

Erratum

zum Beschluss des ergänzten erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 5a SGB V in seiner 3. Sitzung am 7. Dezember 2016 zur Vergütung der Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Ver- sorgung nach § 116b Absatz 6 Satz 8 SGB mit Wirkung zum 1. April 2017

Der Beschluss des ergänzten erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 3. Sitzung am 7. Dezember 2016 [Amtliche Bekanntmachung auf der Internetseite des Instituts am 15. Dezember 2016 unter www.institut-ba.de] bedarf einer redaktionellen Korrektur. In Anhang 6 EBM muss bei der Gebührenordnungsposition 51010, die der Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle der ASV-Richtlinie zugeordnet ist, in der Spalte „Fachgruppen“ die Fachgruppe „Hals-Nasen-Ohrenheilkunde“ mit der Erläuterung „alternativ zu Allgemeinchirurgie oder Viszeralchirurgie bei Behandlung eines Schilddrüsenkarzinoms oder Nebenschilddrüsenkarzinoms“ aufgeführt werden. Zum Zeitpunkt der Beschlussfassung des 3. ergänzten erweiterten Bewertungsausschusses war die zu ergänzende Fachgruppe in der textlichen Beschreibung der sächlichen und organisatorischen Anforderungen der Anlage der ASV-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses aufgeführt. Somit ist die Fachgruppe „Hals-Nasen-Ohrenheilkunde“ ebenfalls zur Erbringung der Leistung nach der Gebührenordnungsposition 51010 berechtigt. Mit Erratum vom 27. Oktober 2017 wird dies im Anhang 6 EBM korrigiert.

B E S C H L U S S

des ergänzten erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 5a SGB V in seiner 3. Sitzung am 7. Dezember 2016

zur Vergütung der Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b Absatz 6 Satz 8 SGB V

mit Wirkung zum 1. April 2017

1. Aufnahme eines Kapitels 51 EBM

51. Anlagenübergreifende Gebührenordnungspositionen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV)

2. Aufnahme eines Abschnittes 51.1 in das Kapitel 51 EBM

51.1 Strukturpauschalen in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV)

51010 Vorhaltung der Rufbereitschaft im Notfall

Obligater Leistungsinhalt

- Vorhaltung einer 24-Stunden-Notfallversorgung mindestens in Form einer Rufbereitschaft,

einmal im Kalendervierteljahr je Patient

230 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 51010 ist im Laufe eines Kalendervierteljahres nur von einem festzulegenden, koordinierenden Arzt des ASV-Kernteam berechnungsfähig und setzt mindestens einen persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt im ASV-Team voraus.

51011 Pauschale für die Erfüllung der Anforderungen gem. § 10 Abs. 3 Buchstabe c) der ASV-Richtlinie – Qualitätskonferenzen

Obligater Leistungsinhalt

- Vorhaltung der zur Durchführung von Qualitätskonferenzen notwendigen Strukturen,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Durchführung von und Teilnahme an Qualitätskonferenzen gemäß § 10 Absatz 3 Buchstabe c) der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V,

einmal im Kalendervierteljahr je Patient

15 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 51011 ist im Laufe eines Kalendervierteljahres nur von einem festzulegenden, koordinierenden Arzt des ASV-Kernteam berechnungsfähig und setzt mindestens einen persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt im ASV-Team voraus.

3. Aufnahme eines Anhangs 6 EBM

6 Zuordnung der Gebührenordnungspositionen der Kapitel 50 und 51 zu den Anlagen der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V (ASV-RL)

4. Aufnahme von Gebührenordnungspositionen in den Anhang 6 EBM

Abschnitt	GOP	Anlage zur ASV-RL	Fachgruppen	Indikationen und sonstige Anforderungen
51.1	51010	Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle	<ul style="list-style-type: none"> - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie - Innere Medizin und Gastroenterologie - Allgemeinchirurgie - Viszeralchirurgie - Hals-Nasen-Ohrenheilkunde (alternativ zu Allgemeinchirurgie oder Viszeralchirurgie bei Behandlung eines Schilddrüsenkarzinoms oder Nebenschilddrüsenkarzinoms) 	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren	<ul style="list-style-type: none"> - Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie 	
		Anlage 2 l) pulmonale Hypertonie	<ul style="list-style-type: none"> - Innere Medizin und Kardiologie - Innere Medizin und Pneumologie 	
51.1	51011	Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle	<ul style="list-style-type: none"> - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie - Strahlentherapie - Innere Medizin und Gastroenterologie - Allgemeinchirurgie - Viszeralchirurgie - Hals-Nasen-Ohrenheilkunde - Nuklearmedizin (nur Mitglieder des Kernteams) 	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren	<ul style="list-style-type: none"> - Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie - Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie - Strahlentherapie 	

Protokollnotiz:

Der ergänzte Bewertungsausschuss wird bis zum 30. Juni 2017 prüfen, wie die Strukturen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV), die insbesondere durch die Zusammenarbeit in einem interdisziplinären Team gekennzeichnet sind, durch geeignete teambezogene Vergütungsregelungen künftig sachgerechter abgebildet und gefördert werden können. Diese Prüfung schließt auch die bei derartigen Vergütungsregelungen erforderlichen Daten zur Sicherung der Transparenz und Nachvollziehbarkeit der Abrechnung ein. Der ergänzte Bewertungsausschuss kann das Institut des Bewertungsausschusses mit der Umsetzung dieses Prüfauftrages beauftragen.

Entscheidungserhebliche Gründe

zum Beschluss des ergänzten erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 5a SGB V in seiner 3. Sitzung am 7. Dezember 2016 zur Vergütung der Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b Abs. 6 Satz 8 SGB V mit Wirkung zum 1. April 2017

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 § 116b SGB V.

2. Regelungshintergründe

Der Behandlungsumfang der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) ergibt sich gemäß § 5 der Richtlinie 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 ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V. Zum Behandlungsumfang zählen zusätzlich die im Appendix - Abschnitt 2 aufgeführten Leistungen, die bislang keine Abbildung im EBM gefunden haben.

In mehreren Anlagen zur ASV-RL (z. B. Anlage 1.1 a) Tumorgruppe 1 Gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle und Anlage 1.1 a) Tumorgruppe 2 gynäkologische Tumoren) gehören die Vorhaltung der Rufbereitschaft im Notfall und das Durchführen von Qualitätskonferenzen zum Behandlungsumfang. Diese sind nicht als eigenständige Leistungen im gültigen EBM enthalten.

Zur Abbildung dieser anlagenübergreifenden Leistungen werden mit dem vorliegenden Beschluss ein neues Kapitel 51 „Anlagenübergreifende Gebührenordnungspositionen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV)“ in Bereich VII des EBM sowie der Abschnitt 51.1 „Strukturpauschalen in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV)“ aufgenommen. Die Gebührenordnungsposition (GOP) 51010 für die Vorhaltung einer 24-h-

Notfallversorgung mindestens in Form einer Rufbereitschaft und die GOP 51011 für die Durchführung von und Teilnahme an Qualitätskonferenzen gemäß § 10 Abs. 3 Buchstabe c ASV-RL zur Vergütung der Leistungen der ASV gemäß § 116b Abs. 6 Satz 8 SGB V werden in diesem neuen Abschnitt 51.1 in Kapitel 51 EBM abgebildet.

Diese Gebührenordnungspositionen können ausschließlich von einem Arzt des ASV-Kernteams für das gesamte ASV-Team berechnet werden. Dabei kann die Abrechnung entweder durch einen Arzt der Teamleitung oder durch ein anderes Mitglied des Kernteams, das als koordinierender Arzt festgelegt worden ist, übernommen werden.

Zudem wird mit diesem Beschluss ein Anhang 6 im Bereich VII EBM aufgenommen, um die Gebührenordnungspositionen zu den Anlagen der ASV-RL besser zuordnen zu können, um die Fachgruppen anlagenspezifisch zuzuordnen, für die die Leistungen im Rahmen der ASV berechnungsfähig sind, und um ggf. vorhandene Einschränkungen der Indikationen und sonstigen Anforderungen an die Leistungserbringung aus der ASV-RL abzubilden.

3. Inkrafttreten

Der Beschluss tritt mit Wirkung zum 1. April 2017 in Kraft.