

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 nach § 116 b SGB V**

mit Wirkung zum 1. Oktober 2015

**Aufnahme einer Nummerierung und weiterer Nummern in den Bereich VII
„Ausschließlich im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung
(ASV) berechnungsfähige Gebührenordnungspositionen“ in den EBM**

2. Für an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte gilt in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) gemäß § 116 b SGB V Folgendes:

Für Gebührenordnungspositionen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab, die sich auf den Behandlungsfall beziehen, gilt in der ASV anstelle des Behandlungsfalls gemäß 3.1 der Allgemeinen Bestimmungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes der Arztfall gemäß nachstehender Definition: Der Arztfall umfasst die ambulante spezialfachärztliche Behandlung desselben Versicherten durch denselben an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt in einem Kalendervierteljahr zu Lasten derselben Krankenkasse.

3. Für teilnehmende Krankenhäuser gilt für Gebührenordnungspositionen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab, die sich auf den Behandlungsfall beziehen, anstelle des Behandlungsfalls gemäß 3.1 der Allgemeinen Bestimmungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes, der Fachgruppenfall. Der Fachgruppenfall umfasst die ambulante spezialfachärztliche Behandlung desselben Versicherten in einem Kalendervierteljahr durch dieselbe Fachgruppe eines Krankenhauses unabhängig vom behandelnden Arzt zu Lasten derselben Krankenkasse. Als Fachgruppe gelten entsprechend § 3 Abs. 3 Satz 2 der ASV-RL die Facharzt-, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen gemäß (Muster-) Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer laut Appendizes der ASV-RL.
4. Abweichend von Nr. 2 gilt für an der ASV teilnehmende Ärzte innerhalb einer Berufsausübungsgemeinschaft oder für an der ASV teilnehmende Ärzte innerhalb eines Medizinischen Versorgungszentrums der Fachgruppenfall nach Nr. 3.

5. Eine Gebührenordnungsposition im Einheitlichen Bewertungsmaßstab, die sich auf die einmalige Berechnung im Behandlungsfall bezieht, ist bei einer Behandlung im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung in demselben Quartal in einem ASV-Kernteam einmal je Arztfall nach Nr. 2 und einmal je Fachgruppenfall nach Nr. 3 und einmal je Fachgruppenfall nach Nr. 4 berechnungsfähig. Bei Mehrfachberechnung einer Gebührenordnungsposition durch dieselbe Fachgruppe im ASV-Kernteam erfolgt für alle Abrechnungen dieser Gebührenordnungsposition von der Punktzahl ein Abschlag in Höhe von 15 %.

Für eine Gebührenordnungsposition im Einheitlichen Bewertungsmaßstab, die sich auf die mehrmalige Berechnung im Behandlungsfall bezieht, gilt diese Abrechnungsbestimmung bzw. Anmerkung je Arztfall nach Nr. 2 und je Fachgruppenfall nach Nr. 3 und je Fachgruppenfall nach Nr. 4. Bei Überschreiten der maximalen Berechnungsfähigkeit dieser Gebührenordnungsposition innerhalb derselben Fachgruppe im ASV-Kernteam erfolgt für alle Abrechnungen dieser Gebührenordnungsposition von der Punktzahl ein Abschlag in Höhe von 10 %.

Protokollnotizen:

1. Das Institut des Bewertungsausschusses soll beauftragt werden, empirisch zu untersuchen, wie häufig Leistungen innerhalb der ASV, insbesondere Versicherten-, Grund- und Zusatzpauschalen, von mehreren ASV-Berechtigten innerhalb eines ASV-Kernteams abgerechnet werden und welche Gründe eine mögliche mehrfache Abrechnung von Leistungen innerhalb der ASV für einen im Rahmen der ASV versorgten Versicherten erklären können. Dabei sollen auch die Fachgruppen der ASV-Berechtigten, der Beginn der Erkrankung, der Zeitpunkt des Eintritts der Versicherten in die ASV-Versorgung, die Rolle von weiteren Erkrankungen der Versicherten (etwa konkretisiert durch Schlüsselnummern der ICD-10-GM, im Kollektivvertrag ebenso wie in der ASV-Versorgung) und die für die Versicherten in der ASV-Versorgung und im Kollektivvertrag erbrachten Leistungen im laufenden Quartal und in den vorhergehenden Quartalen näher analysiert werden. Gegenstand dieser Untersuchungen sind die Leistungen, die im Jahr 2016 innerhalb der ASV erbracht werden. Der ergänzte Bewertungsausschuss wird bis zum 30. Juni 2016 einen Beschluss fassen, der die Lieferung der notwendigen Daten an die Datenstelle des Bewertungsausschusses bzw. an das Institut des Bewertungsausschusses vorsieht. Das Institut des Bewertungsausschusses soll die Ergebnisse seiner Analysen spätestens Ende des Jahres 2018 dem ergänzten Bewertungsausschuss und dem ergänzten erweiterten Bewertungsausschuss vorlegen. Der ergänzte (erweiterte) Bewertungsausschuss wird auf Basis dieser Untersuchung seinen Beschluss überprüfen und ggf. anpassen.
2. Die Vertragspartner nach § 116 b Abs. 6 Satz 2 SGB V vereinbaren bis zum 31. März 2016 eine einheitliche Abrechnungsfrist für alle ASV-berechtigten Leistungserbringer und eine einheitliche Zahlungsfrist für alle Krankenkassen.
3. Sofern eine Einigung nach Protokollnotiz Nr. 2 nicht erzielt wird, überprüft der ergänzte (erweiterte) Bewertungsausschuss diesen Beschluss.