B E S C H L U S S

des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 726. Sitzung am 14. August 2024

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 2025

mit Wirkung zum 1. Januar 2025

---

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 2024 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 01858, 01859, 01907, 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. 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),
15. Leistungen der Nephrologie und Dialyse (Abschnitt 13.3.6 EBM mit Ausnahme der GOP 13594 bis 13598, 13620 bis 13622 sowie 13970 bis 13972),
16. 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),
17. Transurethrale Therapie mit Botulinumtoxin (GOP 08311T, 08312, 08313, 26310T, 26311T, 26316, 26317 und 40161),
18. Verordnung von medizinischer Rehabilitation (GOP 01613),
19. Leistungen im Zweitmeinungsverfahren, mit Ausnahme von Mandeloperationen (Tonsillektomie, Tonsillotomie), Gebärmutterentfernungen (Hysterektomien), arthroskopischen Eingriffen an der Schulter, Implantationen einer Knieendoprothese, Amputationen beim diabetischen Fußsyndrom, sowie Eingriffen an der Wirbelsäule, ab 01.04.2025 ferner mit Ausnahme von kathetergestützten elektrophysiologischen Herzuntersuchungen und Ablationen am Herzen, ab 01.07.2025 ferner mit Ausnahme von Implantationen eines Herzschrittmachers oder eines Defibrillators,
20. Neuropsychologische Leistungen (Abschnitt 30.11 EBM sowie GOP 30936 und 30937),
21. HIV-Resistenztestung (GOP 32821),
22. Osteodensitometrie zum Zweck der Optimierung der Therapieentscheidung (GOP 34601),

23. Intravitreale Medikamenteneingabe (GOP 06334, 06335, 31371 bis 31373 sowie 36371 bis 36373),
24. Weiterführende sozialpädiatrisch orientierte Versorgung (GOP 04356),
25. Zuschläge zur Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung (GOP 05222, 06222, 07222, 08222, 09222, 10222, 13222, 13296, 13346, 13396, 13496, 13544, 13596, 13646, 13696, 16217, 18222, 20222, 21219, 21226, 22218, 23218, 26222 und 27222),
26. Diagnostische Positronenemmissionstomographie (PET) mit technischer Bildfusion einer diagnostischen Computertomographie (CT) (Abschnitt 34.7 EBM (mit Ausnahme der GOP 34720 und 34721) sowie GOP 40584),
27. Spezialisierte geriatrische Diagnostik und Versorgung (Abschnitt 30.13 EBM),
28. Besondere genetische Untersuchungen (GOP 11601, 32865 und 32911, Abschnitt 19.4.4 EBM sowie GOP 19457 bis 19459),
29. Leistungen zur Förderung der Delegation (GOP 38200, 38202, 38205 und 38207),
30. Kooperations- und Koordinationsleistungen (Abschnitt 37.2 EBM),
31. Herzkatheteruntersuchung (GOP 40306),
32. Medikationsplan (GOP 01630, 03222, 04222, 05227, 06227, 07227, 08227, 09227, 10227, 13227, 13297, 13347, 13397, 13497, 13547, 13597, 13647, 13697, 16218, 18227, 20227, 21227, 21228, 22219, 26227, 27227 und 30701),
33. Anleitung zur Selbstanwendung eines Real-Time-Messgerätes zur kontinuierlichen interstitiellen Glukosemessung (GOP 03355, 04590 und 13360),
34. Videosprechstunde und Videofallkonferenz (GOP 01444, 01450, 40128 und 40129),
35. Psychotherapeutische Sprechstunde und psychotherapeutische Akutbehandlung (GOP 35151 und 35152),
36. Epilation mittels Lasertechnik bei Mann-zu-Frau-Transsexualismus (GOP 02325 bis 02328),
37. Besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung (Abschnitt 37.3 EBM sowie GOP 37307),
38. HLA-Antikörperdiagnostik (GOP 32915 bis 32918, 32939 bis 32943 sowie 32948 bis 32950),
39. Notfalldatenmanagement (GOP 01640 bis 01642),
40. Messung der myokardialen fraktionellen Flussreserve bei koronarer Herzkrankheit (GOP 34298 und 40301),

41. Extrakorporale Stoßwellentherapie bei Fasciitis plantaris (GOP 30440),
42. Versorgungsplanung gemäß der Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V (GOP 37400),
43. Leistungen, die gemäß Fachinformation des Arzneimittels bzw. Empfehlungen des Bundesinstitutes für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) zu seiner Anwendung zwingend erforderlich sind (GOP 01540 bis 01546, 01549, 02102, 04538, 13678, 30133, 30134, 30320 bis 30323, 30326, 32674, 32820, 32867 bis 32869, 33105, 34720, 34721, 40167 und 40585),
44. Hornhautvernetzung mit Riboflavin (GOP 06362 und 40681),
45. HIV-Präexpositionsprophylaxe (Abschnitt 1.7.8 EBM),
46. Nukleinsäurenachweis von HIV-RNA (GOP 32850),
47. Optische Kohärenztomographie (GOP 06336 bis 06339),
48. Biomarkerbasierter Test beim primären Mammakarzinom (GOP 08347, 13507, 19503 bis 19506),
49. Untersuchung auf das Vorliegen einer Infektion mit dem beta-Coronavirus SARS-CoV-2 (GOP 32779 und 32816),
50. 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),
51. Vakuumversiegelungstherapie von Wunden (GOP 02314 und 40900 bis 40903),
52. Videokonsilium gemäß § 1 Abs. 5 der Telekonsilien-Vereinbarung (GOP 01670 bis 01672),
53. Einsatz von Tumortherapiefeldern beim Glioblastom (Abschnitt 30.3.2 EBM),
54. Erstbefüllung und Unterstützungsleistungen im Zusammenhang mit der elektronischen Patientenakte (GOP 01431 und 01647, bis 14.01.2025: GOP 01648),
55. Leistungen im Zusammenhang mit digitalen Gesundheitsanwendungen (GOP 01471 bis 01478, 30780 und 30781),
56. 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),

57. Interstitielle LDR-Brachytherapie mit permanenter Seed-Implantation zur Behandlung von Patienten mit lokal begrenztem Prostatakarzinom (GOP 25335 und 25336),

58. 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),

59. 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),

60. Telemonitoring bei Herzinsuffizienz (GOP 03325, 03326, 04325, 04326, 13578, 13579, 13583 bis 13587 und 40910),

61. 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),

62. Leistungen im Zusammenhang mit der Verordnung von außerklinischer Intensivpflege (Abschnitt 37.7 EBM sowie GOP 09315A und 13662A/K),

63. Begleitung im Krankenhaus aus medizinischen Gründen (GOP 01615),

64. Leistungen der invasiven Kardiologie (GOP 01521, 01522, 34291 und 34292),

65. Leistungen der externen elektrischen Kardioversion (GOP 04421, 05310E, 05341E, 13552, 33022E und 33023E),

66. Leistungen der Nachbeobachtung oder Überwachung (GOP 01500 bis 01503),

67. Leistungen im Rahmen von Kooperationsvereinbarungen zum Kinder- und Jugendschutz (GOP 01681 und 01682),

68. Laborgrundpauschalen für bestimmte Auftragsleistungen (GOP 01700 und 01701),

69. Meldung implantatbezogener Maßnahmen gemäß den Vorgaben des Implantateregistergesetzes (GOP 01965 und 40162),

70. Definierte ambulant durchführbare Operationen, sonstige stationsersetzende Eingriffe und stationsersetzende Behandlungen bei Erbringung innerhalb bzw. außerhalb des AOP-Vertrags (GOP 02344, 33040C, 33042C/D, 33043C/D/E, 33050C, 33091C, 33092C, 34290, 34430C, 34441C und 34442C).

Aktuell wird überprüft, ob die Mengenentwicklung der Leistungen nach der Ziffer 14 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. Empfehlung zur Überführung von Leistungen in die morbiditätsbedinge Gesamtvergütung nach erfolgter Prüfung

Der Bewertungsausschuss gibt nach erfolgter Prüfung für die Leistungen

- Verordnung von Cannabis (GOP 01626)
- Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektion (GOP 01650),
- Kapselendoskopie (GOP 04528, 04529, 13425 und 13426),
- Balneophototherapie (GOP 10350),
- Hyperbare Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom (GOP 30210, 30212, 30216 und 30218),
- MRSA-Diagnostik und Therapie (Abschnitt 30.12 EBM sowie GOP 30960 und 30961),
- 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),
- Telekonsiliarische Befundbeurteilung von Röntgen- und CT-Aufnahmen (Abschnitt 34.8 EBM),

zum 1. Januar 2025 folgende Empfehlung gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 3 SGB V bzw. § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V i. V. m. § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 SGB V ab:

1. Die Vergütung der Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 01626, 01650, 10350, 13425, 13426, 30210, 30212, 30216, 30218, 30960, 30961 und 40582 sowie der Abschnitte 30.12 und 34.8 EBM erfolgt ab dem 1. Januar 2025 innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Bei der Überführung der Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 01626, 01650, 10350, 13425,

13426 30210, 30212, 30216, 30218, 30960, 30961 und 40582 sowie der Abschnitte 30.12 und 34.8 EBM in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung ist das vom Bewertungsausschuss in seiner 383. Sitzung am 21. September 2016, zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 654. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), bzw. entsprechender Folgebeschlüsse, unter Nr. 2.2.1.2 beschlossene Verfahren zur Berücksichtigung einer geänderten Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung anzuwenden.

2. Die Vergütung der Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 04528 und 04529 erfolgt ab dem 1. Januar 2025 innerhalb der auf die Leistungen der Kinder- und Jugendmedizin entfallenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Bei der Überführung der Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 04528 und 04529 in die auf die Leistungen der Kinder- und Jugendmedizin entfallende morbiditätsbedingte Gesamtvergütung ist das vom Bewertungsausschuss in seiner 653. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), bzw. entsprechender Folgebeschlüsse, unter Nr. 5 beschlossene Verfahren anzuwenden.

4. Inkrafttreten

Dieser Beschluss tritt mit Wirkung zum 1. Januar 2025 in Kraft.

Entscheidungserhebliche Gründe

zum Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 726. Sitzung am 14. August 2024 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 2025 mit Wirkung zum 1. Januar 2025

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 in Nummer 2 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 664. Sitzung am 9. August 2023 für das Jahr 2024 vorgegebene Abgrenzung – unter Berücksichtigung erforderlich gewordener Aktualisierungen – fort.

Gemäß Nummer 3 des Beschlusses werden mit Wirkung zum 1. Januar 2025 folgende Leistungen in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung überführt.

Verordnung von Cannabis:
Mit Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 405. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) wurden die Leistungen nach der Gebührenordnungsposition 01626 mit Wirkung zum 1. Oktober 2017 in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) aufgenommen und zunächst außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen vergütet. Die extrabudgetäre Vergütung ist dabei gemäß Empfehlung des Bewertungsausschusses in seiner 405. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) Nummer

5 so lange vorgesehen, bis die Mengenentwicklung eine weitere extrabudgetäre Vergütung nicht erfordert.

Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektion:
Mit Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 429. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) wurden die Leistungen nach der Gebührenordnungsposition 01650 mit Wirkung zum 1. Januar 2018 in den EBM aufgenommen und zunächst außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen vergütet. Die extrabudgetäre Vergütung ist dabei gemäß Teil B des benannten Beschlusses Nummer 2 so lange vorgesehen, bis die Mengenentwicklung eine weitere extrabudgetäre Vergütung nicht erfordert.

Kapselendoskopie:
Mit Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 328. Sitzung am 25. Juni 2014 wurden die Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 04528, 04529, 13425 und 13426 mit Wirkung zum 1. Juli 2014 in den EBM aufgenommen und zunächst außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen vergütet. Die extrabudgetäre Vergütung ist dabei gemäß Empfehlung des Bewertungsausschusses in seiner 328. Sitzung am 25. Juni 2014 Nummer 6 so lange vorgesehen, bis die Mengenentwicklung eine weitere extrabudgetäre Vergütung nicht erfordert.

Balneophototherapie:
Mit Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 225. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) wurden die Leistungen nach der Gebührenordnungsposition 10350 mit Wirkung zum 1. Oktober 2010 in den EBM aufgenommen und zunächst außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen vergütet. Die extrabudgetäre Vergütung ist dabei gemäß Durchführungsempfehlung des Bewertungsausschusses in seiner 225. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) Nummer 5 so lange vorgesehen, bis der Bewertungsausschuss eine Überführung vorsieht.

Hyperbare Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom:
Mit Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 426. Sitzung am 18. September 2018 wurden die Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 30210, 30212, 30216 und 30218 mit Wirkung zum 1. Oktober 2018 in den EBM aufgenommen und zunächst außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen vergütet. Die extrabudgetäre Vergütung ist dabei gemäß Teil B des benannten Beschlusses Nummer 2 so lange vorgesehen, bis die Mengenentwicklung eine weitere extrabudgetäre Vergütung nicht erfordert.

MRSA-Diagnostik und Therapie:
Mit Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 323. Sitzung am 25. März 2014 wurden die Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 30960 und 30961 sowie des Abschnitts 30.12 EBM mit Wirkung zum 1. April 2014 in den EBM aufgenommen und zunächst außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen vergütet. Die

extrabudgetäre Vergütung ist dabei gemäß Empfehlung des Bewertungsausschusses in seiner 323. Sitzung am 25. März 2014 Nummer 5 so lange vorgesehen, bis der Bewertungsausschuss eine Überführung vorsieht.

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:
Mit Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 343. Sitzung am 27. Januar 2015 wurden die Leistungen nach der Gebührenordnungsposition 40582 mit Wirkung zum 1. April 2015 in den EBM aufgenommen und zunächst außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen vergütet. Die extrabudgetäre Vergütung ist dabei gemäß Empfehlung des Bewertungsausschusses in seiner 343. Sitzung am 27. Januar 2015 Nummer 5 so lange vorgesehen, bis die Mengenentwicklung eine weitere extrabudgetäre Vergütung nicht erfordert.

Telekonsiliarische Befundbeurteilung von Röntgen- und CT-Aufnahmen:
Mit Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 386. Sitzung am 12. Dezember 2016 wurden die Leistungen des Abschnitts 34.8 EBM mit Wirkung zum 1. April 2017 in den EBM aufgenommen und zunächst außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen vergütet. Die extrabudgetäre Vergütung ist dabei gemäß Empfehlung des Bewertungsausschusses in seiner 386. Sitzung am 12. Dezember 2016 Nummer 5 so lange vorgesehen, bis die Mengenentwicklung eine weitere extrabudgetäre Vergütung nicht erfordert.

Der Bewertungsausschuss hat die Mengenentwicklung dieser Leistungen überprüft und empfiehlt deren Überführung in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung. Der Verweis in Abschnitt 3 Nummer 2 des Beschlusses auf Nummer 5 des Beschlusses des Bewertungsausschuss in seiner 653. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), bzw. entsprechender Folgebeschlüsse, stellt klar, dass die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung für die Leistungen der Gebührenordnungspositionen 04528 und 04529 zu erhöhen ist und dabei das Volumen der Erhöhung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung in seiner gesamten Höhe dem Volumen der auf die Kinder- und Jugendmedizin entfallenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zugeordnet wird.

3. Inkrafttreten

Dieser Beschluss tritt mit Wirkung zum 1. Januar 2025 in Kraft.