

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.