

Entscheidungserhebliche Gründe

zum Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 339. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)

Teil A

zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) mit Wirkung zum 1. Januar 2015

1. Rechtsgrundlage

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband vereinbaren gemäß § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V im Bewertungsausschuss den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM).

Gemäß Protokollnotiz Nr. 4 zum Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 335. Sitzung am 24. September 2014 zur Festlegung gemäß § 87 Absatz 2e SGB V und Anpassung gemäß § 87 Absatz 2g SGB V des Orientierungswertes für das Jahr 2015 wird der auf die hausärztliche Versorgung entfallende Anteil in Höhe von 132 Mio. Euro des zusätzlichen Finanzvolumens gemäß der Protokollnotiz Nr. 1 des vorgenannten Beschlusses für die Finanzierung von Leistungen von qualifizierten nicht-ärztlichen Praxisassistentinnen, insbesondere von Hausbesuchsleistungen, bzw. von Strukturmaßnahmen in der hausärztlichen Versorgung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zur Verfügung gestellt.

2. Regelungsinhalte

Mit dem vorliegenden Teil A des Beschlusses setzt der Bewertungsausschuss die Vorgaben gemäß Protokollnotiz Nr. 4 des oben genannten Beschlusses für den auf die Hausärzte entfallenden Anteil des zusätzlichen Finanzvolumens in Höhe von 117,98 Mio. Euro um.

Hausärztliche Praxen, die die Kriterien gemäß Nr. 1 des neu eingeführten Abschnitts 3.2.1.2 erfüllen, können zur Unterstützung der hausärztlichen Versorgung durch qualifizierte nicht-ärztliche Praxisassistenten die Gebührenordnungsposition 03060 als Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 03040 berechnen. Zur Vergütung der Hausbesuche erfolgt die Aufnahme der Gebührenordnungspositionen 03062 und

03063, da ebenfalls mit Wirkung zum 1. Januar 2015 durch Beschluss der Partner des Bundesmantelvertrages die Kostenpauschalen 40870 und 40872 des Abschnitts 40.18 EBM gestrichen werden. Durch die Partner des Bundesmantelvertrages werden entsprechende Anpassungen der Anlage 8 des Bundesmantelvertrags-Ärzte (BMV-Ä) vorgenommen. Im Zusammenhang mit der Einführung des Abschnitts 3.2.1.2 erfolgen Anpassungen in der Präambel 3.1, u.a. zur Definition der zu berücksichtigenden Behandlungsfälle.

3. Inkrafttreten

Dieser Beschlussteil tritt mit Wirkung zum 1. Januar 2015 in Kraft.

Teil B

zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) mit Wirkung zum 1. Januar 2015

1. Rechtsgrundlage

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband vereinbaren gemäß § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V im Bewertungsausschuss den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM).

2. Regelungsinhalte

Mit dem vorliegenden Teil B des Beschlusses erfolgt die Änderung der Leistungslegende der Gebührenordnungsposition 03230 bzw. 04230 in „Problemorientiertes ärztliches Gespräch, das aufgrund von Art und Schwere der Erkrankung erforderlich ist“.

Problemorientierte ärztliche Gespräche können im Rahmen verschiedenster Erkrankungen erforderlich sein, so dass eine Einschränkung der Berechnungsfähigkeit der Leistung nach der Gebührenordnungsposition 03230 bzw. 04230 auf lebensverändernde Erkrankungen nicht den medizinisch notwendigen Beratungsbedarf im hausärztlichen Versorgungsbereich ausreichend widerspiegelt. Aus diesem Grund wurde der Begriff „lebensverändernden“ durch eine angepasste Formulierung ersetzt.

3. Inkrafttreten

Dieser Beschlussteil tritt mit Wirkung zum 1. Januar 2015 in Kraft.

Teil C

zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) mit Wirkung zum 1. Januar 2015

1. Rechtsgrundlage

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband vereinbaren gemäß § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V im Bewertungsausschuss den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM).

Gemäß Protokollnotiz Nr. 3 zum Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 335. Sitzung am 24. September 2014 zur Festlegung gemäß § 87 Absatz 2e SGB V und Anpassung gemäß § 87 Absatz 2g SGB V des Orientierungswertes für das Jahr 2015 wird der auf die fachärztliche Versorgung entfallende Anteil in Höhe von 132 Mio. Euro des zusätzlichen Finanzvolumens gemäß Protokollnotiz Nr. 1 des vorgenannten Beschlusses als Zuschlag zur Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung (PFG) außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zur Verfügung gestellt. Des Weiteren wird die PFG ab dem 1. Januar 2015 auch für Grundversorgungsfälle von Internisten mit Schwerpunkten berechnungsfähig.

2. Regelungshintergründe

Mit dem vorliegenden Teil C des Beschlusses setzt der Bewertungsausschuss die Vorgaben gemäß Protokollnotiz Nr. 3 des oben genannten Beschlusses um. Die Aufteilung des Finanzvolumens in Höhe von 132 Mio. Euro ergibt mit den auf der Basis der zum Zeitpunkt der Beschlussfassung verfügbaren Daten ermittelten Abrechnungshäufigkeiten der PFG einen einheitlichen Zuschlag zur PFG in Höhe von 26,7 Prozent der Bewertung der jeweiligen PFG. Mit der Aufnahme der Gebührenordnungspositionen 13294, 13344, 13394, 13494, 13543, 13594, 13644 und 13694 wird für jeden internistischen Schwerpunkt eine PFG eingeführt, die innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) vergütet wird und nur in Behandlungsfällen berechnungsfähig ist, in denen ausschließlich die jeweilige Grundpauschale und/oder der Wirtschaftlichkeitsbonus abgerechnet wurden.

Als Ergebnis der Analyse der Entwicklung der Abrechnungshäufigkeiten der einzelnen PFGs werden mit dem vorliegenden Beschlussteil C weitere Anpassungen vorgenommen. Der bisherige Zuschlag für die psychiatrische und nervenheilkundliche Grundversorgung nach der Gebührenordnungsposition 21218 (40 Punkte) wird zum

Zuschlag für die psychiatrische Grundversorgung (44 Punkte). Zur Abbildung des Zuschlags für die nervenheilkundliche Grundversorgung wird die Gebührenordnungsposition 21225 (39 Punkte) neu in den Abschnitt 21.2 aufgenommen. Die Bewertung des Zuschlags für die gynäkologische Grundversorgung nach der Gebührenordnungsposition 08220 wird um 6 Punkte auf 24 Punkte abgesenkt. Bei den Gebührenordnungspositionen 01701, 01783, 01792, 01816, 01833 und 01840 wird im Anhang 3 die Kennzeichnung gemäß der Anmerkung Nr. 3) zum Anhang 3 angepasst.

3. Inkrafttreten

Dieser Beschlussteil tritt mit Wirkung zum 1. Januar 2015 in Kraft.

Teil D

zur Änderung des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 333. Sitzung am 20. August 2014

**zu 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
nach § 87a Abs. 4 Satz 2 SGB V ab dem Jahr 2015**

sowie

**Vorgaben gemäß § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V für ein Verfahren
zur Bereinigung des Behandlungsbedarfs in den durch das
SGB V vorgesehenen Fällen für das Jahr 2015
mit Wirkung zum 25. November 2014**

1. Rechtsgrundlage

Der Bewertungsausschuss hat gemäß § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V 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 sowie gemäß § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V Vorgaben für ein Verfahren zur Bereinigung des Behandlungsbedarfs in den durch das SGB V vorgesehenen Fällen zu beschließen. Der hierzu zuletzt in der 333. Sitzung am 20. August 2014 des Bewertungsausschusses gefasste Beschluss wird nun auf Grund des Teil C des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 339. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) geändert.

2. Regelungsinhalte und Regelungshintergründe

Zu Nr. I. des Beschlussteils D:

In Teil C des vorliegenden Beschlusses beschließt der Bewertungsausschuss die Aufnahme der Gebührenordnungspositionen 13294, 13344, 13394, 13494, 13543, 13594, 13644 und 13694 als Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung für Internisten mit Schwerpunktbezeichnung in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM). Zur Finanzierung dieser Leistungen wird die basiswirksame Bereitstellung von zusätzlichen 6,64 Millionen Euro morbiditätsbedingter Gesamtvergütung zur Förderung

der fachärztlichen Grundversorgung in Form einer entsprechenden zusätzlichen bundeseinheitlichen prozentualen Steigerung der bereinigten morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen der Krankenkassen beschlossen.

Durch den vorliegenden Teil D des Beschlusses der 339. Sitzung wird der Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 333. Sitzung am 20. August 2014 zur Anpassung der kassenspezifischen Aufsatzwerte des bereinigten Behandlungsbedarfs derart angepasst, dass die kassenspezifischen Aufsatzwerte des bereinigten Behandlungsbedarfs für die vier Abrechnungsquartale des Jahres 2015 zusätzlich zu den bereits im Beschluss genannten Anpassungen um die berechnete zusätzliche prozentuale Steigerung basiswirksam zu erhöhen sind. Es besteht Einvernehmen zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem GKV-Spitzenverband, dass die auf Grundlage der aktuell verfügbaren Daten berechnete zusätzliche Steigerungsrate mit dem vorliegenden Beschluss abschließend festgelegt und nicht korrigiert wird, wenn neuere Abrechnungsdaten oder neue Sachverhalte bekannt werden.

Zu Nr. II. des Beschlussteils D:

In seiner 333. Sitzung am 20. August 2014 hat der Bewertungsausschuss Vorgaben gemäß § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V für die Bereinigung der Gesamtvergütung aufgrund ambulanter spezialfachärztlicher Versorgung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 13 ff. SGB V beschlossen. Mit dem nun gefassten Teil D des Beschlusses wird dieses beschlossene Verfahren zur Bereinigung des Behandlungsbedarfs um einen Passus erweitert, wonach eine Mehrfachbereinigung auf Grund unterschiedlicher Bereinigungstatbestände nicht erfolgen darf. Zudem wird eine Folgeänderung zur durch Nr. I. des vorliegenden Beschlusses (Teil D) erfolgten Anpassung vorgenommen.

3. Inkrafttreten

Dieser Beschlussteil tritt mit Wirkung zum 25. November 2014 in Kraft.