

BESCHLUSS

des Erweiterten Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs. 4 SGB V in seiner 37. Sitzung am 25. September 2013

Teil C

Empfehlungen gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 3 SGB V und § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V i. V. m. § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Jahr 2014

mit Wirkung zum 26. September 2013

1. Präambel

Der Bewertungsausschuss beschließt gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 3 SGB V Empfehlungen zur Bestimmung von nach § 87a Abs. 3 Satz 5 SGB V außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen zu vergütenden vertragsärztlichen Leistungen sowie gemäß § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V Empfehlungen zur Anpassung des Behandlungsbedarfs aufgrund von Veränderungen von Art und Umfang der ärztlichen Leistungen gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 SGB V.

2. Empfehlung zur Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

Gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 3 SGB V beschließt der Bewertungsausschuss Empfehlungen zur Bestimmung der Vergütungen in den Vereinbarungen der Partner der Gesamtverträge gemäß § 87a Abs. 3 Satz 5 SGB V zu vertragsärztlichen Leistungen außerhalb der vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung, wenn sie besonders gefördert werden sollen oder soweit dies medizinisch oder aufgrund von Besonderheiten bei Veranlassung und Ausführung der Leistungserbringung erforderlich ist, und gemäß § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V i. V. m. § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 SGB V empfiehlt der Bewertungsausschuss zu Art und Umfang der ärztlichen Leistungen. Für die Abgrenzung der in den Aufsatzwerten für den morbiditätsbedingten Behandlungsbedarf zu berücksichtigenden Leistungsmengen empfiehlt der (Erweiterte) Bewertungsausschuss auf der Basis der gesetzlichen Vorgaben und seiner bisherigen Beschlüsse die folgenden Leistungen nicht einzubeziehen:

1. Vergütungen für Leistungen, die im Rahmen besonderer, nicht für alle Kassen gültiger Verträge vereinbart worden sind (Modellvorhaben gemäß §§ 63, 64 SGB V, Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73b SGB V, Verträge über eine besondere ambulante ärztliche Versorgung gemäß § 73c SGB V, Vereinbarungen über strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten gemäß §§ 137f bis g SGB V und Verträge zur integrierten Versorgung gemäß §§ 140a bis d SGB V),
2. Vergütungen für regional vereinbarte, nicht im EBM enthaltene Leistungen,
3. belegärztliche (kurativ-stationäre) Leistungen (Leistungen des Kapitels 36, die Gebührenordnungspositionen 13311, 17370 EBM und Geburtshilfe),
4. Leistungen des Kapitels 31 sowie die Gebührenordnungspositionen 13421 bis 13431 sowie 04514, 04515, 04518 und 04520, 40680 EBM,
5. Leistungen der Abschnitte 1.7.1 bis 1.7.4 EBM,
6. Durchführung von Vakuumstanzbiopsien,
7. Strahlentherapie,
8. Leistungen der künstlichen Befruchtung,
9. Substitutionsbehandlung,
10. Leistungsbezogene Kostenpauschalen für Sach- und Dienstleistungen bei Behandlungen mit renalen Ersatzverfahren und extrakorporalen Blutreinigungsverfahren des Abschnitts 40.14 EBM,
11. Zusatzpauschalen ärztliche Betreuung bei LDL-Apherese (GOP 13620 – 13622),
12. Leistungen der spezialisierten Versorgung HIV-infizierter Patienten,
13. Verordnung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung,
14. Kostenpauschalen für ärztlich angeordnete Hilfeleistungen,
15. Varicella-Zoster-Virus-Antikörper-Nachweis,
16. Balneophototherapie,
17. Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM aller Arztgruppen sowie probatorische Sitzungen (GOP 35150) der in § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V genannten Arztgruppen,

18. Leistungen der Abschnitte 4.5.4 und 13.3.6 (ohne GOP 13620 – 13622) EBM sowie die Gebührenordnungspositionen 04000, 04010, 04040 und 04230 EBM, wenn in demselben Behandlungsfall Leistungen des Abschnitts 4.5.4 EBM abgerechnet werden,
19. Leistungen und Kostenpauschalen, die seit dem Jahr 2012 aufgenommen wurden und lt. Empfehlungen des Bewertungsausschusses bzw. lt. bundesmantelvertraglicher Regelungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu vergüten sind.

Spätestens im Jahr 2017 wird überprüft, ob die Mengenentwicklung der Leistungen nach der Ziffer 17 weiterhin überproportional im Verhältnis zur Veränderungsrate ansteigt oder ob aufgrund einer Stabilisierung eine Eindeckelung in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung möglich ist. In diesem Fall erfolgt die Eindeckelung unter der Berücksichtigung einer Abstufungsquote von eins, sofern und soweit die Ausgliederung aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung unter der Berücksichtigung einer Abstufungsquote von eins erfolgte und die Partner der Gesamtverträge nichts anderes vereinbaren.

Zur Abgrenzung der Leistungsmenge des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs wird der Bewertungsausschuss ggf. aufgrund der Umsetzung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung gemäß § 116b SGB V mit Wirkung für das Abrechnungsjahr 2014 rechtzeitig beschließen.

Die oben vorgegebene Abgrenzung ist als technische Vorgabe in der Anlage zu diesem Beschluss wiedergegeben.

3. Weiterentwicklung der Empfehlungen

Der Bewertungsausschuss wird prüfen, ob die Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung mit Wirkung zum 1. Januar 2015 angepasst werden soll, um gemeinsame Versorgungsziele im haus- und fachärztlichen Bereich besser erreichen zu können.

4. Inkrafttreten

Dieser Beschlussteil tritt mit Wirkung zum 26. September 2013 in Kraft.

Anlage

zum Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 37. Sitzung am 25. September 2013

Leistungssegmentliste zur Abgrenzung der Leistungen des morbiditybedingten Behandlungsbedarfs mit Wirkung ab 26. September 2013

Code	Bezeichnung^{*)}	MGV/EGV
RA	Leistungen ohne LSK	MGV
N	Leistungen im organisierten Notfalldienst und im Notfall (Abschnitt 1.2)	MGV
L	Laborärztliche Grundpauschale (GOP 12220)	MGV
2	Regional vereinbarte Leistungen im GOP-Bereich \geq 80000 (mit Ausnahme der in dem Segment „H1N1“ aufgeführten GOP), bundesweit vereinbarte GOP der Onkologievereinbarung (GOP 86510, 86512, 86514, 86516, 86518), bundesweit vereinbarte GOP der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung (GOP 88895) sowie Wegepauschalen (GOP 40220 bis 40230)	EGV
3	Belegärztliche Leistungen (Kap. 36, GOP 13311, 17370 sowie GOP 08410 bis 08416)	EGV
4A	Ambulantes Operieren, PTK, Koloskopie und ERCP (Leistungen der Abschnitte 31.2 und 31.5 sowie GOP 04514, 04515, 04518, 04520, 13421 bis 13431 und GOP 40680)	EGV
4B	Begleitleistungen zum Ambulanten Operieren (Leistungen der Abschnitte 31.1, 31.3, 31.4 und 31.6)	EGV

Code	Bezeichnung^{*)}	MGV/EGV
5A	Prävention (Abschnitt 1.7.1 (mit Ausnahme der GOP 01704, 01705 und 01706), Abschnitt 1.7.2 (mit Ausnahme der GOP 01745 und 01746) sowie Abschnitt 1.7.4 und GOP 32880 bis 32882)	EGV
5M	Leistungen des Mammographie-Screenings (GOP 01750, 01752 bis 01758 sowie 40850 und 40852)	EGV
7	Leistungen des Hautkrebs-Screenings (GOP 01745 und 01746)	EGV
8	Durchführung von Vakuumstanzbiopsien (GOP 01759, 34274, 40454, 40455, 40854 und 40855)	EGV
9	Strahlentherapie (Kap. 25, GOP 40840 und 40841)	EGV
11A	Begleitleistungen der Reproduktionsmedizin mit Ausnahme der LSK 3, 4A und 4B (GOP 01510X, 01511X, 01512X, 02100X, 02340X**, 02341X, 02343X**, 05310X, 05330X, 05331X**, 05340X, 05341X, 05350X, 08510, 08510X, 08540, 08540X, 08541, 08541X, 08542, 08542X, 08570, 08570X, 08571, 08571X, 08572, 08572X, 08573, 08573X, 08574, 08574X, 11311X, 11312X, 11320X, 11321X, 11322X, 11330X, 11331X, 11332X, 11333X, 11334X, 11351X, 11352X, 11354X, 11360X, 11361X, 11370X, 11371X, 11372X, 11380X, 11390X, 11391X, 11395X, 11396X, 11400X, 11401X, 11403X, 11404X, 11410X, 11411X, 11412X, 11420X, 11421X, 11422X, 11430X, 11431X, 11432X, 11433X, 11434X, 11440X, 11441X, 11442X, 11443X, 32354X, 32356X, 32357X, 32575X, 32576X, 32614X, 32618X, 32660X, 32781X, 33043X, 33044X und 33090X)	EGV
11B	Beratungsleistungen der Reproduktionsmedizin (GOP 08520 und 08521)	MGV
12	Reproduktionsmedizin (GOP 08530, 08530X, 08531, 08531X, 08550, 08550X, 08551, 08551X, 08552, 08552X, 08560, 08560X, 08561 und 08561X)	EGV
S	Leistungen der Methadonsubstitution (GOP 01950 bis 01952)	EGV

Code	Bezeichnung^{*)}	MGV/EGV
A1	Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten (Abschnitt 30.7.1)	MGV
A2	Akupunktur (Abschnitt 30.7.3)	MGV
A3	Polysomnographie (GOP 30901)	MGV
A4	MRT-Angiographie (Abschnitt 34.4.7)	MGV
A5	Antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen der Psychotherapie (Abschnitt 35.2)	EGV
PROB	Probatorische Sitzungen der in § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V genannten Arztgruppen (GOP 35150P – 35150Q)	EGV
DS	Dialysesachkosten (Abschnitt 40.14)	EGV
LPAA	Zusatzpauschale ärztliche Betreuung bei LDL-Apherese (GOP 13620 - 13622)	EGV
HIV	Leistungen der spezialisierten Versorgung HIV-infizierter Patienten (GOP 30920, 30922 und 30924)	EGV
SAPV	Verordnung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (GOP 01425, 01426, 40860 und 40862)	EGV
PAH**	Besondere Arzneimitteltherapie bei der pulmonal-arteriellen Hypertonie (GOP 40865 bis 40868)	EGV
DEL	Kostenpauschalen für ärztlich angeordnete Hilfeleistungen (GOP 40870 und 40872)	EGV
H1N1**	Labortest neue Influenza A/H1N1 (GOP 88740 und 88741)	EGV
NHS	Neugeborenen-Hörscreening (GOP 01704, 01705 und 01706)	EGV

Code	Bezeichnung^{*)}	MGV/EGV
VZV	Varicella-Zoster-Virus-Antikörper-Nachweis (GOP 01833)	EGV
DIA	Leistungen der Diamorphinsubstitution (GOP 01955 und 01956)	EGV
BAL	Balneophototherapie (GOP 10350)	EGV
NEP	Leistungen Nephrologie und Dialyse (Abschnitt 13.3.6 ohne GOP 13620 - 13622)	EGV
KNEP	Leistungen der pädiatrischen Nephrologie und Dialyse (Abschnitt 4.5.4 und pädiatrische Versichertenpauschalen 04000, 04010 sowie die Gebührenordnungspositionen 04040 und 04230, wenn in demselben Behandlungsfall Leistungen des Abschnitts 4.5.4 EBM abgerechnet werden)	EGV
NT	Neuropsychologische Leistungen (Abschnitt 30.11)	EGV

*) Die den einzelnen Leistungssegmenten zugeordneten Gebührenordnungspositionen (GOP) können einen beliebigen Buchstabensuffix beinhalten. Dies gilt jedoch nicht für die Leistungssegmente 11A und 12, denen jeweils eine abschließende Liste von Gebührenordnungspositionen mit und ohne Buchstabensuffix zugeordnet ist.

**) Es handelt sich um beendete Gebührenordnungspositionen bzw. Leistungssegmente; Nachtragsfälle sind möglich.

Entscheidungserhebliche Gründe

zum Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 4 SGB V in seiner 37. Sitzung am 25. September 2013

Teil C

Empfehlungen gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 3 SGB V und § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V i. V. m. § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 SGB V für das Jahr 2014 mit Wirkung zum 26. September 2013

1. Rechtsgrundlage

Der Bewertungsausschuss beschließt gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 3 SGB V Empfehlungen zur Bestimmung von nach § 87a Abs. 3 Satz 5 SGB V außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen zu vergütenden vertragsärztlichen Leistungen sowie gemäß § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V Empfehlungen zur Anpassung des Behandlungsbedarfs aufgrund von Veränderungen von Art und Umfang der ärztlichen Leistungen gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 SGB V.

2. Regelungsinhalte und Regelungshintergründe

Der Beschluss, Teil C, enthält Empfehlungen gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 3 SGB V sowie § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V i. V. m. § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 SGB V zur Vergütung vertragsärztlicher Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen. Diese Empfehlungen schreiben die bisher vom Bewertungsausschuss in seiner 288. Sitzung am 22. Oktober 2012 bzw. in seiner 302. Sitzung am 19. März 2013 vorgegebene Abgrenzung fort.

Aufgrund des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 309. Sitzung am 27. Juni 2013 werden die unter Nr. 18 der Empfehlungen aufgeführten Gebührenordnungspositionen 04110, 04111, 04112, 04120, 04121 und 04122 durch die ab dem 1. Oktober 2013 in Kraft tretenden Gebührenordnungspositionen 04000, 04010, 04040 sowie 04230 ersetzt. Die Anlage zu diesem Beschluss enthält die Leistungssegmentierung zur Abgrenzung der Leistungen des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs.

3. Inkrafttreten

Dieser Beschlussteil tritt mit Wirkung zum 26. September 2013 in Kraft.