

BESCHLUSS

**des ergänzten erweiterten Bewertungsausschusses nach
§ 87 Abs. 5 a SGB V in seiner 2. Sitzung am 15. September 2015**

**zur Anpassung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes zur
Vergütung der Leistungen der ambulanten
spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116 b SGB V**

mit Wirkung zum 1. Oktober 2015

**Aufnahme einer Nummerierung und weiterer Nummern in den Bereich VII
„Ausschließlich im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung
(ASV) berechnungsfähige Gebührenordnungspositionen“ in den EBM**

2. Für an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte gilt in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) gemäß § 116 b SGB V Folgendes:

Für Gebührenordnungspositionen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab, die sich auf den Behandlungsfall beziehen, gilt in der ASV anstelle des Behandlungsfalls gemäß 3.1 der Allgemeinen Bestimmungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes der Arztfall gemäß nachstehender Definition: Der Arztfall umfasst die ambulante spezialfachärztliche Behandlung desselben Versicherten durch denselben an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt in einem Kalendervierteljahr zu Lasten derselben Krankenkasse.

3. Für teilnehmende Krankenhäuser gilt für Gebührenordnungspositionen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab, die sich auf den Behandlungsfall beziehen, anstelle des Behandlungsfalls gemäß 3.1 der Allgemeinen Bestimmungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes, der Fachgruppenfall. Der Fachgruppenfall umfasst die ambulante spezialfachärztliche Behandlung desselben Versicherten in einem Kalendervierteljahr durch dieselbe Fachgruppe eines Krankenhauses unabhängig vom behandelnden Arzt zu Lasten derselben Krankenkasse. Als Fachgruppe gelten entsprechend § 3 Abs. 3 Satz 2 der ASV-RL die Facharzt-, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen gemäß (Muster-) Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer laut Appendizes der ASV-RL.
4. Abweichend von Nr. 2 gilt für an der ASV teilnehmende Ärzte innerhalb einer Berufsausübungsgemeinschaft oder für an der ASV teilnehmende Ärzte innerhalb eines Medizinischen Versorgungszentrums der Fachgruppenfall nach Nr. 3.

5. Eine Gebührenordnungsposition im Einheitlichen Bewertungsmaßstab, die sich auf die einmalige Berechnung im Behandlungsfall bezieht, ist bei einer Behandlung im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung in demselben Quartal in einem ASV-Kernteam einmal je Arztfall nach Nr. 2 und einmal je Fachgruppenfall nach Nr. 3 und einmal je Fachgruppenfall nach Nr. 4 berechnungsfähig. Bei Mehrfachberechnung einer Gebührenordnungsposition durch dieselbe Fachgruppe im ASV-Kernteam erfolgt für alle Abrechnungen dieser Gebührenordnungsposition von der Punktzahl ein Abschlag in Höhe von 15 %.

Für eine Gebührenordnungsposition im Einheitlichen Bewertungsmaßstab, die sich auf die mehrmalige Berechnung im Behandlungsfall bezieht, gilt diese Abrechnungsbestimmung bzw. Anmerkung je Arztfall nach Nr. 2 und je Fachgruppenfall nach Nr. 3 und je Fachgruppenfall nach Nr. 4. Bei Überschreiten der maximalen Berechnungsfähigkeit dieser Gebührenordnungsposition innerhalb derselben Fachgruppe im ASV-Kernteam erfolgt für alle Abrechnungen dieser Gebührenordnungsposition von der Punktzahl ein Abschlag in Höhe von 10 %.

Protokollnotizen:

1. Das Institut des Bewertungsausschusses soll beauftragt werden, empirisch zu untersuchen, wie häufig Leistungen innerhalb der ASV, insbesondere Versicherten-, Grund- und Zusatzpauschalen, von mehreren ASV-Berechtigten innerhalb eines ASV-Kernteams abgerechnet werden und welche Gründe eine mögliche mehrfache Abrechnung von Leistungen innerhalb der ASV für einen im Rahmen der ASV versorgten Versicherten erklären können. Dabei sollen auch die Fachgruppen der ASV-Berechtigten, der Beginn der Erkrankung, der Zeitpunkt des Eintritts der Versicherten in die ASV-Versorgung, die Rolle von weiteren Erkrankungen der Versicherten (etwa konkretisiert durch Schlüsselnummern der ICD-10-GM, im Kollektivvertrag ebenso wie in der ASV-Versorgung) und die für die Versicherten in der ASV-Versorgung und im Kollektivvertrag erbrachten Leistungen im laufenden Quartal und in den vorhergehenden Quartalen näher analysiert werden. Gegenstand dieser Untersuchungen sind die Leistungen, die im Jahr 2016 innerhalb der ASV erbracht werden. Der ergänzte Bewertungsausschuss wird bis zum 30. Juni 2016 einen Beschluss fassen, der die Lieferung der notwendigen Daten an die Datenstelle des Bewertungsausschusses bzw. an das Institut des Bewertungsausschusses vorsieht. Das Institut des Bewertungsausschusses soll die Ergebnisse seiner Analysen spätestens Ende des Jahres 2018 dem ergänzten Bewertungsausschuss und dem ergänzten erweiterten Bewertungsausschuss vorlegen. Der ergänzte (erweiterte) Bewertungsausschuss wird auf Basis dieser Untersuchung seinen Beschluss überprüfen und ggf. anpassen.
2. Die Vertragspartner nach § 116 b Abs. 6 Satz 2 SGB V vereinbaren bis zum 31. März 2016 eine einheitliche Abrechnungsfrist für alle ASV-berechtigten Leistungserbringer und eine einheitliche Zahlungsfrist für alle Krankenkassen.
3. Sofern eine Einigung nach Protokollnotiz Nr. 2 nicht erzielt wird, überprüft der ergänzte (erweiterte) Bewertungsausschuss diesen Beschluss.

Entscheidungserhebliche Gründe

zum Beschluss des ergänzten erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 5 a SGB V in seiner 2. Sitzung am 15. September 2015 zur Anpassung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes zur Vergütung der Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung gemäß § 116 b Abs. 6 Satz 8 SGB V mit Wirkung zum 1. Oktober 2015

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 § 116 b SGB V.

2. Regelungsinhalte und -hintergrund

Für die Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116 b SGB V (ASV), die in den Appendizes der Anlagen zur Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116 b SGB V (ASV-RL) ausgewiesen sind (Abschnitt 1 und Abschnitt 2), gilt nicht die Definition des Behandlungsfalles gemäß 3.1 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM, da die Behandlung in der ASV gemäß § 116 b Abs. 2 Satz 1 i. V. m. § 2 Abs. 1 Satz 1 ASV-RL neben den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten auch durch Krankenhäuser als ASV-Berechtigte erfolgt.

Mit dem vorliegenden Beschluss nimmt der ergänzte erweiterte Bewertungsausschuss weitere Nummern in den Bereich VII des EBM für ausschließlich im Rahmen der ASV berechnungsfähige Gebührenordnungspositionen auf und definiert in den Nummern 2 bis 5 eine Abgrenzung zur Behandlungsfalldefinition gemäß 3.1 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116 b SGB V.

Die Behandlungsfalldefinition gemäß 3.1 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM bezieht sich auf die Behandlung durch dieselbe Arztpraxis. Eine Regelung für an der ASV teilnehmende Vertragsärzte kann sich nur auf den Arztfall gemäß 3.4 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM beziehen, da Vertragsärzte gemäß

§ 2 Abs. 1 ASV-RL jeweils einzeln eine ASV-Berechtigung erhalten. Dem wird durch Aufnahme der Nummer 2 Rechnung getragen.

Für Krankenhäuser gilt hingegen eine andere Definition des Behandlungsfalls, da diese die Berechtigung zur Teilnahme an der ASV nur als Institution erhalten. Des Weiteren ist der in der ASV bei Krankenhäusern in weiten Teilen geltende Facharztstandard (und nicht Facharztstatus) nicht mit dem Arztfall kompatibel. Dem wird durch Aufnahme der Nummer 3 Rechnung getragen.

Aufgrund der Struktur der Berufsausübungsgemeinschaften und Medizinischen Versorgungszentren mit u. a. mehreren Ärzten und einer gemeinsamen Praxisverwaltungssoftware gilt für diese die Definition des Behandlungsfalls wie für Krankenhäuser.

Nach den Vorgaben der Gesetzgebung in § 116 b SGB V und der ASV-Richtlinie ergeben sich die unterschiedlichen Regelungen für in der Regel in Einzelpraxen tätige Vertragsärzte einerseits und den im Krankenhaus bzw. in Berufsausübungsgemeinschaften und Medizinischen Versorgungszentren tätigen Ärzten andererseits. Diese unterschiedliche Handhabung im gesamten Regelungsgefüge ist zu überprüfen.

Unter Nummer 5 sind Abschlagsregelungen bei Mehrfachberechnung der Leistungen in einem Quartal durch dieselbe Fachgruppe im ASV-Kernteam geregelt. In der ASV steht die Behandlung in einem interdisziplinären Team im Vordergrund. Eine multidisziplinäre zwischen den einzelnen Teammitgliedern abgestimmte Behandlung seltener Erkrankungen bzw. schwerstkranker Patienten soll damit sichergestellt werden. Insbesondere Doppeluntersuchungen/-behandlungen sollen vermieden werden. Bereits in der Richtlinie des G-BA werden deshalb u. a. zwingend die Tätigkeit der Kernteammitglieder an dem Ort der Teamleitung und regelmäßige Fallkonferenzen gefordert. Dieser Ansatz wird durch die Abschlagsregelung untermauert.

3. Inkrafttreten

Der Beschluss tritt mit Wirkung zum 1. Oktober 2015 in Kraft.