

Erratum

zum Beschluss des ergänzten erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 5a SGB V in seiner 4. Sitzung am 7. Dezember 2016 Teil A 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 4. Sitzung am 7. Dezember 2016 Teil A [Amtliche Bekanntmachung auf der Internetseite des Instituts am 21. Dezember 2016 unter www.institut-ba.de] war in der Tabelle der lfd. Nr. 11 in der dritten Spalte „Anlage zur ASV-RL“ die Zuordnung der Buchstaben zu den Konkretisierungen zur Anlage 2 der ASV-Richtlinie – Marfan-Syndrom und Pulmonale Hypertonie – nicht korrekt. Die Bezeichnung der Konkretisierung zur Anlage 2 der ASV-Richtlinie „Anlage 2 k) pulmonale Hypertonie“ wurde durch die richtige Bezeichnung „Anlage 2 l) pulmonale Hypertonie“ ersetzt. Ebenso wurde die Bezeichnung der Konkretisierung zur Anlage 2 der ASV-Richtlinie „Anlage 2 l) Marfan-Syndrom“ durch die richtige Bezeichnung „Anlage 2 k) Marfan-Syndrom“ ersetzt. Mit Erratum vom 3. April 2017 wurde dies korrigiert.

B E S C H L U S S

des ergänzten erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 5a SGB V in seiner 4. Sitzung am 7. Dezember 2016

Teil A

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

mit Wirkung zum 1. April 2017

1. Aufnahme weiterer Bestimmungen in den Bereich VII EBM

7. Gebührenordnungspositionen dieses Bereichs, deren Abrechnungsbestimmung „einmal im Kalendervierteljahr“ lautet, sind in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) gemäß § 116b SGB V im Laufe eines Kalendervierteljahres für denselben Patienten und zu Lasten derselben Krankenkasse nur einmal je ASV-Team berechnungsfähig.

8. Die Gebührenordnungspositionen dieses Bereichs sind ausschließlich von den Fachgruppen in Anhang 6 zum EBM gemäß ihrer Zuordnung zu den Anlagen der ASV-RL berechnungsfähig.
9. Onkologische Leistungen im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b 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 (BMV-Ä)) 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 BMV-Ä) berechnungsfähig. Es gelten die Zulassungsvoraussetzungen des entsprechenden Beschlusses des G-BA. Die Kostenpauschalen sind im Laufe eines Kalendervierteljahres jeweils nur von einem Arzt des Kernteams, der die Anforderungen der ASV-RL und der Anlage 1.1 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 den Sätzen 3 und 4 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 1.1 a) onkologische Erkrankungen zur ASV-RL durch ein ASV-Team bzw. durch denselben Arzt in unterschiedlichen ASV-Teams erkrankungsspezifisch berechnungsfähig.
10. Sofern die Kostenpauschalen gemäß Anhang 2 der „Onkologie-Vereinbarung“ (Anlage 7 zum BMV-Ä) bzw. gemäß der regionalen Onkologie-Vereinbarungen im Rahmen der Behandlung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V nach Nr. 9 dieses Bereichs berechnet werden, sind die Kostenpauschalen der „Onkologie-Vereinbarung“ (Anlage 7 zum BMV-Ä) bzw. der regionalen Onkologie-Vereinbarungen bei demselben Patienten in demselben Kalendervierteljahr bei Behandlung nach Maßgabe der „Onkologie-Vereinbarung“ (Anlage 7 zum BMV-Ä) bzw. nach Maßgabe der regionalen Onkologie-Vereinbarungen nicht berechnungsfähig.
11. Abweichend von Nr. 10 dieses Bereichs sind die Kostenpauschalen gemäß Anhang 2 der „Onkologie-Vereinbarung“ (Anlage 7 zum BMV-Ä), die im Rahmen der Leistungserbringung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V nach Nr. 9 dieses Bereichs berechnet werden, und die Kostenpauschalen gemäß Anhang 2 der „Onkologie-Vereinbarung“ (Anlage 7 zum BMV-Ä) bzw. gemäß der regionalen Onkologie-Vereinbarungen bei demselben Patienten in demselben Kalendervierteljahr berechnungsfähig, sofern der Patient entweder
 - a) nach Maßgabe der „Onkologie-Vereinbarung“ (Anlage 7 zum BMV-Ä) bzw. gemäß der regionalen Onkologie-Vereinbarungen behandelt wurde und in demselben Kalendervierteljahr die Weiterbehandlung aufgrund derselben onkologischen Erkrankung im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V gemäß Nr. 9 dieses Bereichs durch ein Kernteam er-

folgt, dem weder der nach Maßgabe der „Onkologie-Vereinbarung“ (Anlage 7 zum BMV-Ä) bzw. gemäß der regionalen Onkologie-Vereinbarungen behandelnde Arzt angehört, noch ein anderer Arzt aus derselben Berufsausübungsgemeinschaft bzw. aus demselben Medizinischen Versorgungszentrum des nach Maßgabe der „Onkologie-Vereinbarung“ (Anlage 7 zum BMV-Ä) bzw. gemäß der regionalen Onkologie-Vereinbarungen behandelnden Arztes

oder

b) im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V gemäß Nr. 9 dieses Bereichs behandelt wurde und in demselben Kalendervierteljahr die Weiterbehandlung aufgrund derselben onkologischen Erkrankung nach Maßgabe der „Onkologie-Vereinbarung“ (Anlage 7 zum BMV-Ä) bzw. gemäß der regionalen Onkologie-Vereinbarungen durch einen Arzt erfolgt, der nicht dem Kernteam im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V angehört bzw. der nicht derselben Berufsausübungsgemeinschaft bzw. demselben Medizinischen Versorgungszentrum zuzuordnen ist, wie ein dem Kernteam im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V zugehöriger Arzt.

12. Sofern die Kostenpauschale 86512 gemäß Anhang 2 der „Onkologie-Vereinbarung“ (Anlage 7 zum BMV-Ä) im Rahmen der Behandlung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V nach Nr. 9 dieses Bereichs berechnet wird, sind die Gebührenordnungspositionen 07345, 08345, 09345, 13435 und 51040 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, 08345, 09345 oder 13435), die Gebührenordnungsposition 51040 oder die Kostenpauschale 86512 gemäß Anhang 2 der „Onkologie-Vereinbarung“ (Anlage 7 zum BMV-Ä) berechnungsfähig.

2. Änderung der Bezeichnung des Kapitels 50 EBM

- 50 **Anlagenspezifische** Gebührenordnungspositionen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV)

3. Streichung der Bestimmungen zu Kapitel 50 EBM

4. Streichung der zweiten Bestimmung zum Abschnitt 50.1 EBM

5. Streichung des Abschnittes 50.2 EBM

6. Streichung der zweiten Bestimmung zum Abschnitt 50.3 EBM

7. Aufnahme einer Bestimmung in das Kapitel 51 EBM

1. Die Gebührenordnungspositionen dieses Kapitels sind ausschließlich im Rahmen der Behandlung und bei einer der Erkrankungen gemäß den Anlagen der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V entsprechend der Zuordnung gemäß Anhang 6 berechnungsfähig.

8. Aufnahme eines Abschnittes 51.3 in das Kapitel 51 EBM

51.3 Psychotherapeutische Leistungen

1. Die Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts sind nur im Zusammenhang mit einer syndrombezogenen therapeutischen Behandlung einer in den Anlagen der ASV-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses festgelegten Erkrankung gemäß der Zuordnung in Anhang 6 zum EBM berechnungsfähig.
2. Die Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts sind von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ausschließlich für die Behandlung von Patienten bis zum vollendeten 21. Lebensjahr bzw. bei Patienten, deren Behandlung vor Vollendung des 21. Lebensjahres begonnen wurde, berechnungsfähig.

51030 Psychotherapeutisches Gespräch als Einzelbehandlung

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Dauer mindestens 10 Minuten,
- Einzelbehandlung,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Syndrombezogene therapeutische Intervention,
- Krisenintervention,
- Anleitung der Bezugsperson(en),

je vollendete 10 Minuten

108 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 51030 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 51032 und 51033 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 35.1 berechnungsfähig.

51032 Psychotherapeutisches Gespräch als Gruppenbehandlung bei Erwachsenen

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,

- Dauer mindestens 40 Minuten,
- Als Gruppenbehandlung,
- Mindestens 3 höchstens 8 Teilnehmer,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Syndrombezogene therapeutische Intervention,
- Anleitung der Bezugsperson(en),

je Teilnehmer, je vollendete 40 Minuten

74 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 51032 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 51030 und 51033 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 35.1 berechnungsfähig.

51033 Psychotherapeutisches Gespräch als Gruppenbehandlung bei Kindern und Jugendlichen

Obligater Leistungsinhalt

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Dauer mindestens 25 Minuten,
- Als Gruppenbehandlung,
- Mindestens 3 höchstens 6 Teilnehmer,
- Berücksichtigung
 - entwicklungsphysiologischer Faktoren,
 - entwicklungspsychologischer Faktoren,
 - entwicklungssoziologischer Faktoren,
 - familiendynamischer Faktoren,

Fakultativer Leistungsinhalt

- Syndrombezogene therapeutische Intervention,
- Anleitung der Bezugsperson(en),

je Teilnehmer, je vollendete 25 Minuten

74 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 51033 ist am Behandlungstag höchstens zweimal berechnungsfähig.

Die Gebührenordnungsposition 51033 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 51030 und 51032 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 35.1 berechnungsfähig.

9. Aufnahme eines Abschnittes 51.4 in das Kapitel 51 EBM

51.4 Gebührenordnungspositionen für die Behandlung von onkologischen Erkrankungen

51040 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 51040 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.

51041 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 den Anlagen der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V,

einmal im Kalendervierteljahr

201 Punkte

Die Gebührenordnungsposition 51041 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 51041 ist nur einmal im Kalendervierteljahr berechnungsfähig. Die zweimalige Berechnung der Gebührenordnungsposition 51041 im Kalendervierteljahr ist im Einzelfall möglich und setzt die Begründung der medizinischen Notwendigkeit voraus.

Sofern die Gebührenordnungsposition 51041 im Kalendervierteljahr aufgrund der Regelung gemäß Nr. 9 der Bestimmung zu Bereich VII EBM neben der Kostenpauschale 86512 gemäß Anhang 2 der „Onkologie-Vereinbarung“ (Anlage 7 zum BMV-Ä) berechnet wird, ist ein Abschlag in Höhe von 64 Punkten auf die Gebührenordnungsposition 51041 vorzunehmen.

10. Aufnahme von Bestimmungen in Anhang 6 EBM

1. Die Gebührenordnungspositionen der Kapitel 50 und 51 sind ausschließlich im Rahmen der Behandlung und bei einer der Erkrankungen gemäß den Anlagen der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V entsprechend der Zuordnung in der nachfolgenden Tabelle berechnungsfähig. Die

Gebührenordnungspositionen sind ausschließlich von den jeweils zugeordneten Fachgruppen entsprechend ihrer Bezeichnung in der ASV-RL berechnungsfähig. Sofern in der Tabelle Indikationen und sonstige Anforderungen genannt werden, sind die Gebührenordnungspositionen nur dann berechnungsfähig, wenn mindestens eine der genannten Indikationen vorliegt und alle Anforderungen erfüllt werden.

2. Sofern die im Anhang 6 EBM aufgeführten Gebührenordnungspositionen aufgrund von Änderungen durch einen Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) bei der Fachgruppenzuordnung und/oder den Indikationen und sonstigen Anforderungen von den Leistungsbeschreibungen in Abschnitt 1 und 2 der jeweiligen Anlage zur ASV-RL des G-BA abweichen, gelten bis zur entsprechenden Anpassung des Anhangs 6 EBM die vom G-BA getroffenen Regelungen hinsichtlich der zur Leistung berechtigten Fachgruppen, der Indikationen und sonstigen Anforderungen der Anlage zur ASV-RL.

11. Aufnahme weiterer Zeilen in den Anhang 6 EBM

Abschnitt	GOP	Anlage zur ASV-RL	Fachgruppen	Indikationen und sonstige Anforderungen
50.1	50100	Anlage 2 a) Tuberkulose und atypische Mykobakteriose	- Augenheilkunde	
50.1	50110 50111	Anlage 2 a) Tuberkulose und atypische Mykobakteriose	- Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie - Laboratoriumsmedizin	
50.3	50301	Anlage 2 k) Marfan- Syndrom	- Augenheilkunde	
51.3	51030	Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle	- Psychologische oder ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen – Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren	- Psychologische oder ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut	
		Anlage 2 l) pulmonale Hypertonie	- Psychologische oder ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut - Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut	
		Anlage 2 k) Marfan- Syndrom	- Psychologische oder ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder ärztlicher Psycho-	

Abschnitt	GOP	Anlage zur ASV-RL	Fachgruppen	Indikationen und sonstige Anforderungen
			therapeut - Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeutin bzw. Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeut	
51.3	51032	Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle	- Psychologische oder ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen – Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren	- Psychologische oder ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut	
		Anlage 2 l) pulmonale Hypertonie	- Psychologische oder ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut	
		Anlage 2 k) Marfan- Syndrom	- Psychologische oder ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut	
51.3	51033	Anlage 2 l) pulmonale Hypertonie	- Psychologische oder ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut - Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeutin bzw. Kinder- und Jugendlichen-	

Abschnitt	GOP	Anlage zur ASV-RL	Fachgruppen	Indikationen und sonstige Anforderungen
			psychotherapeut	
		Anlage 2 k) Marfan- Syndrom	<ul style="list-style-type: none"> - Psychologische oder ärztliche Psychotherapeutin oder Psychologischer oder ärztlicher Psychotherapeut - Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut 	
51.4	51040	Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle	<ul style="list-style-type: none"> - Strahlentherapie - Nuklearmedizin (nur Mitglieder des Kernteams) 	
		Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren	<ul style="list-style-type: none"> - Strahlentherapie 	
51.4	51041	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) 	

Abschnitt	GOP	Anlage zur ASV-RL	Fachgruppen	Indikationen und sonstige Anforderungen
		Anlage 1.1a) 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	

B E S C H L U S S

des ergänzten erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 5a SGB V in seiner 4. Sitzung am 7. Dezember 2016

Teil B

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

mit Wirkung zum 1. April 2017

- 1. Anpassung der abrechnungsfähigen Gebührenordnungspositionen zu der Anlage 1.1 a) Onkologische Erkrankungen – Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle zur Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V (ASV-RL)**

Aufgrund des Beschlusses des ergänzten erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 4. Sitzung am 7. Dezember 2016 Teil A zur Vergütung der Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b Absatz 6 Satz 8 SGB V wird die Gebührenordnungsposition 50200 durch die Gebührenordnungsposition 51040 und die Gebührenordnungsposition 50210 durch die Gebührenordnungsposition 51041 als abrechnungsfähige Leistung in Beibehaltung des vom Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) in der Anlage 1.1 a) Onkologische Erkrankungen – Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle festgelegten Behandlungsumfangs ersetzt.

- 2. Anpassung der abrechnungsfähigen Gebührenordnungspositionen zu den Anlagen**

- **1.1 a) Onkologische Erkrankungen – Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle,**
- **1.1 a) Onkologische Erkrankungen – Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren,**
- **2 k) Marfan- Syndrom,**
- **2 l) pulmonale Hypertonie**

zur ASV-RL.

Aufgrund des Beschlusses des ergänzten erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 4. Sitzung am 7. Dezember 2016 Teil A zur Vergütung der Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b Absatz 6 Satz 8 SGB V wird die Gebührenordnungsposition 23220 durch die Gebühren-

ordnungsposition 51030 als abrechnungsfähige Leistung in Beibehaltung des vom G-BA in den Abschnitten 1 der Anlagen 1.1 a) Onkologische Erkrankungen – Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle, 1.1 a) Onkologische Erkrankungen – Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren, 2 k) Marfan-Syndrom und 2 l) pulmonale Hypertonie zur ASV-RL festgelegten Behandlungsumfangs ersetzt.

Protokollnotiz:

1. Der ergänzte erweiterte Bewertungsausschuss empfiehlt dem Gemeinsamen Bundesausschuss die Streichung der Gebührenordnungspositionen 23220, 50200 und 50210 aus den im Beschluss des ergänzten erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 4. Sitzung Beschlussteil B genannten Anlagen zur ASV-RL.

Entscheidungserhebliche Gründe

zum Beschluss des ergänzten erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 5a SGB V in seiner 4. Sitzung am 7. Dezember 2016 zur Vergütung der Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b 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 (ASV) gemäß § 116b SGB V.

2. Regelungshintergründe

Der Behandlungsumfang der 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.

Dabei handelt es sich um anlagenspezifisch abbildbare Leistungen, die zukünftig in einem neuen Kapitel 50 (Anlagenspezifische Gebührenordnungspositionen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV)) verortet werden. Ein neues Kapitel 51 (Anlagenübergreifende Gebührenordnungspositionen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV)) wurde mit dem Beschluss des ergänzten erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 5a SGB V in seiner 3. Sitzung am 7. Dezember 2016 aufgenommen.

Die für die ASV bisher in einigen Anlagen zum Behandlungsumfang gehörenden und im Abschnitt 2 des jeweiligen Appendix definierten psychotherapeutischen Leistungen sind bislang nicht in dieser Ausgestaltung als eigenständige Leistungen im gültigen EBM enthalten.

Zur Abbildung der oben aufgeführten Leistungen werden mit dem vorliegenden Beschluss die Gebührenordnungspositionen 51030 für das Psychotherapeutische Gespräch als Einzelbehandlung, 51032 für das Psychotherapeutische Gespräch als Gruppenbehandlung bei Erwachsenen und 51033 für das Psychotherapeutische Gespräch als Gruppenbehandlung bei Kindern und Jugendlichen zur Vergütung der Leistungen der ASV gemäß § 116b Abs. 6 Satz 8 SGB V in das Kapitel 51 EBM (Abschnitt 51.3 „Psychotherapeutische Leistungen“) aufgenommen.

Der neu erstellten Systematik folgend werden mit diesem Beschluss die Gebührenordnungspositionen 51040 und 51041 aus dem anlagenspezifischen Kapitel 50 in das anlagenübergreifende Kapitel 51 EBM (Abschnitt 51.4 „Gebührenordnungspositionen für die Behandlung von onkologischen Erkrankungen“) überführt.

Zudem werden weitere Gebührenordnungspositionen des Bereichs VII sowie zwei Bestimmungen in den Anhang 6 EBM aufgenommen.

Damit wird auch geregelt, wie bei Abweichungen zwischen der Leistungsbeschreibung im Appendix einer Anlage zur ASV-RL einerseits und Anhang 6 EBM andererseits (z. B. Änderungen der zugeordneten Fachgruppen oder der Indikationen und sonstigen Anforderungen) u. a. aufgrund von Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses, die nicht zeitgleich mit Inkrafttreten zu entsprechenden Anpassungen des Anhangs führen, umzugehen ist. Für diese Fälle gilt die Leistungsbeschreibung der Abschnitte 1 und 2 (Appendix) der jeweiligen Anlagen zur ASV-RL.

3. Inkrafttreten

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