

Entscheidungserhebliche Gründe

zum Beschluss des ergänzten Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 5a SGB V in seiner 102. 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. Juli 2024 und Teil B mit Wirkung zum 8. Mai 2024

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.

2. Regelungshintergründe und -inhalt

Teil A

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.

Mit dem Beschluss des ergänzten erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 3. Sitzung am 7. Dezember 2016 zur Vergütung der Leistungen der ASV nach § 116b Absatz 6 Satz 8 SGB V wurde die Aufnahme eines Anhangs 6 EBM festgelegt, der die Zuordnung der Gebührenordnungspositionen der Kapitel 50 und 51 zu den Anlagen der ASV-RL regelt.

In den Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) vom 21. Dezember 2023 zur Ergänzung der Anlage 1.1 – Buchstabe a onkologische Erkrankungen Tumorgruppe 9: Tumoren des Auges der ASV-RL und zur Ergänzung der

Anlage 1.2 Buchstabe b zerebrale Anfallsleiden (Epilepsie) der ASV-RL wurden verschiedene Gebührenordnungspositionen des Kapitels 51 EBM in die Appendizes aufgenommen. Diese im Abschnitt 1 des jeweiligen Appendix aufgeführten Leistungen des Kapitels 51 EBM werden durch den vorliegenden Beschluss des ergänzten Bewertungsausschusses zum nächstmöglichen Quartal nach Inkrafttreten des Beschlusses des G-BA in den Anhang 6 EBM aufgenommen und den abrechnungsberechtigten Fachgruppen zugeordnet.

Teil B

Der in den Anlagen 1.1 a) onkologische Erkrankungen Tumorgruppe 9: Tumoren des Auges und 1.2 b) zerebrale Anfallsleiden (Epilepsie) der ASV-RL anhand der Gebührenordnungspositionen des EBM spezifizierte Behandlungsumfang (Appendix - Abschnitt 1) basiert auf einem nicht mehr gültigen Stand des EBM. Mit Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 701. Sitzung Teil B zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) mit Wirkung zum 1. April 2024 hat der Bewertungsausschuss die Inhalte der GOP 40131 (Kostenpauschale für die postalische Versendung einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung im Zusammenhang mit einer Besuchsleistung nach den Gebührenordnungspositionen 01410, 01411, 01412, 01413, 01415 und 01418) in die gleich bewertete Kostenpauschale 40128 (Kostenpauschale für die postalische Versendung einer mittels Stylesheet erzeugten papiergebundenen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung gemäß § 4 Absatz 4.1.2 Anlage 2b BMV-Ä an den Patienten) integriert und die Gebührenordnungsposition (GOP) 40131 im Abschnitt 40.4 EBM gestrichen.

Der ergänzte Bewertungsausschuss folgt mit dem vorliegenden Beschluss dem Beschluss des Bewertungsausschusses und streicht die GOP 40131 mit Wirkung zum 8. Mai 2024 als abrechnungsfähige Leistung aus der ASV. Eine Änderung des vom Gemeinsamen Bundesausschuss spezifizierten Behandlungsumfangs gemäß § 5 der ASV-RL in den oben genannten Anlagen der ASV-RL erfolgt hierdurch nicht.

3. Inkrafttreten

Der Beschluss Teil A tritt mit Wirkung zum 1. Juli 2024 und Teil B zum 8. Mai 2024 in Kraft.