

BESCHLUSS

des ergänzten Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 5a SGB V in seiner 3. Sitzung am 20. Juni 2014

zur Vergütung der Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 8 SGB V

mit Wirkung zum 1. Juli 2014

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 ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen auf der Grundlage des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen (EBM) zu bestimmen. 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.

Der in der Anlage 2 a) Tuberkulose und atypische Mykobakteriose der ASV-RL anhand der Gebührenordnungspositionen des EBM spezifizierte Behandlungsumfang (Appendix - Abschnitt 1) basiert auf dem EBM in der mit Wirkung zum 1. April 2013 in Kraft getretenen Fassung einschließlich der Anpassungen durch:

- den Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 302. Sitzung am 19. März 2013 zur Änderung des EBM mit Wirkung zum 1. Juli 2013 (Deutsches Ärzteblatt 2013, A-738)
- den Beschluss der Arbeitsgemeinschaft Ärzte/Ersatzkassen anstelle der 264. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) vom 19. März 2013 zur Bewertung der leistungsbezogenen Kostenpauschalen für Sach- und Dienstleistungen bei Behandlung mit renalen Ersatzverfahren und extrakorporalen Blutreinigungsverfahren gemäß Abschnitt 40.14 EBM mit Wirkung ab dem 1. Juli 2013 Teil A und dem 31. August 2014 Teil B gleichlautend auch Beschluss der Partner des Bundesmantelvertrages anstelle der 123. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) vom 19. März 2013 zur Bewertung der leistungsbezogenen Kostenpauschalen für Sach- und Dienstleistungen bei Behandlung mit renalen Ersatzverfahren und extrakorporalen Blutreinigungsverfahren gemäß Abschnitt 40.14 EBM mit Wirkung ab dem 1. Juli 2013 Teil A und dem 31. August 2014 Teil B (Deutsches Ärzteblatt 2013, A-734)

und

- den Beschluss der Arbeitsgemeinschaft Ärzte/Ersatzkassen anstelle der 266. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) vom 28. Juni 2013 zu Änderungen im Abschnitt 40.14 EBM mit Wirkung zum 1. Juli 2013 gleichlautend auch Beschluss der Partner des Bundesmantelvertrages anstelle der 125. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) vom 28. Juni 2013 zu Änderungen im Abschnitt 40.14 EBM mit Wirkung zum 1. Juli 2013 (Deutsches Ärzteblatt 2013, A-1452).

Die im Appendix - Abschnitt 1 aufgeführten EBM-Positionen stellen nach 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 die abrechnungsfähigen Gebührenordnungspositionen nach § 116b Abs. 6 Satz 8 SGB V dar.

Die abrechnungsfähigen Gebührenordnungspositionen werden an die zum 1. Juli 2014 in Kraft tretende Fassung des EBM wie folgt angepasst:

Änderung der abrechnungsfähigen Gebührenordnungspositionen des EBM gemäß Beschluss des ergänzten Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 5a SGB V in seiner 3. Sitzung am 20. Juni 2014 entsprechend der Anlage 2 a) Tuberkulose und atypische Mykobakteriose der ASV-RL

Streichen folgender GOP			Aufnahme folgender GOP		
Abschnitt	GOP	GOP Bezeichnung	Abschnitt	GOP	GOP Bezeichnung
4.2.1	04110	Versichertenpauschale bis zum vollendeten 5. Lebensjahr	4.2.1	04000	Versichertenpauschale - bis zum vollendeten 4. Lebensjahr - ab Beginn des 5. bis zum vollendeten 18. Lebensjahr - ab Beginn des 19. bis zum vollendeten 54. Lebensjahr - ab Beginn des 55. bis zum vollendeten 75. Lebensjahr - ab Beginn des 76. Lebensjahres
4.2.1	04111	Versichertenpauschale ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr			
4.2.1	04112	Versichertenpauschale ab Beginn des 60. Lebensjahres			
4.2.1	04130	Versichertenpauschale bei unvorhergesehener Inanspruchnahme bei persönlichem Arzt-Patienten-Kontakt	4.2.1	04030	Versichertenpauschale bei unvorhergesehener Inanspruchnahme bei persönlichem Arzt-Patienten-Kontakt
			4.2.2	04230	Problemorientiertes ärztliches Gespräch im Zusammenhang mit einer lebensverändernden Erkrankung
4.2.1	04212	Zuschlag zu Versichertenpauschalen 04110 bis 04112 für die Behandlung von Patienten mit schwerwiegender chronischer Erkrankung	4.2.2	04220	Zuschlag zur GOP 04000 für die Behandlung und Betreuung eines Patienten mit mindestens einer lebensverändernden chronischen Erkrankung
			4.2.2	04221	Zuschlag zur GOP 04220 für die intensive Behandlung und Betreuung eines Patienten mit mindestens einer lebensverändernden chronischen Erkrankung

Zur Abbildung der altersklassenspezifischen Bewertung der Versichertenpauschale nach der GOP 04000 sind folgende kodierte Zusatznummern im Datensatz der ASV-Abrechnung gemäß Anlage 2a zur Vereinbarung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 12 SGB V über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens sowie die erforderlichen Vordrucke für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (Abrechnungsdatensatz gegenüber der Krankenkasse) zu dokumentieren.

Zusatznummer	Text/Inhalt
04001	für Versicherte bis zum vollendeten 4. Lebensjahr
04002	für Versicherte ab Beginn des 5. bis zum vollendeten 18. Lebensjahr
04003	für Versicherte ab Beginn des 19. bis zum vollendeten 54. Lebensjahr
04004	für Versicherte ab Beginn des 55. bis zum vollendeten 75. Lebensjahr
04005	für Versicherte ab Beginn des 76. Lebensjahres