

Entscheidungserhebliche Gründe

zum Beschluss des ergänzten Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 5a SGB V in seiner 84. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zur Vergütung der Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 8 SGB V mit Wirkung zum 1. Oktober 2022

1. Rechtsgrundlage

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der GKV-Spitzenverband vereinbaren im ergänzten Bewertungsausschuss gemäß § 87 Abs. 5a SGB V Anpassungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) zur Vergütung der Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) gemäß § 116b Abs. 6 Satz 9 SGB V.

2. Regelungshintergrund

Der Behandlungsumfang der ASV ergibt sich gemäß § 5 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses 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 ASV nach § 116b SGB V. Zum Behandlungsumfang zählen zusätzlich die im Appendix - Abschnitt 2 aufgeführten Leistungen, die bislang keine Abbildung im EBM gefunden haben.

Für die Leistungen des Appendix – Abschnitt 2 der Anlage 1.1 Buchstabe c – Chronisch entzündliche Darmerkrankungen der ASV-RL erfolgt die Neuaufnahme des Abschnitts 50.6 in den EBM.

3. Regelungsinhalte

In Nr. 1 des Beschlusses wird die Gebührenordnungsposition 50600 in den neuen Abschnitt 50.6 in Kapitel 50 EBM aufgenommen. Der Abschnitt 50.6 enthält Leistungen des Appendix – Abschnitt 2 gemäß ASV-RL zur Anlage 1.1 Buchstabe c – Chronisch entzündliche Darmerkrankungen. Die Gebührenordnungsposition 50600 dient der Vergütung von Leistungen im Zusammenhang mit bislang nicht im EBM abgebildeten

interdisziplinären CED-Fallkonferenzen nach der lfd. Nr. 1 des Appendix – Abschnitt 2 zur Anlage 1.1 Buchstabe c – Chronisch entzündliche Darmerkrankungen der ASV-RL. Über die Gebührenordnungsposition 50600 wird der Aufwand für die Vorstellung eines Patienten im Rahmen einer interdisziplinären CED-Fallkonferenz inklusive Vorbereitung vergütet. Sie kann nur von dem bzw. für den vorstellenden Arzt des Kernteams abgerechnet werden. Für die Teilnahme an einer CED-Fallkonferenz ohne Vorstellung eines Patienten ist die Gebührenordnungsposition nicht berechnungsfähig. Die ausschließliche Teilnahme ist mit der Abrechnung der für die einzelnen Arztgruppen vorgesehenen Gebührenordnungspositionen des Behandlungsumfanges nach der ASV-Richtlinie vergütet. Die Gebührenordnungsposition 50600 ist im Regelfall pro Patient im Kalendervierteljahr nur einmal berechnungsfähig. Bei medizinischer Notwendigkeit kann die Gebührenordnungsposition 50600 im Einzelfall höchstens zweimal pro Patient und Kalendervierteljahr abgerechnet werden. Die zweite Berechnung dieser Gebührenordnungsposition setzt eine schriftliche Begründung der medizinischen Notwendigkeit voraus.

In Nr. 2 des Beschlusses wird der Anhang 6 EBM entsprechend angepasst. Die Gebührenordnungsposition 50600 wird neu in den Anhang 6 EBM aufgenommen und der jeweiligen Anlage zur ASV-Richtlinie sowie der zur Abrechnung berechtigten Fachgruppe zugeordnet.

4. Inkrafttreten

Dieser Beschluss tritt zum 1. Oktober 2022 in Kraft.