabis (GOP 01626),
44. HLA-Antikörperdiagnostik (GOP 32915 bis 32918, 32939 bis 32943 sowie 32948 bis 32950),
45. Notfalldatenmanagement (GOP 01640 bis 01642),
46. Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektion (GOP 01650),
47. Hyperbare Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom (GOP 30210, 30212, 30216 und 30218),
48. Messung der myokardialen fraktionellen Flussreserve bei koronarer Herzkrankheit (GOP 34298 und 40301),
49. Extrakorporale Stoßwellentherapie bei Fasciitis plantaris (GOP 30440),
50. Versorgungsplanung gemäß der Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V (GOP 37400),
51. Leistungen, die gemäß Fachinformation des Arzneimittels bzw. Empfehlungen des Bundesinstitutes für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) zu seiner Anwendung zwingend erforderlich sind (GOP 01540 bis 01545, 02102, 04538, 13678, 30133, 30134, 30320 bis 30323, 32674, 32820, 32867, 32868 und 40167),
52. Hornhautvernetzung mit Riboflavin (GOP 06362 und 40681),
53. Optische Kohärenztomographie (GOP 06336 bis 06339),
54. Biomarkerbasierter Test beim primären Mammakarzinom (GOP 08347, 13507, 19503 bis 19506),
55. Kostenpauschale bei Durchführung der Liposuktion beim Lipödem Stadium III (GOP 40165),
56. Untersuchung auf das Vorliegen einer Infektion mit dem beta-Coronavirus SARS-CoV-2 (GOP 32779 und 32816),
57. Leistungsbezogene Kostenpauschalen bei Verwendung endoskopischer Zusatzinstrumente als Einmalprodukte, wenn diese im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 01741, 01742, 04514, 04515, 04520, 08311T, 13421, 13422, 13423, 13430, 26310T oder

- 26311T, jeweils einschließlich Suffixen, abgerechnet werden (GOP 40460B, 40460F, 40460M, 40461B, 40461F, 40461M, 40462B, 40462F und 40462M),
58. Vakuumversiegelungstherapie von Wunden (GOP 02314 und 40900 bis 40903),
59. Videokonsilium gemäß § 1 Abs. 5 der Telekonsilien-Vereinbarung (GOP 01670 bis 01672),
60. Einsatz von Tumortheraiefeldern beim Glioblastom (Abschnitt 30.3.2 EBM),
61. Erstbefüllung und Unterstützungsleistungen im Zusammenhang mit der elektronischen Patientenakte (GOP 01431 und 01647),
62. Leistungen im Zusammenhang mit digitalen Gesundheitsanwendungen (GOP 01471 bis 01474),
63. Leistungen der Kryokonservierung von Ei- oder Samenzellen oder Keimzellgewebe sowie entsprechende medizinische Maßnahmen wegen keimzellschädigender Therapie (Abschnitt 8.6 EBM, Abschnitt 40.12 EBM sowie GOP 01510K, 01511K, 01512K, 02100K, 02341K, 05310K, 05330K, 05340K, 05341K, 05350K, 08575K, 32575K, 32614K, 32618K, 32660K, 32781K, 33043K, 33044K, 33064K und 33090K),
64. Interstitielle LDR-Brachytherapie mit permanenter Seed-Implantation zur Behandlung von Patienten mit lokal begrenztem Prostatakarzinom (GOP 25335 und 25336),
65. Unterkieferprotrusionsschiene bei Schlafapnoe (GOP 30900U und 30901U bei Patienten zur Erstanpassung einer Unterkieferprotrusionsschiene oder Verlaufskontrolle einer Therapie mittels einer Unterkieferprotrusionsschiene sowie GOP 30902 und 30905),
66. Förderung der Gruppenpsychotherapie (GOP 01410K und 01413K im Zusammenhang mit der Durchführung von probatorischen Sitzungen im Krankenhaus gemäß § 12 Abs. 6 der Psychotherapie-Richtlinie, GOP 35163M/O/P/Q bis 35169M/O/P/Q für die in § 87b Abs. 2 Satz 4 SGB V genannten Arztgruppen sowie GOP 35173 bis 35179),
67. Telemonitoring bei Herzinsuffizienz (GOP 03325, 03326, 04325, 04326, 13578, 13579, 13583 bis 13587 und 40910),
68. Komplexversorgung bei psychischen Erkrankungen (Abschnitt 37.5 EBM) sowie psychotherapeutische Gespräche, die häufiger als 15 Mal und bis zum gemäß EBM geltenden Höchstwert im Behandlungsfall im Zusammenhang mit der Versorgung gemäß den Leistungen des Abschnitts 37.5 EBM abgerechnet werden (GOP 22220M/Y und 23220M/Y),

69. Leistungen im Zusammenhang mit der Verordnung von außerklinischer Intensivpflege (Abschnitt 37.7 EBM sowie GOP 09315A und 13662A/K),
70. Erregernachweis von Orthopoxviren (GOP 32810),
71. Begleitung im Krankenhaus aus medizinischen Gründen (GOP 01615).

Aktuell wird überprüft, ob die Mengenentwicklung der Leistungen nach der Ziffer 15 weiterhin überproportional im Verhältnis zur Veränderungsrate ansteigt oder ob aufgrund einer Stabilisierung eine Eindeckelung in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung möglich ist. In diesem Fall erfolgt die Eindeckelung unter der Berücksichtigung einer Abstaffelungsquote von eins, sofern und soweit die Ausgliederung aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung unter der Berücksichtigung einer Abstaffelungsquote von eins erfolgte und die Partner der Gesamtverträge nichts anderes vereinbaren.

3. Inkrafttreten

Dieser Beschluss tritt mit Wirkung zum 1. Januar 2024 in Kraft.

Entscheidungserhebliche Gründe

zum Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 664. Sitzung am 9. August 2023 zu Empfehlungen gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 3 SGB V und § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V i. V. m. § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Jahr 2024 mit Wirkung zum 1. Januar 2024

1. Rechtsgrundlage

Der Bewertungsausschuss beschließt gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 3 SGB V Empfehlungen zur Bestimmung von nach § 87a Abs. 3 Satz 6 SGB V außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen zu vergütenden vertragsärztlichen Leistungen sowie gemäß § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V Empfehlungen zur Anpassung des Behandlungsbedarfs aufgrund von Veränderungen von Art und Umfang der ärztlichen Leistungen gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 SGB V.

2. Regelungsinhalte und Regelungshintergründe

Der Beschluss enthält Empfehlungen gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 3 SGB V sowie § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V i. V. m. § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 SGB V zur Vergütung vertragsärztlicher Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen. Diese Empfehlungen schreiben die zuletzt vom Bewertungsausschuss in seiner 603. Sitzung am 5. August 2022 für das Jahr 2023 vorgegebene Abgrenzung – unter Berücksichtigung erforderlich gewordener Aktualisierungen – fort.

3. Inkrafttreten

Dieser Beschluss tritt mit Wirkung zum 1. Januar 2024 in Kraft.