

B E S C H L U S S

des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 SGB V in seiner 398. Sitzung am 25. Juli 2017

**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 sowie
Vorgaben zur Anpassung der kassenspezifischen Aufsatzwerte
des bereinigten Behandlungsbedarfs gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1
SGB V und der Anteile der einzelnen Krankenkassen gemäß
§ 87a Abs. 4 Satz 2 SGB V im Zusammenhang mit der
Aufnahme des Abschnitts 37.3 (Besonders qualifizierte und
koordinierte palliativmedizinische Versorgung gemäß
Anlage 30 zum BMV-Ä) in den
Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM)**

mit Wirkung zum 1. Oktober 2017

I. EMPFEHLUNGEN

Der Bewertungsausschuss gibt im Zusammenhang mit der Aufnahme der Leistungen des Abschnitts 37.3 in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) zum 1. Oktober 2017 folgende Empfehlung 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 ab:

1. Mit Wirkung zum 1. Oktober 2017 werden auf Grundlage von § 87 Absatz 1b SGB V die Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 37.3 (Besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung gemäß Anlage 30 zum BMV-Ä) in den EBM aufgenommen.
2. Die Einführung der Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 37.3 führt ggf. zu Einsparungen bei den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 3.2.5 und 4.2.5 (Substitution).
3. Der Bewertungsausschuss stellt fest, dass der zu erwartende finanzielle Mehrbedarf der Einführung der Leistungen des Abschnitts 37.3 ggf. teilweise durch Einsparungen in anderen geeigneten Bereichen finanziert werden kann.
4. Die Finanzierung des Mehrbedarfs der Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 37.3 erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen.

5. Der Bewertungsausschuss prüft eine Überführung der Leistungen des Abschnitts 37.3 in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung frühestens mit Wirkung zum 1. Oktober 2019. Die Überprüfung erfolgt nach Vorgaben des Bewertungsausschusses durch das Institut des Bewertungsausschusses.
6. Der Bewertungsausschuss empfiehlt den Partnern der Gesamtverträge, die Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 3.2.5 und 4.2.5 ab dem 1. Oktober 2017 außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu finanzieren (mit Ausdeckelung nach II.1.) und ab 1. Oktober 2019 in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung zurück zu überführen (mit Eindeckelung nach II.2.).

II. VORGABEN

Der Bewertungsausschuss beschließt gemäß § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V Vorgaben 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.

1. Befristete Ausdeckelung der Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 3.2.5 und 4.2.5

Die Bereinigungsbeträge je Krankenkasse und Kassenärztlicher Vereinigung werden in den Quartalen 4/2017 bis 3/2018 nach dem Aufteilungsschlüssel der Leistungsmenge der Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 3.2.5 und 4.2.5 im jeweiligen Vorjahresquartal durch die Partner der Gesamtverträge wie folgt bestimmt und angesetzt:

1. In jedem KV-Bezirk sind die krankenkassen- und quartalsspezifischen Leistungsmengen nach regionaler Euro-Gebührenordnung für die Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 3.2.5 und 4.2.5 aus den Daten der Satzart ARZTRG87aKA_IK gemäß Beschluss Teil B des Bewertungsausschusses in seiner 349. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) bzw. gemäß entsprechender Folgebeschlüsse unter Berücksichtigung etwaiger Korrekturlieferungen für das entsprechende Vorjahresquartal (Quartal 4/2016 bis 3/2017) zu bestimmen, wobei Leistungsmengen der Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 3.2.5 und 4.2.5 aufgrund nicht vertragskonformer Inanspruchnahme aus den Daten der Satzart ARZTRG87aNVI_IK gemäß Beschluss Teil B des Bewertungsausschusses in seiner 349. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), bzw. gemäß entsprechender Folgebeschlüsse unter Berücksichtigung etwaiger Korrekturlieferungen für das entsprechende Vorjahresquartal (Quartal 4/2016 bis 3/2017) zum Abzug gebracht werden.
2. Die krankenkassen- und quartalsspezifischen Ergebnisse nach Schritt 1 werden mit der KV-spezifischen Abstaffelungsquote des entsprechenden Vorjahresquartals multipliziert. Zur Herleitung der KV-spezifischen

Abstaffelungsquote findet das vom Bewertungsausschuss in seiner 383. Sitzung am 21. September 2016 zu den 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 bzw. gemäß entsprechende Folgebeschlüsse unter Nummer 2.2.1.2, Ziffer 2 beschlossene Verfahren Anwendung.

3. Die krankenkassen- und quartalspezifischen Ergebnisse nach Schritt 2 sind durch den in den Quartalen 4/2016 bis 3/2017 jeweils gültigen regionalen Punktwert zu dividieren.
4. Die krankenkassen- und quartalsweisen Ergebnisse nach Schritt 3 sind jeweils durch die im jeweiligen KV-Bezirk im jeweiligen Quartal 4/2016 bis 3/2017 verwendete Versichertenzahl aus der Datenlieferung KASSRG87aMGV_IK gemäß Beschluss Teil C des Bewertungsausschusses in seiner 349. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), bzw. gemäß entsprechender Folgebeschlüsse unter Berücksichtigung etwaiger Korrekturlieferungen zu teilen und mit der im jeweiligen KV-Bezirk im jeweiligen Quartal 4/2017 bis 3/2018 verwendeten Versichertenzahl gemäß der Datenlieferung ANZVER87a_IK unter Berücksichtigung etwaiger Korrekturlieferungen zu multiplizieren.
5. Von den gemäß Nr. 2.2.3 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 383. Sitzung am 21. September 2016 zu den 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 bzw. gemäß entsprechender Folgebeschlüsse bestimmten krankenkassenspezifischen Aufsatzwerten des bereinigten Behandlungsbedarfs der Quartale 4/2017 bis 3/2018 sind vor ihrer Verwendung gemäß Nr. 2.2.4 des genannten Beschlusses bzw. gemäß entsprechender Folgebeschlüsse die jeweiligen krankenkassen- und quartalsweisen Ergebnisse aus Schritt 4 basiswirksam abzuziehen.

2. Eindeckung der Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 3.2.5 und 4.2.5

Die Anpassung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung je Krankenkasse und Kassenärztlicher Vereinigung wird in den Quartalen 4/2019 bis 3/2020 nach dem Aufteilungsschlüssel der Leistungsmenge der Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 3.2.5 und 4.2.5 im jeweiligen Vorjahresquartal durch die Partner der Gesamtverträge wie folgt bestimmt und angesetzt:

1. In jedem KV-Bezirk sind die krankenkassen- und quartalsspezifischen Leistungsmengen nach regionaler Euro-Gebührenordnung für die Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 3.2.5 und 4.2.5 aus den Daten der Satzart ARZTRG87aKA_IK gemäß Beschluss Teil B des Bewertungsausschusses in seiner 349. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) bzw. gemäß entsprechender Folgebeschlüsse unter Berücksichtigung etwaiger Korrekturlieferungen für das entsprechende Vorjahresquartal (Quartal 4/2018 bis 3/2019) zu bestimmen, wobei Leistungsmengen der Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 3.2.5 und 4.2.5 aufgrund nicht vertragskonformer Inanspruchnahme aus den Daten der Satzart ARZTRG87aNVI_IK gemäß Beschluss Teil B des Bewertungsausschusses in seiner 349. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), bzw. gemäß entsprechender Folgebeschlüsse unter Berücksichtigung etwaiger Korrekturlieferungen für das entsprechende Vorjahresquartal (Quartal 4/2018 bis 3/2019) zum Abzug gebracht werden.
2. Die krankenkassen- und quartalsspezifischen Ergebnisse nach Schritt 1 werden mit der KV-spezifischen Abstufungsquote des entsprechenden Vorjahresquartals multipliziert. Zur Herleitung der KV-spezifischen Abstufungsquote findet das vom Bewertungsausschuss in seiner 383. Sitzung am 21. September 2016 zu den 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 bzw. gemäß entsprechender Folgebeschlüsse unter Nummer 2.2.1.2, Ziffer 2 beschlossene Verfahren Anwendung.
3. Die krankenkassen- und quartalsspezifischen Ergebnisse nach Schritt 2 sind durch den in den Quartalen 4/2018 bis 3/2019 jeweils gültigen regionalen Punktwert zu dividieren.
4. Die krankenkassen- und quartalsweisen Ergebnisse nach Schritt 3 sind jeweils durch die im jeweiligen KV-Bezirk im jeweiligen Quartal 4/2018 bis 3/2019 verwendete Versichertenzahl aus der Datenlieferung KASSRG87aMGV_IK gemäß Beschluss Teil C des Bewertungsausschusses in seiner 349. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) bzw. gemäß entsprechender Folgebeschlüsse unter Berücksichtigung etwaiger Korrekturlieferungen zu teilen und mit der im jeweiligen KV-Bezirk im jeweiligen Quartal 4/2019 bis 3/2020 verwendeten Versichertenzahl gemäß der Datenlieferung ANZVER87a_IK unter Berücksichtigung etwaiger Korrekturlieferungen zu multiplizieren.
5. Die gemäß Nr. 2.2.3 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 383. Sitzung am 21. September 2016 zu den 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 bzw. gemäß entsprechender Folgebeschlüsse bestimmten krankenkassenspezifischen Aufsatzwerte des bereinigten Behandlungsbedarfs der Quartale 4/2019 bis

3/2020 sind vor ihrer Verwendung gemäß Nr. 2.2.4 des genannten Beschlusses bzw. gemäß entsprechender Folgebeschlüsse um die jeweiligen krankenkassen- und quartalsweisen Ergebnisse aus Schritt 4 basiswirksam anzuheben.

Protokollnotiz:

Die Rechnungslegung der Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 37.3 sowie der Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 3.2.5 und 4.2.5 erfolgt im Formblatt 3 in Kontenart 400 – Ärztliche Behandlung – auf der Ebene 6.

Entscheidungserhebliche Gründe

zum Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 398. Sitzung am 25. Juli 2017 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 sowie Vorgaben zur Anpassung der kassenspezifischen Aufsatzwerte des bereinigten Behandlungsbedarfs gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 SGB V und der Anteile der einzelnen Krankenkassen gemäß § 87a Abs. 4 Satz 2 SGB V im Zusammenhang mit der Aufnahme des Abschnitts 37.3 (Besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung gemäß Anlage 30 zum BMV-Ä) in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) mit Wirkung zum 1. Oktober 2017

1. Rechtsgrundlage

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband vereinbaren gemäß § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V im Bewertungsausschuss den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) und 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 sowie Vorgaben zur Anpassung der kassenspezifischen Aufsatzwerte des bereinigten Behandlungsbedarfs gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 SGB V und der Anteile der einzelnen Krankenkassen gemäß § 87a Abs. 4 Satz 2 SGB V.

2. Regelungshintergrund und -inhalt

Mit Wirkung zum 1. Oktober 2017 werden Leistungen zur besonders qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung gemäß Anlage 30 zum BMV-Ä in den Abschnitt 37.3 des EBM aufgenommen.

Der Bewertungsausschuss geht davon aus, dass es mit der Einführung der Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 37.3 ggf. zu Einsparungen bei den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 3.2.5 und 4.2.5 kommen kann.

Die Finanzierung des entstehenden Mehrbedarfs für die Einführung der Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 37.3 erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen. Eine Prüfung der Überführung der Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 37.3 in die morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen durch den Bewertungsausschuss erfolgt frühestens zum 1. Oktober 2019.

Darüber hinaus empfiehlt der Bewertungsausschuss aufgrund einer möglichen Substitution der Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 3.2.5 und 4.2.5 durch die Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 37.3 eine vom 1. Oktober 2017 bis zum 30. September 2019 befristete Finanzierung der Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 3.2.5 und 4.2.5 außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

In den Vorgaben (II.) des Beschlusses sind unter Nr. 1 die für die Ausdeckung der Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 3.2.5 und 4.2.5 (Quartale 4/2017 bis 3/2018) erforderlichen Verfahrensschritte zur Ermittlung der krankenkassen- und quartalspezifischen Bereinigungsbeträge je Kassenärztlicher Vereinigung beschrieben. Die zur Eindeckung der Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 3.2.5 und 4.2.5 (Quartale 4/2019 bis 3/2020) in die morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen erforderlichen Verfahrensschritte zur Anpassung der krankenkassenspezifischen Aufsatzwerte sind in Nr. 2 festgelegt.

3. Inkrafttreten

Der Beschluss tritt mit Wirkung zum 1. Oktober 2017 in Kraft.