

Entscheidungserhebliche Gründe

zum Beschluss des Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 402. Sitzung am 19. September 2017 Teil A 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 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 und der Anteile der einzelnen Krankenkassen aufgrund der Überführung der Leistungen der ärztlich angeordneten Hilfeleistungen nach den Gebührenordnungspositionen 03060 bis 03065 EBM in die morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen nach § 87a Abs. 4 Satz 2 SGB V für das Jahr 2018 mit Wirkung zum 19. September 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. Januar 2018 empfiehlt der Bewertungsausschuss in Teil A, Abschnitt I. des Beschlusses, dass die Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 03060 bis 03065 EBM innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen vergütet werden.

In den Vorgaben in Teil A, Abschnitt II. des Beschlusses sind die für die Überführung der Gebührenordnungspositionen 03060 bis 03065 EBM in die morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen erforderlichen Verfahrensschritte zur Umsetzung vorgegeben, da diese vom üblichen Verfahren gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 383. Sitzung am 21. September 2016 zu 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, zuletzt geändert mit Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 401. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), abweichen. Anstelle des auf Basis historischer Leistungsmengen bestimmten Vergütungsvolumens wird in diesem Fall das bei der Einführung dieser Leistungen vom Bewertungsausschuss zugrunde gelegte Finanzvolumen herangezogen und nach den aktuell vorliegenden Versichertenzahlen auf die Kassenärztlichen Vereinigungen aufgeteilt. Für die Ermittlung des anzuwendenden Punktzahlvolumens ist der regionale Punktwert des Jahres 2018 zugrunde zu legen.

3. Inkrafttreten

Dieser Beschluss tritt mit Wirkung zum 19. September 2017 in Kraft.

Teil B zur Aufhebung des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 49. Sitzung am 12. Dezember 2016 zur Bereitstellung und Ausschöpfung des zusätzlichen Finanzvolumens für die hausärztliche Versorgung, zur Änderung des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 339. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), Teil A, und zur Änderung des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 386. Sitzung am 12. Dezember 2016 zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) mit Wirkung zum 19. September 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.

Der Bewertungsausschuss hat in Teil A des vorliegenden Beschlusses die Überführung der finanziellen Mittel für die Leistungen der qualifizierten nichtärztlichen Praxisassistenten in die morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen beschlossen.

2. Regelungshintergrund und -inhalt

Teil B des Beschlusses regelt die Aufhebung des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 49. Sitzung am 12. Dezember 2016 zur Bereitstellung und Ausschöpfung des zusätzlichen Finanzvolumens für die hausärztliche Versorgung und hebt bislang vereinbarte Protokollnotizen auf. Mit der Überführung der Gebührenordnungspositionen 03060 bis 03065 EBM in die morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen entfällt die Notwendigkeit der seinerzeit beschlossenen Überprüfung, ob die abgerechnete Leistungsmenge dem vereinbarten Finanzvolumen für diese Leistungen entspricht. Mit der Überführung der Gebührenordnungspositionen in die morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen entfällt

darüber hinaus in der kassenseitigen Rechnungslegung im Formblatt 3 der Ausweis auf der Ebene 6.

3. Inkrafttreten

Dieser Beschluss tritt mit Wirkung zum 19. September 2017 in Kraft.