

Entscheidungserhebliche Gründe

zum Beschluss des ergänzten Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 5a SGB V in seiner 54. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zur Vergütung der Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b Abs. 6 Satz 8 SGB V

Teil A mit Wirkung zum 1. April 2020

Teil B mit Wirkung zum 7. April 2020

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 Bewertungsmaßstabes (EBM) zur Vergütung der Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) gemäß § 116b Abs. 6 Satz 9 SGB V. Gemäß § 116b Abs. 6 Satz 9 SGB V hat der ergänzte Bewertungsausschuss zu regeln, dass die in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung erbrachten Leistungen von den teilnehmenden Leistungserbringern abgerechnet werden können.

2. Regelungshintergründe

Der in den Anlagen 1.1 a) onkologische Erkrankungen – Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle, 1.1 a) onkologische Erkrankungen – Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren, 1.1 a) onkologische Erkrankungen – Tumorgruppe 3: urologische Tumoren, 1.1 a) onkologische Erkrankungen – Tumorgruppe 4: Hauttumoren, 1.1 a) onkologische Erkrankungen Tumorgruppe 5: Tumoren der Lunge und des Thorax, 1.1 b) rheumatologische Erkrankungen Erwachsene, 1.1 b) rheumatologische Erkrankungen Kinder und Jugendliche, 2 a) Tuberkulose und atypische Mykobakteriose, 2 b) Mukoviszidose (zystische Fibrose), 2 c) Hämophilie, 2 e) schwerwiegende immunologische Erkrankungen – Erkrankungsgruppe 1 Sarkoidose, 2 h) Morbus Wilson, 2 k) Marfan-Syndrom, 2 l) Pulmonale Hypertonie und 2 o) ausgewählte seltene Lebererkrankungen der ASV-RL anhand der Gebührenordnungspositionen des EBM spezifizierte Behandlungsumfang (Appendix - Abschnitt 1) basiert auf dem EBM einschließlich der Beschlussfassungen des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V, des erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V und

des ergänzten (erweiterten) Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 5a SGB V bis zum 30. Juni 2019 zu Änderungen des EBM mit Wirkung zum 1. Oktober 2019.

Der Bewertungsausschuss nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V hat in seiner 455. Sitzung am 11. Dezember 2019 zur Neufassung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) mit Wirkung zum 1. April 2020 den EBM hinsichtlich seiner Bewertungen sowie abrechnungsfähigen Leistungen überprüft und geändert.

3. Regelungsinhalt

Beschlussteil A

Mit dem vorliegenden Beschluss passt der ergänzte Bewertungsausschuss im Beschlussteil A die Berechnungsfähigkeit der Leistungen zu Abschnitt 1 der Appendizes der ASV-RL der am 1. April 2020 geltenden Anlagen der ASV-Richtlinie an.

Nr. 1 und Nr. 2: Die Leistungen zur ambulanten Betreuung nach den Gebührenordnungspositionen (GOP) 01510 bis 01512 sowie die Infusionsleistungen nach GOP 02100 und 02101 waren bisher fakultativer Leistungsinhalt der Versichertenpauschalen des Abschnitts 4.2 EBM. Diese Leistungen sind aufgrund der Neufassung des EBM seit dem 1. April 2020 für die Fachgruppe Kinder – und Jugendmedizin mit Schwerpunkt oder Zusatz-Weiterbildung gemäß Abschnitt 4.4 und 4.5 EBM nach der 3. Bestimmung zur Präambel 4.1 EBM als Einzelleistungen berechnungsfähig. Der ergänzte Bewertungsausschuss macht die GOP 01510 bis 01512, 02100 und 02101 für Ärzte der Fachgruppe Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt oder Zusatz-Weiterbildung gemäß Abschnitt 4.4 und 4.5 EBM berechnungsfähig, sofern diese gemäß den Anlagen der ASV-Richtlinie Mitglieder des Kernteams und berechtigt sind, die Versichertenpauschalen nach Abschnitt 4.2 EBM zu berechnen.

Gemäß Abschnitt 1 der Appendizes der Anlagen 2 b) Mukoviszidose (zystische Fibrose) und 2 l) Pulmonale Hypertonie der ASV-RL sind der Fachgruppe Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt oder Zusatz-Weiterbildung gemäß Abschnitt 4.4 und 4.5 EBM die GOP 01510 bis 01512 im spezifizierten Behandlungsumfang zugeordnet und somit nach dem EBM in der Fassung vom 1. April 2020 berechnungsfähig.

Nr. 3 Die spezifische allergologische Anamnese war bisher obligater Leistungsinhalt der GOP 30111 Allergologiediagnostik II. Diese ist künftig nach der im Abschnitt 30.1.1 EBM neuen GOP 30100 als Einzelleistung berechnungsfähig. Der ergänzte Bewertungsausschuss macht daher die GOP 30100 Spezifische allergologische Anamnese für abrechnungsberechtigte Fachgruppen der Anlage 2 b) Mukoviszidose (zystische Fibrose) der ASV-RL berechnungsfähig. Dies sind die Fachgruppen, die auch berechtigt sind, die GOP 30111 gemäß Abschnitt 1 des Appendix abzurechnen.

Die Vergütung der Sachkosten für die allergologische Basisdiagnostik mittels Pricktest erfolgte über die berechnungsfähigen GOP 04000, 13250 oder 30111. Die Sachkosten werden künftig über die im Abschnitt 40.7 EBM abgebildete GOP 40351 vergütet. Der ergänzte Bewertungsausschuss nimmt daher für die Anlagen 1.1 a) onkologische Erkrankungen – Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle, 1.1 a) onkologische Erkrankungen – Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren, 1.1 a) onkologische Erkrankungen – Tumorgruppe 3: urologische Tumoren, 1.1 a) onkologische Erkrankungen – Tumorgruppe 4: Hauttumoren, 1.1 b) rheumatologische Erkrankungen Erwachsene, 1.1 b) rheumatologische Erkrankungen Kinder und Jugendliche sowie für die Anlage 2 a) Tuberkulose und atypische Mykobakteriose, 2 c) Hämophilie, 2 h) Morbus Wilson, 2 k) Marfan-Syndrom, 2 l) Pulmonale Hypertonie und 2 o) ausgewählte seltene Lebererkrankungen die GOP 40351 für abrechnungsberechtigte Fachgruppen als berechnungsfähige GOP auf. Abrechnungsberechtigt sind die Fachgruppen, denen die GOP 13250, 30111 oder 04000 im spezifischen Behandlungsumfang im Abschnitt 1 der Appendizes zugeordnet sind.

Nr. 4: Die bisher über die GOP 13438 abgerechneten Leistungen können zukünftig über die bereits bestehende GOP 13437 im Abschnitt 1 des Appendix der Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen – Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle der ASV-RL abgebildete GOP abgerechnet werden.

Nr. 5: Im Rahmen der Neufassung des EBM wurde die GOP 13550 Zusatzpauschale Kardiologie II gestrichen. Die bisher über die GOP 13550 abgerechneten Leistungen können zukünftig über die GOP 13545 Zusatzpauschale Kardiologie I und über die in den Appendizes im Abschnitt 1 enthaltenen GOP 33030 Echokardiographie mit physikalischer Stufenbelastung bzw. GOP 33031 Echokardiographie mit pharmakainduzierter Stufenbelastung abgerechnet werden.

Beschlussteil B

Mit dem vorliegenden Beschluss passt der ergänzte Bewertungsausschuss im Beschlussteil B die Berechnungsfähigkeit der Leistungen im Abschnitt 1 der Appendizes der nach dem 1. April 2020 in Kraft getretenen Anlagen 1.1 a) onkologische Erkrankungen Tumorgruppe 5: Tumoren der Lunge und des Thorax und 2 e) schwerwiegende immunologische Erkrankungen – Erkrankungsgruppe 1 Sarkoidose der ASV-RL an.

Nr. 1: Die Leistungen zur ambulanten Betreuung nach den GOP 01510 bis 01512 sowie die Infusionsleistungen nach den GOP 02100 und 02101 waren bisher fakultativer Leistungsinhalt der Versichertenpauschalen des Abschnitts 4.2 EBM. Diese Leistungen sind seit dem 1. April 2020 im Rahmen der Anlage 2 e) schwerwiegende immunologische

Erkrankungen – Erkrankungsgruppe 1 Sarkoidose der ASV-RL für die Fachgruppe Kinder – und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie oder Kinder-Rheumatologie berechnungsfähig. Der ergänzte Bewertungsausschuss macht die GOP 01510 bis 01512, 02100 und 02101 für Ärzte der genannten Fachgruppe berechnungsfähig, sofern diese gemäß der Anlage 2 e) schwerwiegende immunologische Erkrankungen – Erkrankungsgruppe 1 Sarkoidose der ASV-RL Mitglieder des Kernteams und berechtigt sind, die Versichertenpauschalen nach Abschnitt 4.2 EBM zu berechnen.

Nr. 2: Die spezifische allergologische Anamnese war bisher obligater Leistungsinhalt der GOP 30110 Allergologiediagnostik I und 30111 Allergologiediagnostik II. Diese ist künftig nach der im Abschnitt 30.1.1 EBM neuen GOP 30100 als Einzelleistung berechnungsfähig. Der ergänzte Bewertungsausschuss macht daher die GOP 30100 Spezifische allergologische Anamnese für abrechnungsberechtigte Fachgruppen der ASV-RL berechnungsfähig. Dies sind die Fachgruppen, die auch berechtigt sind, die GOP 30110 oder 30111 gemäß Abschnitt 1 des Appendix der genannten Anlage abzurechnen. Mit der Vergütung der Anlage 2 e) schwerwiegende immunologische Erkrankungen – Erkrankungsgruppe 1 Sarkoidose GOP 30110 sowie 30111 waren bisher auch die Sachkosten zur Durchführung dieser Leistungen abgegolten. Künftig werden die Sachkosten über die im Abschnitt 40.7 EBM abgebildeten GOP 40350 und 40351 vergütet.

Die Vergütung der Sachkosten für die allergologische Basisdiagnostik mittels Pricktest im Rahmen der GOP 04000 und 13250 war bisher ebenso mit der Berechnung dieser GOP abgegolten. Die Sachkosten werden künftig separat über die im Abschnitt 40.7 EBM abgebildete GOP 40351 vergütet. Der ergänzte Bewertungsausschuss macht daher die GOP 40351 für abrechnungsberechtigte Fachgruppen der Anlagen 1.1 a) onkologische Erkrankungen Tumorgruppe 5: Tumoren der Lunge und des Thorax und 2 e) schwerwiegende immunologische Erkrankungen – Erkrankungsgruppe 1 Sarkoidose der ASV-RL berechnungsfähig, die auch berechtigt sind, die GOP 04000 und 13250 im Abschnitt 1 der Appendixes abzurechnen.

3. Inkrafttreten

Der Beschlussteil A tritt mit Wirkung zum 1. April 2020 in Kraft.

Der Beschlussteil B tritt mit Wirkung zum 7. April 2020 in Kraft.