

B E S C H L U S S

des Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 430. Sitzung am 12. Dezember 2018

zur Änderung des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 53. Sitzung am 19. Dezember 2017 zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) und zu Empfehlungen gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 3 SGB V bzw. § 87a Abs. 5 Satz 7 i. V. m. § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 SGB V im Zusammenhang mit der Aufnahme der Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 01640, 01641 und 01642 in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM)

mit Wirkung zum 12. Dezember 2018

Der Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 53. Sitzung zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) und zu Empfehlungen gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 3 SGB V bzw. § 87a Abs. 5 Satz 7 i. V. m. § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 SGB V im Zusammenhang mit der Aufnahme der Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 01640, 01641 und 01642 in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) wird wie folgt geändert und das Institut des Bewertungsausschusses beauftragt, eine Lesefassung des geänderten Beschlusses zu erstellen und auf seiner Internetseite zu veröffentlichen:

- 1. Streichung von Teil B, Nr. 3 des Beschlusses**
- 2. Aufnahme eines neuen Teils C wie folgt:**

TEIL C

zu ergänzenden Vorgaben gemäß § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V für ein Verfahren zur Ermittlung der Aufsatzwerte nach § 87a Abs. 4 Satz 1 SGB V in Zusammenhang mit der Überführung der Leistung des Notfalldatenmanagements in die Versicherten-, Grund- und Konsi- liarpauschalen für das Jahr 2021

mit Wirkung zum 1. Januar 2021

Präambel

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 383. Sitzung am 21. September 2016, geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 401. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), Vorgaben für ein Verfahren zur Ermittlung der Aufsatzwerte nach § 87a Abs. 4 Satz 1 SGB V und der Anteile der einzelnen Krankenkassen nach § 87a Abs. 4 Satz 2 SGB V ab dem Jahr 2017, beschlossen. In Teil A des vorliegenden Beschlusses ist in Protokollnotiz Nr. 1 geregelt, dass für den Fall, dass bis zum 31. Dezember 2020 festgestellt werden kann, dass für einen Großteil der Vertragsarztpraxen die technischen Voraussetzungen zur Nutzung der Anwendung gemäß § 291a Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 SGB V i. V. m. Anlage 4a zum BMV-Ä vorliegen, eine bis dahin extrabudgetär vergütete Leistung in die betroffenen Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschalen als deren Teilleistung überführt wird.

Der Bewertungsausschuss beschließt dazu folgende ergänzende Vorgaben zur Ermittlung der Aufsatzwerte für das Jahr 2021.

Anpassung des Behandlungsbedarfs

Wenn der Bewertungsausschuss bis zum 31. Dezember 2020 feststellt, dass für einen Großteil der Vertragsarztpraxen die technischen Voraussetzungen zur Nutzung der Anwendung gemäß § 291a Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 SGB V i. V. m. Anlage 4a zum BMV-Ä vorliegen, wird die Leistung nach der Gebührenordnungsposition 01641 zum 1. Januar 2021 durch eine basiswirksame Anhebung des Behandlungsbedarfs der vier Quartale des Jahres 2021 in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung überführt.

Dabei werden die Grundsätze des Verfahrens zur Berücksichtigung einer geänderten Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung aus Nr. 2.2.1.2 des Beschlusses des

Bewertungsausschusses in seiner 383. Sitzung, geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 401. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zu Vorgaben gemäß § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V für ein Verfahren zur Ermittlung der Aufsatzwerte nach § 87a Abs. 4 Satz 1 SGB V und der einzelnen Anteile der einzelnen Krankenkassen nach § 87a Abs. 4 Satz 2 SGB V ab dem Jahr 2017 angewendet unter der Maßgabe, dass die dabei angewendete Abstufungsquote der zu überführenden Leistung auf eins gesetzt wird.

Entscheidungserhebliche Gründe

zum Beschluss des Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 430. Sitzung am 12. Dezember 2018 zur Änderung des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 53. Sitzung am 19. Dezember 2017 zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) und zu Empfehlungen gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 3 SGB V bzw. § 87a Abs. 5 Satz 7 i. V. m. § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 SGB V im Zusammenhang mit der Aufnahme der Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 01640, 01641 und 01642 in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) mit Wirkung zum 12. Dezember 2018

1. Rechtsgrundlage

Der Erweiterte Bewertungsausschuss hat in seiner 53. Sitzung die Aufnahme der Gebührenordnungspositionen 01640 (Anlage eines Notfalldatensatzes), 01641 (Verwaltung von Notfalldatensätzen) und 01642 (Löschung eines Notfalldatensatzes) in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) sowie Finanzierungsempfehlungen zu diesen Gebührenordnungspositionen beschlossen. In einer Protokollnotiz wird zudem ein Sachverhalt geregelt, der die Aufsatzwerte des Behandlungsbedarfs betrifft.

Mit dem vorliegenden Beschluss wird der Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 53. Sitzung daher um ergänzende Vorgaben gemäß § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V zur Ermittlung der Aufsatzwerte nach § 87a Abs. 4 Satz 1 SGB V in einem neuen Beschlussteil C ergänzt.

2. Regelungsinhalte und Regelungshintergründe

Die im vorliegenden Änderungsbeschluss vorgenommenen Anpassungen betreffen die Überführung der Empfehlung Nr. 3 des Beschlussteils B des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 53. Sitzung in einen neuen Beschlussteil C.

Die ursprüngliche Beschlussfassung sah in der Protokollnotiz Nr. 1 des Beschlussteils A eine Streichung der Gebührenordnungsposition 01641 (Zuschlag zu den Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschalen für den Notfalldatensatz) in Verbindung mit einer entsprechenden Bewertungsanhebung der in der Leistungslegende genannten Versi-

cherten-, Grund- und Konsiliarpauschalen zum 1. Januar 2021 vor, sofern bis zum 31. Dezember 2020 festgestellt werden kann, dass für einen Großteil der Vertragsarztpraxen die technischen Voraussetzungen zur Nutzung der Anwendung gemäß § 291a Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 SGB V i. V. m. Anlage 4a zum BMV-Ä vorliegen. Die Finanzierungsempfehlungen in Beschlussteil B sahen unter der gleichen Voraussetzung jedoch eine Empfehlung zur Überführung der Leistungen nach der Gebührenordnungsposition 01641 in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung ab dem 1. Januar 2021 vor.

Im vorliegenden Änderungsbeschluss wird durch Hinzufügung eines weiteren Beschlussteils C klargestellt, dass die Behandlungsbedarfe der vier Quartale des Jahres 2021 basiswirksam angehoben werden, wenn die Leistungen nach der Gebührenordnungsposition 01641 in die in der Leistungslegende genannten Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschalen entsprechend der Protokollnotiz Nr. 1 überführt werden. Die Anhebungen werden dabei gemäß Nr. 2.2.1.2 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 383. Sitzung, geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 401. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zu Vorgaben gemäß § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V für ein Verfahren zur Ermittlung der Aufsatzwerte nach § 87a Abs. 4 Satz 1 SGB V und der einzelnen Anteile der einzelnen Krankenkassen nach § 87a Abs. 4 Satz 2 SGB V ab dem Jahr 2017 unter der Maßgabe bestimmt, dass die dabei angewendete Abstufungsquote der zu überführenden Leistung auf eins gesetzt wird.

Durch diese Erhöhung der Aufsatzwerte wird die Finanzierung der Erhöhung der Bewertung der betreffenden Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschalen sichergestellt.

3. Inkrafttreten

Der Beschluss tritt mit Wirkung zum 12. Dezember 2018 in Kraft.