

BESCHLUSS

**des Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V
in seiner 360. Sitzung am 19. August 2015**

**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 2016**

mit Wirkung zum 19. August 2015

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 (a. F.), Vereinbarungen über strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten gemäß §§ 137f bis g SGB V und Verträge zur besonderen Versorgung gemäß § 140a 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 Apheresen (GOP 13620 bis 13622),
12. Leistungen der spezialisierten Versorgung HIV-infizierter Patienten,
13. Verordnung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung,
14. Varicella-Zoster-Virus-Antikörper-Nachweis,
15. Balneophototherapie,
16. Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM aller Arztgruppen sowie probatorische Sitzungen (GOP 35150) der in § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V genannten Arztgruppen,
17. Leistungen der Abschnitte 4.5.4 und 13.3.6 (ohne GOP 13620 bis 13622) EBM sowie die Gebührenordnungspositionen 04000, 04040 und 04230 EBM, wenn in demselben Behandlungsfall Leistungen des Abschnitts 4.5.4 EBM abgerechnet werden,

18. 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 16 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.

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

3. Inkrafttreten

Dieser Beschluss tritt mit Wirkung zum 19. August 2015 in Kraft.

Anlage

zum Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 360. Sitzung am 19. August 2015

Leistungssegmentliste zur Abgrenzung der Leistungen des morbiditybedingten Behandlungsbedarfs mit Wirkung zum 19. August 2015

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 (mit Ausnahme der GOP 36371, 36372 und 36373), GOP 13311, 17370 sowie GOP 08410 bis 08416)	EGV
4A	Ambulantes Operieren, PTK, Koloskopie und ERCP (Leistungen des Abschnitts 31.2 (mit Ausnahme der GOP 31371, 31372 und 31373), des Abschnitts 31.5 sowie GOP 04514, 04515, 04518, 04520, 13421 bis 13424, 13430, 13431 und 40680)	EGV

Code	Bezeichnung	MGV/EGV
4B	Begleitleistungen zum Ambulanten Operieren (Leistungen der Abschnitte 31.1, 31.3, 31.4 und 31.6)	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, 11320Z, 11321X, 11321Z, 11322X, 11322Z, 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

Code	Bezeichnung	MGV/EGV
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
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 Apheresen (GOP 13620 bis 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

Code	Bezeichnung	MGV/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
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 der Nephrologie und Dialyse (Abschnitt 13.3.6 mit Ausnahme der GOP 13620 bis 13622)	EGV

Code	Bezeichnung	MGV/EGV
KNEP	Leistungen der pädiatrischen Nephrologie und Dialyse (Abschnitt 4.5.4 und pädiatrische Versichertenpauschalen GOP 04040D, 04230D, 04000E, 04001E, 04002E, 04003E, 04004E, 04005E, 04010E*, 04011E*, 04012E*, 04013E*, 04014E*, 04015E*, 04110E*, 04111E*, 04112E*, 04120E*, 04121E*, 04122E*, 04000I, 04001I, 04002I, 04003I, 04004I, 04005I, 04010I*, 04011I*, 04012I*, 04013I*, 04014I*, 04015I*, 04110I*, 04111I*, 04112I*, 04120I*, 04121I*, 04122I*, 04040J*, 04040K, 04000L, 04001L, 04002L, 04003L, 04004L, 04005L, 04040L, 04110L*, 04111L*, 04112L*, 04000M, 04001M, 04002M, 04003M, 04004M, 04005M, 04040M*, 04110M*, 04111M*, 04112M*, 04000N, 04001N, 04002N, 04003N, 04004N, 04005N, 04010N*, 04011N*, 04012N*, 04013N*, 04014N*, 04015N*, 04040N*, 04110N*, 04111N*, 04112N*, 04120N*, 04121N*, 04122N*, 04000O, 04001O, 04002O, 04003O, 04004O, 04005O, 04110O*, 04111O*, 04112O*, 04000P, 04001P, 04002P, 04003P, 04004P, 04005P, 04010P*, 04011P*, 04012P*, 04013P*, 04014P*, 04015P*, 04110P*, 04111P*, 04112P*, 04120P*, 04121P*, 04122P*, 04000Q, 04001Q, 04002Q, 04003Q, 04004Q, 04005Q, 04110Q*, 04111Q* und 04112Q*, wenn in demselben Behandlungsfall Leistungen des Abschnitts 4.5.4 EBM abgerechnet werden)	EGV
NT	Neuropsychologische Leistungen (Abschnitt 30.11 sowie GOP 30936 und 30937)	EGV
MRSA	MRSA-Diagnostik und Therapie (Abschnitt 30.12 sowie GOP 30960, 30961, 86770*, 86772*, 86774*, 86776*, 86778*, 86780*, 86781*, 86782* und 86784*)	EGV
HIVTEST	HIV-Resistenztestung (GOP 32821 und 32822)	EGV
OSTEO	Osteodensitometrie zum Zweck der Optimierung der Therapieentscheidung (GOP 34601)	EGV
KAPS	Kapselendoskopie (GOP 04528, 04529, 13425 und 13426)	EGV

Code	Bezeichnung	MGV/EGV
IVOM	Intravitreale Medikamenteneingabe (GOP 06334, 06335, 31371, 31372, 31373, 36371, 36372 und 36373)	EGV
NAEPA	Ärztlich angeordnete Hilfeleistungen (GOP 03060, 03062, 03063)	EGV
SOZPAED	Weiterführende sozialpädiatrisch orientierte Versorgung (GOP 04356)	EGV
ZPFG	Zuschläge zur Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung (GOP 05222, 06222, 07222, 08222, 09222, 10222, 13222, 13296, 13346, 13396, 13496, 13544, 13646, 13696, 14216, 16217, 18222, 20222, 21219, 21226, 22218, 23218, 26222 und 27222)	EGV
XOFIGO	Kostenpauschale für Sachkosten im Rahmen des Umgangs, der Beschaffung, Lagerung, Materialverwaltung, Abfallbeseitigung und Entsorgung im Zusammenhang mit der Erbringung der Leistung entsprechend GOP 17372 bei Verwendung von Radium-223-dichlorid (GOP 40582)	EGV

Die den einzelnen Leistungssegmenten zugeordneten Gebührenordnungspositionen (GOP) können beliebige Suffices aufweisen. Dies gilt jedoch nicht für die Leistungssegmente 11A, 12, PROB und KNEP, denen jeweils eine abschließende Liste von Gebührenordnungspositionen mit Suffices zugeordnet worden ist.

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

Entscheidungserhebliche Gründe

**zum Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 360. Sitzung am 19. August 2015
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 2016 mit Wirkung zum 19. August 2015**

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 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 zuletzt vom Bewertungsausschuss gemäß § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 335. Sitzung am 24. September 2014 vorgegebene Abgrenzung fort.

Die Anlage zu diesem Beschluss enthält die Leistungssegmentierung zur Abgrenzung der Leistungen des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs.

3. Inkrafttreten

Dieser Beschluss tritt mit Wirkung zum 19. August 2015 in Kraft.