

Entscheidungserhebliche Gründe

zum Beschluss des ergänzten erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 5a SGB V in seiner 3. Sitzung am 7. Dezember 2016 zur Vergütung der Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b Abs. 6 Satz 8 SGB V mit Wirkung zum 1. April 2017

1. Rechtsgrundlage

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der GKV-Spitzenverband vereinbaren gemäß § 87 Abs. 5a SGB V im ergänzten Bewertungsausschuss Anpassungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) zur Vergütung der Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung gemäß § 116b SGB V.

2. Regelungshintergründe

Der Behandlungsumfang der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) ergibt sich gemäß § 5 der Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V (ASV-RL) erkrankungs- oder leistungsbezogen aus den jeweiligen Anlagen. Die im Appendix - Abschnitt 1 der jeweiligen Anlage aufgeführten EBM-Positionen definieren den Behandlungsumfang in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V. Zum Behandlungsumfang zählen zusätzlich die im Appendix - Abschnitt 2 aufgeführten Leistungen, die bislang keine Abbildung im EBM gefunden haben.

In mehreren Anlagen zur ASV-RL (z. B. Anlage 1.1 a) Tumorgruppe 1 Gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle und Anlage 1.1 a) Tumorgruppe 2 gynäkologische Tumoren) gehören die Vorhaltung der Rufbereitschaft im Notfall und das Durchführen von Qualitätskonferenzen zum Behandlungsumfang. Diese sind nicht als eigenständige Leistungen im gültigen EBM enthalten.

Zur Abbildung dieser anlagenübergreifenden Leistungen werden mit dem vorliegenden Beschluss ein neues Kapitel 51 „Anlagenübergreifende Gebührenordnungspositionen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV)“ in Bereich VII des EBM sowie der Abschnitt 51.1 „Strukturpauschalen in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV)“ aufgenommen. Die Gebührenordnungsposition (GOP) 51010 für die Vorhaltung einer 24-h-

Notfallversorgung mindestens in Form einer Rufbereitschaft und die GOP 51011 für die Durchführung von und Teilnahme an Qualitätskonferenzen gemäß § 10 Abs. 3 Buchstabe c ASV-RL zur Vergütung der Leistungen der ASV gemäß § 116b Abs. 6 Satz 8 SGB V werden in diesem neuen Abschnitt 51.1 in Kapitel 51 EBM abgebildet.

Diese Gebührenordnungspositionen können ausschließlich von einem Arzt des ASV-Kernteams für das gesamte ASV-Team berechnet werden. Dabei kann die Abrechnung entweder durch einen Arzt der Teamleitung oder durch ein anderes Mitglied des Kernteams, das als koordinierender Arzt festgelegt worden ist, übernommen werden.

Zudem wird mit diesem Beschluss ein Anhang 6 im Bereich VII EBM aufgenommen, um die Gebührenordnungspositionen zu den Anlagen der ASV-RL besser zuordnen zu können, um die Fachgruppen anlagenspezifisch zuzuordnen, für die die Leistungen im Rahmen der ASV berechnungsfähig sind, und um ggf. vorhandene Einschränkungen der Indikationen und sonstigen Anforderungen an die Leistungserbringung aus der ASV-RL abzubilden.

3. Inkrafttreten

Der Beschluss tritt mit Wirkung zum 1. April 2017 in Kraft.