

## **Entscheidungserhebliche Gründe**

**zum Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 288. Sitzung am 22. Oktober 2012 zur Änderung des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 29. Sitzung am 19./25. Juni 2012 über das zur Ermittlung der diagnosebezogenen bzw. demografischen Veränderungsdaten zu verwendende Klassifikationsmodell für das Jahr 2013 gemäß § 87a Abs. 5 SGB V mit Wirkung zum 22. Oktober 2012**

---

### **1. Rechtsgrundlage**

Gemäß § 87a Absatz 5 SGB V hat der Bewertungsausschuss bis zum 31. August 2012 Empfehlungen zur Vereinbarung von Veränderungen der Morbiditätsstruktur nach § 87a Absatz 4 Satz 1 Nummer 2 SGB V zu beschließen. Der Erweiterte Bewertungsausschuss hat in dem Beschluss in seiner 29. Sitzung am 19./25. Juni 2012 die Vorgaben zur Berechnung der Veränderungsdaten festgelegt. Die für das Jahr 2013 als Empfehlung des Bewertungsausschusses geänderte inhaltliche Abgrenzung der Leistungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung macht eine Änderung dieses Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses erforderlich.

### **2. Regelungsinhalte**

Mit dem Beschluss wird in Nr. 2. die Festlegung zur Abgrenzung des Leistungsbedarfs bei der Berechnung der Veränderungsdaten geändert. Dazu wird Nr. 2.2 Ziffer 2 wie folgt neu gefasst: „Der Leistungsbedarf des Jahres 2010 jedes Versicherten wird gemäß der Anlage nach Versichertenquartalen annualisiert und entsprechend der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung für das Jahr 2012 mit Ausnahme der antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen der Richtlinienpsychotherapie (Abschnitt 35.2 des EBM) aller Arztgruppen sowie der probatorischen Sitzungen (GOP 35150) aller Arztgruppen abgegrenzt.“

Darüber hinaus wird der Text in Nr. 3.1.3.7 der Anlage durch folgenden Text ersetzt: „Der Leistungsbedarf zur Bestimmung der Kosten- bzw. Relativgewichte wird aus dem Leistungsbedarf gemäß Euro-Gebührenordnung berechnet. Der Leistungsbedarf wird auf die empfohlene inhaltliche Abgrenzung der Leistungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung im Jahr 2012 gemäß Nr. 3.2 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 266. Sitzung am 14. Dezember 2011 zur Weiterentwicklung der vertragsärztlichen Vergütung im Jahr 2012, mit Ausnahme der für das Jahr 2011 ergänzend in den Gesamtverträgen getroffenen Regelungen sowie der antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen der Richtlinienpsychotherapie (Abschnitt 35.2 des EBM) aller Arztgruppen und der probatorischen Sitzungen (GOP 35150) aller Arztgruppen, beschränkt. Hierzu wird jeder abgerechneten Gebührenordnungsposition das zugehörige Leistungssegment gemäß nachfolgender Zuordnungsliste zugeordnet. Die Leistungssegmente sind den Bereichen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) sowie der extrabudgetären Gesamtvergütung (EGV) zugeordnet.“

Für die Bestimmung der Kosten- bzw. Relativgewichte werden nur die Leistungsbedarfe von Gebührenordnungspositionen der der MGV zugeordneten Leistungssegmente berücksichtigt, wobei - abweichend zur Definition der Zuordnung zum Leistungssegment PROB - die GOP 35150 aller Arztgruppen bei der Bestimmung der Kosten- und Relativgewichte unberücksichtigt bleibt.“

Schließlich wird in Nr. 2. des Änderungsbeschlusses die in Nr. 3.1.3.7 der Anlage enthaltene Zuordnungsliste entsprechend der Empfehlung des Bewertungsausschusses zur inhaltlichen Abgrenzung der Leistungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung für das Jahr 2013 aktualisiert.

### **3. Inkrafttreten**

Dieser Beschluss tritt mit Wirkung zum 22. Oktober 2012 in Kraft.