



EBM-Regelungen ab 2. Quartal 2022 im Überblick

Anpassung der substitions-gestützten Behandlung Opioidabhängiger mit Depotpräparat rückwirkend ab 01.04.2022: Therapiegespräch weiterhin berechnungsfähig

Mit dem Auslaufen der befristeten Coronavirus-Regelungen zum 31.03.2022 war die GOP 01952 „Zuschlag für das therapeutische Gespräch“ im Zusammenhang mit der Behandlung mit einem Depotpräparat nicht mehr berechnungsfähig.

Der Bewertungsausschuss hat beschlossen, die GOP 01953 „Substitutions-gestützte Behandlung Opioidabhängiger mit einem Depotpräparat“ rückwirkend zum 01.04.2022 in die Leistungslegende der GOP 01952 aufzunehmen, um das therapeutische Gespräch im Zusammenhang mit der Behandlung mit einem Depotpräparat zu ermöglichen.

Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA): Vergütung jetzt auch für vorläufig aufgenommene DiGA ab 01.05.2022

Für Gesundheits-Apps, die vorläufig zur Erprobung in das Verzeichnis des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) aufgenommen werden, gibt es seit dem 01.05.2022 folgende neue Vergütungspauschalen:

86700 (7,12 Euro) „Vergütung der Verlaufskontrolle und Auswertung einer vorläufigen DiGA“

- Die Leistung ist von folgenden Fachgruppen berechnungsfähig: Hausärzten, Kinderärzten, Internisten mit und ohne Schwerpunkt (inkl. der Fachärzte, die an der Onkologie-Vereinbarung teilnehmen), Gynäkologen, Orthopäden, Chirurgen, Fachärzten für Physikalische und Rehabilitative Medizin sowie von Fachärzten, die nach Kapitel 16, 21, 22 und 23 Leistungen berechnen dürfen und Fachärzten mit der Zusatzweiterbildung Psychotherapie.
- Mit Angabe der Pharmazentralnummer (PZN) der DiGA als Begründung 1x im Behandlungsfall, im Krankheitsfall jedoch höchstens 2x je DiGA berechnungsfähig.
- Im Behandlungsfall nicht neben der Erstverordnung derselben DiGA (GOP 01470) berechnungsfähig.
- Mehrfachabrechnung der Pauschale bei einem Versicherten bei unterschiedlichen DiGA möglich.

86701 (2,00 Euro) „Erstverordnung einiger vorläufiger DiGA durch Kinderärzte“

- Diese Pauschale entspricht dem Leistungsinhalt der GOP 01470.

In der Anlage 34 zum BMV-Ä wird die Vergütung der ärztlichen Leistungen und deren Berechnung im Zusammenhang mit den DiGA geregelt, die vorläufig zur Erprobung in das BfArM-Verzeichnis aufgenommen werden.

Vorläufig aufgenommene DiGA, für die das BfArM ärztliche bzw. psychotherapeutische Leistungen bestimmt hat:

DiGA	Anwendung	Vergütung
Zanadio	Adipositas	Erstverordnung = GOP 01470
Invirto - Die Therapie gegen Angst	Agoraphobie mit und ohne Panikstörung/Soziale Phobien	ärztliche Leistung = 86700
Cankado Pro-React Onco	Bösartige Neubildung der Brustdrüse	
Oviva Direkt für Adipositas	Adipositas	



DiGA	Anwendung	Vergütung
compagnion patella (auch für 12- bis 17-Jährige)	Krankheiten im Patellofemoralbereich/ Chondromalacia patellae/ Tendinitis der Patellarsehne	Für Erwachsene: Erstverordnung = GOP 01470 ärztliche Leistung = 86700
Mawendo (auch für 12- bis 17-Jährige)	Krankheiten der Patella	Für Kinder: Erstverordnung = 86701
Rehappy (auch für 12- bis 17-Jährige)	Ischämie	ärztliche Leistung = 86700

Neues Zweitmeinungsverfahren bei kathetergestützten elektrophysiologischen Herzuntersuchungen und Ablationen am Herzen ab 31.05.2022

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat den Anspruch auf eine unabhängige Zweitmeinung bei kathetergestützten elektrophysiologischen Herzuntersuchungen und Ablationen am Herzen beschlossen. Das neue Zweitmeinungsverfahren ist zum 31.05.2022 per Beschluss in Kraft getreten.

GOP	Bezeichnung	Datum Inkrafttreten
88200A	Zweitmeinungsverfahren bei einer bevorstehenden Mandeloperation	01.01.2019
88200B	Zweitmeinungsverfahren bei einer bevorstehenden Gebärmutterentfernung	01.01.2019
88200C	Zweitmeinungsverfahren bei einer bevorstehenden Schulterarthroskopie	20.02.2020
88200D	Zweitmeinungsverfahren bei einer bevorstehenden Amputation beim Diabetischen Fußsyndrom	01.07.2021
88200E	Zweitmeinungsverfahren bei geplantem Kniegelenkersatz	12.01.2021
88200F	Zweitmeinungsverfahren vor geplanten Eingriffen an der Wirbelsäule	19.11.2021
88200G	bei kathetergestützten elektrophysiologischen Herzuntersuchungen und Ablationen am Herzen	31.05.2022

Generell gilt folgende Verfahrensweise:

Für die Aufklärung und Beratung sowie Befundaushändigung im Zusammenhang mit einem ärztlichen Zweitmeinungsverfahren kann vom indikationsstellenden Arzt „**Erstmeiner**“ die GOP 01645A, GOP 01645B, GOP 01645C, GOP 01645D, GOP 01645E, GOP 01645F oder GOP 01645G je nach Indikation einmal im Krankheitsfall abgerechnet werden.

Der **Zweitmeinungsarzt** benötigt auf Antrag eine Genehmigung der KV, die Leistungen des Zweitmeinungsverfahrens abrechnen zu können. Berechnungsfähig sind jeweils die zutreffende Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale sowie die GOP für ggf. medizinisch notwendige Untersuchungsleistungen. Die ggf. medizinisch notwendigen Untersuchungsleistungen setzen die Angabe einer medizinischen Begründung in der Abrechnung voraus. Zusätzlich erfolgt eine indikationsspezifische Kennzeichnung der Leistungen des Zweitmeinungsverfahrens über GOP 88200A, GOP 88200B, GOP 88200C, GOP 88200D, GOP 88200E, GOP 88200F oder **Neu:** GOP 88200G.

Wird der Patient neben dem Zweitmeinungsverfahren auch darüber hinaus behandelt, erfolgt die differenzierte Kennzeichnung der einzelnen Leistungen des Zweitmeinungsverfahrens mittels Begründungstext hinter diesen betreffenden GOP. Im "freien Begründungstext" (KVDT-Feldkennung 5009) wird der Text "88200A", "88200B", "88200C", "88200D", "88200E", „88200F“ oder „88200G“ je zutreffender GOP angegeben.



Anpassung der ePA – Erstbefüllungsvereinbarung ab 18.06.2022

In der Erstbefüllungsvereinbarung zur elektronischen Patientenakte (ePA) wurde die Detailänderung, dass die parallele Abrechnung der GOP 01431 und GOP 01648 im Behandlungsfall ausgeschlossen ist, angepasst. Nach dem EBM ist eine parallele Berechnung der GOP 01431 und GOP 01648 nur im Arztfall ausgeschlossen.

Ab 18.06.2022 wurde die ePA-Vereinbarung an die Bestimmung im EBM angepasst und bezieht sich somit künftig ebenfalls auf den Arztfall (und nicht mehr auf den Behandlungsfall).

Beratungs- und Laborleistungen zur nicht-invasiven Pränataldiagnostik zur Bestimmung des Risikos autosomaler Trisomien 13, 18 und 21 mittels NIPT ab 01.07.2022

Die Beratungs- und Laborleistungen nicht-invasiver Pränataldiagnostik zur Bestimmung des Risikos autosomaler Trisomien 13, 18 und 21 mittels eines molekulargenetischen Tests (NIPT) für die Anwendung bei Schwangerschaften mit besonderen Risiken wird zum 01.07.2022 Kassenleistung. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hatte bereits 2019 beschlossen, dass der vorgeburtliche Bluttest auf die Trisomien 13, 18 und 21 in begründeten Einzelfällen und nach ärztlicher Beratung Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung wird. Nun hat der Bewertungsausschuss die Kassenübernahme ab 01.07.2022 beschlossen.

Der nicht-invasive Pränataltest auf Trisomien 13, 18 und 21 gehört nicht zu den allgemein empfohlenen Vorsorgeuntersuchungen für alle Schwangeren. Die gesetzlichen Krankenkassen bezahlen ihn künftig, wenn „eine Frau gemeinsam mit ihrer Ärztin oder ihrem Arzt zu der Überzeugung kommt, dass der Test in ihrer persönlichen Situation notwendig ist“, heißt es in der Versicherteninformation „Bluttest auf Trisomien - Der nicht-invasive Pränataltest auf Trisomie 13,18 und 21“. Der Test kann dann durchgeführt werden, wenn er geboten ist, um der Schwangeren eine Auseinandersetzung mit ihrer individuellen Situation hinsichtlich des Vorliegens einer Trisomie im Rahmen der ärztlichen Begleitung zu ermöglichen. Eine statistisch erhöhte Wahrscheinlichkeit für eine Trisomie allein reicht für die Anwendung dieses Tests nicht aus.

Mit der Untersuchung an fetaler DNA aus mütterlichem Blut auf die Trisomien 13, 18 und 21 sollen invasive pränataldiagnostische Maßnahmen (z.B. Fruchtwasseruntersuchungen) vermieden werden.

Versicherteninformation: <https://www.g-ba.de/richtlinien/anlage/318/>

GOP 01789 - Beratungsleistung

- Beratung nach dem GenDG zum nicht-invasiven Pränataltest zur Bestimmung des Risikos autosomaler Trisomien 13, 18 und 21 gemäß B und Anlage 8 der Mutterschafts-Richtlinien
- je vollendete fünf Minuten Gesprächsdauer einmal abrechenbar
- höchstens viermal je Schwangerschaft berechnungsfähig
- Bewertung: 84 Punkte

GOP 01790 - Beratungsleistung

- Beratung nach dem GenDG bei Vorliegen eines positiven nicht-invasiven Pränataltests zur Bestimmung des Risikos autosomaler Trisomien 13, 18 und 21 gemäß B und Anlage 8 der Mutterschafts-Richtlinien
- je vollendete zehn Minuten Gesprächsdauer einmal abrechenbar
- höchstens viermal je Schwangerschaft berechnungsfähig
- Bewertung: 166 Punkte

GOP 01870 - Laboruntersuchung

- pränatale Untersuchung fetaler DNA aus mütterlichem Blut auf das Vorliegen einer Trisomie 13,18 oder 21 gemäß der Mutterschafts-Richtlinien
- einmal je Schwangerschaft und höchstens zweimal im Krankheitsfall berechnungsfähig
- Bewertung: 1.642 Punkte



Die **GO Pen 01789 und 01790** sind nur von Fachärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe berechnungsfähig, die die Qualifikationsvoraussetzung zur fachgebundenen genetischen Beratung gemäß Gendiagnostikgesetz und Richtlinie der Gendiagnostikkommission erfüllen, oder Fachärzte für Humangenetik oder auf dem Fachgebiet entsprechend qualifizierte Ärzte mit der Zusatzbezeichnung Medizinische Genetik sind.

Die **GO 01870** ist nur von Fachärzten für Humangenetik oder Fachärzten für Laboratoriumsmedizin berechnungsfähig.

Erdnussallergie bei Kindern und Jugendlichen: Neue Leistungen für orale Immuntherapie ab 01.07.2022

Für die orale Hyposensibilisierungsbehandlung einer Erdnussallergie mit dem Wirkstoff AR101 werden zum 01.07.2022 die GO Pen 30133 und 30134 in den EBM aufgenommen. Das Medikament mit dem Handelsnamen Palforzia® ist für Patienten mit einer bestätigten Erdnussallergie indiziert, die zu Beginn der Therapie zwischen vier und 17 Jahre alt sind.

Die GO Pen 30133 und 30134 können nur von folgenden Fachärzten berechnet werden:

- Fachärzten für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde,
- Fachärzten für Haut- und Geschlechtskrankheiten,
- Vertragsärzten mit der Zusatzbezeichnung Allergologie,
- Fachärzten für Innere Medizin mit Schwerpunkt Pneumologie und Lungenärzte,
- Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin

GO 30133 Orale Hyposensibilisierungsbehandlung bei Therapieeinleitung - 62 Punkte

Die GO ist am Tag der initialen Aufdosierung sowie bei erforderlicher erneuter initialer Aufdosierung gemäß aktuell gültiger Fachinformation mit Angabe des Behandlungszeitpunktes bis zu viermal berechnungsfähig.

GO 30134 Orale Hyposensibilisierungsbehandlung - 156 Punkte

Die GO ist nach Gabe der letzten Dosis am Tag der initialen Aufdosierung, nach Gabe der ersten Dosis jeder neuen Dosissteigerungsstufe sowie nach Wiederaufnahme der Therapie gemäß aktuell gültiger Fachinformation mit Angabe des Behandlungszeitpunktes jeweils einmal berechnungsfähig.

Aufgrund des Risikos allergischer Reaktionen müssen Behandlungsbeginn und Dosissteigerungen unter ärztlicher Aufsicht stattfinden. Ärztinnen und Ärzte, die die Behandlung durchführen, müssen für den Notfall sicherstellen, dass eine Schockbehandlung und Intubation möglich sind.

Anpassungen des Nukleinsäurenachweises der Erreger SARS-CoV-2 ab 01.07.2022

Die GO 32816 für den Nukleinsäurenachweis des beta-Coronavirus SARS-CoV-2-PCR-Tests wird die Vergütung zum 01.07.2022 auf 27,30 Euro pro Test abgesenkt. Zudem werden die Anmerkung 2 und 5 der GO 32816 gestrichen. Die Veranlassung dieser kurativen Laborleistung erfolgt also nach der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall.

Anpassung des Nukleinsäurenachweises HPV-Test ab 01.07.2022

Der Nukleinsäurenachweis HPV-Test zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs wird ab 01.07.2022 höher vergütet.

Beim präventiven HPV-Test nach GO 01763, 01767 und der Genotypisierung bei positivem HPV-Test nach der GO 01769 steigt die Vergütung auf 168 Punkte.

Für den kurativen HPV-Test nach der GO 32819 wird die Vergütung auf 21 Euro angehoben.



Vergütung für weitere drei digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) „Vivira, Selfapys Online-Kurs bei Depressionen und HelloBetter Panik“ geregelt ab 01.07.2022

1. Neuaufnahme der GOP 01472 für die Verlaufskontrolle und Auswertung bei der DiGA „Vivira“

- die GOP 01472 wird mit 64 Punkten bewertet
- ist von Hausärzten, Internisten ohne Schwerpunkt, Orthopäden und Fachärzten für Chirurgie berechnungsfähig
- Mindestalter des Patienten ist 18 Jahre (Nutzungsbestimmung der DiGA)
- die GOP ist einmal im Behandlungsfall berechnungsfähig, jedoch höchstens zweimal im Krankheitsfall
- diese Verlaufskontrolle kann nicht im Rahmen einer Videosprechstunde erfolgen

2. Bestehende GOP 01470 für Erstverordnung bei allen drei neuen DiGA berechnungsfähig

Für alle dauerhaft in das DiGA-Verzeichnis aufgenommenen Webanwendungen ist für die Erstverordnung der jeweiligen DiGA die GOP 01470 des EBM berechnungsfähig. Diese GOP wurde im März 2021 durch den erweiterten BA in den EBM aufgenommen und ist befristet bis zum 31.12.2022 berechnungsfähig. Da das BfArM für die Versorgung mit den DiGA „Selfapy Online-Kurs bei Depression“ und „HelloBetter Panik“ keine erforderlichen ärztlichen Tätigkeiten bestimmt hat, wurden dafür keine gesonderten Leistungen in den EBM aufgenommen.

Anpassung der strahlentherapeutischen Leistungen des Kapitels 25 ab 01.07.2022

Der Bewertungsausschuss hat die Leistungsbedarfsentwicklung bei der Strahlentherapie erneut überprüft und weitere Anpassungen der strahlentherapeutischen Leistungen des Kapitels 25 EBM beschlossen:

Anpassungen der strahlentherapeutischen Leistungen:

- Überführung der GOP 25318 „Bestrahlung mit bildgeschützter Einstellung (IGRT)“ in die GOP 25316 „Bestrahlung mit einem Linearbeschleuniger bei gutartigen Erkrankungen“.
- Überführung der GOP 25325 „Bestrahlung in Hochpräzisionstechnik (IMRT)“, GOP 25326 „Bestrahlung mit bildgeschützter Einstellung (IGRT)“ und GOP 25327 „Bestrahlung in Hochpräzisionstechnik in Kombination mit bildgestützter Einstellung (IMRT und IGRT)“ in die GOP 25321 „Bestrahlung mit einem Linearbeschleuniger bei bösartigen Erkrankungen oder bei raumfordernden Prozessen des zentralen Nervensystems“.

Anpassung der Bewertung:

GOP	Bewertung bis 30.06.2022	Bewertung ab 01.07.2022
25316	385 Punkte	440 Punkte
25317	177 Punkte	204 Punkte
25321	771 Punkte	960 Punkte
25324	212 Punkte	241 Punkte
25328	430 Punkte	480 Punkte
25340	200 Punkte	120 Punkte
25341	3.078 Punkte	3.463 Punkte
25342	4.200 Punkte	4.744 Punkte
25343	5.101 Punkte	1.245 Punkte



Die Finanzierung der strahlentherapeutischen Leistungen erfolgt ab dem 01.01.2023 wieder außerhalb der MGV. Der Hygienezuschlag nach der GOP 25215 bleibt davon unberücksichtigt und wird weiterhin innerhalb der MGV vergütet.

Videosprechstunde im organisierten Bereitschaftsdienst ab 01.07.2022

Ab 01.07.2022 werden die Bereitschaftsdienst-Pauschalen auch bei Durchführung im Rahmen einer Videosprechstunde berechnungsfähig sein.

Auf dieser Grundlage wird die KV Thüringen eine neue Bereitschaftsdienst-Art, den Videobereitschaftsdienst zum 01.10.2022 schaffen. Näheres dazu erfahren Sie im Laufe des 3. Quartals 2022.

Zu den Details der EBM-Änderung:

- Anpassung der GOP 01210 und 01212 bzgl. des Arzt-Patienten-Kontaktes im Rahmen einer Videosprechstunde.
- Abschlag von 10 Prozent auf die Bewertungen der GOP 01210 und GOP 01212 bei Fällen mit ausschließlichen Arzt-Patienten-Kontakten per Videosprechstunde (Kennzeichnung des Falles mit der GOP 88220 notwendig).
- Erfolgt im Behandlungsfall ein weiterer Arzt-Patienten-Kontakt in einer Videosprechstunde im organisierten Bereitschaftsdienst, ist der Technikzuschlag auch im Zusammenhang mit den Notfallkonsultationspauschalen (GOP 01214, GOP 01216 sowie GOP 01218) berechnungsfähig.
- Konkretisierung, dass die Schweregradzuschläge nach GOP 01223 bis GOP 01226 nicht per Videobereitschaftsdienst abrechenbar sind.
- Keine Obergrenzen für Videosprechstunden im Bereitschaftsdienst.
- Nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser dürfen im Notfall (nicht Bereitschaftsdienst) keine Videosprechstunde durchführen. Hier sind die GOP 01210 und GOP 01212 weiterhin ausschließlich im persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt berechnungsfähig.
- Auch im organisierten Not(-fall)dienst dürfen Videosprechstunden nur mit Videodienstanbietern durchgeführt werden, die gemäß Anlage 31b zum Bundesmantelvertrag-Ärzte zertifiziert sind.

Den genauen Wortlaut der Beschlüsse können Sie im Internetportal des Institut des Bewertungsausschusses <http://institut-ba.de/ba/beschluesse.php> nachlesen.