

## **Entscheidungserhebliche Gründe**

**zum Beschluss des ergänzten erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 5 a SGB V in seiner 2. Sitzung am 22. Mai 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 § 116 b Abs. 6 Satz 9 SGB V im ergänzten Bewertungsausschuss nach § 87 Abs. 5 a SGB V Anpassungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) zur Vergütung der Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) gemäß § 116 b SGB V. Der Beschluss erfolgt im ergänzten erweiterten Bewertungsausschuss nach § 87 Abs. 5 a SGB V, der von den Mitgliedern des ergänzten Bewertungsausschusses in seiner 5. Sitzung am 22. Mai 2015 angerufen wurde.

### **2. Regelungshintergrund**

Der Behandlungsumfang der ASV ergibt sich gemäß § 5 der Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116 b 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 § 116 b SGB V. Zum Behandlungsumfang zählen zusätzlich die im Appendix – Abschnitt 2 aufgeführten Leistungen, die bislang keine Abbildung im EBM gefunden haben.

Für die Leistungen des Appendix – Abschnitt 2 der Anlage 1 a) onkologische Erkrankungen – Tumorgruppe 1: Gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle der ASV-RL erfolgt die Neuaufnahme des Abschnitts 50.2 in den EBM.

Darüber hinaus erfolgt die Aufnahme einer Präambel in das Kapitel 50, in der indikations- bzw. abschnittsübergreifend geltende Regelungen aufgeführt werden.

### 3. Regelungsinhalte

#### Präambel Kapitel 50:

Leistungen, die im Abschnitt 2 der Appendizes der Anlagen zur ASV-RL aufgeführt und noch nicht im EBM abgebildet sind und der Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten „Onkologie-Vereinbarung“ (Anlage 7 Bundesmantelvertrag-Ärzte) entsprechen, sind laut Beschluss des ergänzten erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 5 a SGB V in seiner 1. Sitzung am 20. Juni 2014 bis zur Aufnahme in den EBM nach den regionalen Kostenpauschalen des Anhangs 2 der Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten „Onkologie-Vereinbarung“ (Anlage 7 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte) berechnungsfähig.

In der Präambel zum Kapitel 50 werden abschnittsübergreifende Regelungen zur Abrechnung dieser Kostenpauschalen im Rahmen der ASV definiert.

Unter Nr. 1 ist geregelt, dass die an den Anhang 2 der „Onkologie-Vereinbarung“ (Anlage 7 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte) angelehnten Kostenpauschalen nur durch bzw. für einen Arzt des Kernteams berechnet werden können, der die Anforderungen der ASV-RL und der Anlage 1a) onkologische Erkrankungen zur ASV-RL erfüllt. Des Weiteren kann eine an die Onkologie-Vereinbarung angelehnte Pauschale innerhalb eines Kalendervierteljahres jeweils nur von einem bzw. für einen Arzt des Kernteams berechnet werden, auch wenn mehrere Ärzte des Kernteams in die jeweilige Behandlung eingebunden sind. Dies gilt nicht bei Vorliegen voneinander unabhängiger Tumorerkrankungen und bei deren gleichzeitiger Behandlung im Rahmen der Anlage 1 a) onkologische Erkrankungen zur ASV-RL durch ein ASV-Team bzw. durch denselben Arzt in unterschiedlichen ASV-Teams.

Unter Nr. 2 ist geregelt, dass im Falle der Berechnung von an der Onkologie-Vereinbarung angelehnten Kostenpauschalen im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116 b SGB V desselben Patienten innerhalb eines Kalendervierteljahres eine gleichzeitige Berechnung der Kostenpauschalen nach Maßgabe der „Onkologie-Vereinbarung“ (Anlage 7 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte) nicht möglich ist. Damit wird sichergestellt, dass eine Doppelabrechnung der Kostenpauschalen 86510, 86512, 86514, 86516 und 86518 sowie der Kostenpauschalen gemäß regionaler Onkologie-Vereinbarungen bei Behandlung desselben Patienten innerhalb eines Kalendervierteljahres sowohl im Rahmen der ASV als auch im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung ausgeschlossen ist.

Unter Nr. 3 ist geregelt, dass die Gebührenordnungspositionen 07345, 09345 und 13435 gemäß Appendix „Gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle“ – Abschnitt 1 sowie die Gebührenordnungsposition 50200 bei der Behandlung desselben Patienten innerhalb desselben Kalendervierteljahres im Rahmen der ambulanten spe-

zialfachärztlichen Versorgung nach § 116 b SGB V nicht neben der Kostenpauschale 86512 des Anhangs 2 der „Onkologie-Vereinbarung“ (Anlage 7 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte) bzw. der entsprechenden Kostenpauschale regionaler Onkologie-Vereinbarungen berechnungsfähig sind. Diese Festlegung dient der Vermeidung einer Doppelabrechnung von sich inhaltlich überschneidenden Leistungsinhalten. Des Weiteren gilt, dass bei der Behandlung desselben Patienten innerhalb eines Kalendervierteljahres nur der für die Koordination verantwortliche Arzt des Kernteams die jeweils für seine Fachgruppe zutreffende Gebührenordnungsposition 07345, 09345, 13435 oder 50200 im Laufe eines Kalendervierteljahres berechnen kann.

#### Gebührenordnungspositionen im Abschnitt 50.2

Der Abschnitt 50.2 des Kapitels 50 enthält Leistungen des Appendix – Abschnitt 2 gemäß ASV-RL zur Anlage 1a) onkologische Erkrankungen – Tumorgruppe 1: Gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle.

Die Gebührenordnungsposition 50200 bildet den zusätzlichen Aufwand für die Behandlung und/oder Betreuung eines Patienten mit einer gesicherten onkologischen Erkrankung bei laufender onkologischer Therapie nach der lfd. Nr. 3 des Appendix – Abschnitt 2 zur Anlage 1a) onkologische Erkrankungen – Tumorgruppe 1: Gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle der ASV-RL ab. Sie entspricht den Zusatzpauschalen für die onkologische Behandlung und/oder Betreuung für andere Fachgebiete im Abschnitt 1 des Appendix, z. B. der Gebührenordnungsposition 07345 des EBM.

Die Aufnahme dieser Gebührenordnungsposition war erforderlich, um die Vergütung der Koordination für alle Fachgruppen des Kernteams für gastrointestinale Tumoren inkl. der Strahlentherapeuten und Nuklearmediziner sicherzustellen. Die entsprechenden Zusatzpauschalen für die onkologische Behandlung und/oder Betreuung sind für Strahlentherapeuten und Nuklearmediziner im EBM nicht enthalten.

Die Gebührenordnungsposition 50210 dient der Vergütung von Leistungen im Zusammenhang mit bislang nicht im EBM abgebildeten Tumorkonferenzen nach der lfd. Nr. 5 des Appendix – Abschnitt 2 zur Anlage 1a) onkologische Erkrankungen – Tumorgruppe 1: Gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle der ASV-RL. Über die Gebührenordnungsposition 50210 wird der Aufwand für die Vorstellung eines Patienten im Rahmen einer Tumorkonferenz inklusive Vorbereitung vergütet. Sie kann nur von dem bzw. für den vorstellenden Arzt des Kernteams abgerechnet werden. Für die Teilnahme an einer Tumorkonferenz ohne Vorstellung eines Patienten ist die Gebührenordnungsposition nicht berechnungsfähig. Die ausschließliche Teilnahme ist mit der Abrechnung der für die einzelnen Arztgruppen vorgesehenen Gebührenordnungspositionen des Behandlungsumfangs nach der ASV-Richtlinie vergütet. Die Gebührenord-

nungsposition 50210 ist im Regelfall pro Patient im Kalendervierteljahr nur einmal berechnungsfähig. Bei medizinischer Notwendigkeit kann die Gebührenordnungsposition 50210 im Einzelfall – höchstens - zweimal pro Patient und Kalendervierteljahr abgerechnet werden. Die zweite Berechnung dieser Gebührenordnungsposition setzt eine schriftliche Begründung der medizinischen Notwendigkeit voraus.

#### **4. Inkrafttreten**

Dieser Beschluss tritt zum 1. Oktober 2015 in Kraft.