

## **BESCHLUSS**

### **des ergänzten Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 5a SGB V in seiner 9. Sitzung am 6. Juni 2016 zur Vergütung der Leistungen der ambulanten spezialfachärzt- lichen Versorgung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 8 SGB V**

**mit Wirkung zum 1. Juni 2016**

---

#### **Präambel**

Der ergänzte Bewertungsausschuss gemäß § 87 Abs. 5a SGB V hat gemäß § 116b Abs. 6 Satz 8 SGB V bis zum Inkrafttreten einer Vereinbarung nach § 116b Abs. 6 Satz 2 SGB V die im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) abrechnungsfähigen Leistungen auf der Grundlage des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen (EBM) zu bestimmen.

Mit dem vorliegenden Beschluss erfolgt eine Anpassung des Beschlusses des ergänzten erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 1. Sitzung am 20. Juni 2014, zuletzt geändert durch den Beschluss des ergänzten Bewertungsausschusses in seiner 6. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung). In dem Beschluss werden Regelungen aufgenommen hinsichtlich der Verfahrensweise bei Änderungen von Gebührenordnungspositionen des EBM durch den Bewertungsausschuss, die in Abschnitt 1 der Appendizes der jeweiligen Konkretisierung der ASV-Richtlinie nach § 116b SGB V des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) aufgeführt sind. Damit ersetzt dieser Beschluss die beiden vorgenannten Beschlüsse.

#### **1. Abrechnungsfähige ambulante spezialfachärztliche Leistungen (ASV-Leistungen)**

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 abrechnungsfähigen Gebührenordnungspositionen des EBM (Abschnitt 1) und weitere abrechnungsfähige Leistungen (Abschnitt 2) werden dabei im Appendix der jeweiligen Konkretisierung der ASV-RL abschließend definiert. Leistungen, die nicht im Appendix der jeweiligen Konkretisierung der ASV-RL aufgeführt sind, können –

mit Ausnahme der Regelung des § 5 Abs. 1 Satz 4 der ASV-RL – nicht im Rahmen der ASV abgerechnet und vergütet werden.

Neue Gebührenordnungspositionen im EBM, die den Inhalt von in Abschnitt 1 des Appendix der jeweiligen Konkretisierung der ASV-RL aufgeführten Gebührenordnungspositionen ganz oder teilweise ersetzen und keine neuen ärztlichen Leistungen enthalten, können nach entsprechendem Beschluss durch den ergänzten Bewertungsausschuss in der ASV ebenfalls abgerechnet werden.

## **2. Vergütung der ASV-Leistungen**

ASV-Leistungen sind ausschließlich von berechtigten Leistungserbringern (ASV-Berechtigte) abrechenbar. Die Vergütung der ASV-Leistungen richtet sich gemäß § 116b Abs. 6 Satz 8 SGB V nach den Preisen der jeweiligen regionalen Euro-Gebührenordnung.

Für Leistungen, die im Abschnitt 2 des Appendix der jeweiligen Konkretisierung der ASV-RL aufgeführt und noch nicht im EBM abgebildet sind, gelten folgende Regelungen:

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

Leistungen, die in Abschnitt 1 des Appendix der jeweiligen Konkretisierung der ASV-RL aufgeführt sind und deren Inhalt aufgrund der ersatzlosen Streichung einer Gebührenordnungsposition durch den Bewertungsausschuss nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V nicht mehr im EBM abgebildet ist, sind nach den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung abrechenbar, die jeweils vor der ersatzlosen Streichung Gültigkeit hatten.

Leistungen, die in Abschnitt 2 des Appendix der jeweiligen Konkretisierung der ASV-

RL aufgeführt und noch nicht im EBM abgebildet sind und der Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten „Onkologie-Vereinbarung“ (Anlage 7 zum Bundesmantelvertrag – Ärzte) entnommen sind (einschließlich palliativmedizinische Versorgung gemäß 86518), werden 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) vergütet. Es gelten die Zulassungsvoraussetzungen des entsprechenden Beschlusses des G-BA.

### **3. Geltungsdauer**

Der Beschluss tritt jeweils unmittelbar mit Inkrafttreten der erkrankungsspezifischen Anlagen zur Richtlinie des G-BA über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V (ASV-RL) in Kraft.

Soweit der G-BA eine Konkretisierung des Behandlungsumfangs für Erkrankungen im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung gemäß § 116b Abs. 4 SGB V festgelegt hat, erfolgt die Vergütung der Leistungen gemäß § 116b Abs. 1 SGB V auf der Grundlage des EBM gemäß § 116b Abs. 6 Satz 8 SGB V nach den Regelungen nach Nr. 1 und Nr. 2.

Die Regelungen nach Nr. 1 und Nr. 2 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.