

## **BESCHLUSS**

### **des ergänzten erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 5 a SGB V in seiner 2. Sitzung am 22. Mai 2015**

### **zur Anpassung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes zur Vergütung der Leistungen der ambulanten spezialfachärztli- chen Versorgung nach § 116 b SGB V**

**mit Wirkung zum 1. Oktober 2015**

---

#### **1. Aufnahme einer Präambel in Kapitel 50 EBM**

1. Onkologische Leistungen im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116 b SGB V, die im Abschnitt 2 des Appendix der jeweiligen Konkretisierung aufgeführt und noch nicht im Einheitlichen Bewertungsmaßstab abgebildet und der Vereinbarung über die qualifizierte Versorgung krebskranker Patienten „Onkologie-Vereinbarung“ (Anlage 7 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte) entnommen sind (einschließlich der palliativmedizinischen Versorgung gemäß der Kostenpauschale 86518), sind bis zur Aufnahme in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab nach den Kostenpauschalen des Anhangs 2 der Vereinbarung über die qualifizierte Versorgung krebskranker Patienten „Onkologie-Vereinbarung“ (Anlage 7 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte) berechnungsfähig. Es gelten die Zulassungsvoraussetzungen des entsprechenden Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). Die Kostenpauschalen sind im Laufe eines Kalendervierteljahres jeweils nur von einem Arzt des Kernteams, der die Anforderungen der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116 b SGB V (ASV-RL) und der Anlage 1 a) onkologische Erkrankungen zur ASV-RL erfüllt, berechnungsfähig. Dies gilt auch, wenn mehrere Ärzte des Kernteams in die Behandlung eingebunden sind (z. B. bei Vertretung, im Notfall oder bei Mit- bzw. Weiterbehandlung). Abweichend von Satz 3 sind die Kostenpauschalen (mit Ausnahme der palliativmedizinischen Versorgung gemäß der Kostenpauschale 86518) bei Vorliegen voneinander unabhängiger Tumorerkrankungen und bei gleichzeitiger Behandlung im Rahmen der Anlage 1 a) onkologische Erkrankungen zur ASV-RL durch ein ASV-Team bzw. durch denselben Arzt in unterschiedlichen ASV-Teams erkrankungsspezifisch berechnungsfähig.
2. Sofern die Kostenpauschalen gemäß Anhang 2 der „Onkologie-Vereinbarung“ (Anlage 7 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte) im Rahmen der Behandlung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116 b SGB V nach Nr. 1 dieser Präambel berechnet werden, sind die Kostenpauschalen der „Onkolo-

gie-Vereinbarung“ (Anlage 7 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte) bei demselben Patienten in demselben Kalendervierteljahr bei Behandlung nach Maßgabe der „Onkologie-Vereinbarung“ (Anlage 7 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte) nicht berechnungsfähig. Sofern die Kostenpauschalen gemäß Anhang 2 der „Onkologie-Vereinbarung“ (Anlage 7 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte) im Rahmen der Behandlung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116 b SGB V nach Nr. 1 dieser Präambel berechnet werden, sind die Kostenpauschalen regionaler Onkologie-Vereinbarungen bei demselben Patienten in demselben Kalendervierteljahr bei Behandlung nach Maßgabe der regionalen Onkologie-Vereinbarungen nicht berechnungsfähig.

3. Sofern die Kostenpauschale 86512 gemäß Anhang 2 der „Onkologie-Vereinbarung“ (Anlage 7 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte) im Rahmen der Behandlung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116 b SGB V nach Nr. 1 dieser Präambel berechnet wird, sind die Gebührenordnungspositionen 07345, 09345, 13435 und 50200 bei demselben Patienten in demselben Kalendervierteljahr nicht berechnungsfähig. Im Laufe eines Kalendervierteljahres ist von dem für die Koordination der Behandlung verantwortlichen Arzt des Kernteams nur die Zusatzpauschale Onkologie (Gebührenordnungsposition 07345, 09345 oder 13435), die Gebührenordnungsposition 50200 oder die Kostenpauschale 86512 gemäß Anhang 2 der „Onkologie-Vereinbarung“ (Anlage 7 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte) berechnungsfähig.

## **2. Aufnahme eines Abschnitts 50.2 in Kapitel 50 EBM**

### **50.2 Gebührenordnungspositionen gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116 b SGB V: Anlage 1 a) onkologische Erkrankungen – Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle**

1. Die in diesem Abschnitt genannten Gebührenordnungspositionen sind ausschließlich im Rahmen der Behandlung und bei einer der Erkrankungen gemäß Anlage 1 a) onkologische Erkrankungen – Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116 b SGB V berechnungsfähig.
2. Die Gebührenordnungsposition 50200 ist von den Fachgruppen gemäß laufender Nummer 3 des Appendix „Gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle“ – Abschnitt 2 berechnungsfähig. Die Gebührenordnungsposition 50210 ist von den Fachgruppen gemäß laufender Nummer 5 des Appendix „Gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle“ – Abschnitt 2 berechnungsfähig.

50200      Zusatzpauschale für die Behandlung und/oder Betreuung eines Patienten mit einer gesicherten onkologischen Erkrankung bei laufender onkologischer Therapie

#### *Obligater Leistungsinhalt*

- Behandlung und/oder Betreuung eines Patienten mit einer laboratoriumsmedizinisch oder histologisch/zytologisch gesicherten onkologischen Erkrankung,
- Fortlaufende Beratung zum Umgang mit der onkologischen Erkrankung,
- Verlaufskontrolle und Dokumentation des Therapieerfolges,
- Erstellung, Überprüfung und Anpassung eines die onkologische Erkrankung begleitenden spezifischen Therapiekonzeptes unter Berücksichtigung individueller Faktoren,
- Kontrolle und/oder Behandlung ggf. auftretender therapiebedingter Nebenwirkungen,
- Planung und Koordination der komplementären Arznei-, Heil- und Hilfsmittelversorgung unter besonderer Berücksichtigung der gesicherten onkologischen Erkrankung,

#### *Fakultativer Leistungsinhalt*

- Anleitung und Führung der Bezugs- und Betreuungsperson(en),
- Fortlaufende Überprüfung des häuslichen, familiären und sozialen Umfelds im Hinblick auf die Grunderkrankung,
- Konsiliarische Erörterung/Fachliche Beratung und regelmäßiger Informationsaustausch mit dem onkologisch verantwortlichen Arzt sowie mit weiteren mitbehandelnden Ärzten,
- Überprüfung und Koordination supportiver Maßnahmen,
- Einleitung und/oder Koordination der psychosozialen Betreuung des Patienten und seiner Familie und/oder Bezugs- und Betreuungsperson(en),
- Ggf. Hinzuziehung komplementärer Dienste bzw. häuslicher Krankenpflege,

einmal im Kalendervierteljahr 191 Punkte

*Die Gebührenordnungsposition 50200 ist bei laufender medikamentöser, im Sinne einer systemischen Chemotherapie mit z. B. zytostatischen Substanzen, operativer und/oder*

*strahlentherapeutischer Behandlung und/oder bei Betreuung eines Patienten mit gesicherter onkologischer Erkrankung berechnungsfähig.*

50210 Vorstellung eines Patienten in einer interdisziplinären Tumorkonferenz durch ein Mitglied des Kernteams

*Obligater Leistungsinhalt*

- Teilnahme an einer Tumorkonferenz,
- Vorstellung eines Patienten in einer interdisziplinären Tumorkonferenz durch ein Mitglied des Kernteams gemäß Nr. 3.2 d) der Anlage 1 a) onkologische Erkrankungen – Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116 b SGB V,

einmal im Kalendervierteljahr

201 Punkte

*Die Gebührenordnungsposition 50210 ist nur von dem den Patienten vorstellenden Arzt des Kernteams berechnungsfähig. Dies gilt auch, wenn mehrere Ärzte des Kernteams an einer Tumorkonferenz teilnehmen. Die Gebührenordnungsposition 50210 ist nur einmal im Kalendervierteljahr berechnungsfähig. Die zweimalige Berechnung der Gebührenordnungsposition 50210 im Kalendervierteljahr ist im Einzelfall möglich und setzt die Begründung der medizinischen Notwendigkeit voraus.*

*Sofern die Gebührenordnungsposition 50210 im Kalendervierteljahr aufgrund der Regelung gemäß Nr. 1 der Präambel zum Kapitel 50 neben der Kostenpauschale 86512 gemäß Anhang 2 der „Onkologie-Vereinbarung“ (Anlage 7 Bundesmantelvertrag-Ärzte) berechnet wird, ist ein Abschlag in Höhe von 64 Punkten auf die Gebührenordnungsposition 50210 vorzunehmen.*

## **Entscheidungserhebliche Gründe**

**zum Beschluss des ergänzten erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 5 a SGB V in seiner 2. Sitzung am 22. Mai 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 vereinbarten gemäß § 116 b Abs. 6 Satz 9 SGB V im ergänzten Bewertungsausschuss nach § 87 Abs. 5 a SGB V Anpassungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) zur Vergütung der Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) gemäß § 116 b SGB V. Der Beschluss erfolgt im ergänzten erweiterten Bewertungsausschuss nach § 87 Abs. 5 a SGB V, der von den Mitgliedern des ergänzten Bewertungsausschusses in seiner 5. Sitzung am 22. Mai 2015 angerufen wurde.

### **2. Regelungshintergrund**

Der Behandlungsumfang der ASV ergibt sich gemäß § 5 der Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116 b 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 ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116 b 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 a) onkologische Erkrankungen – Tumorgruppe 1: Gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle der ASV-RL erfolgt die Neuaufnahme des Abschnitts 50.2 in den EBM.

Darüber hinaus erfolgt die Aufnahme einer Präambel in das Kapitel 50, in der indikations- bzw. abschnittsübergreifend geltende Regelungen aufgeführt werden.

### 3. Regelungsinhalte

#### Präambel Kapitel 50:

Leistungen, die im Abschnitt 2 der Appendizes der Anlagen zur ASV-RL aufgeführt und noch nicht im EBM abgebildet sind und der Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten „Onkologie-Vereinbarung“ (Anlage 7 Bundesmantelvertrag-Ärzte) entsprechen, sind laut Beschluss des ergänzten erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 5 a SGB V in seiner 1. Sitzung am 20. Juni 2014 bis zur Aufnahme in den EBM nach den regionalen Kostenpauschalen des Anhangs 2 der Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten „Onkologie-Vereinbarung“ (Anlage 7 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte) berechnungsfähig.

In der Präambel zum Kapitel 50 werden abschnittsübergreifende Regelungen zur Abrechnung dieser Kostenpauschalen im Rahmen der ASV definiert.

Unter Nr. 1 ist geregelt, dass die an den Anhang 2 der „Onkologie-Vereinbarung“ (Anlage 7 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte) angelehnten Kostenpauschalen nur durch bzw. für einen Arzt des Kernteams berechnet werden können, der die Anforderungen der ASV-RL und der Anlage 1a) onkologische Erkrankungen zur ASV-RL erfüllt. Des Weiteren kann eine an die Onkologie-Vereinbarung angelehnte Pauschale innerhalb eines Kalendervierteljahres jeweils nur von einem bzw. für einen Arzt des Kernteams berechnet werden, auch wenn mehrere Ärzte des Kernteams in die jeweilige Behandlung eingebunden sind. Dies gilt nicht bei Vorliegen voneinander unabhängiger Tumorerkrankungen und bei deren gleichzeitiger Behandlung im Rahmen der Anlage 1 a) onkologische Erkrankungen zur ASV-RL durch ein ASV-Team bzw. durch denselben Arzt in unterschiedlichen ASV-Teams.

Unter Nr. 2 ist geregelt, dass im Falle der Berechnung von an der Onkologie-Vereinbarung angelehnten Kostenpauschalen im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116 b SGB V desselben Patienten innerhalb eines Kalendervierteljahres eine gleichzeitige Berechnung der Kostenpauschalen nach Maßgabe der „Onkologie-Vereinbarung“ (Anlage 7 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte) nicht möglich ist. Damit wird sichergestellt, dass eine Doppelabrechnung der Kostenpauschalen 86510, 86512, 86514, 86516 und 86518 sowie der Kostenpauschalen gemäß regionaler Onkologie-Vereinbarungen bei Behandlung desselben Patienten innerhalb eines Kalendervierteljahres sowohl im Rahmen der ASV als auch im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung ausgeschlossen ist.

Unter Nr. 3 ist geregelt, dass die Gebührenordnungspositionen 07345, 09345 und 13435 gemäß Appendix „Gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle“ – Abschnitt 1 sowie die Gebührenordnungsposition 50200 bei der Behandlung desselben Patienten innerhalb desselben Kalendervierteljahres im Rahmen der ambulanten spe-

zialfachärztlichen Versorgung nach § 116 b SGB V nicht neben der Kostenpauschale 86512 des Anhangs 2 der „Onkologie-Vereinbarung“ (Anlage 7 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte) bzw. der entsprechenden Kostenpauschale regionaler Onkologie-Vereinbarungen berechnungsfähig sind. Diese Festlegung dient der Vermeidung einer Doppelabrechnung von sich inhaltlich überschneidenden Leistungsinhalten. Des Weiteren gilt, dass bei der Behandlung desselben Patienten innerhalb eines Kalendervierteljahres nur der für die Koordination verantwortliche Arzt des Kernteams die jeweils für seine Fachgruppe zutreffende Gebührenordnungsposition 07345, 09345, 13435 oder 50200 im Laufe eines Kalendervierteljahres berechnen kann.

#### Gebührenordnungspositionen im Abschnitt 50.2

Der Abschnitt 50.2 des Kapitels 50 enthält Leistungen des Appendix – Abschnitt 2 gemäß ASV-RL zur Anlage 1a) onkologische Erkrankungen – Tumorgruppe 1: Gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle.

Die Gebührenordnungsposition 50200 bildet den zusätzlichen Aufwand für die Behandlung und/oder Betreuung eines Patienten mit einer gesicherten onkologischen Erkrankung bei laufender onkologischer Therapie nach der lfd. Nr. 3 des Appendix – Abschnitt 2 zur Anlage 1a) onkologische Erkrankungen – Tumorgruppe 1: Gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle der ASV-RL ab. Sie entspricht den Zusatzpauschalen für die onkologische Behandlung und/oder Betreuung für andere Fachgebiete im Abschnitt 1 des Appendix, z. B. der Gebührenordnungsposition 07345 des EBM.

Die Aufnahme dieser Gebührenordnungsposition war erforderlich, um die Vergütung der Koordination für alle Fachgruppen des Kernteams für gastrointestinale Tumoren inkl. der Strahlentherapeuten und Nuklearmediziner sicherzustellen. Die entsprechenden Zusatzpauschalen für die onkologische Behandlung und/oder Betreuung sind für Strahlentherapeuten und Nuklearmediziner im EBM nicht enthalten.

Die Gebührenordnungsposition 50210 dient der Vergütung von Leistungen im Zusammenhang mit bislang nicht im EBM abgebildeten Tumorkonferenzen nach der lfd. Nr. 5 des Appendix – Abschnitt 2 zur Anlage 1a) onkologische Erkrankungen – Tumorgruppe 1: Gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle der ASV-RL. Über die Gebührenordnungsposition 50210 wird der Aufwand für die Vorstellung eines Patienten im Rahmen einer Tumorkonferenz inklusive Vorbereitung vergütet. Sie kann nur von dem bzw. für den vorstellenden Arzt des Kernteams abgerechnet werden. Für die Teilnahme an einer Tumorkonferenz ohne Vorstellung eines Patienten ist die Gebührenordnungsposition nicht berechnungsfähig. Die ausschließliche Teilnahme ist mit der Abrechnung der für die einzelnen Arztgruppen vorgesehenen Gebührenordnungspositionen des Behandlungsumfangs nach der ASV-Richtlinie vergütet. Die Gebührenord-

nungsposition 50210 ist im Regelfall pro Patient im Kalendervierteljahr nur einmal berechnungsfähig. Bei medizinischer Notwendigkeit kann die Gebührenordnungsposition 50210 im Einzelfall – höchstens - zweimal pro Patient und Kalendervierteljahr abgerechnet werden. Die zweite Berechnung dieser Gebührenordnungsposition setzt eine schriftliche Begründung der medizinischen Notwendigkeit voraus.

#### **4. Inkrafttreten**

Dieser Beschluss tritt zum 1. Oktober 2015 in Kraft.