

## Mehrkostenregelung Sonderlinsen bei intraocularen Eingriffen: Klarstellung im EBM

Die Gebührenordnungspositionen im EBM für bestimmte intraoculare Eingriffe sind auch dann berechnungsfähig, wenn Versicherte entsprechend ihrer gesetzlichen Wahlmöglichkeit statt einer Standardlinse eine Sonderlinse wählen und die damit zusammenhängenden Mehrkosten für ärztliche Leistungen und Sachmittel selbst tragen. Der Bewertungsausschuss hat hinsichtlich der gesetzlichen Mehrkostenregelung, die bereits seit 2012 besteht, eine klarstellende Regelung zum 1. April 2023 in den EBM aufgenommen. Details und Hintergrund stellen wir Ihnen nachfolgend vor.

### Mehrkostenregelung bei Sonderlinsen

Die Mehrkostenregelung bei Sonderlinsen geht auf das GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) von 2012 zurück (§ 33 Absatz 9 SGB V). Damit wurde festgelegt, dass die Krankenkassen nicht nur die Kosten bei der Versorgung mit einer Standardlinse, sondern auch die Kosten bei der Versorgung mit einer Sonderform der Intraokularlinse übernehmen, wenn Versicherte eine entsprechende Sonderlinse außerhalb der Regelversorgung wählen. Die Versicherten tragen nur noch den Differenzbetrag zwischen monofokaler Standard- und Sonderlinse sowie die Kosten des Mehraufwandes für sämtliche ärztliche Leistungen, die durch die Sonderlinse bedingt sind und nicht zum Umfang der Regelversorgung gehören.

### Details zum Beschluss

Der Bewertungsausschuss hat nun beschlossen, dass zum 1. April eine neue Nummer 18 in die Präambel 2.1 zum Anhang 2 EBM aufgenommen wird. Demnach sind bei intraocularen Eingriffen, deren Kategorie mit einem „A“ gekennzeichnet ist und für die keine medizinische Indikation für die Implantation einer Sonderform der Intraocularlinse vorliegt, auch dann die Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 31.2 oder 36.2 EBM berechnungsfähig, wenn die Implantation über das Maß des Notwendigen hinausgeht, weil Patienten eine Sonderform der Intraocularlinse wählen.

In diesen Fällen entfallen die Verpflichtungen zur medizinischen Begründung und zur Genehmigung durch die Krankenkasse, die nach Nummer 17 der Präambel 2.1 zum Anhang 2 EBM vorgesehen sind.

Die Eingriffe werden von den Ärzten mit einem „I“ gekennzeichnet. Mehrkosten für ärztliche Leistungen und Sachmittel in Zusammenhang mit diesen Eingriffen sind durch den Versicherten selbst zu tragen.

### Ablauf der Abrechnung in der Praxis

Mit dieser Klarstellung ist die folgende in der Praxis etablierte Verfahrensweise zur Abrechnung des Eingriffs untermauert. Nach den uns vorliegenden Informationen erhalten die Patienten vor der Operation einen Kostenvoranschlag nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) über sämtliche ärztliche Leistungen und nach Durchführung der Leistungen eine entsprechende Rechnung, in der alle Privatleistungen (präoperativ, operativ und postoperativ) einzeln aufgeführt werden. Von dem Gesamtbetrag der GOÄ-Leistungen werden die Beträge der GKV-Leistungen abgezogen (z. B. die Beträge der GOP 31351; 31719; 06333 und die vereinbarte Sachkostenpauschale). Der Rechnungsbetrag, den der Patient selbst tragen muss, weist damit lediglich die Mehrkosten aus, die den GKV-Anteil übersteigen. Gleichzeitig werden über die EBM-Abrechnung die GOP abgerechnet, deren Euro-Beträge von der Patientenrechnung abgezogen wurden.

### **Hinweis zur Veröffentlichung**

Das Institut des Bewertungsausschusses veröffentlicht den Beschluss auf seiner Internetseite (<https://institut-ba.de/ba/beschluesse.html>) und im Deutschen Ärzteblatt.