

Entscheidungserhebliche Gründe

zum Beschluss des ergänzten Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 5a SGB V in seiner 11. Sitzung am 13. September 2016 zur Vergütung von Sachkosten der Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 8 SGB V mit Wirkung zum 1. Oktober 2016

1. Rechtsgrundlage

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

2. Regelungshintergründe

Mit dem vorliegenden Beschluss wird die Vergütung bzw. Erstattung der Sachkosten, die bei der Erbringung ärztlicher Leistungen in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung entstehen und die nicht in den in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung abrechnungsfähigen Gebührenordnungspositionen enthalten sind, geregelt. Hierzu wird eine neue Nummer 6 im Sinne Allgemeiner Bestimmungen in den Bereich VII „Ausschließlich im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) berechnungsfähige Gebührenordnungspositionen“ des EBM aufgenommen.

Zur Nummer 6.1:

Die Bestimmung nach Nummer 6.1 entspricht den Inhalten des Bereichs I „Allgemeine Bestimmungen“ der Nummern 7.1 und 7.2 EBM, wobei diese den Besonderheiten der Leistungserbringung in der ASV entsprechend angepasst wurden. So sind Kosten für Versandmaterial, für die Versendung bzw. den Transport des Untersuchungsmaterials und die Übermittlung des Untersuchungsergebnisses in der ASV beispielsweise innerhalb eines Krankenhauses nicht berechnungsfähig.

Zur Nummer 6.2:

Die Bestimmung nach Nummer 6.2 regelt die Bezugswege und Vergütung der Kosten, die gemäß Nummer 7.3 des Bereiches I „Allgemeine Bestimmungen“ des EBM nicht in den Gebührenordnungspositionen enthalten sind, soweit nichts anderes bestimmt ist.

Die Regelungen hinsichtlich des Sprechstundenbedarfes, einschließlich der Kontrastmittel gemäß Nummer 6.2.1 werden für an der ASV teilnehmende Vertragsärzte und Medizinische Versorgungszentren (MVZ) gemäß Nummer 6.2.1.1 sowie für teilnehmende Krankenhäuser gemäß Nummer 6.2.1.2 differenziert abgebildet. So finden für an der ASV teilnehmende Vertragsärzte und MVZ die regionalen Sprechstundenbedarfsvereinbarung und Vereinbarungen zur Vergütung von Kontrastmitteln aus dem vertragsärztlichen Versorgungsbereich entsprechende Anwendung.

Eine analoge Anwendung der regionalen Sprechstundenbedarfsvereinbarungen sowie Kontrastmittelvereinbarungen ist im stationären Sektor u.a. aufgrund organisatorischer Strukturen nicht möglich. Daher werden den an der ASV teilnehmenden Krankenhäusern die Kosten für Sprechstundenbedarf pauschal je Patient vergütet, wobei sich der Umfang des Sprechstundenbedarfes nach den regionalen Sprechstundenbedarfsvereinbarungen des vertragsärztlichen Versorgungsbereiches richtet. Die Kosten für Kontrastmittel sind für an der ASV teilnehmende Krankenhäuser gesondert nach Nummer 6.2.3 berechnungsfähig. Nummer 6.2.2 beinhaltet lediglich eine Klarstellung bezüglich der Verordnung und Kennzeichnung von zur Erbringung ärztlicher Leistungen erforderlichen Arzneimitteln und in die Arzneimittelversorgung nach § 31 SGB V einbezogenen Produkten, die weder mit der Gebührenordnungsposition vergütet noch als Sprechstundenbedarf bezogen bzw. vergütet werden.

In Nummer 6.2.3 sind zum einen die Kosten benannt, die von den Krankenkassen gesondert erstattet werden und zum anderen sind die Anforderungen zur Auswahl der Materialien, zur Aufbewahrung der rechnungsbegründenden Unterlagen, zu den notwendigen Informationen, die die Rechnung enthalten muss, sowie zur Weitergabe von Rabatten festgelegt.

Die Träger des ergänzten Bewertungsausschusses werden die Möglichkeit prüfen, ob für die nach Nummer 6.2.3 gesondert berechnungsfähigen Sachkosten eine bundeseinheitliche, gegebenenfalls indikationsbezogene Sachkostenpauschale für die im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 8 SGB V berechnungsfähigen Leistungen eingeführt werden kann. Näheres hierzu haben die Träger des ergänzten Bewertungsausschusses in den Protokollnotizen zum vorliegenden Beschluss festgelegt.

3. Inkrafttreten

Der Beschluss tritt mit Wirkung zum 1. Oktober 2016 in Kraft.