

## **Entscheidungserhebliche Gründe**

### **zum Beschluss des ergänzten erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 5a SGB V zur Vergütung der Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 8 SGB V in seiner 1. Sitzung am 20. Juni 2014 mit Wirkung zum 1. Juli 2014**

---

#### **1. Rechtsgrundlage**

Gemäß § 116b Abs. 6 Satz 8 SGB V hat bis zum Inkrafttreten einer Vereinbarung nach § 116b Abs. 6 Satz 2 SGB V die Vergütung der durch den ergänzten Bewertungsausschuss nach § 87 Abs. 5a SGB V bestimmten abrechnungsfähigen ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen (ASV-Leistungen) auf der Basis des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen (EBM) mit dem Preis der jeweiligen regionalen Euro-Gebührenordnung zu erfolgen. Der ergänzte Bewertungsausschuss hat darüber hinaus den EBM bis zum Inkrafttreten einer Vereinbarung nach § 116b Abs. 6 Satz 2 SGB V und bis spätestens 6 Monate nach Inkrafttreten der Richtlinien gemäß § 116b Absätze 4 und 5 SGB V so anzupassen, dass die ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen angemessen bewertet sind und ausschließlich von an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) teilnehmenden Leistungserbringern abgerechnet werden können.

#### **2. Regelungsinhalte**

Der vorliegende Beschluss stellt fest, dass sich der Behandlungsumfang der ASV gemäß § 5 der Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V (ASV-RL) erkrankungs- bzw. leistungsbezogen aus den entsprechenden Anlagen (Appendix) ergibt. Der erkrankungs- bzw. leistungsbezogene Appendix unterscheidet die abschließend definierten ASV-Leistungen danach, ob sie bereits abrechnungsfähige Gebührenordnungspositionen des EBM darstellen (Leistungen des Abschnitts 1), oder ob es sich um weitere - noch nicht im EBM aufgeführte - Leistungen handelt (Leistungen des Abschnitts 2). Nur die im Appendix einer jeweiligen Konkretisierung aufgeführten Leistungen können im Rahmen der ASV abgerechnet und vergütet werden. Eine Ausnahme hiervon bildet lediglich die Regelung des § 5 Abs. 1 Satz 3 der ASV-RL, wonach an der ASV teilnehmende Einrichtungen der Krankenhäuser über den Appendix hinausgehende fachärztliche Leistungen erbringen dürfen. Die Erbringung dieser über den Appendix hinausgehenden fachärztlichen Leistungen ist daran geknüpft, dass diese sowohl in unmittelbarem Zusammenhang zur jeweiligen Erkrankung nach § 116b SGB V stehen und in demselben Krankenhaus erbracht werden als auch den Patientinnen und Patienten eine gesonderte Überweisung in die vertragsärztliche Versorgung nicht zuzumuten ist.

Die Vergütung der im EBM enthaltenen ASV-Leistungen eines Appendix (Abschnitt 1) richtet sich gemäß § 116b Abs. 6 Satz 8 SGB V nach den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung.

Die je Konkretisierung noch nicht im EBM enthaltenen ASV-Leistungen des Abschnitts 2 werden bis zur Überführung in den EBM aufgrund der Beschlussfassung des ergänzten Bewertungsausschusses wie folgt vergütet:

- a) Leistungen, die den Leistungen des Abschnitts M sowie der Leistung nach der Nr. 437 des Gebührenverzeichnisses zur GOÄ entsprechen, werden zum 1,0-fachen des Gebührensatzes vergütet.
- b) Leistungen, die den Leistungen der Abschnitte A, E und O des Gebührenverzeichnisses zur GOÄ entsprechen, werden zum 1,2-fachen des Gebührensatzes vergütet.
- c) Die übrigen Leistungen werden mit dem 1,5-fachen des Gebührensatzes der GOÄ vergütet.

Auch bei analogen Bewertungen gemäß § 6 Abs. 2 GOÄ sind die den entsprechenden Abschnitten nach a) bis c) zugeordneten Steigerungssätze anzuwenden.

Sofern es sich um Leistungen handelt, die wegen fehlender Abbildung im EBM im Abschnitt 2 des Appendix der jeweiligen Konkretisierung aufgeführt und der Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebserkrankter Patienten „Onkologie-Vereinbarung“ (Anlage 7 zum Bundesmantelvertrag) entnommen sind, werden diese bis zur Aufnahme in den EBM den ASV-Berechtigten im Rahmen der ASV-Behandlung onkologischer Erkrankungen vorübergehend nach den regionalen Kostenpauschalen des Anhangs 2 der Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebserkrankter Patienten „Onkologie-Vereinbarung“ (Anlage 7 zum Bundesmantelvertrag Ärzte) vergütet. Diese Regelung bezieht sich auch auf die Kostenpauschale für die palliativmedizinische Versorgung gemäß der Ziffer 86518, sodass im Abschnitt 2 des Appendix enthaltene Ziffern für die palliativmedizinische Versorgung jeweils mit der Kostenpauschale 86518 vergütet werden. Im Hinblick auf sächliche, personelle und organisatorische Anforderungen an ASV-Berechtigte sind ausschließlich die Zulassungsvoraussetzungen des entsprechenden Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) maßgeblich und nicht die Anforderungen der „Onkologie-Vereinbarung“.

Für öffentlich geförderte Krankenhäuser ist gemäß § 116b Abs. 6 Satz 8, 2. Halbsatz SGB V die Vergütung der in den Abschnitten 1 und 2 der jeweiligen Konkretisierung aufgeführten Leistungen (Appendix) um einen Investitionskostenabschlag von fünf Prozent zu kürzen.

### **3. Inkrafttreten**

Dieser Beschluss tritt zum 1. Juli 2014 in Kraft. Die Regelungen nach Nr. 1 und Nr. 2 des Beschlusses gelten fort, bis zum Inkrafttreten einer Vereinbarung nach § 116b Abs. 6 Satz 2 SGB V oder bis der ergänzte Bewertungsausschuss den EBM gemäß § 116b Abs. 6 Satz 9 SGB V angepasst hat.